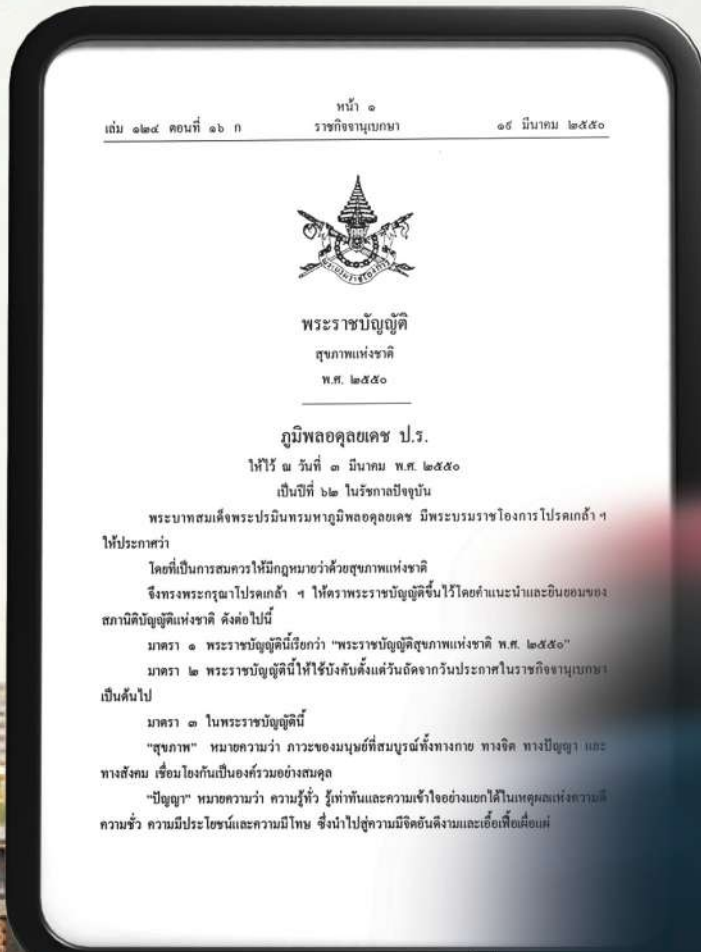


สานพลัง

ปีที่ ๑๒ | ๑๓๙ | เมษายน ๒๕๖๕
www.nationalhealth.or.th



๑๕ ปี

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

“๑๕ ปี พลังภาคีสร้างสังคมสุขภาพะ”



สานพลังปัญญา สร้างสรรค์นโยบายสาธารณะ



๔ คุยกับเลขา
สงกรานต์ : ดากทัศน : โรคประจำถิ่น

๖ เรื่องจากปก
๑๕ ปี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ
“๑๕ ปี พลัณภาคีสร้างสังคคสุขภาพะ”

๑๘ สัมภาษณ์พิเศษ
พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐
ยังตอบใจทยโลกอนาคคอยู่หรือไม
ยังเป็น Soft Power อยู่จริงหรือ !!?

๒๖ เกาะติด คสช.
โค้งสุดท้าย! ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพฯ ฉบับ ๓
ปูพรมรับฟังความเห็น 1 เดือน จัดสมัชชาฯ ‘เฉพาะประเด็น’ เม.ย.นี้

๒๘ เรื่องเล่าจากพื้นที่
ปักหมุดนโยบายสาธารณะเปลี่ยนมหานคร

๓๐ เกาะรอยโลก
ไม่ใช่แค่โควิด-19
แต่เรายังคงหายใจด้วยอากาศสกปรก

๓๒ ให้ระบบสุขภาพเล่าเรื่อง
๑๕ ปี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ
กับก้าวอย่างของธรรมนูญว่า
ด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓

๓๖ Right to Health
๑๕ ปี ‘สิทธิการตายตามธรรมชาติ’ ในประเทศไทย

๓๘ นโยบายสร้างได้
‘ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โอกาส และความหวังอนาคต
ประเทศไทย’ กับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕-๑๖

๔๐ เล่าให้ลึก
ความเป็นมาและเป็นไปของภาษามนุษย์

๔๒ คลิปดีที่ต้องดู
ความเป็นธรรมของระบบสุขภาพ
เป้าหมายที่ต้องไปให้ถึง

สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ (สช.)
ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ
๘๘/๓๙ หมู่ ๔ ถ.ติวานนท์ ๑๔
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง
จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๐
แฟกซ์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๑

อีเมล : nationalhealth@nationalhealth.or.th

เว็บไซต์ : www.nationalhealth.or.th

สงกรานต์ : วากทัศน์ : โรคประจำถิ่น

สวัสดิ์ศรีรับพี่น้องภาคีเครือข่ายที่รักทุกท่าน เมษายน ๒๕๖๕ เดือนแห่งเทศกาลสงกรานต์และวันหยุดยาว ซึ่งพี่น้องประชาชนโดยเฉพาะผู้ที่เดินทางเข้ามาทำงานในพื้นที่เขตเมือง รวมถึงกรุงเทพมหานคร (กทม.) จะได้มีโอกาสพักผ่อน-เดินทางกลับภูมิลำเนา เพื่อเยี่ยมเยียนและพบปะครอบครัว ญาติสนิทมิตรสหายกันอย่างพร้อมหน้าพร้อมตา

ในปี นี้ คณะรัฐมนตรี (ครม.) ได้ประกาศให้วันหยุดที่ ๑๓ ถึงวันศุกร์ ๑๕ เม.ย. เป็นวันหยุดราชการ ซึ่งเมื่อบวกกับวันเสาร์-อาทิตย์ที่อยู่ติดกันด้วยแล้ว เท่ากับว่าเทศกาลสงกรานต์ปี ๒๕๖๕ จะได้หยุดยาวมากถึง ๕ วันติดต่อกัน

การเคลื่อนย้ายประชากรในช่วงวันหยุดยาว ท่ามกลางสถานการณ์โควิด-19 แพร่ระบาดนั้น ยังคงเป็นความท้าทายต่อการควบคุมโรคในระดับประเทศ โดยล่าสุด (๗ เม.ย.) นพ.จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์ ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ประเมินฉากทัศน์การระบาดช่วงสงกรานต์ว่า ในกรณีที่เกิดมาตรการต่างๆ เอาไว้และประชาชนให้ความร่วมมือในระดับปัจจุบัน คาดว่าในวันที่ ๑๙ เม.ย. ๒๕๖๕ จะมีผู้ติดเชื้อสูงสุดราววันละ ๕ หมื่นราย

มากไปกว่านั้น ก่อนหน้านั้นเพียงไม่กี่วัน สธ. และ ศบค. ได้เคยคาดการณ์เอาไว้ว่า หากประชาชนย่อหย่อนมาตรการป้องกันโรค ตัวเลขผู้ป่วยรายใหม่ในช่วงเทศกาลสงกรานต์อาจเพิ่มขึ้นไปถึง ๑ แสนราย และช่วงต้นเดือน พ.ค. จะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นสูงสุดถึงวันละ ๒๕๐ คน

ทุกฝ่ายเห็นตรงกันว่า นอกเหนือจากการปฏิบัติตัวตามมาตรการของภาครัฐอย่างเข้มข้นแล้ว การเข้ารับวัคซีนเข็มที่ ๓ เป็นสิ่งสำคัญมาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งสัดส่วนการฉีดวัคซีนเข็ม ๓ ต่ำ และอัตราการเสียชีวิตสูง ซึ่งจากข้อมูลของ สธ. ตั้งแต่วันที่ ๑ ม.ค. - ๓๑ มี.ค. ๒๕๖๕ มีผู้เสียชีวิตจากโควิด-19 รวม ๒,๗๐๑ ราย ส่วนใหญ่เป็น

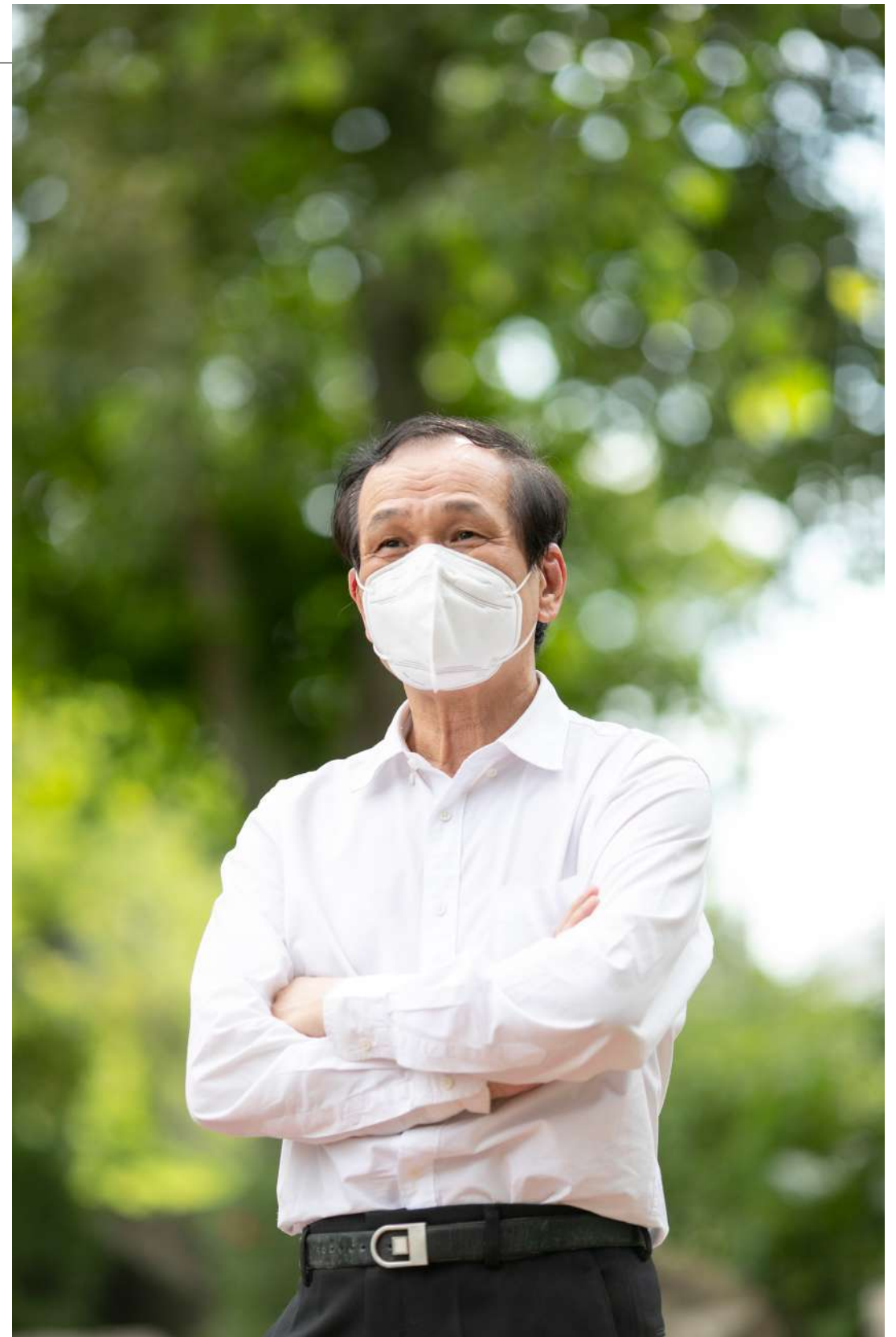
ผู้ที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี คิดเป็น ๗๘% ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าโควิด-19 จะยังเป็นภัยคุกคามด้านสุขภาพของประเทศและของโลก แต่ชีวิตของทุกคนก็ยังคงต้องเดินต่อไปครับ ซึ่งประเทศไทยได้ประกาศนโยบาย “อยู่ร่วมกับโควิด” และปักหมุดเอาไว้ว่า ภายในวันที่ ๑ ก.ค. ๒๕๖๕ จะประกาศให้โควิด-19 กลายเป็น “โรคประจำถิ่น” โดยคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติได้มีมติเห็นชอบแผนรองรับการเข้าสู่โรคประจำถิ่น แบ่งเป็น ๔ ระยะ ดังนี้

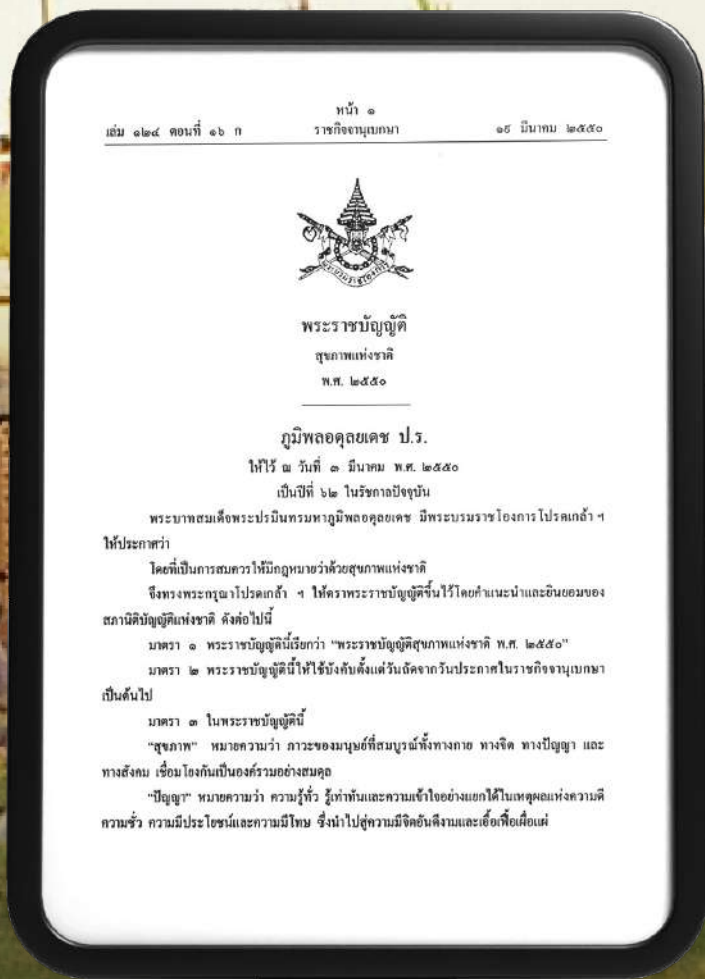
ระยะที่ ๑ (มี.ค.-ต้น เม.ย.) เรียกว่า Combatting เป็นระยะต่อสู้เพื่อกดตัวเลขไม่ให้สูงขึ้น **ระยะที่ ๒** (เม.ย.-พ.ค.) เรียกว่า Plateau คือการคงระดับผู้ติดเชื้อไม่ให้สูงขึ้นให้เป็นระนาบจนลดลงเรื่อยๆ **ระยะที่ ๓** (ปลาย พ.ค.-๓๐ มิ.ย.) เรียกว่า Declining การลดจำนวนผู้ติดเชื้อลงให้เหลือ ๑,๐๐๐-๒,๐๐๐ คน และ **ระยะที่ ๔** ตั้งแต่วันที่ ๑ ก.ค. ๒๕๖๕ เรียกว่า Post pandemic หรือการออกจากโรคระบาด เข้าสู่โรคประจำถิ่น

