



มูลนิธิสุขภาพแห่งชาติ



สมาชิสุขภาพแห่งชาติ

รายงานการเสกเปลี่ยนเรียนรู้ การขับเคลื่อนมติสมาชิสุขภาพแห่งชาติ ในภาหสมาชิสุขภาพแห่งชาติ ครังที่ ๑ พ.ค.๒๕๕๑



สำนักขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติร่วมกับองค์กรภาคีเครือข่าย

รายงานการเสกเปลี่ยนเรียนรู้
การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ในทางสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พ.ศ.๒๕๕๙

สำนักขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับองค์กรภาคีเครือข่าย

รายงานการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พ.ศ.๒๕๕๙

ที่ปรึกษา	คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงาน ตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
บรรณาธิการบริหาร	พลเดช ปิ่นประทีป อรพรรณ ศรีสุขวัฒนา สุทธิพงษ์ วสุโสภาพล
กองบรรณาธิการ	สมเกียรติ พิทักษ์กมลพร วันวิสา แสงทิม รัฐวรรณ เสงสีหาพันธ์ จักรรินทร์ สีมา
จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ๘๘/๓๙ ถ.ติวานนท์ ๑๔ หมู่ที่ ๔ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐-๒๘๓๒-๙๐๐๐ โทรสาร ๐-๒๘๓๒-๙๐๐๑-๒ อีเมลล์ nationalhealth@nationalhealth.or.th เว็บไซต์ http://www.nationalhealth.or.th www.samatcha.org
ISBN	๙๗๘-๖๑๖-๗๖๙๗-๖๖-๖
พิมพ์ที่	บริษัท พิมพ์สิริพัฒนา จำกัด ๑๘ ซอย เพชรเกษม ๔๘ แยก ๔๑ แขวง บางด้วน เขต ภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๖๐ โทรศัพท์ ๐-๒๕๕๗-๑๓๒๕
พิมพ์ครั้งที่ ๑	มิถุนายน ๒๕๖๐
จำนวนพิมพ์	๓,๐๐๐ เล่ม

ข้อมูลทางบรรณานุกรม

พลเดช ปิ่นประทีป.

รายงานการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
พ.ศ. ๒๕๕๙.-- นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), ๒๕๖๐.
๑๖๒ หน้า.

๑. การส่งเสริมสุขภาพ. ๒. ปัจจัยกำหนดสุขภาพ. I. ชื่อเรื่อง.

๖๑๓

ISBN ๙๗๘-๖๑๖-๗๖๙๗-๖๖-๖

สารบัญ

คำนำ	๖
คำนิยม	๘
บทที่ ๑ บทนำ	๑๑
บทที่ ๒ การนำเสนอการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพในงาน สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙	๑๓
๒.๑ รายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน ตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดให้ต้องรายงานใน สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙	๑๔
๑) มติที่ ๑.๓ นโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพ ในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้	๑๘
๒) มติที่ ๑.๔ ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น	๒๓
๓) มติที่ ๓.๒ ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ	๒๕
๔) มติที่ ๕.๑๑ กลไกและกระบวนการสมัชชาสุขภาพ	๒๘
๕) มติที่ ๖.๓ แผนยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติ ว่าด้วยระบบสุขภาพะชุมชน	๓๑
๖) มติที่ ๖.๔ แผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโภชนาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๖๑	๓๓
๗) มติที่ ๗.๒ การพัฒนากระบวนการประเมินและการตัดสินใจ การใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ	๓๕
๘) มติที่ ๗.๔ การจัดการสเตอรอยด์ที่คุกคามสุขภาพคนไทย	๓๖
๙) มติที่ ๗.๕ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย	๓๘
๒.๒ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข	๔๙
๑) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนมติ ๓.๓ การควบคุมมลพิษที่ตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก	๕๐

๒) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนมติ ๑.๘ ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น	๕๗
๓) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนมติ ๘.๕ วิกฤติการณ์เชื้อแบคทีเรียดื้อยาและการจัดการปัญหาแบบบูรณาการ: “การดื้อยาด้านจุลชีพ No action today, No cure tomorrow”	๖๙
๔) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนมติ ๘.๓ ระบบสุขภาพเขตเมือง: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม	๘๐
๒.๓ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ด้านสุขภาพสังคมและสุขภาวะ	๙๖
๕) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนกลุ่มมติเด็กกับสื่อ: เด็กไทย ๔.๐ ออนไลน์ ร้ายหรือดี อยู่ที่ใคร ?	๙๗
๖) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนมติพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะ: จิตบาอย่างสุนทรียะ พุดคุยเรื่องสุขภาวะของพระสงฆ์	๑๐๖
๗) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนกลุ่มมติเกษตรและอาหารปลอดภัย	๑๑๔
๘) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนมติ ๒.๙ การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน: “ขับรถดีมีน้ำใจ รักษาวินัยจราจร”	๑๒๔
๒.๔ เสวนา เปิดตัว Forum “ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม”	๑๓๕
๒.๕ คำกล่าวประกาศชื่นชมรูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	๑๕๑

คำนำ

หากทิศทางหนึ่ง ที่มีเป้าหมายเพื่อความมีสุขหรือมีสุขภาพของผู้คนและสังคม คือ การมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะ หรือการมีเจตนาความมุ่งมั่นตั้งใจร่วมกันในทิศทางที่เห็นร่วมกันอย่างต่อเนื่อง สิ่งสำคัญคือ การเข้าใจและจับกุมหัวใจสำคัญของนโยบายสาธารณะ ที่ไม่ได้อยู่ที่คำประกาศหรือข้อเขียนที่ออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร หรือเป็นทางการ แต่อยู่ที่ “กระบวนการ” ของการดำเนินการให้ได้มา ซึ่งนโยบายสาธารณะมากกว่า แต่ที่มากกว่านั้นอีก คือ “การขับเคลื่อนไปสู่การพัฒนาให้เกิดผล การเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรม” โดยกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดี ต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย ที่เกี่ยวข้องในสังคม เข้ามาทำงานร่วมกัน โดยร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้ต่าง ๆ ร่วมกำหนดทิศทาง แนวทางของนโยบายสาธารณะ ร่วมดำเนินการตามนโยบายเหล่านั้น ร่วมติดตามผล และร่วมทบทวนนโยบายสาธารณะ เพื่อปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายใหม่ ๆ ที่สอดคล้องกับบริบทการพัฒนาที่เปลี่ยนแปลงไปทุกขณะ

การนำเสนอครั้งนี้ มีทั้งกระบวนการที่กำลังพัฒนา ไปจนถึงที่เป็นบทเรียนและประสบการณ์ การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม จำนวน ๙ กรณี คู่ขนานไปกับการประชุมเพื่อพิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบาย ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ เพื่อ ๑) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และให้ข้อเสนอต่อการขับเคลื่อนการพัฒนาในระยะต่าง ๆ ๒) สนับสนุนการค้นหารูปธรรมการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะฯ ที่เป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ๓) พัฒนากลไกและกระบวนการเรียนรู้และดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม ในทุกระดับเชื่อมโยงกัน ซึ่งความคาดหวังของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ครั้งนี้ ยังจะได้สะท้อนผลการพัฒนาตามแนวคิด ทิศทางและหลักการที่สำคัญ อาทิ

- สะท้อนผลให้เห็นตามหลักการ “สุขภาพในทุกนโยบาย” (Health in All Policy) สู่รูปธรรมการพัฒนา ในทิศทาง “สร้างนำซ่อมและการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า”
- มุ่งสู่การอภิบาลระบบสุขภาพและการพัฒนานโยบายสาธารณะฯ โดยเครือข่าย (Governance by Network) เชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับการอภิบาลโดยรัฐ และตลาด ที่เห็นการร่วมกันอย่างชัดเจนผ่านพื้นที่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- สร้างกระบวนการบูรณาการและเชื่อมโยง (Connectivity) ศักยภาพของกลไกองค์กร/หน่วยงาน และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน/ทุกระดับ โดยเฉพาะการเชื่อมโยงศักยภาพของหน่วยงานและองค์กรภาคีต่าง ๆ บนประเด็นนโยบายสาธารณะที่กำลังขับเคลื่อน
- เน้นการ ยกกระดาน (Shift-up to right) ต่อยอด ขยายผล การพัฒนาประเด็น/งาน จาก นโยบายสาธารณะฯ ให้ต่อเนื่อง รวมทั้งการกระจายบทบาทและภารกิจสู่พื้นที่ ชุมชน ท้องถิ่น ร่วมเป็นเจ้าของการพัฒนา (Ownership) อย่างเป็นรูปธรรม
- เน้นใช้ยุทธศาสตร์นำ เครื่องมือตาม ภายใต้แนวคิด “ผู้สร้าง เป็นผู้ใช้นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ร่วมกัน” โดยผสมผสานความเป็นธรรมชาติที่หลากหลายของแต่ละพื้นที่ภายใต้ทิศทาง

นโยบายสาธารณะฯ ร่วมนี้

อีกทั้ง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้รูปธรรมการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะฯ ในแต่ละครั้ง ยังคาดหวังที่จะให้สังคมโดยรวม โดยเฉพาะผู้มีอำนาจหรือมีส่วนสำคัญในการกำหนดนโยบาย เชื่อมโยงกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมผ่านสมัชชาสุขภาพ ไม่ใช่กระบวนการที่เป็นอุดมคติหรือแนวคิด เท่านั้น แต่จะเป็นกระบวนการที่ใช้ได้จริง สามารถผลักดันให้เกิดรูปธรรมความสำเร็จต่อประชาชนได้ รวมถึงเป็นเครื่องมือในกระบวนการปฏิรูปประเทศไทยอีกด้วย

บทสรุปผลจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะฯ เล่มนี้ จะเป็นส่วนหนึ่งที่สะท้อนให้เห็นภาพและผล ดังความคาดหวังที่กล่าวข้างต้น และได้รวบรวมสาระสำคัญที่จะนำไปสู่การสร้างแนวคิดแนวทางที่เป็นนวัตกรรมการขับเคลื่อนฯ เพื่อนำไปสนับสนุนการพัฒนาทั้งต่อประเด็นนโยบายฯ โดยตรงและต่อประเด็นนโยบายอื่น ๆ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ยังได้สร้างโอกาสการเรียนรู้ รับรู้ความจริงต่าง ๆ ในการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนที่เกิดจากการทำงานหลากหลายรูปแบบของแต่ละพื้นที่ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์พัฒนาเป็นแนวทางในระยะต่อไป และในขณะเดียวกันก็ได้รับความสนใจและความร่วมมือจากสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ หน่วยงาน/องค์กร/ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี ทำให้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ ครั้งนี้ ประสบผลสำเร็จ ได้ก่อให้เกิดการระดมความคิดเห็นเป็นพัฒนาการ ที่เป็นผลมาจากการพัฒนาให้เกิดผลเป็นรูปธรรมได้ในระยะต่อไปได้ อีกด้วย แต่ขณะเดียวกันบางประเด็นนโยบายสาธารณะฯ ยังต้องใช้ระยะเวลาอีกพอสมควรในการพัฒนา ซึ่งจะได้นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในครั้งต่อไป

ขอขอบคุณ หน่วยงาน/องค์กร/ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ รวมทั้งกัลยาณมิตรร่วมอุดมการณ์การพัฒนาที่ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อเปลี่ยนแปลงและเพิ่มวิถีการพัฒนาบทบาทของภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมอย่างกว้างขวางไปทั่วประเทศ และที่สำคัญขอขอบคุณ ทีมจัดการความรู้ทั้งรายมิติฯ และกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มิติฯ ตลอดจนร่วมดำเนินงานอย่างต่อเนื่องจนบรรลุผล และหวังว่าการพัฒนาและขยายผลการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะฯ ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ฯ ครั้งนี้ จะเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างสรรค์สังคมแห่งสุขภาพะของประเทศที่ดียิ่งขึ้นไป

**สำนักขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.)**

คำนิยามจากรองประธานกรรมการ ขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจัดติดต่อกันมาแล้ว ๙ ปี จนได้ฉันทมติร่วมแล้ว ๗๓ มติ ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมที่มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ รองรับ จำนวนมติที่เพิ่มขึ้นทุกปีแม้จะเป็นผลสำเร็จของ “ขาขึ้น” แต่ในด้านกลับกัน ก็เป็นโจทย์ที่ภาคีเครือข่ายเริ่มถามหา นัยของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ต้องการเห็นผลสำเร็จของ “ขาเคลื่อน” ที่ชัดเจน จึงจำเป็นที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จะต้องมีการติดตามและสนับสนุนการขับเคลื่อนมติเหล่านี้ให้เกิดผลทางปฏิบัติ ซึ่งปัจจุบัน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ศาสตราจารย์คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร) เป็นประธานกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ(คสมส.) เมื่อเสนาบดีนั่งหัวโต๊ะด้วยตนเองจึงเป็นการส่งสัญญาณแรงว่า รัฐบาลมีความจริงจังและให้ความสำคัญ และมุ่งมั่นผลักดันมติขาขึ้นไปสู่การปฏิบัติจริงอย่างจับต้องได้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ คสมส.ได้เริ่มวิเคราะห์แบ่งกลุ่มมติเป็น ๒ ด้าน และตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพแห่งชาติขึ้น ๒ ชุด เพื่อติดตามมติในแต่ละกลุ่ม โดยชุดที่ติดตามด้านการแพทย์และสาธารณสุข มี นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน อีกชุดหนึ่งซึ่งเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพสังคมและสุขภาพะ มี ดร.วณิ ปิ่นประทีป เป็นประธานคนใหม่ รับไม่หมดๆ จาก รศ.วิทยา กุลสมบูรณ์ ประธานคนเดิม

ความเปลี่ยนแปลงอย่างสำคัญของกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ภาคีเครือข่ายสัมผัสได้ ทั้งจากกระบวนการทำงานและปรากฏการณ์ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ คือ การให้ความสำคัญอย่างเท่าเทียมกันของ “ขาขึ้น” และ “ขาเคลื่อน” ที่หลายหน่วยงาน ภาคีเครือข่ายได้เข้าร่วมการทำงานตลอดทั้งปี จนสามารถผลักดันยุทธศาสตร์การทำงาน คู่มือ สร้างพื้นที่ต้นแบบต่างๆ จำนวนมาก การรายงานผลการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในครั้งนี้ จึงมีหลากหลายรูปแบบ มีการเปิดห้องขาเคลื่อนพร้อมกับห้องขาขึ้นใน ๒ วันแรก มีห้องรายงานผล ห้องแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ไปจนถึงการประกาศชื่นชมรูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในห้องประชุมใหญ่ เป็นครั้งแรก จึงเป็นการโหมแรงไฟ รวมพลังจากทุกภาคส่วนเสริมกันและกัน เพื่อต่อยอดขยายผลการดำเนินงาน และที่สำคัญคือ กระบวนการแลกเปลี่ยนนี้ทำให้ได้เพื่อน ได้เครือข่ายเพื่อร่วมกันขับเคลื่อนเรื่องที่ยากและซับซ้อนของสังคม ไปสู่เป้าหมายการลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างสุขภาพะของสังคมในที่สุด

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา

คำนิยามจากประธานอนุกรรมการ ขับเคลื่อนหมตัสมิชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ถือเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ที่เป็นผลผลิตมาจากฉันทมติของภาคีเครือข่ายที่เข้าไปร่วมกันภายใต้ กลไกและกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้มีขึ้นอย่างน้อยปีละครั้ง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีความครอบคลุมทั้งด้านการแพทย์และสาธารณสุขโดยตรง และด้านสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้คน เมื่อมีนโยบายแล้ว สิ่งที่มีความสำคัญไม่น้อยกว่าการสร้างนโยบายก็คือ การนำเอานโยบายไปดำเนินการให้เกิดสัมฤทธิ์ผลเป็นรูปธรรม และอาจเป็นขั้นตอนที่ยุ้งยากมากกว่าการสร้างนโยบายด้วยซ้ำ อีกทั้งในแง่ขององค์ความรู้แล้วเราก็มักเห็นแต่ศาสตร์เรื่องการทำนโยบายอยู่มาก ทว่าศาสตร์ในการขับเคลื่อนนโยบายให้เกิดผลมีอยู่อย่างจำกัด และหลายกรณีเข้าข่ายการเป็นศิลปะในการจัดการในทุกระดับ การสนับสนุน การติดตาม จำเป็นต้องมีเครื่องมือที่ดี ได้มีการคิดเรื่องแผนที่ทางเดินมติ (Road Map) และนำมาใช้กับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทุกมติ เพื่อให้เห็นเส้นทางเดินที่จะนำไปสู่ปลายทางแห่งความสำเร็จอย่างที่มติดูอยากให้เป็น รวมถึงการกำหนดเวลาและตัวชี้วัดในระดับต่าง ๆ ไว้ การเคลื่อนมติจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมืออย่างเต็มกำลัง ด้วยความเต็มใจของทุกภาคี ทุกเครือข่ายทั้งภาครัฐที่มีอำนาจตามกฎหมาย มีทรัพยากร ภาควิชาการที่มีองค์ความรู้ และภาคประชาสังคมที่ถือว่าเป็นผู้ได้รับผลลัพธ์โดยตรงในการมีสุขภาพที่ดีหรือไม่

เชื่อมั่นว่า หากเราเหน็ดเหนื่อยกันมาแล้วในการร่วมการออกแบบ สร้างมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติด้วยมือของเราเอง เราก็คงต้องช่วยกันทำ หรือสนับสนุนให้ผู้มีบทบาทหน้าที่ ได้ทำไปบรรลุเป้าหมายกันต่อไป

น.พ.สุภกิจ ศิริลักษณ์

คำนิยามจากประธาอนุกรรมการ ขับเคลื่อนหมตีสมาชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสังคมและสุขภาพะ

การขับเคลื่อนหมตีสมาชชาสุขภาพแห่งชาติ ด้านสุขภาพสังคมและสุขภาพะ ที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้ มีทั้งหมด ๔ กลุ่มมติด้วยกัน สารสำคัญของรายงานจะประกอบด้วย การนำเสนอความเคลื่อนไหวขององค์กรภาคีเครือข่ายที่ร่วมกันขับเคลื่อนหมตีสมาชชา มาตลอดระยะเวลาเกือบ ๘-๙ ปี บางมติสมัชชามีมติมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ในกระบวนการของการขับเคลื่อนหมตีสมาชชาสุขภาพด้านสังคมนี้ ซึ่งมีท่านดร.วิทยา กุลสมบูรณ์เป็นประธานอนุกรรมการฯ มาจนถึงสมัชชาสุขภาพครั้งนี้ ทำให้เราได้เห็นกลุ่มคนภาคีเครือข่ายที่เรียกว่า “ผู้ก่อการดี” ได้ลุกขึ้นมาขับเคลื่อนมติต่างๆ ที่เห็นว่ากระทบต่อวิถีชีวิตของพวกเขาเหล่านั้น ตลอดจนจนสามารถขยายผลไปยังพื้นที่ต่างๆ ได้ด้วย

ทั้งนี้การขับเคลื่อนหมตีสมาชชาสุขภาพในระยะที่ผ่านมายังคงมีภาคีเข้ามาร่วมในกระบวนการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง แต่ในบางมติกียังมีข้อจำกัดในด้านข้อกฎหมาย ซึ่งคงต้องใช้เวลาอีกระยะหนึ่งจึงจะทำให้สถานการณ์ต่างๆ คลี่คลาย

การจัดการให้มีการนำเสนอการขับเคลื่อนหมตีสมาชชาสุขภาพ ที่ปรับรูปแบบให้มีความยืดหยุ่น การออกแบบห้องประชุมให้มีลักษณะของการเอื้ออำนวยให้ผู้เข้าร่วมประชุม ได้มีลักษณะผ่อนคลาย และเชิญผู้ที่สนใจเข้าร่วมรับฟัง ทำให้มีผู้เข้าร่วมประชุมและร่วมรับฟังอย่างล้นหลาม ถือเป็นมิติใหม่ของการจัดการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในส่วนของการขับเคลื่อนหมตีสมาชชา ซึ่งในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในครั้งต่อไป ก็จะมีส่วนของการขับเคลื่อนที่มากขึ้นเป็นลำดับ และการจัดการในส่วนนี้ จะมีส่วนในการเสริมสร้างแรงบันดาลใจให้กับองค์กรภาคีเครือข่ายที่ร่วมกันนำมติสมัชชาไปขับเคลื่อนให้เป็นรูปธรรมต่อไป