อย่างไรก็ดี สิ่งที่ต้องทำความเข้าใจกับพี่น้องภาคีเครือข่ายทุกท่านก็คือ การอยู่ร่วมกับโควิดและการประกาศให้โควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่นนั้น ไม่ได้หมายความว่าทุกคนจะปลอดภัยจากโควิด-19 หรือโควิด-19 จะสิ้นฤทธิ์ไม่มีอันตรายแล้ว ในทางกลับกันแม้ว่าจะประกาศให้โควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่น แต่เชื้อก็ยังมีการกระจายอยู่ และจะยังมีผู้เสียชีวิตจากโควิด-19 อยู่ ฉะนั้นการยกการ์ดสูงในระยะยาวจึงยังเป็นสิ่งที่ดีที่สุดครับ

ที่สำคัญ เมื่อโควิด-19 กลายเป็นโรคประจำถิ่นแล้ว การปฐมพยาบาลคัดกรองหาเชื้อคงลดน้อยลง เช่นเดียวกับการสืบสวนโรคในกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูงที่จะลดลงหรือถูกยกเลิกในที่สุด ส่วนการรักษา ก็จะเป็นไปตามอาการ ผู้ที่ป่วยหนักก็จะส่งต่อไปโรงพยาบาลต่อไป ดังนั้นสิ่งที่อยากเน้นย้ำคือ ความเข้มงวดในการป้องกันตัวเองและการใช้ชีวิตวิถีใหม่ 🍀



เรื่องจากปก

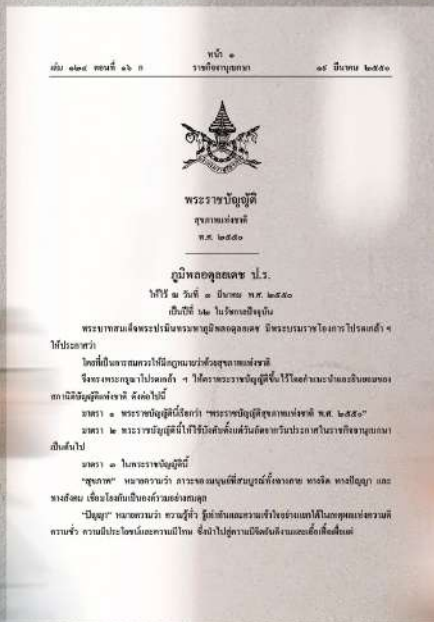


๑๕ ปี พ.ร.บ.สุภาพแห่งชาติ “๑๕ ปี พลังภาคี สร้างสังคมสุภาพจะ”

ปี คือทัศนคติและมุมมองอันแหลมคม-ตรงไปตรงมา จาก ๒ สมาชิกวุฒิสภา (สว.) อดีตเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ คนแรกและคนที่สอง นั่นก็คือ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ และ นพ.พลเดช ปิ่นประทีป อาจารย์ทั้งสองท่านคือ “ตัวจริงเสียงจริง” และมีส่วนสำคัญทั้งในกระบวนการขึ้นรูป พ.ร.บ. สุภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ การผลักดันและขับเคลื่อนกฎหมาย ตลอดจนเคยเป็นผู้กุมบังเหียนสูงสุดขององค์กรสานพลัง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ด้วย

เนื่องในโอกาส ๑๕ ปี การเดินทางของ พ.ร.บ. สุภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และการเดินทางของ สช. “นิตยสารสานพลัง” ได้รับเกียรติพูดคุยกับ ๒ อดีตเลขาธิการ

ในฐานะกัลยาณมิตร “ข้อเสนอ-ข้อทักท้วง” จึงตรงประเด็น และอาจเข้าข่ายตีแผ่หน้า



นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

ภายใต้กฎหมายฉบับนี้ ยังจัดให้มี “คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ” (คสช.) เพื่อต่อยอดหลักการว่าเป็นเรื่องระดับประเทศ พร้อมทั้งมีการวางกลไกและเครื่องมือเพื่อให้ทั้งสังคมสามารถเข้ามาร่วมขับเคลื่อนระบบสุขภาพไปด้วยกัน

ส่วนนี้เองจึงมีความแตกต่างกับกฎหมายทั่วไปที่ไม่ใช่การออกกฎหมายเพื่อให้มีองค์กรขึ้นมาบริหารจัดการแบบตายตัว

ดังนั้น ตัว พ.ร.บ. เป็นแค่ความชอบธรรมในแง่ของกฎหมาย แต่ไม่ได้ออกแบบเพื่อตั้งองค์กรขึ้นมาทำงานประจำในลักษณะปฏิบัติการ (operator) หรือควบคุมกำกับ (regulator) แต่ออกแบบไปไกลกว่านั้น คือให้เป็นกลไกในการส่งเสริม (promoter) เรื่องของสุขภาพ รวมทั้งทำหน้าที่ประสานงาน (coordinator)

จุดอีกนัยยะหนึ่งก็คือ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นกฎหมายเชิงเคลื่อนไหว ขับเคลื่อนระบบสุขภาพในเชิงความคิด ทั้งเรื่องตัวระบบและกลไกต่างๆ

สำหรับการทำงานของ คสช. จึงต้องเข้าไปทำงานกับผู้คนทุกภาคส่วน ทุกสาขา ร่วมกับกระทรวง หน่วยงานองค์กรอื่น รวมทั้งภาควิชาการ สังคม และชุมชนท้องถิ่น เพื่อผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพที่ดี ภายใต้ความร่วมมือ (Partnership) ในกระบวนการทำงาน เรียนรู้ และพัฒนาไปด้วยกัน

นพ.พลเดช ปิ่นประทีป



‘๑๕ ปี พลังภาคีสร้างสังคมสุขภาพะ’

คือธำมรงค์สื่อสาร-รณรงค์ ที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับภาคีเครือข่าย กำหนดขึ้น เนื่องในโอกาสครบรอบ ๑๕ ปี พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

นอกจากนี้ ‘๑๕ ปี พลังภาคีสร้างสังคมสุขภาพะ’ ยังจะเป็นฟอรัมนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม (Public Policy Forum) ที่จะนำเสนอและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสร้างสังคมสุขภาพะ ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา และเสนอทิศทางการพัฒนาในอนาคตร่วมกันต่อไป

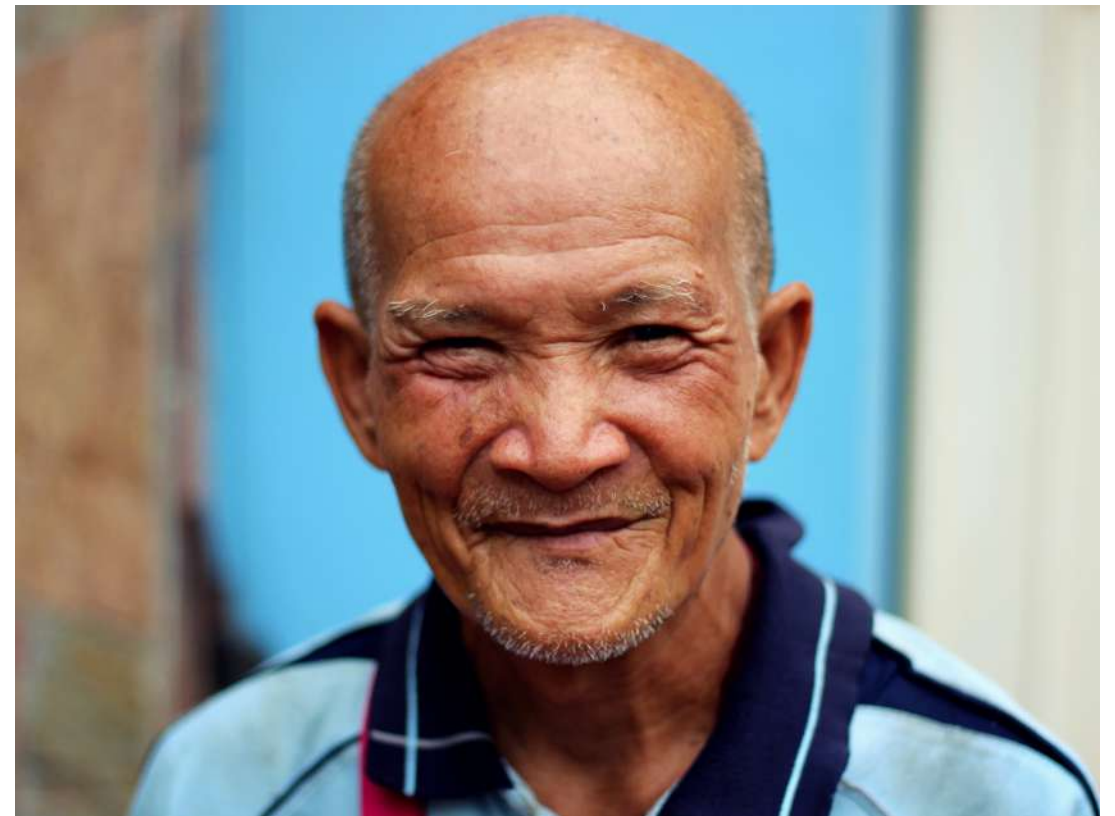
สช. ตัวอย่าง จับเคลื่อน เชิงความคิด

นพ.อำพล ในฐานะผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อการวางอิฐก้อนแรกใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ให้มุมมองว่า กฎหมายฉบับนี้ถูกออกแบบให้เป็นเครื่องมือในการวางความคิด มุมมองของระบบสุขภาพที่ “กว้างและใหญ่กว่า” เรื่องของการแพทย์และสาธารณสุข โดยเป็นการมองสุขภาพที่ครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ คือ กาย ใจ สังคม และปัญญา ดังนั้น พ.ร.บ. สุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๐ จึงมีความเกี่ยวข้องกับผู้คนทั้งสังคม ไม่ใช่เพียงบุคลากรการแพทย์และหน่วยงานสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว

การทำงานของ สช. ตามที่ออกแบบไว้ จึงไม่ใช่หน่วยงานราชการที่ทำตามคำสั่ง แต่เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีความคล่องตัว ในการทำงานแบบเชิงรุก

ขณะเดียวกัน กลไกเครื่องมือที่อยู่ภายใต้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ไม่ว่าจะ เป็นกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ ก็จะต้องไม่ใช่เครื่องมือที่เป็นของ สช. แบบตายตัว หากแต่ สช. จะต้องมีส่วนร่วมในการเข้าไปผลักดันให้ทุกภาคส่วนมาร่วมเป็นเจ้าของ และนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการทำงาน ดังนั้นบทบาทการทำงานของ สช. ก็จะต้องคิดนอกกรอบอยู่ตลอดเวลา

“ตัวอย่างเช่นเครื่องมือธรรมนูญสุขภาพ เป็นเครื่องมือในการให้ผู้คนเข้ามาคิด สร้าง และนำไปใช้ร่วมกัน ดังนั้นจะไปคิดว่าเมื่อมาถึงรอบก็มีการจัดทำ รับฟังความเห็น แล้วพอได้รับการเห็นชอบก็ถือว่างานชิ้นนั้นสำเร็จแล้วแบบนี้ไม่ได้ มันจะกลายเป็นหลุมพรางได้หากเราไปเข้าใจแค่นั้น แต่ต้องเข้าใจว่าเป็นเครื่องมือที่ไปเชิญคนมาทำงาน อย่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ก็ได้กำหนดให้มีการทบทวนทุก ๕ ปี เปิดช่องทางไว้ให้ทุกคนเข้ามีส่วนร่วม เพื่อปรับให้กติกาเรื่องระบบสุขภาพเป็นของทุกฝ่ายที่เห็นพ้องต้องกัน และนำไปใช้เป็นประโยชน์ร่วมกัน” นพ.อำพล อธิบาย



ระวังจะติดหลุมพรางของตัวเอง

การเดินทางของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฯ ตลอดระยะเวลา ๑๕ ปี “นพ.อำพล” วิเคราะห์ว่า ในวันที่ออกกฎหมายมานั้น เรายังไม่เคยประสบกับปัญหาโรคระบาดในระดับใหญ่เท่ากับโควิด-19 หรือปัญหาด้านสังคมและสาธารณสุขอื่นๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ฉะนั้นก็จะต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์

ตัวอย่างหนึ่งคือ สิทธิการตายตามมาตรา ๑๒ ซึ่งในยุคนี้ประเด็นเรื่องของการเข้าสู่สังคมสูงอายุ อาจไม่ได้

รับการพูดถึงเท่าทุกวันนี้ ฉะนั้นเมื่อสังคมกำลังมีปัญหาเรื่องดังกล่าว จะต้องคิดและขยายงานของมาตรา ๑๒ ไปถึงเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสังคมสูงอายุด้วยหรือไม่

“หากมองว่ากฎหมายเขียนไว้แค่นั้น เราจะเริ่มติดกรอบตัวเองและติดหลุมพราง เพราะสังคมมีการเปลี่ยนแปลงเป็นพลวัต ถ้าเรายังยึดติดกับคำในกฎหมาย ไม่คิดนอกกรอบ เราก็จะทำงาน routine ในเรื่องนั้นอย่างเดียว จึงคิดว่าการเดินทางมาถึงปีที่ ๑๕ นี้สำคัญมาก” นพ.อำพล ระบุ

อดีตเลขาธิการฯ รายนี้ ให้ทรรศนะถึงการทำงานในช่วงที่ทำทนายขณะนั้น ไม่ว่าจะ เป็นสถานการณ์โรคระบาด การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ หรือวิกฤตทางเศรษฐกิจ มีคนตกงาน ประสบความยากลำบากมากขึ้น ซึ่งทั้งหมดนี้



ในส่วนของตัวกฎหมายนั้น “นพ.อำพล” มองว่าไม่ใช่ปัญหา เพราะ พ.ร.บ.ฉบับนี้ มีการเขียนที่ค่อนข้างดีและครอบคลุมไว้อยู่แล้ว หากส่วนของวิธีคิดและความเข้าใจในการใช้ พ.ร.บ. จะเป็นส่วนสำคัญที่ต้องสร้างความเข้าใจให้กับคนทำงาน เพื่อเดินหน้าตามเจตนารมณ์และพันธกิจหลักขององค์กร รวมถึงให้คนในสังคมหรือหน่วยงานต่างๆ ในขณะนี้ที่อาจไม่ค่อยรู้จัก สช. ได้รู้จักว่ากำลังทำอะไร และได้รับรู้ว่าจะไปเสริมให้งานที่เขาทำอยู่นั้นมีมูลค่าเพิ่มได้อย่างไร

นพ.อำพล ได้สรุปบทเรียนว่า เราจะต้องไม่ไปยึดติดกับตัวกลไก หรือกฎเกณฑ์กติกาที่มี เพราะเครื่องมือในการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดีจะต้องมีความยืดหยุ่นและง่าย ในแบบที่คนอื่นจะยินดีในการเข้ามาร่วมใช้ด้วย ไม่ว่าจะเป็นสมัชชาสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ กระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ (HIA) จับจุดให้ได้ว่าหัวใจของเครื่องมือที่มีมาเหล่านี้ เกิดขึ้นเพื่ออะไร และหวังผลให้เกิดการใช้ได้อย่างไร

“
พ.ร.บ.สุขภาพ
แห่งชาติฯ มี สช.
ขึ้นมาแล้ว ๑๕ ปี
มันได้ผลขนาดไหน
ก็ต้องตอบว่าได้ผล
แต่อาจยังไม่
เปรี๊ยะปราง
และมาในช่วงหลัง
สถานการณ์
ก็จะลำบาก
มากขึ้นเรื่อยๆ
”

นพ.พลเดช ปิ่นประทีป



ความท้าทาย ‘สามเหลี่ยม เขยื้อนภูเขา’

นพ.พลเดช ปิ่นประทีป สมาชิกวุฒิสภา ในฐานะอดีตเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ คนที่ ๒ เป็นผู้เข้ามารั้งไม้ต่อหลังจากที่ “นพ.อำพล” ได้วางรากฐานกลไกจนเริ่มอยู่ตัวและเป็นระบบ ไม่ว่าจะเป็นสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพจังหวัด ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฯลฯ

ในช่วงของ “นพ.พลเดช” ได้ขับเคลื่อนต่อนวัตกรรมธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ ที่เริ่มแผ่ขยายออกไปมากขึ้น รวมไปถึงคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ที่ดำเนินมาได้อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

นพ.พลเดช วิเคราะห์ว่าช่วงระยะเวลาตลอด ๑๕ ปีของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฯ แม้จะไม่เรียกว่าเลิศเลอ แต่ก็ได้สร้างการเปลี่ยนแปลงไปในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะในลักษณะของกระบวนการมีส่วนร่วม ตามแนวทาง 4PW คือ Participatory, Public, Policy, Process และ Wisdom ซึ่งมาจากหลักการสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ซึ่งเมื่อมาจนถึงวันนี้ อาจจะต้องมีการศึกษาทบทวน สรุปบทเรียน สังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อยกระดับกระบวนการเหล่านี้ให้ก้าวไปอีกขั้น

“ที่ผ่านมาเราขายทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา กับการมีส่วนร่วม แต่ส่วนร่วมของเราแยกออกจากการมีส่วนร่วมของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ เพราะเราพยายามไม่ยุ่งเกี่ยวกับการเมือง แล้วหมายความว่าเราเป็นส่วนไหนของกระบวนการมีส่วนร่วม ทุกวันนี้กระทรวง กรมต่างๆ หลายที่มีหน่วยงานรับผิดชอบด้านการมีส่วนร่วมโดยเฉพาะ มีทีมคณะทำงานในระดับพื้นที่เพื่อสร้างการมีส่วนร่วม ฉะนั้นเราจะเคลมไม่ได้แล้วว่าการมีส่วนร่วมต้องเราเท่านั้น ในขณะที่ใครก็ทำและได้งบประมาณกว่าเยอะ ฉะนั้นถ้าจะขายเรื่องการมีส่วนร่วม เราต้องมาคิดแล้วว่า จะขายยังไงให้มีความแตกต่าง” นพ.พลเดช ระบุ

ก่อนที่จะมองไปข้างหน้า “นพ.พลเดช” ได้พาเราเล่าย้อนกลับไปวิเคราะห์ถึงจุดตั้งต้นของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฯ ซึ่งอันที่จริงแล้วกฎหมายนี้นับว่าเป็นแม่บทให้กับกฎหมายขององค์กรอื่นๆ ในตระกูล ส. เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) หรือ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ทว่าปัญหาก็คือ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ กลับเกิดขึ้นทีหลังกฎหมายฉบับอื่นๆ นี่จึงกลายเป็นความท้าทายที่ต้องให้เหตุผลว่า เหตุใดจึงจำเป็นต้องมีกฎหมายฉบับนี้ (พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐) เพิ่มอีก

ทั้งนี้ ตลอดช่วงระยะเวลาของการเดินทางไปใช้ทฤษฎีสามเหลี่ยมที่ประกอบด้วย ภาควิชาการ-วิชาชีพ (K) ภาคประชาสังคม-เอกชน (S) และภาครัฐ (P) ในการทำงาน อย่างไรก็ตาม นพ.พลเดช มองว่าการปรับใช้ทฤษฎีนี้ในแต่ละพื้นที่นั้นเป็นไปได้ไม่เหมือนกัน ขึ้นกับความเข้าใจและมุมมองที่มีความลึก-ตื้นไม่เท่ากัน อย่างในระดับจังหวัดที่อาจมีคำถามว่า K-S-P เหล่านี้ต้องเป็นใคร หรือหากลงมาในระดับตำบลภาพของ K-S-P อาจจะชัดเจนมากขึ้น แต่การขยับก็ขึ้นอยู่กับความสนใจของแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกันไป

“ฉะนั้นถ้าถามว่ามี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฯ มี สช. ขึ้นมาแล้ว ๑๕ ปี มันได้ผลขนาดไหน ก็ต้องตอบว่าได้ผลแต่อาจยังไม่เบรียงปร้าง และมาในช่วงหลังสถานการณ์ก็จะลำบากมากขึ้นเรื่อยๆ อย่างโควิด-19 ที่เข้ามาเป็นบททดสอบในทุกองค์กร โดยเฉพาะองค์กรด้านสาธารณสุขซึ่งแม้เราจะมืองค์กรตระกูล ส. กว่า ๕-๖ องค์กร แต่กลายเป็นว่ารัฐบาลใช้องค์กรเหล่านี้ไม่เท่าไร ใช้เพียงกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ในการควบคุมโรค และตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (ศบค.) ขึ้นมาเพื่อรวมศูนย์อำนาจไว้

“ทว่าบทบาทตระกูล ส. กลับหายออกไปจากวงจรอาจมีเพียง สปสช. ที่มีบทบาทเพราะถือเงินเอาไว้ แต่คนอื่นออกนอกวงไปพอสมควร” นพ.พลเดช ระบุ



บุทบาท ที่ท้าทาย กำลังเปล่งแสง

วิธีการทำงานอย่างไร สร้างอะไรขึ้นมา เพื่อตอบคำถามท้าทายที่ว่า มีหน่วยงานอื่นอยู่แล้ว ทำไมจึงจำเป็นต้องมีเรา” นพ.พลเดช วิเคราะห์ต่อ

เมื่อมองถึงบทบาทของ สช. และ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ “นพ.พลเดช” ยอมรับว่าความท้าทายที่สำคัญ คือการให้เหตุผลที่มีถูกตั้งคำถามว่าเมื่อมีองค์กรตระกูล ส. อื่นๆ หรือมีกฎหมายสุขภาพฉบับอื่นแล้ว เหตุใดงานของ สช. และ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติฯ จึงยังมีความจำเป็นอยู่ และเป็นคำถามที่อธิบายยากในการของบประมาณเพื่อดำเนินการต่างๆ จึงเชื่อว่าอาจถึงเวลาที่ควรจะต้องกลับมาทบทวนครั้งใหญ่ ขบคิดในเรื่องนี้อย่างจริงจังว่าจะก้าวไปข้างหน้าในแบบใด

“ถ้าเรายังทำงานเรื่อยๆ ด้วยอัตราปัจจุบัน ในขณะที่งบประมาณลดน้อยลง เราก็จะลำบากขึ้นไปเรื่อยๆ ดูตัวอย่างบางองค์กรที่มี พ.ร.บ. เป็นของตัวเองแต่นานวันเข้าเมื่อไม่สามารถตีบทแตก หรือแสดงบทบาทให้เป็นที่ต้องตาของฝ่ายบริหาร หลายองค์กรก็ถูกลดงบน้อยลง เรายุ่เองก็ต้องคิดด้วยว่าจะปรับ

อดีตเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มองว่า สำหรับเครื่องมือธรรมนูญสุขภาพ แม้จะขายได้ยาก แต่จะให้ดีต้องสามารถขยายขึ้นมาทั้งปริมาณและคุณภาพที่มากพอเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงได้ ด้วยการดึงภาคีอื่นเข้ามามีส่วนร่วม เช่นเดียวกับการจัดสมัชชาสุขภาพ หรือกลไกของ กขป. ซึ่งทั้งหมดล้วนเป็นกระบวนการมีส่วนร่วมที่จะต้องสร้างอัตลักษณ์ให้โดดเด่นและแตกต่างจากหน่วยงานของรัฐอื่นให้ได้

นพ.พลเดช ให้ข้อเสนอแนะที่ท้าทายว่า ในด้านของกฎหมายอาจไม่ต้องพยายามไปแก้ไขอะไร หากแต่จะต้องใช้การบริหารและการปฏิบัติที่โดดเด่น ให้มีเรื่องแสงออกมาเป็นดาวฤกษ์ ซึ่ง สช. จะต้องสร้างผลงานตรงนี้ด้วยฐานของต้นทุนที่มีอยู่ ผนวกกับการบริหารจัดการภายใต้ภาวะผู้นำที่จะนำพาไปสู่เป้าหมายตามเจตนารมณ์ของกฎหมายฉบับนี้



ก้าวต่อไป กฎหมายสุขภาพ ประเทศไทย

นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ อธิบายถึงทิศทางการขับเคลื่อน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ภายใต้แผนยุทธศาสตร์หลัก ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๖๗๐) ของ สช. ว่า การขับเคลื่อน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ มีด้วยกัน ๕ หลักการสำคัญ ทั้งนี้ประกอบด้วย ๑. **ทำงานใหญ่ ขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพและการพัฒนานโยบายเพื่อสุขภาพ** เพื่อเสนอแนะการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ รวมไปถึงการแสวงหาโอกาสเข้าร่วมการทำงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพและงานสำคัญอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ในฐานะบทบาทของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่มี สช. เป็นหน่วยเลขานุการ

๒. **ส่งเสริมสนับสนุนการใช้กลไก และเครื่องมือต่างๆ** ภายใต้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และเครื่องมืออื่นๆ ที่หลากหลาย สนับสนุนการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ที่เน้นการมีส่วนร่วม ทั้งระดับชาติ ระดับองค์กร และระดับพื้นที่ โดยเน้นให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์กับประชาชนที่เป็นรูปธรรม มากกว่าผลงานเชิงกระบวนการ โครงการหรือกิจกรรม

๓. **ทำงานร่วมกับหน่วยงานองค์กรภาคียุทธศาสตร์ (Strategic partnerships)** เพื่อขับเคลื่อนงานหลักร่วมกัน และสร้างความเป็นเจ้าของร่วมกัน (Collective Ownership) ให้มีความชัดเจน และเป็นรูปธรรม ๔. **เสริมสร้างขีดความสามารถภาคีเครือข่าย** ความร่วมมือทางสังคม และการสื่อสารทางสังคม ให้มีความเข้มแข็ง

๕. **พัฒนาระบบการทำงานเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานนโยบายและยุทธศาสตร์** เน้นยกระดับศักยภาพด้านวิชาการ ด้านบุคลากรและด้านการจัดการสมัยใหม่ให้ สช. เป็นองค์กรระดับชาติที่มีสมรรถนะสูง ๕

“
การทำงาน
ของ สช. ตามที่
ออกแบบไว้
จึงไม่ใช่หน่วยงาน
ราชการที่ทำ
ตามคำสั่ง แต่เป็น
หน่วยงานของรัฐ
ที่มีความคล่องตัว
ในการทำงาน
แบบเชิงรุก
”

— นพ.อำพล จินดาวัฒนะ



สัมภาษณ์พิเศษ

W.S.U. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

ยังตอบโจทย์โลกอนาคต อยู่หรือไม่ ยังเป็น Soft Power อยู่จริงหรือ !!?