รายงานการขับเคลื่อนหมตีสมาชชาสุขภาพ ฉบับนี้ได้ก่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างกว้างขวางขององค์กรภาคีเครือข่ายต่างๆ อย่างหลากหลายด้วยเช่นกัน

ดร.วณี ปิ่นประทีป

บทที่ ๑

บทนำ

กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ ประกอบด้วย ๖ ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดประเด็น การจัดทำข้อเสนอ นโยบาย การตัดสินใจทางนโยบาย การดำเนินงานตามนโยบาย การประเมินผล นโยบาย และ การทบทวนปรับปรุงนโยบาย¹ ซึ่งสรุปตามลักษณะงานของ สช. ได้เป็น ๓ ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การพัฒนานโยบายหรือที่เรียกกันว่า “ขาขึ้น” การดำเนินการตามนโยบาย ที่เรียกว่า “ขาเคลื่อน” (ขับเคลื่อนนโยบาย) และ การประเมิน ทบทวนนโยบาย

ภายหลังการมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ การพัฒนานโยบายสาธารณะ “ขาขึ้น” ได้ถูกพัฒนาอย่างต่อเนื่องในรูปแบบการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติซึ่งกำหนดให้ต้องมีการจัดอย่างน้อย ปีละครั้ง² เป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม มีขั้นตอนกระบวนการพัฒนาข้อเสนอ นโยบายที่เป็นระบบ ทำให้เกิดข้อเสนอ นโยบาย หรือที่เรียกว่า มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มาแล้วทั้งสิ้น ๗๓ มติ จากที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ - ๙ ในส่วนการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯ เริ่มอย่างจริงจังเมื่อมีการตั้ง คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.) ในปี ๒๕๕๓ โดย คมส. ได้มีการดำเนินงานในลักษณะต่างๆ และมีการพัฒนาการทำงานมาโดยตลอด โดยปัจจุบันได้ให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯ ยิ่งขึ้น โดยมุ่งหวังให้ไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ซึ่ง คมส. มีหลักการและแนวทางการดำเนินงานเพื่อไปสู่รูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพ ดังนี้

๑) ยุทธศาสตร์และหลักการทำงาน ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนมติ โดยการสานพลังความร่วมมือ (Synergy) เป็นการทำงานแบบเครือข่ายที่เน้นการเสริมพลังทางบวก ให้เกิดการต่อยอดงานและสร้างคุณค่าในการทำงานให้ได้ประโยชน์ร่วมกัน โดยมีหลักการทำงาน ๘ ประการ ได้แก่ การสร้างตัวอย่าง (Demonstration) การหนุนเสริมการทำงาน (Encouragement) การสร้างเครือข่าย (Networking) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation : appreciation : recognition) การจัดการความรู้ (Knowledge management) การสื่อสารสังคม (Social communication) การใช้ระบบข้อมูล (Information system) และการบูรณาการการทำงานข้ามหน่วยงาน องค์กร ข้ามภาคส่วน (Integration) ที่เรียกโดยย่อได้เป็น “DENMarkSII”

¹ จุมพล หนีมพานิช (๒๕๕๒). การวิเคราะห์นโยบาย ขอบข่าย แนวคิด ทฤษฎี และกรณีตัวอย่างนันทบุรี โครงการเอกสารตำรา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

² พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

๒) การจัดกลุ่มการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้การกำหนดแผนและกลยุทธ์การขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปอย่างสอดคล้องกับความก้าวหน้าเชิงคุณภาพของผลการขับเคลื่อนที่ผ่านมา โดยได้แบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ ๑ มติสมัชชาสุขภาพฯ ที่ทำการขับเคลื่อนโดยกระบวนการและกลไกนโยบายอื่น ๆ มีจำนวน ๑๖ มติ หมายถึง มติที่ คมส. จะติดตามสถานการณ์การขับเคลื่อนอย่างห่าง ๆ และหากเกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อกรขับเคลื่อนมติของภาคีเครือข่ายจึงจะนำมาขับเคลื่อนหรือทบทวนมติ กลุ่มที่ ๒ มติสมัชชาสุขภาพฯ ที่ขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง มีจำนวน ๔๘ มติ หมายถึง มติที่ คมส. จะขับเคลื่อนและติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยจัดลำดับความสำคัญในการขับเคลื่อนเป็น ๒ กลุ่มย่อย คือ ๑) มติสมัชชาสุขภาพฯ ที่ขับเคลื่อนแบบเร่งด่วน จำนวน ๑๔ มติ ๒) มติสมัชชาสุขภาพฯ ที่ขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง มีจำนวน ๓๔ มติ กลุ่มที่ ๓ มติสมัชชาสุขภาพฯ ที่ทำการทบทวนมติ (Revisit) มีจำนวน ๕ มติ หมายถึง มติที่ไม่สามารถขับเคลื่อนได้ เนื่องจากข้อจำกัดในเนื้อหา

๓) การให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมากขึ้น โดยการปรับระดับการให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯ สู่การปฏิบัติ ไปพร้อมกับการพัฒนาข้อเสนอนโยบายให้ได้มติดลอดกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางการพัฒนาและขับเคลื่อนควบคู่กัน (Develop & Drive หรือ D1 x D2)

หนังสือรายงานการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเล่มนี้ เป็นสิ่งหนึ่ง ที่สะท้อนการให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯ ซึ่งเพิ่มกระบวนการและกิจกรรมที่แสดงถึงรูปธรรมผลสำเร็จของการขับเคลื่อนมติในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ เมื่อวันที่ ๒๑ - ๒๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙^๓ โดยนำเสนอเนื้อหา การรายงานความก้าวหน้าการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาฯ จำนวน ๙ มติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนมติสมัชชาฯ จำนวน ๘ มติ การเสวนา เปิดตัว Forum ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และการประกาศชื่นชมรูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจะทำให้เราทราบถึงความก้าวหน้าการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการขับเคลื่อนมติ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะของภาคี เครือข่ายร่วมกันต่อไป

³ สหุจิบัตรสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ , ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง สู่ธรรมนูญระบบสุขภาพ และสุขภาพที่ยั่งยืน. เอกสารประกอบงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ วันที่ ๒๑ - ๒๓ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๕๙. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

บทที่ ๒

การนำเสนอการขับเคลื่อนคือนมิติสมัชชาสุขภาพ ในมหานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ มีการนำเสนอการขับเคลื่อนมิติสมัชชาสุขภาพฯ ในหลายลักษณะ ซึ่งได้สรุปรวบรวมในรายงานฉบับนี้ ดังนี้

๑. รายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดให้ต้องรายงานในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙
๒. เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติด้านการแพทย์และสาธารณสุข
๓. เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติด้านสุขภาพสังคมและสุขภาพะ
๔. เวทีเสวนา เปิดตัว Forum “ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม”
๕. คำกล่าวประกาศชื่นชมรูปธรรมการขับเคลื่อนมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ



๓.๑ รายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดให้ต้องรายงานในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙

ประธานการประชุม กล่าวเปิดเวที

การรายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
โดย นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา รองประธาน คมส.

นมัสการพระคุณเจ้า ครูบาอาจารย์ และท่านกัลยามิตรทั้งหลายที่มาจากทุกภาคส่วนในสังคมไทย เป็นที่ทราบกันดีว่า ตั้งแต่มี พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ออกมา เรามีการจัดสมัชชา เพื่อเสนอนโยบายสาธารณะตั้งแต่ปี ๒๕๕๐ จนครั้งนี้เป็นครั้งที่ ๙ งานสมัชชา ๘ ครั้งที่ผ่านมาเรามีมติ ทั้งหมด ๖๙ มติ ซึ่งเรามีความจำเป็นที่จะต้องติดตามว่า มติเหล่านั้นได้มีการขับเคลื่อนทั้งในระดับประเทศ ระดับพื้นที่อย่างไร และการรายงานนี้เป็นภาคบังคับที่ถูกกำหนดอยู่ในมติของแต่ละมติ ตามช่วงเวลา ที่กำหนด เช่น บางมติรายงานทุกปี บางมติรายงานทุก ๓ ปี

ในเรื่องของกระบวนการขับเคลื่อนที่เรียกกันว่า **“ขาขึ้น”** มีการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อ นำไปสู่ ข้อเสนอต่อรัฐบาลผ่านทางคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ต่อมาเมื่อเกิดมติดำเนินงานหนึ่งขึ้นมา จึงจำเป็นที่จะต้องมีการติดตามและสนับสนุนในเรื่องของการเคลื่อนไหวในการนำมตินั้น ๆ ไปปฏิบัติ ซึ่งเราใช้คำง่าย ๆ ว่า **“ขาเคลื่อน”** อันที่จริงมีอีก ๑ ขา คือ **“ขาพัฒนา”** ซึ่งจะมีการพัฒนาในเรื่องของ ศักยภาพของพื้นที่ ตัวบุคคลและกลุ่มต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ยกตัวอย่างเช่น ล่าสุดเรามีการอบรม นักสแกนพลังเพื่อเป็นตัวเชื่อมประสานในเรื่องของการขับเคลื่อนในพื้นที่



อาจจะยังไม่ชัดเจน และได้มีการพัฒนาต่อเนื่องกันมา จนกระทั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งขณะนี้ท่านนายกรัฐมนตรีได้มอบหมายให้รองนายกรัฐมนตรี พลเรือเอกณรงค์ เป็นประธาน ได้ส่งสัญญาณที่ชัดเจนในการที่จะให้กระบวนการขับเคลื่อน เคลื่อนไปพร้อมกันกับขาขึ้น ไม่ใช่ตามหลัง ได้มีการตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และขอให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร เป็นประธาน กระบวนการนี้เป็นการส่งสัญญาณอย่างชัดเจนว่า รัฐบาลมีความจริงจังและให้ความสำคัญกับมติที่ได้ผ่านกระบวนการของขาขึ้น และนำไปสู่เรื่องของการปฏิบัติจริง คณะกรรมการติดตามการขับเคลื่อนมติได้ตั้งอนุกรรมการ ๒ ชุด แบ่งตามลักษณะของมติ โดยชุดที่ ๑ เกี่ยวข้องกับเรื่องการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งจะมี นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ เป็นประธานอนุกรรมการชุดนี้ อีกชุดหนึ่งจะเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพสังคมและสุขภาพวะ ซึ่งมี รศ.วิทยา กุลสมบูรณ์ เป็นประธานอนุกรรมการ โดยอนุกรรมการทั้ง ๒ ชุดนี้จะทำหน้าที่ในการติดตามมติต่างๆ ตามกรอบนั้น ๆ