ปี ๒๕๖๕ ครบรอบ ๑๕ ปี การประกาศใช้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งเป็นกฎหมายที่มีคุณูปการต่อคนไทยเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในฐานะการเป็น “เกราะ” หรือ “ภูมิคุ้มกัน” ท่ามกลางภัยคุกคามด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลาโดยตลอด ด้วยการสานพลังภาคีทุกระดับ จัดทำ-พัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมซึ่งมารับมือกับอุบัติการณ์ต่างๆ

เนื่องในวาระครบรอบ ๑๕ ปี ของกฎหมาย “กองบรรณาธิการนิตยสารสานพลัง” ได้พูดคุยกับ **ดร.เดชรัต สุขกำเนิด** นักวิชาการอิสระ หนึ่งในผู้มีบทบาทสำคัญตั้งแต่ช่วงริเริ่มกระบวนการจัดทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และเป็นหนึ่งในผู้ใช้ประโยชน์จากเครื่องมือภายใต้กฎหมายฉบับนี้

แน่นอนว่า อาจารย์เดชรัต นักวิชาการหัวก้าวหน้า ได้วิพากษ์และให้ข้อเสนอแนะไว้อย่างออกอรรถรส

ดร.เดชรัต สุขกำเนิด
นักวิชาการอิสระ



๑๕ ปี กับวาระ การทบทวนกฎหมาย

อ.เดชาธิต ชมวดภาพรวมให้ฟังว่า ตลอดระยะเวลา ๑๕ ปี ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กฎหมายฉบับนี้ ทำหน้าที่ใน ๓ ส่วนหลัก ส่วนแรกคือการ “เปลี่ยนค่านิยม” หรือความนึกคิดของผู้คนที่มีต่อเรื่องของสุขภาพให้มองเห็นว่าสุขภาพนั้นไม่ได้จำกัดอยู่แค่ในภาคสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงทุกภาคส่วน ขณะเดียวกันก็ยังไม่ได้หมายถึงเพียง “สุขภาพกาย” หรือ “สุขภาพจิต” เท่านั้น หากแต่ยังรวมไปถึงมิติอื่นๆ อีกด้วย

การเปลี่ยนแปลงในส่วนแรกนี้ เขาเชื่อว่าที่ผ่านมา นั้น ถือว่าทำได้สำเร็จ ในแง่ของการเปลี่ยนความคิดภายในสังคม ว่าทุกคนจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งสะท้อนออกมาให้เห็นมากขึ้น ผ่านการขับเคลื่อนในประเด็นต่างๆ เช่น การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน หรือสถานการณ์ด้านอาหาร ที่ได้มีภาคส่วนอื่นๆ นอกจากสาธารณสุข เข้ามาทำหน้าที่และให้ความสนใจกันมากขึ้น

ส่วนถัดมา คือ “ประเด็นย่อย” หรือประเด็นเฉพาะที่อยู่ภายในตัว พ.ร.บ.ฉบับนี้ เช่น เรื่องของสิ่งแวดล้อมตาม มาตรา ๕ หรือเรื่องของสิทธิการตาย การปฏิรูประบบรักษา ตามมาตรา ๑๒ ซึ่งประเด็นเหล่านี้ค่อนข้างได้รับการตอบสนองดี ตามแต่ละช่วงเวลาที่ขึ้นอยู่กับว่าสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จะผลักดันเรื่องไหน มากน้อยเพียงใด

“อย่างยุคแรกจะมีการผลักดันเรื่องสิ่งแวดล้อมเยอะ จนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐ หรือทำให้การจัดการสิ่งแวดล้อมในพื้นที่อุตสาหกรรม มาบรรเทาจุดดีขึ้น แต่พอช่วงหลังที่เราไม่ได้ให้ความสำคัญ เรื่องนี้มากเท่าตอนต้น กระแสก็ลดลงตามไปด้วย” อ.เดชาธิต อธิบาย

ขณะที่ส่วนสุดท้าย คือ “กลไกต่างๆ” เช่น สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพจังหวัด ธรรมนูญสุขภาพ กระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ (HIA) เป็นต้น ซึ่งหากมองในแง่ดี กลไกต่างๆ เหล่านี้ได้เกิดขึ้นจริง และดำเนินมาอย่างต่อเนื่องตลอด ๑๕ ปี

หากแต่เมื่อเรามองในแง่ของผลสัมฤทธิ์จากกลไกเหล่านี้ “ดร.เดชาธิต” มองว่า **อาจมาถึงจุดที่เราจะต้องทบทวนครั้งใหญ่ว่ายังอยากให้เกิดเป็นแบบนี้ต่อไป**



เรื่อยๆ หรือไม่ หรือหากยังเป็นแบบนี้ต่อไปเรื่อยๆ กลไกเหล่านี้จะช่วยให้เกิดประโยชน์อย่างที่ควรจะเป็นหรือไม่

ดร.เดชาธิต เสริมอีกว่า ในเมื่อโลกอนาคตนั้นต่างจากโลกเมื่อ ๑๕ ปีที่แล้ว เราคิดว่าอะไรคือสิ่งที่ควรจะเป็น กลไกสำคัญ ซึ่งนั่นไม่ได้หมายความว่ากลไกเหล่านี้ไม่มีประโยชน์ หากแต่จะมีประโยชน์เพียงพอแค่ไหนสำหรับภาพในอนาคต ดังนั้นจึงคิดว่าอาจถึงเวลาที่เราจะต้องทบทวนในบางโจทย์ เช่น การที่เราไปประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นประจำทุกปี แต่ว่าการเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบายนั้นเกิดขึ้นอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรมมากน้อยเพียงใด

“การประชุมสมัชชาฯ เราอาจขบคิดกันในระดับของแต่ละละมติ ว่าเรื่องนั้นจะทำอะไรต่อ หากแต่เราอาจยังไม่เคยกลับมาขบคิดไปถึงในระดับของตัวกลไกเอง ทบทวนว่าตัวกลไกสมัชชาฯ ได้ทำหน้าที่ในลักษณะไหน ควรจะต้องมีการเปลี่ยนอะไรแล้วหรือยัง เรายังไม่เคยมีการตั้งคำถามในลักษณะนี้” อ.เดชาธิต ระบุ

สช.ต้องตั้งทีมทำงาน แบบ สปสร.

นักวิชาการรายนี้ เล่าย้อนกลับไปช่วงที่มีการออกแบบตัวกฎหมายฉบับดังกล่าว ซึ่งโจทย์ ณ ตอนนั้นคือทุกคนได้เข้ามามีส่วนร่วมในฐานะของการออกแบบ ซึ่งหมายถึงมีเป้าหมายที่ต้องการทดลองว่าหากมีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะใด แล้วจะเกิดผลอย่างไร

ฉะนั้นการทำงานร่วมกันในตอนนั้นของทั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานปฏิรูประบบ



การประชุมสมัชชาฯ

เราอาจขบคิดกันในระดับของแต่ละมติ ว่าเรื่องนั้น

จะทำอะไรต่อ หากแต่

เราอาจยังไม่เคยกลับมาขบคิด

ไปถึงในระดับของตัวกลไกเอง

ทบทวนว่าตัวกลไกสมัชชาฯ

ได้ทำหน้าที่ในลักษณะไหน

ควรจะต้องมีการเปลี่ยนอะไร

แล้วหรือยัง เรายังไม่เคย

มีการตั้งคำถามในลักษณะนี้



สุขภาพแห่งชาติ (สปรศ.) รวมถึงในเวทีสมัชชาสุขภาพก็
จะมีความตื่นตัวและคิดค้น เนื่องด้วยจิตวิญญาณของ
การทดลองที่กำลังต้องการดูว่าผลจะออกมาเป็นอย่างไร

อย่างไรก็ตาม ด้วยความไม่แน่ใจของผู้คนที่มักมองว่า
สิ่งที่ถูกเขียนออกมาเป็น “พระราชบัญญัติ” แล้วมักจะ
แปลว่าต้องดำเนินตามนั้น ดังนั้นจิตวิญญาณของการ
ทดลองเหล่านี้จึงได้หายไป และทำให้เวทีสมัชชาสุขภาพ
หรือการทำงานในภาพรวมของ สช. เองช่วงหลังอาจมี
ความคิดที่ถดถอย เพราะผู้คนไม่ได้มีความรู้สึกที่กำลังมา
ร่วมทดลองอะไรบางอย่างอยู่

“ตอนที่เริ่มต้นทำมันเป็นการทดลองออกแบบกลไก
สุขภาพใหม่ๆ แต่ทุกวันนี้ผู้คนอาจมอง สช. เหมือนเป็น
ช่องทางหนึ่งที่จะช่วยเขาแก้ไขปัญหาที่มันมีอยู่เหมือนกับ
ช่องทางอื่นๆ ในกระบวนการแก้ไขปัญหามาตรฐ เป็น
ลักษณะที่ฝากให้ สช. หรือรัฐบาล มาช่วยแก้ปัญหาให้
ภาพนี้จึงต่างกับเมื่อ ๑๕-๒๐ ปีที่แล้ว ที่เรากำลังอยู่ใน
ขั้นของการออกแบบ และมีโอกาสพูดคุยถึงกลไกกัน
อย่างจริงจัง” นักวิชาการรายนี้วิเคราะห์

ในมุมมอง ดร.เดชรัตน์ ได้เสนอเพิ่มว่า **สช.อาจจะต้อง
มีการตั้งทีมย่อยๆ เพื่อย้อนกลับไปทำหน้าที่เหมือน**

**ออกแบบซ้ำ หรือออกแบบใหม่ ซึ่งตรงนี้ สช. อาจไม่ได้
ทำเหมือน สปรศ. ในตอนนั้น ฉะนั้นขณะนี้เราจึง
อาจต้องมีทีมขึ้นมาเพื่อทำหน้าที่นี้”** อ.เดชรัตน์ ให้มุมมอง

พ.ร.บ.สุขภาพฯ ยังเท่ากับ Soft Power อยู่หรือไม่ !!?

จะนั้นเมื่อให้สรุปถึงภาพรวมของเครื่องมือภายใต้
พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ทั้งหมด อ.เดชรัตน์
ระบุว่า อาจตอบไม่ได้เสียทีเดียวว่าดีหรือไม่ดี ในความหมาย
ทางใดทางหนึ่ง แต่แน่นอนว่าต้องมีผลดีจากภาพที่มีการ
ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นธรรมนูญสุขภาพที่
มีการขยายตัวออกไปยังพื้นที่ต่างๆ หรือสมัชชาสุขภาพ
แห่งชาติ ที่มีการจัดอย่างต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลา ๑๔ ปี
อย่างไรก็ตามสิ่งที่เขามองว่าเป็นข้อเสีย คือส่วนที่อาจจะ
ยังไม่ได้รู้สึกถึงสิ่งเหล่านี้ได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงใน

“สช.อาจจะต้องมีการตั้งทีมย่อยๆ เพื่อย้อนกลับไปทำหน้าที่ เหมือนครั้งที่ เป็น สปรศ. เพื่อทบทวน และออกแบบกลไกเหล่านี้อยู่เป็นระยะ”

ครั้งที่ เป็น สปรศ. เพื่อทบทวนและออกแบบกลไก
เหล่านี้อยู่เป็นระยะ ในบางกลไกเอง เช่นกระบวนการ
HIA ก็ได้กำหนดให้มีการออกแบบใหม่ทุก ๕ ปี หากแต่
ในส่วนอื่นๆ อาจไม่ได้มีการกำหนดเรื่องนี้เอาไว้

“สช. ทำหน้าที่ได้ดีในการเป็นเจ้าภาพที่ต่อเนื่อง
มาจาก สปรศ. ช่วยทำให้กลไกที่เราเคยคิด เคยออกแบบ
กันไว้เมื่อ ๑๕ ปีที่แล้ว ถูกนำมาดำเนินการจริงในทาง
ปฏิบัติ แต่ปัญหาคือกระบวนการกลไกเหล่านั้นควรถูก

ภาพใหญ่กว่านั้น เพราะยังเป็นความเปลี่ยนแปลงของผู้คน
ภายในแวดวงที่เข้ามา ด้วยวิธีการแบบที่ถูกกำหนดไว้ เป็น
นัยยะว่าการทบทวนกระบวนการเหล่านี้อาจจะยังมีน้อย
เกินไป

“นี่จึงย้อนกลับไปสู่โจทย์ของความไม่แน่ใจ ที่ว่าหลาย
ครั้งเราอยากจะทำให้เรื่องที่มีลักษณะมันกลายเป็นกฎหมาย
แต่พอมันเป็นกฎหมายแล้ว ก็กลับไปสู่โหมดที่คล้ายกับว่า
นิ่งสนิท เหมือนจุดเริ่มต้นเมื่อ ๑๕-๒๐ ปีที่แล้ว ที่เรา



อาจพูดกันเยาะว่ากระบวนการเชิงอำนาจมันทำให้เกิดปัญหาหลายเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ฉะนั้นการออก พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ก็จะต้องไปเปลี่ยนแปลงกลไกเชิงอำนาจใหม่ ซึ่งก็มีกระบวนการอีกเยาะแยะ แต่ในท้ายที่สุดหลังจากผ่านไป ๑๕ ปี ปัญหาคือ Soft Power ของเราตรงนั้นมันยังคงความมีอิทธิพลได้เหมือนเดิมหรือไม่” อ.เดชรัตน์ วิเคราะห์