ชี้แจงกระบวนการในการดำเนินการ

ประเด็นที่ ๑ เรื่องของคำว่า “สมัชชาสุขภาพ” ตามที่อยู่ในพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

เมื่อเข้าได้ฟังการขับเคลื่อนเรื่องของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีความประทับใจมากและขออนุญาตหยิบตรงประเด็นที่พูดถึง กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

**“เราจะร้อย ความคิด ร่วมจิตใจ เป็นมัลลย์ ปัญญา ทำหน้าที่
สร้างสังคม ร่วมเย็น เด่นความดี สามัคคี สมัชชา สุขภาพไทย”**

เสภานี้ทำให้เห็นภาพว่าเป็นกระบวนการที่พวกเราจะมาร่วมกันคิด ร่วมกันทำ ร่วมกันเคลื่อนไหว ร่วมกันผลักดัน และทุกอย่างเราจะทำอย่างสร้างสรรค์และสมานฉันท์ ทุกความคิด ทุกความเห็น มีคุณค่าในการที่เราจะเคลื่อนไหวและดำเนินการ

ประเด็นที่ ๒ กระบวนการการดำเนินการ

ในเรื่องของการอภิปราย หลังจากที่เราได้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติร่วมกับผู้แทนจากหน่วยงานหลักและเจ้าภาพทั้ง ๙ มติ ได้นำเสนอเสร็จสิ้น รวมถึงวิทยากรได้เพิ่มเติมประเด็นที่ท่านอยากจะนำเสนอต่อที่ประชุมแล้ว จะเรียนถามในที่ประชุมว่าท่านใดมีความประสงค์จะอภิปราย โดยขออนุญาตเริ่มจากกลุ่มที่เป็นสมาชิกสมัชชาคือกลุ่มเครือข่ายต่าง ๆ ว่ากลุ่มเครือข่ายไหนมีความประสงค์ที่จะอภิปราย ในการแสดงความประสงค์จะอภิปรายขอให้ชูป้ายขึ้นมา โดยมีเวลาอภิปรายท่านละ ๓ นาที เพื่อให้ทุกท่านจะได้มีเวลาอภิปรายได้ทั่วถึง ขอเรียนเชิญ นพ.พลเดช ปิ่นประทีป ท่านเลขาธิการ ได้รายงานเรื่องความก้าวหน้าของสมัชชา

นพ.พลเดช ปิ่นประทีป

กล่าวรายงานความก้าวหน้ามติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

เป็นหน้าที่ที่ได้กำหนดเอาไว้ว่า ทางสำนักงานกรรมการสุขภาพแห่งชาติจะต้องติดตามความ

ก้าวหน้า และนำผลของการขับเคลื่อนมิติต่าง ๆ มานำเสนอตามเวลาที่กำหนด มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ นี้ มีรายงานที่จะต้องนำมาเสนอทั้งหมด ๙ มิติ เป็นมิติด้านการแพทย์และสาธารณสุข ๕ มิติ และเป็นมิติในด้านสังคมและสุขภาวะอีก ๔ มิติ จะขอเริ่มต้นรายงานมิติ ณ บัดนี้ ขอเชิญท่านผู้มีเกียรติ รับชมวีดิทัศน์

วีดิทัศน์

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๙

รายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ความเป็นมา

๑. อนุสนธิ มาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ กำหนดให้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ซึ่งภายหลังจากที่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ มีผลบังคับใช้ ได้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มาแล้ว จำนวน ๘ ครั้ง (พ.ศ.๒๕๕๑-๒๕๕๘) มีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้มีฉันทมติไปแล้ว รวม ๖๙ มิติ

๒. การสนับสนุนให้มีการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ คสช.ได้แต่งตั้ง คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.) ตามคำสั่ง คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๓/๒๕๕๘ ลงวันที่ ๒๗ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๘ โดยมีรัฐมนตรีว่าการ กระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา และ นางทิพย์รัตน์ นพดคารมย์ เป็นรองประธานกรรมการ มีคณะกรรมการจากองค์กร หน่วยงาน และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๒๓ คน และเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรรมการและเลขานุการ เพื่อให้เกิดผลการดำเนินงาน ตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สามารถประเมินความก้าวหน้าการดำเนินงานได้อย่างเป็นระบบและ มีความต่อเนื่อง จนสามารถขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรม คมส. จึงแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ ขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๒ คณะ คือ

๒.๑) คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข มีนายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์ เป็นประธานอนุกรรมการ

๒.๒) คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพสังคมและสุขภาวะ มีรองศาสตราจารย์ ดร.วิทยา กุลสมบุรณ์ เป็นประธานอนุกรรมการ

๓. จัดทำแนวทางการพัฒนาระบบและกลไกขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยมี

๓.๑) วัตถุประสงค์

เพื่อยกระดับการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้เกิดผลเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น

๓.๒) ยุทธศาสตร์

การสานพลังความร่วมมือ (Synergy) เป็นการทำงานแบบเครือข่ายที่เน้นการเสริม พลังทางบวก ให้เกิดการต่อยอดงานและสร้างคุณค่าในการทำงานให้ได้ประโยชน์ร่วมกัน เพื่อการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างเป็นรูปธรรมและมีพลัง

๓.๓) หลักการทำงาน

ได้แก่ การสร้างตัวอย่าง (Demonstration) การหนุนเสริมการทำงาน (Encouragement) การสร้างเครือข่าย (Networking) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation: appreciation: recognition) การจัดการความรู้ (Knowledge management) การสื่อสารสังคม (Social communication) การใช้ระบบข้อมูล (Information system) การบูรณาการการทำงานข้ามหน่วยงาน องค์กร ข้ามภาคส่วน (Integration) ซึ่งหลักการทำงาน ๘ ข้อข้างต้นอาจเรียกเป็น “DENMarKSII”

๓.๔) กลไกการทำงานขับเคลื่อน

คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ(คสมส.) คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานเพื่อยกระดับการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้เกิดผลเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น และมีการสนับสนุนการจัดเวทีนำเสนอความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับมติสมัชชาสุขภาพฯ ราชมติ และการร่วมกันหาแนวทางการขับเคลื่อน การจัดการกับอุปสรรคและข้อจำกัดต่าง ๆ การสนับสนุนการขับเคลื่อนมติฯ ของหน่วยงาน องค์กร ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๔. สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีมติให้มีการรายงานผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทุกครั้ง โดยในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พ.ศ.๒๕๕๙ สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีมติให้มีการรายงานผลรวม ๙ มติ ได้แก่

๔.๑ จากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ.๒๕๕๑ จำนวน ๒ มติ คือ

- ๑) สมัชชาสุขภาพ ๑ มติ ๓ นโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้
- ๒) สมัชชาสุขภาพ ๑ มติ ๘ ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น

๔.๒ จากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ.๒๕๕๓ จำนวน ๑ มติ คือ

- ๑) สมัชชาสุขภาพ ๓ มติ ๒ ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของ คนพิการ

๔.๓ จากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ พ.ศ.๒๕๕๕ จำนวน ๑ มติ คือ

- ๑) สมัชชาสุขภาพ ๕ มติ ๑๑ กลไกและกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

๔.๔ จากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ พ.ศ.๒๕๕๖ จำนวน ๒ มติ คือ

- ๑) สมัชชาสุขภาพ ๖ มติ ๓ แผนยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติ ว่าด้วยระบบสุขภาพชุมชน
- ๒) สมัชชาสุขภาพ ๖ มติ ๔ แผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของ ยา อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๗-๒๕๖๑

๔.๕ จากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗ พ.ศ.๒๕๕๗ จำนวน ๓ มติ คือ

- ๑) สมัชชาสุขภาพ ๗ มติ ๒ การพัฒนากระบวนการประเมินและการตัดสินใจ การใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ
- ๒) สมัชชาสุขภาพ ๗ มติ ๔ การจัดการสเตรจยด์ที่คุกคามสุขภาพคนไทย
- ๓) สมัชชาสุขภาพ ๗ มติ ๕ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย

ความก้าวหน้าของการดำเนินงาน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ มติ ๓

นโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนากระบวนการสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้

มตินโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนากระบวนการสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับฉันทมติเมื่อวันที่ ๑๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยเห็นชอบต่อข้อเสนอแนวทางการพัฒนากระบวนการสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้

มีความก้าวหน้าการดำเนินงาน ดังนี้

- มติคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เมื่อวันที่ ๒๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๑ รับทราบสรุปผลการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ และเห็นชอบให้ฝ่ายเลขานุการแจ้งมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้กับหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องรับทราบ และนำไปปฏิบัติ หรือนำไปพิจารณาประกอบในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพต่อไป
- มติ คสช. เมื่อวันที่ ๒๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๒ เห็นชอบให้เสนอมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ ต่อคณะรัฐมนตรี (ครม.) เพื่อทราบและมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป
- มติ ครม. เมื่อวันที่ ๑๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๒ รับทราบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป ตามที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เสนอ ทั้งนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรจัดทำรายงานผลการดำเนินงาน พร้อมทั้งปัญหาอุปสรรคแจ้งต่อ คสช. ด้วย

การดำเนินงานขับเคลื่อนมติฯ ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยกลไกสมัชชาสุขภาพกลุ่มจังหวัด ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และสงขลา ร่วมกับสภาประชาสังคมชายแดนใต้ และสถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.มอ.) ดำเนินการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนา ติดตาม ทบทวน ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งข้อเสนอ ดังกล่าวประกอบด้วย