นักวิชาการรายนี้ยังสะท้อนต่อถึงแนวทางสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ที่เป็นการเชื่อมโยงระหว่างความรู้ ความเคลื่อนไหวทางสังคม และอำนาจเชิงนโยบาย ซึ่งแม้จะเป็นแนวทางที่ถูกต้อง แต่ถึงเราจะมีครบสามเหลี่ยมจริงก็ไม่ได้หมายความว่าเราจะผลักดันทุกเรื่องได้สำเร็จ ฉะนั้นการทบทวนว่าสิ่งใดที่ทำแล้วล้มเหลว สิ่งใดที่ทำแล้วไม่ล้มเหลว กระบวนการใดที่เราจะต้องเปลี่ยนแปลง เครื่องมือใหม่ที่จะต้องถูกพัฒนา เครื่องมือเก่าที่อาจต้องเลิกไปบ้าง เหล่านี้เป็นสิ่งที่ควรจะต้องมีการทบทวนกันอย่างจริงจัง



ทั้งนี้ เขามองว่าเรื่องสุขภาพในหลายประเด็นมีการทำได้ดีขึ้น เช่น เรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ ขยายได้เป็นวงกว้างมากขึ้น การดูแลผู้ป่วยในบางกลุ่มโรค อย่างโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก็พยายามทำได้ดีขึ้น หากแต่ยังมีอีกหลายประเด็นที่ทำได้ไม่สำเร็จ เช่น ฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM 2.5 การบริโภคผักและผลไม้ ซึ่งต่างเป็นประเด็นที่เรายังไม่รู้ว่าจะแก้ปัญหายังไง

“ไม่ใช่จะตัดสินว่าทั้งหมดเราทำได้ดี หรือทำไม่ได้ดี แต่คิดว่าปัญหาหลายเรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญ เวลาจะแก้ไขเขาอาจไม่ได้ย้อนกลับมาคิดถึงกลไกของเรา ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือเรื่องของฝุ่นละออง มีการพูดถึง พ.ร.บ. อากาศสะอาด ซึ่งอาจจำเป็นต้องมี แต่ถามว่ากลไก พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ช่วยส่งเสริมให้มีการผลักดันอากาศสะอาดในช่วงที่ยังไม่มี พ.ร.บ. อากาศสะอาด ได้มากน้อยเพียงใด ก็ยังคิดว่ามีไม่มากนัก” อ.เดชรัตน์ ให้มุมมอง

นักวิชาการรายนี้ยืนยันว่า ขณะนี้ถึงเวลาที่เราคงจะต้องตั้งโจทย์และทบทวนกัน เพื่อมองต่อไปในอนาคตข้างหน้าว่าจะมีการปรับปรุง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติใหม่ได้อย่างไร ร่วมกันมองว่าระบบสาธารณสุขไทยต่อไปจะเจออะไรบ้าง ระบบสุขภาพโดยรวมจะเป็นอย่างไร กลไกการทำงานในอนาคตควรจะเป็นไปอย่างไร ความเชื่อที่ว่า พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เป็นเสมือน Soft Power นั้นยังเป็นจริงอยู่หรือไม่

นั่นก็เพราะช่วงตลอดระยะเวลา ๑๕ ปีที่ผ่านมาไม่ได้มีอะไรที่เกิดขึ้นไปเยอะมาก ไม่ว่าจะเป็นซูเปอร์ริบอร์สุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพ หรือปัญหาใหม่ๆ อย่างโควิด-19 ซึ่งเราจะมองภาพรวมทั้งหมดนี้ และสรุปบทเรียนเอาไว้อย่างไร กลไกของกฎหมายฉบับนี้จะตอบโจทย์หรือช่วยในการค้นหาคำตอบเหล่านี้ได้อย่างไร ทั้งหมดจึงเป็นส่วนที่ทำให้เขาเชื่อว่าจำเป็นต้องมีการทบทวนกัน

ขณะนี้ถึงเวลา
ที่เราควรจะต้องตั้งโจทย์
และทบทวนกัน เพื่อมองต่อไป
ในอนาคตข้างหน้า
ว่าจะมีการปรับปรุง
พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ
ใหม่ได้อย่างไร ร่วมกันมองว่า
ระบบสาธารณสุขไทย
ต่อไปจะเจออะไรบ้าง

โค้งสุดท้าย! ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพฯ ฉบับ ๓ ปูพรมรับฟังความเห็น 1 เดือน จัดสมัชชาฯ ‘เฉพาะประเด็น’ เม.ย.นี้

การประชุมบอร์ดสุขภาพของประเทศไทย หรือคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) นัดที่ ๒ ของปี ๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๔ มี.ค. ๒๕๖๕ มีประเด็นการพิจารณาที่สัมพันธ์โดยตรงกับโครงสร้างของระบบสุขภาพไทย นั่นคือที่ประชุม คสช. ได้รับทราบการจัดเวทีฟังความคิดเห็นและสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น **ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓** ในช่วงเดือนมีนาคม-เมษายน ๒๕๖๕ เพื่อให้ภาคีทุกภาคส่วนร่วมพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะต่อ (ร่าง) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓

การประชุม คสช. วันดังกล่าว มี **ดร.สาธิต ปิตุเตชะ** รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ทำหน้าที่ประธาน แทน **นายอนุทิน ชาญวีรกูล** รองนายกรัฐมนตรี และ รมว.สธ. ในฐานะประธาน คสช. ซึ่งติดภารกิจสำคัญ โดยที่ประชุมต่างเห็นพ้องร่วมกันว่า ธรรมนูญ ฉบับที่ ๓ เปรียบได้กับ “เข็มทิศด้านสุขภาพ” ของประเทศ ขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการรับฟังความคิดเห็น โดยคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ ซึ่งมี **ดร.สุวิทย์ เมษินทรีย์** อธิการบดีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี (อว.) เป็นประธาน พร้อมทำการสื่อสารให้สังคมวงกว้าง ได้รู้จักเครื่องมือดังกล่าวตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่ใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ **ดร.สาธิต** ระบุว่า โครงสร้างภายในร่างธรรมนูญ ฉบับที่ ๓ นี้ จะมีการประเมินถึงแนวโน้มสถานการณ์ที่อาจมีผลต่อระบบสุขภาพ ในระยะ ๕ ปี เช่น โรคระบาด สังคมสูงวัย เทคโนโลยี การขยายตัวของเมือง การค้าระหว่างประเทศ



สภาพภูมิอากาศ พร้อมกับวางคุณลักษณะที่พึงประสงค์ และเป้าหมายของระบบสุขภาพในระยะดังกล่าว โดยยึดโยงกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) รวมทั้งแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ ที่กำลังจะมีขึ้น

“เนื้อหาในธรรมนูญ ฉบับที่ ๓ จะประกอบไปด้วยสาระที่สำคัญต่างๆ โดยเฉพาะเป้าหมายของระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับแนวโน้มสถานการณ์ในระยะ ๕ ปี ทั้งในส่วนของ การปรับปรุงโครงสร้างหรือระบบ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้คนให้เท่าทันเรื่องสุขภาพ รวมไปถึงบริบททางเทคโนโลยี การตัดสินใจบนฐานข้อมูล Big Data ที่จะเข้ามาทำให้ระบบสุขภาพไทยเป็นไปตามเป้าหมายที่พึงประสงค์ ตลอดจนปัญหาที่ยืดเยื้อกันในระดับโลก เช่นการ



เปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศก็ถูกให้นำหนักด้วยเช่นกัน” รมช.สธ. กล่าว

ด้าน **นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ** เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กล่าวว่า หลังจากที่คณะกรรมการจัดทำธรรมนูญฯ ยกร่างโครงสร้างและเนื้อหาทั้งฉบับเสร็จสิ้นแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการจัดเวทีสร้างการรับรู้และการมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญฯ ฉบับที่ ๓ ในกลุ่มต่างๆ ทั้งภาคียุทธศาสตร์ ภาคีภาครัฐ ภาคีภาควิชาการ ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน ผู้แทนคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ผู้แทนสมัชชาสุขภาพจังหวัด รวมทั้งการจัดเวที **สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น** เพื่อสร้างการรับรู้ การมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำธรรมนูญฯ ฉบับที่ ๓ และ

เพื่อสร้างพันธสัญญาในการขับเคลื่อนร่วมกัน ซึ่งจะอยู่ในช่วงเดือน มี.ค. – เม.ย. ๒๕๖๕

นพ.ประทีป กล่าวอีกว่า ภายหลังจากจัดเวทีต่างๆ ดังกล่าวทั้งหมด จะมีการรวบรวมข้อเสนอการปรับแก้ไขต่อ (ร่าง) ธรรมนูญฯ ฉบับที่ ๓ เสนอต่อคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญฯ และ คสช. เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบในเดือน พ.ค. ๒๕๖๕ ก่อนเสนอต่อคณะรัฐมนตรี (ครม.) และรัฐสภา เพื่อประกาศในราชกิจจานุเบกษาภายในปี ๒๕๖๕ ต่อไป

ในระหว่างนั้นก็จะมีการนำธรรมนูญฯ ฉบับที่ ๓ ที่ผ่านการพิจารณาโดย คสช.แล้ว ไปจัดเวทีทำความเข้าใจเพื่อการขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ทั้ง ๑๓ เขตสุขภาพควบคู่กันไปด้วย

ปักหมุด นโยบายสาธารณะ เปลี่ยนมหานคร



นโยบายสาธารณะนับเป็นกระบวนการสำคัญที่หลายภาคส่วน ใช้เป็นเครื่องมือผลักดันสิ่งที่เรียกว่าเป้าหมายให้กลายเป็นรูปธรรม ซึ่งอาจออกมาในรูปแผนยุทธศาสตร์ มาตรการ แนวทาง มีกลไกคณะทำงานชุดต่างๆ เป็นผู้ดำเนินการสร้างผลลัพธ์ที่เกิดผลประโยชน์ต่อผู้คนให้ได้มากที่สุด

อย่างไรก็ตามนโยบายสาธารณะในบ้านเรา ส่วนใหญ่ยังเป็นการกำหนดเพียงลำพังจากหน่วยงานเดียว องค์กรเดียว หรือความคิดของผู้บริหารบ้านเมืองเพียงคนเดียว หรือกลุ่มเดียว จึงอาจเรียกได้ว่าขาด “การมีส่วนร่วม” ไปในแทบทุกขั้นตอน การที่จะเรียกว่าเป็น “เจ้าของร่วม” หรือ “Ownership” นั้นยิ่งห่างไกลออกไปมาก

ความจริงในหลายเหตุการณ์ที่ผ่านมา เราพบว่าบทบาทของภาคพลเมืองในการร่วมแก้ไขปัญหของชุมชน ของสังคม กระทั่งของประเทศ มีพลังมากยิ่งขึ้น ถือเป็นพลังของ Active Citizen ที่แสดงออกในหลายรูปแบบ เช่น การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง การสร้างความเห็นร่วม การเสนอมาตรการสร้างทางเลือกที่หลากหลาย การลงไปปฏิบัติการในระดับพื้นที่เพื่อเป็นตัวอย่างเชิงรูปธรรม ต่างๆ เหล่านี้ นับเป็นความแตกต่างจากการออกมาเรียกร้อง การคัดค้านต่อต้าน พอสมควร

ต่อการเลือกตั้งผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครในเดือน พฤษภาคมนี้ ก็เช่นกัน ภาคพลเมือง ที่เรียกว่า “เครือข่ายปลุกกรุงเทพฯ” ที่เป็นการรวมตัวกันของเครือข่ายทั้งสุขภาพ และสังคม มากกว่า ๗๐ องค์กร ที่มาจากองค์กรชุมชน

ภาคประชาชน กลุ่มเยาวชนคนรุ่นใหม่ กลุ่มนิสิตนักศึกษา เครือข่ายที่ขับเคลื่อนงานต่างๆ ในเมืองหลวง ฯลฯ มาร่วมกันนำเสนอโยบายสาธารณะเพื่อการพัฒนาเปลี่ยนแปลงเมือง หวังให้ทุกคนสามารถใช้ชีวิตในกรุงเทพมหานครแห่งนี้ได้อย่างมีความสุขในทุกมิติ ตอบโจทย์ความเป็นเมืองระดับสากล

มีการวางขั้นตอนการทำงานไว้ได้แก่ ๑. วางเป้าหมายเชิงนโยบายให้ไปถึงมหานครแห่งสุขภาวะใน ๖ มิติได้แก่ เมืองน่าอยู่ เมืองปลอดภัย เมืองทันสมัย เมืองเป็นธรรม เมืองสร้างสรรค์ และเมืองมีส่วนร่วม ๒. วิเคราะห์ประเด็นนโยบายสาธารณะภายใต้มิติเมืองหลัก ด้วยข้อมูลและประสบการณ์ของแต่ละฝ่าย สกัดให้ได้มาซึ่งคำถามเชิงนโยบาย ๓. จัดกระบวนการกลุ่มย่อย (เวทีย่อย) ของแต่ละมิติ เพื่อร่วมกันออกแบบและใช้เป็นคำถามสร้างการมีส่วนร่วมกับผู้สมัคร ผู้ว่า กทม. ๔. แปลงเป้าหมายข้อเสนอ ไปสู่นโยบายปฏิบัติร่วมในแต่ละเรื่อง โดยมีระยะเวลากำกับ มีกระบวนการและคณะทำงานร่วมติดตามประเมินผลเชิงนโยบายในทุกระยะ

การเลือกตั้งผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครในรอบ ๙ ปีครั้งนี้ นับเป็นอีกเส้นทางหนึ่งที่จะพิสูจน์ได้ว่ากระบวนการนโยบายสาธารณะนั้น สามารถนำมาปรับใช้ในการทำงานเพื่อหาฉันทามติของคนในสังคม เป็นทิศทางแนวทางที่เห็นพ้องต้องกัน ในแนวทางนี้ ร่วมกันเป็นเจ้าของนโยบายในมิติต่างๆ จะร่วมสร้างและร่วมเปลี่ยนแปลงไปสู่มหานครแห่งสุขภาวะที่แท้จริง