- ๑) การจัดรูปแบบการปกครองส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่นแบบใหม่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้
- ๒) นโยบายด้านการปฏิรูประบบความยุติธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้
- ๓) นโยบายด้านการศึกษา
- ๔) นโยบายด้านเศรษฐกิจ

- ๕) นโยบายด้านการปฏิรูปสังคม ประเพณี วัฒนธรรม
- ๖) นโยบายด้านสุขภาพ การแพทย์ สาธารณสุขสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

การขับเคลื่อนมิติสุขภาพฯ หลังจากปี ๒๕๕๑ มีกลไกการทำงานในระดับพื้นที่ ๔ กลไกคือ

- ๑. กลไกสมัชชาสุขภาพจังหวัด จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส และสงขลา เป็นกลไกสำคัญที่มีส่วนในการขับเคลื่อนมิตินี้
- ๒. สภาประชาสังคมชายแดนใต้ ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๓มีการตั้งสภาประชาสังคมชายแดนใต้ ซึ่งเกิดจากภาคีองค์กรต่าง ๆ ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ตั้งเป็นสภาประชาสังคมเพื่อขับเคลื่อนเรื่องการปฏิรูป ตามมตินี้
- ๓. สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หรือ สจ.ร.ส. มีบทบาทสนับสนุนการทำงานเชิงวิชาการ
- ๔. สำนักงานปฏิรูป ร่วมกับสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา (LDI) ซึ่งเป็นองค์กรที่ทำงานพัฒนาในพื้นที่ ได้จัดเวทีสมัชชาปฏิรูป ๓ จังหวัดชายแดนใต้ ๒ ครั้ง ตั้งแต่ปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๖ มีการจัดเวที เพื่อรับฟังความคิดเห็น และข้อเสนอจากประชาชนทุกภาคส่วนไม่น้อยกว่า ๑๑๕ เวที ทำให้ได้ ข้อเสนอแนวทางการกระจายอำนาจในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้

ผลการดำเนินงานตามข้อเสนอฯ มีดังนี้

ข้อเสนอที่ ๑ จัดการรูปแบบการปกครองส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่นแบบใหม่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้

๑.๑ มีการศึกษาโครงสร้างและรูปแบบการบริหารจัดการพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้รูปแบบใหม่ เช่น “สมัชชาประชาชนจังหวัดชายแดนภาคใต้” “สภาผู้รู้ทางศาสนา” โดยหน่วยงานการศึกษาต่าง ๆ รวมถึงการทดลองใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในการพัฒนาแผนเยียวยาสังคมในจังหวัดปัตตานี ๓ พื้นที่ นอกจากนี้ สภาประชาสังคมจังหวัดชายแดนใต้ได้จัดสมัชชาปฏิรูป ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ในประเด็น ยุติธรรมสมานฉันท์และประเด็นการปฏิรูปโครงสร้างอำนาจ จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการปกครองและการกระจายอำนาจในจังหวัดชายแดนภาคใต้ แต่ขณะนี้ยังไม่ได้มีการดำเนินการต่อ

ข้อเสนอที่ ๒ นโยบายด้านการปฏิรูประบบความยุติธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้

๒.๑ หน่วยงานด้านยุติธรรมได้มีการปรับปรุงขั้นตอนการเข้าถึงระบบยุติธรรมของประชาชน ตลอดจนโครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับระบบยุติธรรมมีการจัดตั้งศูนย์นิติวิทยาศาสตร์ในพื้นที่จังหวัดยะลา โดยมีความร่วมมือกับสำนักจุฬาราชมนตรี มีการปรับกระบวนการจับกุมคุมขังและขั้นตอนในการพิจารณาคดีที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงให้มีความรัดกุม กระชับ และส่งผลกระทบต่อผู้ถูกจับกุมให้น้อยที่สุด

ข้อเสนอที่ ๓ นโยบายด้านการศึกษา

๓.๑ กระทรวงศึกษาได้ออกประกาศกระทรวงฯ เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ว่าด้วยการส่งเสริมและสนับสนุนสถาบันศึกษาปอเนาะ จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ.๒๕๕๒ ให้การสนับสนุนงบประมาณโรงเรียนปอเนาะที่ขึ้นทะเบียนเป็นลักษณะของการให้เงินอุดหนุนรายปี และมีการจ่ายค่าตอบแทนครูผู้สอนเป็นแบบรายเดือน

๓.๒ มีการปรับโครงสร้างการบริหารการศึกษาในพื้นที่ โดยให้มีหน่วยงานระดับอำเภอและระดับจังหวัดเพื่อทำหน้าที่ดูแลและจัดการศึกษาของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนา และให้บุคคลในพื้นที่ที่เข้าใจศาสนาอิสลามและมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการศึกษาในพื้นที่เป็นอย่างดีเป็นหัวหน้าหน่วยงาน ขณะนี้ได้มีการดำเนินการแล้ว โดยจัดตั้งสำนักงานการศึกษาเอกชน ในระดับจังหวัด และระดับอำเภอในพื้นที่ ๓ จังหวัด ยะลา ปัตตานี นราธิวาส และ ๔ อำเภอของสงขลา

๓.๓ ให้มีการจัดตั้งกองทุนเพื่อการศึกษาสำหรับโรงเรียนตาดีกา และสถาบันการศึกษาเอกชน และมีการตั้งกองทุนกู้ยืมสำหรับนักศึกษาปริญญาตรี ขณะนี้มีข้อเสนอให้รัฐโดยกระทรวงศึกษาธิการ จัดให้มีกองทุนกู้ยืมเพื่อการพัฒนาคุณภาพให้กับโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม เช่น การนำไปพัฒนาอาคาร สถานที่ หรือสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เป็นต้น

๓.๔ ข้อเสนอให้โรงเรียนที่อยู่ในพื้นที่สามารถกำหนดวันศุกร์และวันเสาร์ หรือวันสำคัญทางศาสนาอื่น ๆ เป็นวันหยุดเรียนประจำสัปดาห์ของโรงเรียน ขณะนี้โรงเรียนส่วนใหญ่ในชนบทได้เปิดโอกาสให้นักเรียนได้ปฏิบัติศาสนกิจตามหลักการอิสลาม เช่น การจัดห้องสำหรับละหมาด หรือการให้นักเรียนไปร่วมละหมาดวันศุกร์ร่วมกับชุมชน บางโรงเรียนเปิดให้มีการทำละหมาดวันศุกร์ในโรงเรียน แต่ยังไม่กำหนดเป็นวันหยุดเนื่องจากมีผลกระทบต่อการเรียนและกลไกกฎหมายของรัฐ

๓.๕ ข้อเสนอให้บรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับสันติศึกษา วิธีชีวิตท้องถิ่นและศาสนาเปรียบเทียบในหลักสูตรแกนกลาง ขณะนี้มีการจัดตั้งโรงเรียนอิสลามแบบเข้มในโรงเรียนรัฐ โดยมีการบูรณาการหลักสูตรแล้ว

๓.๖ ข้อเสนอสนับสนุนให้มีโรงเรียนพิเศษหรือห้องเรียนพิเศษในโรงเรียน เพื่อจัดการศึกษาให้แก่เด็กพิเศษในพื้นที่ ขณะนี้มีการดำเนินการแล้วบางแห่ง และในขณะเดียวกันสำนักงานเขตการศึกษาพื้นที่ได้จัดทำโครงการพัฒนาครู เพื่อรองรับการศึกษาของเด็กพิเศษในโรงเรียนสังกัดรัฐบาลด้วย

ข้อเสนอที่ ๔ ด้านเศรษฐกิจ

๔.๑ คณะรัฐมนตรีได้ประชุมเมื่อวันที่ ๒๕ สิงหาคม พ.ศ.๒๕๕๒ เห็นชอบสนับสนุนสถาบันการเงินชุมชนในระบบอิสลาม (Islamic micro credit) ตามที่กระทรวงมหาดไทยเสนอ รวมถึงมีมติเมื่อวันที่ ๑๑ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๒ เห็นชอบต่อร่างกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมกิจการกองทุนชะกาตตามที่กระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์เสนอ

๔.๒ มีการจัดตั้งสภาเศรษฐกิจชายแดนใต้ เพื่อเสนอแนะนโยบายทางด้านเศรษฐกิจให้กับรัฐบาลและหน่วยงานของรัฐ และมีโครงการพัฒนาฝีมือแรงงาน มีการเตรียมความพร้อมเรื่องภาษาต่างประเทศเพิ่มเติม และศูนย์อำนวยความสะดวกการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) ได้มีการดำเนินการเจรจาการคุ้มครองแรงงานไทยในมาเลเซีย

๔.๓ มีการจัดตั้งศูนย์วิทยาศาสตร์ด้านฮาลาลอยู่ที่จังหวัดปัตตานี ดำเนินการโดยศูนย์วิทยาศาสตร์ฮาลาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

๔.๔ มีการดำเนินการจัดตลาดกลางที่อำนวยความสะดวกในการจัดเก็บผลผลิตทางการเกษตรและประมง โดยจัดตั้งอยู่ที่จังหวัดปัตตานี และที่จังหวัดนราธิวาส

๔.๕ ปัจจุบันมีแนวทางการพัฒนาสามเหลี่ยมเศรษฐกิจเพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบเศรษฐกิจของสามจังหวัดโดยภาพรวม

ข้อเสนอที่ ๕ นโยบายด้านการปฏิรูปสังคม ประเพณี และวัฒนธรรม

๕.๑ ข้อเสนอให้กระทรวงวัฒนธรรมจัดให้มีสถาบันพัฒนาผู้นำศาสนาในพื้นที่ ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ สำนักจุฬาราชมนตรีได้ดำเนินโครงการวิทยาลัยอิหม่ามเพื่อการพัฒนาศักยภาพผู้นำศาสนาในพื้นที่ ขณะนี้สำนักพัฒนาบุคลากร ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) ได้มีหลักสูตรพัฒนาผู้นำ เน้นหลายกลุ่มรวมทั้งผู้นำศาสนา

๕.๒ ข้อเสนอให้มีศูนย์วัฒนธรรมและภาษามลายูปัตตานี ซึ่งครอบคลุม ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยมีหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการใช้ภาษามลายูปัตตานี ตลอดจนมีการตรวจสอบการใช้ภาษามลายูปัตตานีให้มีความถูกต้อง ขณะนี้มีการจัดตั้งสถาบันกัลยาณิวัฒนาขึ้นในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี สถาบันอุดมศึกษาในพื้นที่มีหลักสูตรภาษามลายู นโยบายศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) ส่งเสริมให้ใช้ภาษามลายูผ่านการจัดสัมมนาภาษาชาติและการจัดทำป้ายบอกทางเป็นภาษามลายูอักษรยาวี

๕.๓ ข้อเสนอให้มีการจัดทำแผนแม่บทการพัฒนาสื่อมวลชนในท้องถิ่น โดยเน้นเรื่องเนื้อหาการใช้ภาษามลายูปัตตานี และการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น รวมทั้งการใช้สื่อมวลชนเพื่อให้มีการสื่อสารความจริงที่น่าเชื่อถือ ขณะนี้ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) ได้ดำเนินการเปิดสถานีวิทยุและสถานีโทรทัศน์ภาคภาษามลายู เพื่อเป็นช่องทางการสื่อสารให้กับประชาชนในพื้นที่ โดยได้ทำความร่วมมือกับ สถานีโทรทัศน์ผ่านดาวเทียม TMTV และสถานีวิทยุคลื่นของศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.)

๕.๔ สำนักงานคณะกรรมการกลางอิสลามแห่งประเทศไทย ได้ออกระเบียบคณะกรรมการกลางอิสลามแห่งประเทศไทยว่าด้วยการดำเนินกิจการฮาลาล พ.ศ. ๒๕๕๒

๕.๕ ได้มีการกำหนดวันรายออีดิลฟิตรี (วันตรุษละศีลอด ตรงกับวันที่ ๑ เดือนเซาวาลตามปฏิทินอิสลาม) วันรายออีดิลอฎฎฮา (วันตรุษเชือดสัตว์พลีเนื่องในพิธีฮัจญ์ ซึ่งตรงกับวันที่ ๑๐ เดือนซุลฮิจญะฮ์ตามปฏิทินอิสลาม) เป็นวันหยุด รวมถึงวันสำคัญของศาสนาอื่น ๆ เช่น คริสต์ ชิกซ์ เป็นต้น แต่ครอบคลุมเฉพาะพื้นที่ ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้

๕.๖ กรณีให้รัฐออกกฎหมายอนุญาตให้มีกองทุนประกันภัยที่สอดคล้องกับหลักการศาสนา ซึ่งมีบริษัทเอกชนได้ดำเนินธุรกิจประกันภัยตามหลักการอิสลาม เช่น กองทุนตะกาฟูล เป็นต้น ในส่วนการจัดให้มีกองทุนชะกาต (กองทุนที่เป็นเงินหรือทรัพย์สินอื่นที่ศาสนาอิสลามกำหนดให้มุสลิมร่วมจ่ายในอัตราที่กำหนดเมื่อครบรอบปี) เป็นสวัสดิการสังคมโดยมีกฎหมายรองรับ ขณะนี้มีการร่างพระราชบัญญัติชะกาต และได้เสนอเข้าสู่กระบวนการสภาฯ

๕.๗ ข้อเสนอให้บัญญัติกฎหมาย ให้มีองค์กรหรือสถาบันจัดการทรัพย์สินที่เป็นอิสระ ที่มีส่วนร่วมจากหลายฝ่ายทั้งในระดับประเทศและในระดับท้องถิ่น ตัวแทนองค์กรประมงพื้นบ้าน ตัวแทนองค์กรประมงพาณิชย์ เพื่อทำหน้าที่ควบคุมให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย ออกนโยบายและมาตรการในการจัดการทรัพยากรในทะเล ขณะนี้อยู่ระหว่างการร่างพระราชบัญญัติประมงพื้นบ้าน โดยสมาคมการประมงแห่งประเทศไทยเป็นเจ้าภาพ

๕.๘ ข้อเสนอให้กระทรวงมหาดไทยร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ จัดระเบียบสังคมให้สอดคล้องตามหลักการศาสนา โดยกำหนดให้เป็นพื้นที่ปลอดยาเสพติด

และแหล่งอบายมุข รัฐบาลได้มีนโยบายเร่งด่วนในการปราบปรามและควบคุมการแพร่ระบาดของยาเสพติด และคณะกรรมการกลางอิสลามและคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดได้ออกมาตรการในการแก้ปัญหา ยาเสพติด นอกจากนี้ศูนย์บำบัดยาเสพติดที่อยู่ในพื้นที่ยังได้มีการบูรณาการหลักการทางศาสนาอิสลาม เพื่อบำบัดผู้ติดยาเสพติด

ข้อเสนอที่ ๖ นโยบายด้านสุขภาพการแพทย์ สาธารณสุขสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

๖.๑ หน่วยงานด้านสาธารณสุข ได้ปรับวิธีทำงานและการให้บริการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิตแบบพหุวัฒนธรรม รวมถึงระบบ EMS ระดับพื้นที่

๖.๒ สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ (สจ.ร.ส.) ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พัฒนาระบบ การแพทย์ที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม และจัดเวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพวิถี อิสลามขึ้น

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ และ ๒๕๕๖ สภาประชาสังคมชายแดนใต้ ได้จัดสมัชชาปฏิรูปเฉพาะประเด็น ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมและประชาชน ทุกภาคส่วนในการแก้ปัญหาและพัฒนาจังหวัดชายแดนใต้อย่างมีทิศทางและเป็นรูปธรรม โดยการมี ส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาจังหวัดชายแดนใต้อย่างยั่งยืน มุ่งเน้นการขับเคลื่อน ๒ ประเด็นหลัก คือ ประเด็นยุติธรรมสมานฉันท์ และประเด็นการปฏิรูปโครงสร้าง อำนาจ ที่เกิดจากการขับเคลื่อนงานของสภาประชาสังคมฯ ซึ่งเป็นการผนึกกำลังกันเข้ามามีส่วนร่วม ในการกำหนดทิศทางและมาตรการในการแก้ปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ขององค์กรประชาสังคม และองค์กรพัฒนาเอกชนที่มีถิ่นฐานที่ตั้งและภารกิจงานส่งเสริมและพัฒนาสังคมชายแดนใต้อย่างถาวร

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามข้อเสนอฯ ทั้ง ๖ ประเด็นไปได้ ในระดับหนึ่ง แต่สถานการณ์ประกอบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จึงทำให้ต้องมีการติดตาม ทบทวน และ พัฒนาข้อเสนอฯ ให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนได้อย่างเป็นรูปธรรมและ เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนและประเทศชาติต่อไป

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙ สภาประชาสังคมชายแดนใต้ร่วมกับเครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัด สจรส.มอ. และ สช. ร่วมจัดทำโครงการติดตามและขับเคลื่อนระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมและ การเสริมสร้างกระบวนการสันติภาพในจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยการจัดให้มีกระบวนการติดตามความ ก้าวหน้าและขับเคลื่อนระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม และการเสริมสร้างกระบวนการสันติภาพ ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ และเพื่อสร้างการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายพร้อมสร้างความเข้มแข็ง แก่องค์กรและสังคมชายแดนใต้ ซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพและ การสร้างสันติภาพอย่างยั่งยืนในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กระบวนการเสริมศักยภาพของสภาฯ และ ผลักดันประเด็นสำคัญ และได้ร่วมกันวางแนวทางการทบทวนมติสมัชชาสุขภาพฯ เพื่อเสนอเข้าสู่ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๐ โดยการทบทวนและพัฒนาข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ ในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่เป็นภาคผนวกแนบท้ายมติ จัดรับฟังความเห็นและ นำเสนอในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในส่วนกลาง และเป็นการสร้างกระแสความตื่นตัวของ สาธารณะและสมาชิกสมัชชาสุขภาพทั่วประเทศ

มติความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น ได้รับฉันทมติจากสมัยสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๑๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๑ มีความก้าวหน้าการดำเนินงาน ดังนี้

- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้มีมติเห็นชอบมติสมัยสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ เมื่อวันที่ ๒๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๒ และได้นำเสนอต่อคณะรัฐมนตรี (ครม.) โดยครม.ได้มีมติรับทราบมติสมัยสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๑๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๒ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป ทั้งนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำรายงานผลการดำเนินการพร้อมทั้งปัญหาอุปสรรคเพื่อแจ้งต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติด้วย การดำเนินงานของหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการดำเนินงานที่สำคัญของหน่วยงานทำให้เกิดความก้าวหน้าของระบบและโครงสร้างที่สนับสนุนการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นโดยเสมอภาคของประชาชนกลุ่มต่างๆ ในประเทศ มาเป็นลำดับ
- ในเชิงนโยบายและโครงสร้าง คณะรัฐมนตรี (ครม.) มีมติที่สำคัญๆ หลายมติ ได้แก่ อนุมัติให้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขซึ่งครอบคลุมงานการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๓ เป็นต้นไป โดยมอบให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยดำเนินการ และอนุมัติให้จัดตั้ง “กองทุนให้บริการด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ” โดยให้ สปสช. จัดงบประมาณให้กับหน่วยบริการต่างๆ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๓
- ครม. มีมติ เมื่อวันที่ ๑๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๖ อนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการให้การดูแลทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวทั้งหมดที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม โดยคนต่างด้าวต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง และให้เป็นไปตามกฎระเบียบหรือข้อบังคับที่กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงแรงงานและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกันกำหนดในการให้การดูแลการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และอนามัยเจริญพันธุ์ในแรงงานต่างด้าว
- ครม.มีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ ๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๖ ประสานกับสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ในการลงทะเบียนแก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิเพิ่มเติมในกลุ่มที่กระทรวงมหาดไทยขึ้นทะเบียน มีเลขประจำตัว ๑๓ หลักเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๒๐๘,๖๓๑ คนให้ได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลในสถานบริการตามภูมิลำเนาเทียบเคียงกับสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเร่งค้นหาคนไทยที่ยังไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มนักเรียนที่กระทรวงศึกษาธิการให้สิทธิด้านการศึกษาให้โรงพยาบาลทุกแห่งสำรวจและบันทึกข้อมูลกลุ่มประชาชนที่ยังไม่มีเลขประจำตัว ๑๓ หลัก เพื่อลงทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพให้ครอบคลุม
- ครม.มีมติรับทราบตามมติของคณะกรรมการรัฐมนตรีด้านเศรษฐกิจ ที่เห็นชอบในหลักการให้การให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิเพิ่มเติม