- กำหนดการเวทีฟังเสียงกรุงเทพฯ
ในมิติหัว 6 เมือง**
- 7 เมษายน 2565 **เมืองน่าอยู่** (Well – being)
 - 21 เมษายน 2565 **เมืองปลอดภัย** (Safety)
 - 28 เมษายน 2565 **เมืองทันสมัย** (Smart)
 - 5 พฤษภาคม 2565 **เมืองเป็นธรรม** (Equality)
 - 12 พฤษภาคม 2565 **เมืองสร้างสรรค์** (Creative)
 - 16 พฤษภาคม 2565 **เมืองมีส่วนร่วม** (Engagement)

ไม่ใช่แค่โควิด-19 แต่เรายังคงหายใจด้วยอากาศสกปรก



ขอขอบคุณภาพประกอบจาก <https://www.pattayamail.com/thailandnews/pm-2-5-levels-rise-in-15-areas-in-bangkok-region-265774>

ไม่เพียงแต่ปัญหาการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ที่ดูท่าจะยืดเยื้อไปอีกนาน แต่ปัญหามลพิษในอากาศ หรือ ปัญหาอากาศสกปรกยังตีคู่กันมาและดูท่าทางไม่หายไป ในเร็ววันเช่นกัน นอกจากนี้ผลการสำรวจจาก **องค์การอนามัยโลก** หรือ World Health Organization (WHO) พบว่า **ประชากรโลกเกือบ ๙๙% หายใจด้วยอากาศไม่สะอาดและเกินค่ามาตรฐานของ WHO และกว่า ๖,๐๐๐ เมืองจาก ๑๑๗ ประเทศทั่วโลกทำการติดตามคุณภาพอากาศ แต่ประชาชนก็ยังคงอาศัยและหายใจเอาอากาศไม่สะอาดเข้าไป**

นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่พบความสัมพันธ์ระหว่างพื้นที่ที่มีคุณภาพอากาศแยเกินค่ามาตรฐานกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 โดยพบว่ามลพิษทางอากาศในระดับที่สูงขึ้นอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 มากขึ้น และพบว่าบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีค่า PM 2.5 สูงเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐานเป็นเวลานาน มีโอกาสเสียชีวิตจากโควิด-19 มากกว่าคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีอากาศอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานถึง ๑๕%

หากไปกว่านั้น ยังพบว่า PM 2.5 มีความสัมพันธ์กับการแพร่ระบาดของโควิด-19 อย่างน้อย ๓ ลักษณะ คือ ๑. ทำให้เกิดการระบาดมากขึ้น ๒. ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น ๓. ทำให้เมื่อมีการติดเชื้อ ผู้ป่วยจะมีอาการป่วยที่รุนแรงมากขึ้น^๑

ดังนั้นจึงดูเหมือนว่าถ้าแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศได้ จะทำให้เราปลอดภัยได้อีกหลายปัญหา ทาง WHO จึงมีข้อเสนอแนะสำคัญ ๙ ข้อ ให้กับการทำงานของภาครัฐในการปรับปรุงคุณภาพอากาศของประเทศตนเอง คือ^๒

- ๑ ปรับปรุงมาตรฐานคุณภาพอากาศของประเทศตามมาตรฐานของ WHO ฉบับปรับปรุง ที่มีเพิ่มความเข้มข้นในการประเมินคุณภาพอากาศ
 - ๒ ติดตามคุณภาพอากาศและระบุสาเหตุของมลพิษทางอากาศ
 - ๓ สนับสนุนการเปลี่ยนไปใช้พลังงานสะอาดในครัวเรือน สำหรับการทำอาหาร การทำความร้อน และแสงสว่าง
 - ๔ สร้างระบบขนส่งสาธารณะที่ปลอดภัยและเข้าถึงง่าย สร้างโครงข่ายถนนให้เป็นมิตรกับคนเดินถนนและการขี่จักรยาน
 - ๕ เพิ่มความเข้มงวดในการตรวจสอบการปล่อยมลพิษจากท่อไอเสียรถยนต์หรือยานพาหนะ รวมถึงตรวจสอบการดูแลบำรุงรักษารถยนต์หรือยานพาหนะ
 - ๖ ลงทุนในที่อยู่อาศัยแบบประหยัดพลังงานและการผลิตไฟฟ้า
 - ๗ ปรับปรุงการจัดการขยะของภาคอุตสาหกรรมและเทศบาล
 - ๘ ลดการเผาขยะทางการเกษตร ไฟป่า
 - ๙ รวมเรื่องมลพิษทางอากาศเข้าไปในหลักสูตรของบุคลากรด้านสุขภาพ และสร้างเครื่องมือหรือช่องทางให้บุคลากรด้านนี้เข้ามามีส่วนร่วม
- กลับมาที่ประเทศไทยหนึ่งในการทำงานที่สำคัญหลังจากเรามี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาได้ ๑๕ ปี คือการร่วมมือกันกับหลายภาคส่วน เช่น สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) สมาพันธ์นิสิตนักศึกษาแพทยนานาชาติ ประเทศไทย (IFMSA Thailand) กลุ่มคนรุ่นใหม่ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดในหลายจังหวัด พัฒนาข้อเสนอ นโยบายจากสาธารณะ และนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อช่วยประเทศ ช่วยสังคมไทยในการแก้ไขปัญหามลพิษ และสร้างการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนในสังคมให้มากที่สุด เพื่อที่จะช่วยกันลดปัญหามลพิษทางอากาศที่สำคัญนี้^๓

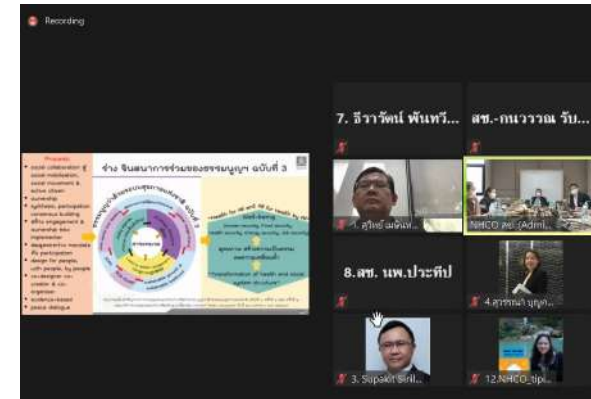
^๑ <https://www.who.int/news/item/04-04-2022-billions-of-people-still-breathe-unhealthy-air-new-who-data>
^๒ <https://www.thaihealth.or.th/Content/55275-%E0%B8%9D%E0%B8%B8%E0%B9%88%E0%B8%99%20PM%202.5%20%E0%B9%80%E0%B8%9E%E0%B8%B4%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B9%80%E0%B8%AA%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B8%A2%E0%B8%87%20COVID-19%20%E0%B8%88%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%87%E0%B8%AB%E0%B8%A3%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B9%84%E0%B8%A1%E0%B9%88.html>
^๓ <https://www.who.int/news/item/04-04-2022-billions-of-people-still-breathe-unhealthy-air-new-who-data>
^๔ <https://www.bangkokbiznews.com/social/951156>

๑๕ ปี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ กับก้าวอย่างของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓



ในวาระครบรอบ ๑๕ ปี ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ นี้ สช.ในฐานะหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ในการประสานการทำงานกับภาคีตามเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งมีเครื่องมือสำคัญในการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมระบุไว้มากมายนั้น

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ จัดเป็นเครื่องมือสำคัญเครื่องมือหนึ่ง ที่ขณะนี้กำลังอยู่ระหว่างการจัดทำธรรมนูญ ฉบับใหม่อยู่ ซึ่งสานพลังฉบับนี้ เราจะมาทำความเข้าใจและเข้าใจในร่างธรรมนูญ ฉบับใหม่นี้กัน



พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้ระบุถึงธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ไว้ในมาตรา ๔๖-๔๘ ว่าธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มีสถานะเป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ

ขณะนี้อยู่ระหว่างกระบวนการร่างธรรมนูญ ฉบับที่ ๓ เพื่อให้ธรรมนูญ มีความสอดคล้องทันสถานการณ์มากขึ้น ซึ่งร่างธรรมนูญ ฉบับที่ ๓ นี้ ได้ระบุสถานะของธรรมนูญ ในทางปฏิบัติไว้ว่าเป็น **“กรอบทิศทางของระบบสุขภาพไทย”** ที่แสดงให้เห็นถึงเป้าหมายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ความเชื่อมโยงระหว่างยุทธศาสตร์ชาติ แผนระดับชาติ และแผนปฏิบัติการหรือแผนอื่นๆ ทุกระดับในด้านสุขภาพ และยังมีลักษณะเป็นเหมือน **“ข้อตกลงร่วม”** หรือ **“แนวคิดร่วม”** ที่ทุกภาคส่วนมีความเข้าใจและยอมรับในทิศทางระบบสุขภาพตามทีระบุไว้ พร้อมทั้งนำเอาแนวคิดและทิศทางตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติไปใช้อ้างอิงในการทำงาน

นอกจากนี้ยังสามารถใช้เป็นกรอบในการติดตามระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของไทย วิเคราะห์สถานะของระบบสุขภาพไทยตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติอีกด้วย

ร่างธรรมนูญ ฉบับที่ ๓ นี้ ได้ระบุเป้าหมายสำคัญในระยะ ๕ ปี ของนี้คือ **“ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม”**

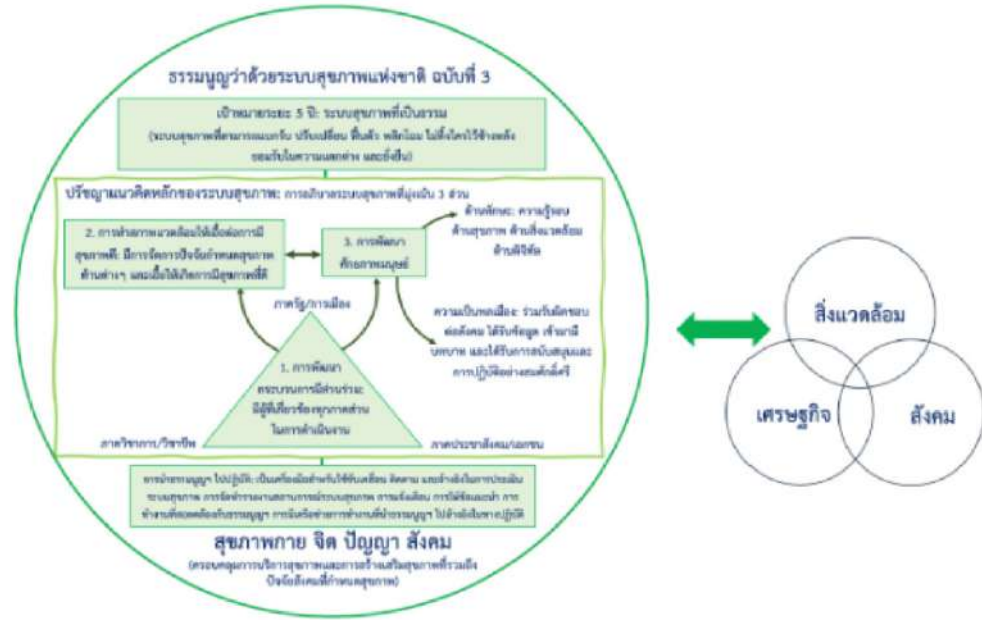
ซึ่งหมายถึง ระบบสุขภาพที่สามารถแบกรับ ปรับเปลี่ยนปรับตัว พลิกโฉม ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ยอมรับในความแตกต่าง และเป็นระบบสุขภาพที่ยั่งยืน

สำหรับสาระของร่างธรรมนูญ ฉบับที่ ๓ นี้ ประกอบด้วย ๓ ส่วนที่สำคัญ ได้แก่

ส่วนที่ ๑ สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อระบบสุขภาพในระยะ ๕ ปี ที่มีการทบทวนเพื่อให้เห็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพของไทย ปัจจุบันสถานการณ์สำคัญที่คุกคามสังคมโลกรวมถึงประเทศไทย อาทิ การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญของบริบททางสังคม เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมรวมถึงระบบสุขภาพ ซึ่งทำให้ปัญหาความเหลื่อมล้ำและไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพเด่นชัดมากขึ้น

ส่วนที่ ๒ กรอบแนวคิด ปรัชญาและเป้าหมายร่วมของระบบสุขภาพในธรรมนูญ ฉบับที่ ๓ ที่แสดงให้เห็นถึงเป้าหมาย ปรัชญาแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ สถานะของธรรมนูญ และความสำคัญของระบบสุขภาพที่เชื่อมโยงกับมิติของสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม และการพัฒนาที่ยั่งยืน

ส่วนที่ ๓ มาตรการสำคัญสู่เป้าหมายระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ คือ **“ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม”** ที่ระบุถึงระบบและกระบวนการหลักๆ ไว้ คือ ๑. กระบวนการนโยบายสาธารณะที่ดีและมีส่วนร่วมภาคีทุกภาคส่วนภายใต้บริบท