ประกอบด้วย บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิรวมถึงบุตรที่กระทรวงมหาดไทยได้ขึ้นทะเบียน โดยมีเลขประจำตัว ๑๓ หลัก เรียบร้อยแล้วจำนวน ๒๐๘,๖๓๑ คน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ เมื่อวันที่ ๒๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๘

- รัฐบาลมีนโยบายบูรณาการสิทธิประโยชน์มาตรฐานเดียว ๓ กองทุน ที่มีพัฒนาการการขับเคลื่อนมาอย่างต่อเนื่อง จนมีการตั้งคณะกรรมการประสานระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือเรียกสั้น ๆ ว่า คณะกรรมการประสานงาน ๓ กองทุนสุขภาพ เพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพหลักทั้ง ๓ ระบบ (ระบบราชการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประกันสังคม) สามารถทำให้การคุ้มครองประชาชนเจ็บป่วย และมีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะบริการที่มีความจำเป็น รวมทั้งมีการลงทุนในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นและสร้างสุขภาพแทนการรอให้เจ็บป่วยแล้วจึงมารับบริการ
- ในเชิงระบบ กลไก และการปฏิบัติการ สปสช.ได้ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ ปัจจุบันในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ครอบคลุมร้อยละ ๘๘.๗๘ ของ อปท. ทั้งหมด (จำนวน ๗,๗๖๐ แห่ง จากอปท.ทั้งหมด จำนวน ๗,๗๗๖ แห่งทั่วประเทศ)
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดตั้งกลไกผลักดันนโยบายรัฐตามมติ ครม. เมื่อวันที่ ๒๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ รวม ๓ ชุด คือ ๑) คณะทำงานติดตามความเคลื่อนไหวระดับนโยบาย ๒) คณะทำงานระดับพื้นที่เพื่อช่วยเหลือประชากรกลุ่มเป้าหมายให้เข้าถึงบริการอย่างแท้จริง โดยใช้กลไกศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ที่มีอยู่แล้วเป็นกลไกดำเนินงาน และ ๓) คณะทำงานสื่อสารสาธารณะ ทำหน้าที่เผยแพร่ข้อมูลประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มประชากรเป้าหมายและผู้ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่ทราบข้อมูลเรื่องการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) นอกจากนี้ ยังสนับสนุนแผนงานการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบระดับจังหวัดด้านสุขภาพที่มีระบบบริการให้แรงงานข้ามชาติและผู้มีปัญหามาตรฐานบุคคลให้เข้าถึงการบริการ โดยร่วมมือกับองค์กรพัฒนาเอกชนและหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดระนองโดยจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานไทย-พม่า (ศสมช.) และร่วมกับชุมชนจัดกิจกรรมไม่หมี อสม.โรงเรียน และเทศบาล รวมทั้งสนับสนุนเครือข่ายชาติพันธุ์ ในการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบรวมทั้งพัฒนากลไกเพื่อพัฒนาพื้นที่ต้นแบบอาสาสมัครลำประจำชุมชนด้านสุขภาพกลุ่มชาติพันธุ์ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข
- สำนักงานสภาพความมั่นคงแห่งชาติ กระทรวงแรงงานและกรมการปกครอง มีนโยบายและยุทธศาสตร์ในการสำรวจ ตรวจสอบสถานะ และขึ้นทะเบียน เพื่อพิจารณาการได้รับสิทธิต่าง ๆ ของแรงงานต่างด้าว รวมทั้งมีการประสานกระทรวงการต่างประเทศในการพิสูจน์สัญชาติ และรับรองสถานะ รวมทั้งมียุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการด้านสิทธิมนุษยชนของแรงงานต่างด้าว
- นอกจากนี้ ยังมีองค์กรอื่น ๆ อีกจำนวนมาก ที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น ทั้งโดยการผลักดันนโยบาย การให้ข้อคิดเห็น และการปฏิบัติการในระดับพื้นที่ และในกลุ่มเฉพาะ เช่น ชมรมเพื่อนโรคไตแห่งประเทศไทย นักวิชาการ และเครือข่ายผู้ป่วยโรคมะเร็ง เครือข่ายผู้ป่วยโรค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายสุขภาพ

ชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง (คชส) โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงานข้ามชาติและผู้มีปัญหาสถานะบุคคล (คพรส.) โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตชาติพันธุ์ เครือข่ายประชาสังคม เครือข่ายแพทย์ชนบท เป็นต้น

- ความก้าวหน้าของการดำเนินงานที่เกิดขึ้นทั้งในเชิงนโยบาย ระบบ และกลไกดำเนินงาน ที่เกิดขึ้นทั้งในส่วนกลางและพื้นที่ โดยการผลักดัน สนับสนุน และขับเคลื่อนขององค์กรต่างๆ อย่างน้อยที่กล่าวถึงข้างต้นนั้น ได้ร่วมกันสร้างการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่ช่วยเพิ่มโอกาสของการได้รับความเสมอภาคในการเข้าถึงและรับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นให้กับประชาชนในประเทศ ทั้งยังได้พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานในการสร้างความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ทุกคนซึ่งอาศัยอยู่ในประเทศไทยควรได้รับ และสนับสนุนให้มีการพัฒนาการดำเนินงานที่ต่อเนื่องต่อไป

สัมมนาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ มติ ๒

ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ

การดูแลสุขภาพของผู้พิการเป็นเรื่องพื้นฐานตามหลักสิทธิมนุษยชนสากล ดังนั้นการบริการด้านสวัสดิการสังคมต่าง ๆ ต้องออกแบบโดยคำนึงถึงผู้พิการให้สามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก แต่สังคมไทยยังเห็นผู้พิการเป็นภาระที่ให้การดูแลโดยไม่ได้คำนึงว่าต้องรักษาไว้ซึ่งสิทธิและศักดิ์ศรีอย่างเท่าเทียมกับคนทั่วไป รวมทั้งขาดการสนับสนุนให้ผู้พิการได้แสดงออกถึงศักยภาพที่มี

ปัจจุบันแม้คนไทยจะได้รับการคุ้มครองเรื่องการดูแลสุขภาพภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพกองทุนโรคกองทุนหนึ่งจาก ๓ กองทุน คือกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการก็ตาม แต่สำหรับคนพิการแล้ว ยังมีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่าง ๓ กองทุนนี้ นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้การเข้าถึงการบริการสุขภาพของคนพิการทำได้ไม่เท่าเทียมกัน เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ระยะทางระหว่างที่อยู่อาศัยกับสถานบริการระหว่างผู้พิการที่อยู่ในเมืองกับชนบท เป็นต้น

สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการได้ตระหนักในปัญหานี้ จึงได้ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม นำผลจากการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นคนพิการ ๔ ภาค เรื่อง “ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ” มาร่างเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย และเสนอผ่านที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ เรื่องการเสริมสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ จนได้รับการรับรองให้เป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปีนั้น ซึ่งความก้าวหน้าการดำเนินงานมีความเกี่ยวเนื่องกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ **โดยมีความก้าวหน้าดังนี้**

- วันที่ ๒๖ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๔ กรมมีมติรับทราบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ มติความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ และมอบหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการตามมติที่เกี่ยวข้องต่อไปตามที่คสช.เสนอ หลังจากนั้นกรมได้อนุมัติหลักการแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ จนได้มีการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการระดับจังหวัดขึ้นทั้ง ๗๗ จังหวัด โดยได้รับการจัดสรรงบประมาณจำนวน ๑ บาทต่อหัวประชากรในจังหวัดนั้น ๆ

- วันที่ ๒๔ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๕ ครม.ได้มีมติให้ยกเลิกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ โดยให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป จึงทำให้คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นกลไกรับผิดชอบนำข้อมติไปปฏิบัติถูกยกเลิกไปด้วย นอกจากนี้ยังมีหลายข้อมติดังกล่าวที่ยังไม่ได้ดำเนินการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพคนพิการและยังมีได้เร่งรัดการดำเนินงานให้เกิดเป็นรูปธรรมและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงโดยเร็วที่สุด
- วันที่ ๑๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๕ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้แต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพคนพิการ มีนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ผู้ทรงคุณวุฒิกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการสุขภาพคนพิการ โดยมีประธานสภาคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทยเป็นกรรมการ และเลขานุการผู้อำนวยการศูนย์สิทธิรณรงค์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และผู้อำนวยการสถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการเครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นกรรมการและเลขานุการร่วม
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นำร่องสนับสนุนการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการระดับจังหวัด ร่วมกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เพื่อดูแลช่วยเหลือคนพิการอย่างครบวงจรกับการใช้กลไกท้องถิ่นในพื้นที่
- เมื่อวันที่ ๔ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๕ สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ (พก.) ทำโครงการความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด ๑๑ แห่ง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ตลอดจนเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรด้านคนพิการในระดับพื้นที่ รวมถึงการจัดทำข้อบัญญัติระเบียบหรือประกาศเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

จากสถานการณ์ข้างต้นซึ่งยังมีข้อติดขัดหลายประการในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ เมื่อวันที่ ๒๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ ที่ประชุมจึงได้มีฉันทมติเร่งรัดการเสริมสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการซึ่งมีความก้าวหน้า ดังนี้

- มติคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เมื่อวันที่ ๒๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๖ รับทราบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและมอบหมายให้
- เลขาธิการคสช.แจ้งมติสมัชชาสุขภาพฯ ครั้งที่ ๕ ให้หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องได้รับทราบเพื่อพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องตามที่เห็นสมควรต่อไปและ
- คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.) พิจารณาแสวงหาวิธีการผลักดันและขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯ เพื่อให้บรรลุผลตามควรแก่กรณีหากเห็นว่ามติใดสมควรเสนอให้คสช.พิจารณา ให้เสนอคสช.พิจารณาต่อไป
- วันที่ ๑๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๖ รัฐบาลได้มอบให้กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันหาแนวทางแบบบูรณาการในการสนับสนุนให้ผู้พิการสามารถเข้าถึงบริการได้อย่าง มีศักดิ์ศรี มีคุณภาพ และเป็นธรรม โดยการเร่งรัดค้นหาและขึ้นทะเบียนคนพิการ จัดงบประมาณสนับสนุนในเรื่องของกายอุปกรณ์ให้เพียงพอ ตอบสิทธิด้านการเบิกจ่ายค่ากายอุปกรณ์ทุกกองทุนให้