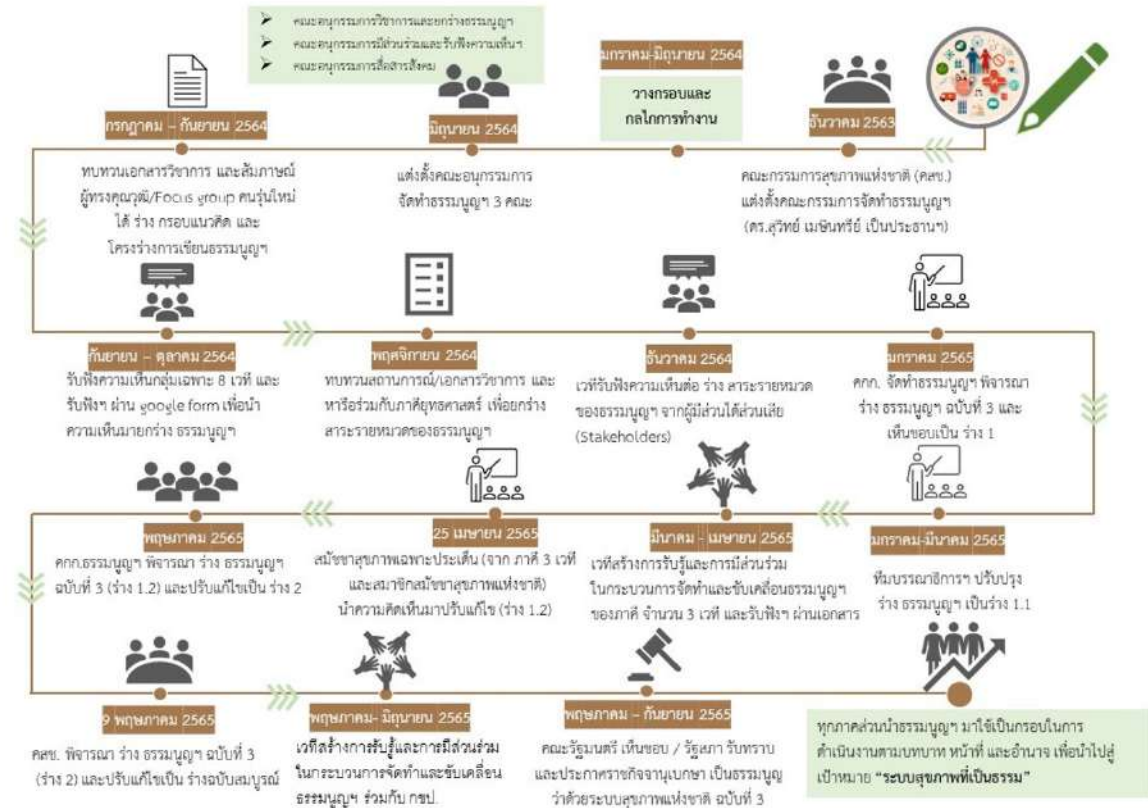


ด้านเศรษฐกิจและสังคม ๒. การสร้างเสริมสุขภาพที่รวมถึงปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health : SDH) ด้วยการทำให้สุขภาพแวดล้อมที่สนับสนุนและเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี มีการพัฒนาศักยภาพบุคคลและชุมชน และ ๓. การจัดการระบบบริการสุขภาพ ที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ

ขณะนี้ การเดินทางของกระบวนการร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ มาถึงการจัดเวทีเพื่อทำความเข้าใจกระบวนการจัดทำและสาระใน ร่างธรรมนูญ ฉบับที่ ๓ และสร้างการมีส่วนร่วมในธรรมนูญ ฉบับที่ ๓ ร่วมกับภาคีภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาคียุทธศาสตร์ ภาคีภาครัฐ และภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อร่างธรรมนูญ ฉบับที่ ๓ ให้ข้อมูลภารกิจของหน่วยงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และให้ข้อคิดเห็นต่อการนำธรรมนูญ ฉบับที่ ๓ ไปใช้ประโยชน์ร่วมกันในอนาคตโดย

จะมีการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นธรรมนูญฉบับที่ ๓ เพื่อให้ข้อเสนอแนะ สร้าง commitment และมีฉันทมติร่วมกันต่อไป

ข้อมูลจากทุกเวทีและสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นนี้จะนำไปใช้ปรับแก้ไข ร่างธรรมนูญ ฉบับที่ ๓ ให้เป็นฉบับสมบูรณ์ เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญและคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เห็นชอบในเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๕ ก่อนนำเข้าพิจารณาในคณะรัฐมนตรี และรายงานต่อรัฐสภาเพื่อทราบ ก่อนประกาศในราชกิจจานุเบกษาต่อไป และที่สำคัญ ในช่วงพฤษภาคม-มิถุนายน ๒๕๖๕ นี้ สช. จะร่วมกับภาคีในพื้นที่เพื่อจัดเวทีในการทำความเข้าใจและขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติในรายเขต ต่อไป สช. ต้องขอขอบคุณภาคีทุกภาคส่วนที่ให้ความสำคัญต่อธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยหวังว่าธรรมนูญฉบับใหม่นี้ จะนำไปสู่เป้าหมายในระยะ ๕ ปีที่วางไว้ได้จริง นั่นคือ “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม”



๑๕ ปี ‘สิทธิการตายตามธรรมชาติ’ ในประเทศไทย

กว่า ๑๕ ปีที่ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีผลบังคับใช้ กฎหมายดังกล่าวได้สร้างความเปลี่ยนแปลงให้กับเรื่องสิทธิการตายของประชาชนไทยอย่างมาก กล่าวคือ มาตรา ๑๒ แห่ง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้บัญญัติรับรองสิทธิของบุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ซึ่งสิทธิดังกล่าวได้สร้างความสะท้อนให้กับสังคม ก่อให้เกิดวิวัฒนาการได้เถียง การตื่นตัว และการค้นคว้าในเรื่องสิทธิการตายตามธรรมชาติในประเทศไทย และเป็นบ่อเกิดที่ทำให้สังคมตื่นตัว และให้ความสำคัญกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ในประเทศไทย

พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้รับรองสิทธิของบุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ มีการออกกฎหมายลำดับรองออกมาเพื่ออธิบายสิทธิดังกล่าวออกมาเป็นแนวทางในการดำเนินการและแนวปฏิบัติซึ่งได้แก่ กฎกระทรวงที่ออกตามความในมาตรา ๑๒ วรรคสอง และประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ว่าด้วยเรื่องแนวทางการปฏิบัติของสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ และบุคลากรด้านสุขภาพที่จะต้องดำเนินการและปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว

แม้ว่าเรื่องสิทธิการตายตามธรรมชาติจะมีมายาวนานในประเทศไทย แต่เรื่องดังกล่าวมาเป็นจุดสนใจของสังคมเมื่อมีแนวคิดจะนำเรื่องดังกล่าวมาบัญญัติไว้ในกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ โดยในช่วงมีการรับฟังความคิดเห็นจากภาคประชาสังคมจากทั่วประเทศเพื่อยกร่างกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ ภาคประชาสังคมเสนอว่าควรมีการรับรองสิทธิของประชาชนที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เลือกยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลตามที่ต้องการได้ โดยในช่วงดังกล่าวมีความสับสนว่าเรื่องนี้คือการุณยฆาต (Euthanasia) หรือไม่

นั่นทำให้มีการพัฒนางานทางวิชาการด้านกฎหมายและองค์ความรู้ทางการแพทย์เพื่ออธิบายต่อสังคมว่า สิทธิการตายตามธรรมชาติตามที่ปรากฏในกฎหมายสุขภาพแห่งชาตินี้ไม่ใช่เรื่องการุณยฆาต แต่เป็นสิทธิของบุคคลที่ต้องการเลือกที่จะรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลในช่วงที่ตนเองอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งต่างจากเรื่องการุณยฆาตที่เป็นเจตนา

ที่ต้องการให้ผู้ป่วย (ไม่ว่าจะระยะสุดท้ายหรือไม่) เสียชีวิต นอกจากนั้นในช่วงเวลาที่กฎหมายนี้เข้าสู่สภานิติบัญญัติแห่งชาติยังมีความพยายามในการถ่วงวิฤกาเพื่อยกเลิกกฎหมายดังกล่าว

แม้ว่าเมื่อภายหลังกฎหมายดังกล่าวจะผ่านการพิจารณาของสภานิติบัญญัติแห่งชาติและประกาศใช้เป็นกฎหมายแล้วก็ตาม ก็ยังมีกลุ่มบุคคลผู้ไม่เห็นด้วยฟ้องศาลปกครองสูงสุดเพื่อยกเลิกบทกฎหมายมาตรานี้ จนต้องมีการสู้คดีในศาลปกครองสูงสุดกว่า ๔ ปีจนศาลปกครองสูงสุดพิพากษายกฟ้องและรับรองสิทธิดังกล่าวของประชาชนว่าเป็นสิทธิผู้ป่วยที่ต้องการแสดงเจตนาขอตายตามธรรมชาติเท่านั้น

หลังจากที่กฎหมายมีผลใช้บังคับแล้ว สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้จัดตั้งโครงการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาและหลักการของกฎหมายดังกล่าวผ่านการบรรยาย การจัดทำเอกสารสื่อสิ่งพิมพ์ รวมทั้งจัดทัศนศึกษาแก่บุคลากรด้านสุขภาพในสถานพยาบาลต่างๆ รวมทั้งหน่วยงานรัฐและเอกชนที่สนใจในเรื่องดังกล่าวทั่วประเทศ

ในการบรรยายและให้ความรู้ สช. ได้เชิญแพทย์ที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองมาให้ความรู้ควบคู่กับ ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส ผู้ทรงคุณวุฒิของ สช. ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวนับเป็นการช่วยเผยแพร่ความรู้ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองไปในสถานพยาบาลต่างๆ ด้วย ก่อให้เกิดความตื่นตัวของบุคลากรในสถานพยาบาลและสังคมในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองตามมา ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่ามาตรา ๑๒ แห่ง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นหนึ่งในตัวจักรที่สำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย

นอกจากนั้นหลายปีที่ผ่านมา นอกจากจะมีการผลักดันความรู้ความเข้าใจในเรื่องมาตรา ๑๒ แห่ง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ แล้วนั้น สช. ก็ยังมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินการในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองอื่นๆ อีกด้วย เช่น การขับเคลื่อนงานในเรื่องการดำเนินการตามมาตรา ๑๒ แห่ง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กับแผนการพัฒนาบริการสุขภาพ (service plan) สาขาการดูแลแบบประคับประคอง จนทำให้เกิดกระทรวงสาธารณสุขประกาศ



แนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข เรื่องหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข, การจัดทำประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๓ และการจัดทำประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย (Thai standards for advance care planning) พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งมีส่วนทำให้เกิดการพัฒนามาตรฐานในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทยตามมา สช. หวังเป็นอย่างยิ่งว่า พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ จะเป็นเครื่องมือหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนไทย โดยเฉพาะบุคคลที่อยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตให้สามารถ “วางแผน” การดูแลตนเองในช่วงที่อยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต

‘ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โอกาส และความหวังอนาคตประเทศไทย’ กับสมาชิกสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕-๑๖

หลังจากที่สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 อยู่กับเรามาหลายปี ปัญหาหลายด้านเริ่มเข้าประเทศของเรา และสะท้อนภาพ “ความเหลื่อมล้ำในสังคม” ที่เป็นปัญหาพื้นฐานแทรกซึมในทุกมิติให้เด่นชัดขึ้นมา ที่สำคัญยังเป็นปัจจัยที่ซ้ำเติมกระทบกลุ่มประชากรที่มีความเฉพาะด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

ดังนั้นสมาชิกสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕-๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๖ จึงกำหนดประเด็นหลัก (Theme) “ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โอกาสและความหวังอนาคตประเทศไทย” เพื่อมุ่งพัฒนาโยบายสาธารณะให้เกิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพกับคนทุกกลุ่มในสังคม

ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (health equity) หมายความว่า การไม่มีความเหลื่อมล้ำในสังคมประชาชนกลุ่มต่างๆ สามารถเข้าถึง (access) ระบบสุขภาพ (health systems) และปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants of health) อย่างมีสิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคเท่าเทียมกัน ซึ่งถือเป็นการพัฒนาพื้นฐานไปสู่อนาคตของสังคมไทยสู่คนรุ่นต่อไป (next generations) ด้วยโอกาสและความหวัง (opportunity and hope)

ปีนี้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีอายุ ๑๕ ปีพอดี จึงถือโอกาสนี้ทบทวนและมีการปรับกรอบและแนวทางการจัดครั้งใหญ่ ดังนี้ ๑. เน้นเป็นประเด็นระดับประเทศ และมีหน่วยงานหรือองค์กรระดับชาติเป็นเจ้าภาพหลัก ๒. ใช้กระบวนการสมาชิกสุขภาพ

เฉพาะประเด็น จนได้ข้อเสนอที่มีความพร้อมทางวิชาการ และมีเครือข่ายหน่วยงานหรือองค์กรพร้อมร่วมขับเคลื่อนชัดเจน ๓. บูรณาการในการพัฒนา นโยบาย (ขาขึ้น) และขับเคลื่อนเชิงระบบ (ขาเคลื่อน) รวมทั้งเชื่อมการขับเคลื่อนร่วมกับสมาชิกสุขภาพในพื้นที่ และ ๔. จัดกิจกรรมสมาชิกสุขภาพแห่งชาติ ด้วยวิธีการที่ยืดหยุ่น ทันสถานการณ์ต่อเนื่องทั้งปี และเปิดกว้าง

จากกรอบและแนวทางดังกล่าวนำมาสู่การจัดกระบวนการและกิจกรรม โดยแบ่งออกเป็น ๒ ส่วนหลักๆ ประกอบด้วยคือ ๑. กระบวนการทางวิชาการ หรือการพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะ ประกอบด้วยหลายขั้นตอน เช่น กระบวนการถกแถลง การให้ความเห็นต่อร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย กระบวนการกล่าวถ้อยแถลง และการจัดสมาชิกสุขภาพเฉพาะประเด็นและ ๒. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นนโยบายสาธารณะ

ประเด็นที่นำมาพัฒนานโยบายนั้นมีการคัดเลือกประเด็นมาจากการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ทั้งนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ เช่น SDGs BCG ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ ร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ ร่วมกับประเด็นสำคัญของพื้นที่

ทั้งนี้ตลอดการจัดกระบวนการเน้นการมีส่วนร่วมและเปิดรับผู้ที่สนใจเข้าร่วมกระบวนการฯ ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๔๔ ซึ่งบัญญัติไว้ว่า

“ผู้ใดประสงค์จะเข้าร่วมสมาชิกสุขภาพแห่งชาติในการประชุมครั้งใด ให้สมัครลงทะเบียนสำหรับการประชุมครั้งนั้นต่อเจ้าหน้าที่ที่คณะกรรมการจัดสมาชิกสุขภาพแห่งชาติกำหนด ตามแบบและหลักเกณฑ์คณะกรรมการจัดสมาชิกสุขภาพแห่งชาติกำหนด

นอกจากผู้ลงทะเบียนตามวรรคหนึ่ง คณะกรรมการจัดสมาชิกสุขภาพแห่งชาติจะกำหนดให้เชิญบุคคลผู้แทนหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรภาคเอกชนตามที่เห็นสมควรมาร่วมประชุมด้วยก็ได้”

ผู้เข้าร่วมกระบวนการสมาชิกสุขภาพแห่งชาตินั้นสามารถเข้าร่วมได้ในหลากหลายช่องทางและร่วมได้ในทุกกระบวนการ ทั้งกระบวนการทางวิชาการ และกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งมีหลากหลายประเด็นที่น่าสนใจ และเหมาะกับกลุ่มผู้สมัครตาม ม.๔๔ วรรค ๑ เป็นอย่างยิ่ง โดยทั้งหมดนี้ จะมีการประชาสัมพันธ์รายละเอียดต่างๆ ตามช่วงเวลาต่อไป สามารถติดตามความเคลื่อนไหวได้ทางเว็บไซต์สมาชิกสุขภาพแห่งชาติ <https://www.samatcha.org> และอย่าลืมพบกันในการประชุมสมาชิกสุขภาพแห่งชาติในช่วงเดือนธันวาคมดังเช่นทุกปีที่ผ่านมาค่ะ 🌸



ความเป็นมาและ เป็นไปของภาษามนุษย์



มนุษย์มีวิวัฒนาการทางร่างกายมากมายจนสามารถเอาชนะสัตว์อื่นที่แม้มีขนาดใหญ่ แข็งแรง และมีเขี้ยวเล็บแหลมคมกว่าได้ เริ่มจากเป็นสัตว์สี่เท้า วิวัฒนาการเป็นสัตว์สองเท้า จนยืนตัวตรง ทำให้มองเห็นได้ไกลกว่าตอนเป็นสัตว์สี่เท้า และขาคู่หน้ากลายเป็นแขนที่เป็นอิสระพร้อมกับมือที่พัฒนาให้หัวแม่มือสามารถจับกับอีกทั้ง ๔ นิ้วที่เหลือได้ (opposable thumb) จึงสามารถใช้มือจับอาวุธ สร้างเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ได้พร้อมกับวิวัฒนาการของสมอง จากสมองของสัตว์เลื้อยคลานกลายเป็นสมองของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม และสมองมนุษย์ที่มีพัฒนาการทางปัญญาและอารมณ์จนสามารถสร้างวัฒนธรรมและอารยธรรมได้มากมาย

วิวัฒนาการสำคัญที่โดดเด่นอย่างมากของมนุษย์คือการพัฒนากล่องเสียง ทำให้เกิดการพัฒนาเป็นภาษาพูด และต่อมาพัฒนาเป็นภาษาเขียน ที่แม้หลากหลายแต่ทำให้มนุษย์สามารถสื่อสารกันได้เป็นผลให้สามารถรักษาเผ่าพันธุ์และสร้างพัฒนาการต่างๆ ได้อย่างเหลือเชื่อ

การพูดต้องเกิดจากการทำงานประสานกันของอวัยวะต่างๆ มากมายนอกจากกล่องเสียงแล้ว ต้องอาศัยลมจากปอด ผ่านลำคอ ผ่านอวัยวะต่างๆ ในปาก ทั้งลิ้น เหงือก ฟัน โดยการควบคุมการทำงาน ซึ่งจะมีการปรับระดับการสั่น ตั้งแต่ ๔๐-๕๐ ครั้งต่อวินาที จนอาจถึง ๑,๕๐๐ ครั้งต่อวินาที

จากคำพูดเป็นคำคำ ผูกเป็นประโยค ซึ่งต้องมีกฎเกณฑ์ที่ต่อมาเรียกว่าไวยากรณ์ จากภาษาพูด พัฒนาเป็นภาษาเขียนที่หลากหลาย

ทั่วโลกเวลานี้มีภาษา (language) ต่างๆ ราว ๖,๐๐๐ ภาษา แยกเป็นภาษาถิ่น (dialect) ราว ๒ หมื่นภาษาถิ่น โดยภาษาต่างๆ ล้วนตกอยู่ในสภาพอันจืด เกิดขึ้น ดำรงอยู่ เปลี่ยนแปลง และเสื่อมสลายไป

จากภาษาเขียนเพื่อการสื่อสารสำหรับการดำรงชีวิต พัฒนาเป็นภาษารรณกรรม ภาษาวิชาการแขนงต่างๆ ภาษารัฐ และภาษาอิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น

มีเรื่องราวให้เรียนรู้ได้มากมายเกี่ยวกับภาษา เช่น เรื่องจุดกำเนิดของภาษาพูด จากการศึกษาลักษณะและขนาดของกะโหลกมนุษย์ เป็นไปได้ว่าภาษาพูดของมนุษย์อาจเริ่มตั้งแต่เมื่อราว ๓ หมื่นปีก่อนคริสตศักราช และราวหมื่นปีก่อนคริสตศักราช มนุษย์เริ่มพูดสื่อสารกันแล้ว ส่วนภาษาเขียนเริ่มขึ้นราว ๙,๐๐๐ ปีก่อนคริสตศักราช จากการพบ "เบียดินเหนียว" (clay token) ที่น่าจะใช้แทนสิ่งของต่างๆ เช่น เบียดินเหนียวอาจหมายถึงแกะ เบียดินเหนียว ๕ อัน อาจหมายถึงแกะ ๕ ตัว ต่อมามีการพัฒนาอักษรทรงกลม (cuneiform) และอักษรภาพ (logograph)

ภาษามีการพัฒนาไปมากมาย นอกจากภาษาต่างๆ เช่น ภาษาอังกฤษ ภาษาฝรั่งเศส ภาษาไทย ฯลฯ แล้ว ยังมีภาษาระหว่างกลุ่มวัย เพศ สปีชีส์ ชนชั้น ความสัมพันธ์ และสถานการณ์ และยังมีภาษาแลงเฉพาะถิ่น เฉพาะวงการมากมาย เช่น

ในวงการรถยนต์ เรียกล้อว่า shoes ยางล้อว่า boots น้ำมันรถว่า juice บั๊มน้ำมันว่า bakery !? แสดงทางการแพทย์เรียกยาปฏิชีวนะว่า bug-juice ภาษาแสลงในยุคทศวรรษ ๑๙๕๐ และ ๑๙๗๐ เช่น blast คือ สนุกสุดเหวี่ยง bug คือ รำคาญ fab คือ ดีเลิศ funky คือ เท่ แจ๋ว dig ? คือ เข้าใจไหม ? ฯลฯ

ภาษาตลาดกับภาษาในชั้นเรียนก็มักแตกต่างกัน ประโยคฮิตประโยคหนึ่ง คือ IF IT AIN'T BROKE, DON'T FIX IT. (ถ้ามันไม่เสีย ก็อย่าไปซ่อม) ภาษาอังกฤษมาตรฐาน คือ IF IT ISN'T BROKEN, DON'T FIX IT.

ยังมีภาษาที่แสดงอารมณ์หรือความหมายแฝง (Connotation) โดยมีศัพท์ที่มีความหมายดีและไม่ดีที่ต้องระวังการใช้ให้ถูกที่ถูกทาง เช่น Slim คือ ร้างเพรียว แต่ skinny คือ ผอมแห้ง ; cosy คือ กะทัดรัด แต่ cramped คือ คับแคบ ; childlike way คือ เหมือนเด็กน้อยน่ารัก แต่ childish way คือ เหมือนเด็กกอมมือ ; moist คือ ชุ่ม แต่ soggy คือ แฉะ เป็นต้น

เรื่องราวมากมายเหล่านี้ มีอยู่ในหนังสือแปลชื่อ "ภาษา : ถอดรหัสมหัศจรรย์การสื่อสารของมนุษย์" ซึ่งแปลมาจาก "A Little Book of Language" by David Crystal ผู้เขียนหนังสือเล่มนี้เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาระดับแนวหน้าของโลก เป็นนักเขียน บรรณาธิการ ผู้บรรยาย และผู้ประกาศทางวิทยุและโทรทัศน์ และดำรงตำแหน่งศาสตราจารย์กิตติมศักดิ์ สาขาวิชาภาษาศาสตร์ที่มหาวิทยาลัยแห่งเวลส์มีผลงานหนังสือเกือบ ๑๐๐ เล่ม หนังสือเล่มนี้เขียนเมื่อปี ค.ศ. ๒๐๐๙ ส่วนผู้แปลจบการศึกษาปริญญาโทและเอก สาขาภาษาและวรรณคดี อังกฤษ จากมหาวิทยาลัยนอตติงแฮม ประเทศอังกฤษ เคยเป็นอาจารย์ภาควิชาภาษาอังกฤษที่ธรรมศาสตร์ ปัจจุบันทำงานอิสระและอาศัยอยู่ในประเทศอังกฤษ

หนังสือเล่มนี้เขียนอย่างผู้รู้ และเขียนอย่างครูที่ใจดีและมีอารมณ์ขันจึงอ่านสนุก ผู้แปลก็แปลได้ดีมาก แปลอย่างผู้รู้จริง และรู้ดีทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทย

แต่แน่นอน ประชาชนย่อมรู้พลั้งได้ หนังสือเล่มนี้เขียนถึงเฮเลน เคลเลอร์ว่า "เธอเกิดมาหูหนวกและตาบอด" (หน้า ๓๓๓) ความจริงเธอเกิดมาตาหูปกติ แต่ป่วยตอนอายุได้ ๑๙ เดือน ซึ่งไม่ทราบว่าเป็นโรคอะไร อาจเป็นไข้สมองอักเสบ หรือไข้ดำอีดาง เธอรอดชีวิตแต่โรคร้ายทำให้ทั้งตาบอดและหูหนวก พ่อแม่พยายามหาทางช่วยลูก จนเฮเลนอายุได้ ๖ ขวบ จึงได้ครูดีมาเป็นพี่เลี้ยง คือ แอน ซัลลิแวน วัย ๒๑ ปี ซึ่งก็ตาบอดแต่เพียงมองเห็นราวๆ แอนได้รับอุปการะและเรียนจนจบจากโรงเรียนสอนคนตาบอด แอนใช้ความเพียรพยายามและอดทนอย่างสูงสอนเฮเลนจนสื่อสารได้ ทั้งการเขียนและการพูด เรียนจบฮาร์วาร์ดได้ และกลายเป็นผู้รับบทบาทสำคัญในสังคมอย่างสูงตลอดชีวิตอันยืนยาวถึง ๘๘ ปี

พวกเราทุกคนล้วนใช้ภาษา ทำให้ไม่หาเวลาอ่านหนังสือเล่มนี้ เพื่อให้อ่านภาษา และใช้ภาษาให้ดีขึ้น 🌟

คลิปที่ต้องดู

เรื่อง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ความเป็นธรรม ของระบบสุขภาพ เป้าหมาย ที่ต้องไปให้ถึง

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สิ่งที่ต้องออกมาอย่างชัดเจนคือเรื่อง ความไม่เท่าเทียม-ความเหลื่อมล้ำในสังคม โดยเฉพาะ กลุ่มคนเล็กคนน้อย-ประชากรกลุ่มเฉพาะ ที่ได้รับผลกระทบเชิงลบรุนแรงกว่าคนกลุ่มอื่นๆ

ทั้งหมดนี้ จำเป็นต้องมีเครื่องมือสนับสนุนการจัดระบบสุขภาพของประเทศที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

คลิปที่ต้องดูฉบับนี้ จะบอกถึงเครื่องมือที่ช่วยแก้ปัญหาของระบบสุขภาพ รวมถึงเป้าหมายที่ต้องไปให้ถึง 🎯



เจ้าของ
ที่ปรึกษา
บรรณาธิการบริหาร
บรรณาธิการ
กองบรรณาธิการ

EDITORIAL TEAM

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ
นพ.ปรีดา แต่อารักษ์
บริษัท แจ่มแจ่มกรุ๊ป จำกัด
ชนิษฐา แซ่เลี้ยว
แคทรียา การาม
ทรงพล ตู่ละทา
นภินทร ศิริไทย
บัณฑิต มั่นคง
พิสิษฐ์ ศรีอัคคโภคิน
ยุวลักษณ์ เหมะวิบูลย์
สุรัชย์ กลั่นวารี
ชูชาติ ตริรัตน์ยานนท์
พรมประสิทธิ์ ธรรมกรณ์
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


JAMJAM GROUP CO.,LTD.

เตรียมความพร้อม ก่อนภัยแล้ง

ประเทศไทยเข้าสู่ฤดูร้อนอย่างเป็นทางการ ทำให้บางพื้นที่ที่มีอุณหภูมิไม่ต่ำกว่า 35 องศาเซลเซียสในแต่ละวัน มีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะภัยแล้งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนั้นประชาชนควรเตรียมความพร้อมรับมือภัยแล้งเพื่อลดความเสี่ยงสุขภาพ



1 ติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์ และปฏิบัติตามคำแนะนำการป้องกันตนเองจากภัยแล้งจากหน่วยงานภาครัฐอย่างเคร่งครัด

2 เฝ้าระวังสุขภาพกลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3 ตรวจสอบแหล่งสำรองน้ำของครัวเรือน ชุมชน เตรียมกักเก็บน้ำสะอาด และวางแผนการใช้น้ำอย่างประหยัด



4 ปลูกพืชใช้น้ำน้อย เช่น พืชตระกูลถั่ว ข้าวโพด ทานตะวัน มันสำปะหลัง และพืชชนิดต่างๆ

5 กินอาหารปรุงสุกใหม่อยู่เสมอ และนำน้ำมาต้มหรือกรองก่อนนำมาดื่ม



6 งดการจุดไฟ เผาหญ้า หรือสูบบุหรี่ ในที่มีเศษวัสดุ เชื้อเพลิง หญ้าแห้ง ฟืนไม้ บริเวณรอบที่อยู่อาศัยเพื่อป้องกันการเกิดไฟไหม้