เท่าเทียมกัน พัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านกายอุปกรณ์ของไทยเพื่อลดต้นทุนและเพิ่มการเข้าถึงกายอุปกรณ์ของผู้พิการ รวมถึงการฝึกอบรมคนพิการและรับเข้าทำงานในโรงงานกายอุปกรณ์

- วันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๖ ผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงการคลัง และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้กำหนดยุทธศาสตร์บูรณาการการทำงานเพื่อช่วยเหลือคนพิการเป็นระยะเร่งรัดและระยะยาว โดยระยะเร่งรัดมี ๔ มาตรการ คือ ๑) ให้ผู้พิการที่ยังไม่มีขาเทียมลงทะเบียนผ่านระบบสารสนเทศเพื่อใช้สิทธิได้ง่ายด้วยตนเอง ๒) ค้นหาคนพิการในทุกหมู่บ้านทุกชุมชน โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อลงทะเบียนและจัดทำขาเทียมครบร้อยละ ๑๐๐ ภายในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ๓) เพิ่มศักยภาพการผลิตขาเทียมให้ได้มากกว่า ๑๖,๐๐๐ ชิ้นต่อปี ๔) ให้กรมบัญชีกลางสำนักงานประกันสังคมและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เร่งรัดปรับบัญชีกายอุปกรณ์เพื่อให้ผู้พิการทั้ง ๓ กองทุนมีสิทธิเบิกจ่ายค่ากายอุปกรณ์ต่างๆ ได้อย่างเท่าเทียมกัน

โดยมีแผนระยะยาวมีดังนี้

- (๑) ให้ศูนย์สิทธิรณรงค์ร่วมกับสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) พัฒนาเทคโนโลยีใหม่ ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและเพิ่มปริมาณการผลิตลดการนำเข้าและลดต้นทุนการผลิตขาเทียมให้มีคุณสมบัติดีและเร่งให้พัฒนาหาวัดสุดที่ผลิตขาเทียมในประเทศ
 - (๒) ฝึกอบรมคนพิการชาชาติให้เป็นช่างทำขาเทียมและทำงานในโรงงานกายอุปกรณ์
 - (๓) การป้องกันและลดจำนวนคนพิการ
- จากการดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพคนพิการ ซึ่งมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอทุก ๒ เดือน ทำให้มีการร่วมกันกำหนดแนวทางการทำงาน และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการติดตามความคืบหน้าการดำเนินงานด้านต่างๆ อาทิ ๑) การพัฒนาระบบบริการเครื่องช่วยฟัง ๒) การวิจัยการทบทวนชุดสิทธิประโยชน์และการเข้าถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ๓) การพัฒนาตัวแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตของวัยรุ่นตอนต้นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ๔) การดำเนินงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพคนพิการทางสติปัญญา ออทิสติก และการเรียนรู้ ๕) การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์การเข้าถึงบริการปรับสภาพบ้านสำหรับคนพิการและผู้สูงอายุ ปัจจุบันคณะกรรมการสุขภาพคนพิการได้ครบวาระการดำเนินงานเมื่อวันที่ ๑๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๙ และอยู่ระหว่างการแต่งตั้งคณะกรรมการชุดใหม่เพื่อให้การดำเนินงานต่อเนื่อง
 - สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ ทำการศึกษาวิจัยสร้างองค์ความรู้เพื่อสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการหลายด้าน อาทิ
 - การศึกษาประเด็นการจดทะเบียนคนพิการเชิงประจักษ์ ซึ่งมีข้อเสนอต่อสำนักส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ให้มอบอำนาจการจดทะเบียนคนพิการไปที่ระดับอำเภอ ซึ่งจะช่วยให้คนพิการเข้าถึงการขอมีบัตรคนพิการได้ง่ายขึ้น

- การศึกษาและติดตามประเมินผลการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติด้านบริการ Orientation & Mobility Training สำหรับคนตาบอด และการพัฒนาบริการเครื่องช่วยฟังสำหรับผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยิน
- การศึกษาทบทวนชุดสิทธิประโยชน์และการเข้าถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ โดยมีการจัดทำข้อเสนอเรื่องการปรับปรุงระบบดูแลสุขภาพคนพิการในประเด็นการย้ายสิทธิคนพิการ และการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์สำหรับคนพิการเสนอต่อคณะกรรมการประสานงานกองทุนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๗
- มีการศึกษาและจัดทำข้อเสนอทางเลือกการใช้สิทธิเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของคนพิการที่เข้าสู่ระบบประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมเมื่อได้รับการจ้างงาน
- สนับสนุนการขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ โดยสนับสนุนเครือข่ายนักสานพลังขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (นสน.) ให้มีปฏิบัติการในช่วยเหลือดูแลคนพิการในรูปแบบต่างๆ และติดตามถอดบทเรียนการทำงาน
- สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ มีการจัดทำแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ มติ ๑๑

กลไกและกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

มติเรื่องกลไกและกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับฉันทมติเมื่อวันที่ ๒๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ และมีความก้าวหน้าการดำเนินงาน ดังนี้

มติคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เมื่อวันที่ ๒๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๖ เห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๕ และมอบหมายให้

- เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติแจ้งมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๕ ให้หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ เพื่อพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องตามที่ได้รับมอบหมาย และ มอบคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสมส.) พิจารณาแสวงหาวิธีการผลักดันและขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๕ เพื่อให้บรรลุผลตามควรแก่กรณี หากเห็นว่ามติใดสมควรเสนอให้คสช. พิจารณา ให้เสนอสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) พิจารณาต่อไป

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ – ๒๕๕๙ คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ร่วมกับสช. ในฐานะฝ่ายเลขานุการ ดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพฯ อย่างต่อเนื่อง ดังนี้

๑) ประเมินผล และจัดสรุปบทเรียนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) เพื่อให้ทราบถึงปัญหา และประเด็นที่ยังต้องพัฒนาของกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

นอกจากนี้ ในส่วนอนุกรรมการวิชาการ มีการสรุปทบทวนการพัฒนาระเบียบวาระเพื่อปรับกระบวนการพัฒนาระเบียบวาระต่อไป

๒) พัฒนาระบบการสมัชชาสุขภาพ ทั้งในส่วนกระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ ครั้งที่ ๙ และการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯ

๒.๑) พัฒนาระบบการพัฒนาร่างข้อเสนอเชิงนโยบายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๘ และครั้งที่ ๙ เพื่อให้มีการจัดการอย่างเป็นระบบ มีกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง สร้างความเป็นเจ้าของในประเด็นปัญหาาร่วมกัน โดยเริ่มตั้งแต่

(๑) การกำหนดประเด็นจัดระเบียบวาระ ใน ๒ ลักษณะ คือ

- **เชิงรับ ได้แก่** ๑) ประเด็นที่เสนอจากองค์กร หน่วยงานและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ
- ๒) ประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่เสนอจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการชุดต่าง ๆ ที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และ
- **เชิงรุก ได้แก่** การชักชวน กระตุ้น หนุนเสริม และการพัฒนาวิชาการแก่กลุ่มเครือข่ายต่าง ๆ ที่มีความสนใจเสนอประเด็นเข้าสู่กระบวนการสมัชชาสุขภาพ และการทบทวนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา

(๒) เปิดรับการเสนอประเด็นจากภาคีเครือข่ายตลอดทั้งปี เพื่อให้มีระยะเวลามากขึ้นในการพัฒนาประเด็นให้เป็นระเบียบวาระ

(๓) การพัฒนาร่างข้อเสนอ มีการปรับการดำเนินงาน

- (๓.๑) เริ่มกระบวนการเร็วขึ้น ๑ เดือน (จากเดิมเริ่มเดือนมิถุนายน ปรับเป็นเดือนพฤษภาคม) เพื่อให้มีเวลาในการทำงานมากขึ้น
- (๓.๒) มีการจัดประชุมรับฟังความคิดเห็นหรือต่อ ร่างข้อเสนอนโยบายสาธารณะ เป็นรายประเด็นเป็นเวทีที่เชิญหน่วยงานที่อยู่ในร่างมติทั้งหมดมาหารือถึงความเป็นไปได้ของข้อเสนอโยบาย

(๔) กระบวนการพิจารณาร่างระเบียบวาระการประชุมคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) โดยอนุกรรมการวิชาการจัดกระบวนการสนับสนุนให้มีการกำหนดขอบเขตการพัฒนาด้วยการให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholder) การเปิดเวทีร่วมพัฒนาข้อเสนอฯ ก่อนการจัดทำร่างระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมด้วยการทำความเข้าใจในสาระของประเด็นดังกล่าว ให้กับกลุ่มเครือข่ายก่อนการเข้าร่วมประชุมในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ยังปรับการประกาศระเบียบวาระจากเดิม ๑ ครั้ง เพิ่มเป็น ๓ ครั้ง เพื่อให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้นต่อการทำงานของภาคีที่ร่วมกันพัฒนาประเด็น

(๕) กลุ่มเครือข่ายพื้นที่กำหนดจัดรับฟังความคิดเห็นต่อร่างระเบียบวาระสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ ระหว่างวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน – ๑๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

๒.๒) การสื่อสารทำความเข้าใจกับคณะกรรมการ และองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ทำการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจให้กับคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงานต่าง ๆ กลุ่มเครือข่ายสมาชิกสมัชชาสุขภาพทั้งในส่วนกลาง

และพื้นที่กลไกสมัชชาสุขภาพจังหวัด รวมถึงการสื่อสารผ่านเครือข่ายนักสานพลังนโยบายอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ เพื่อให้มีการสื่อสารอย่างกว้างขวาง และต่อเนื่องของกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทั้งการพัฒนาและขับเคลื่อน ได้มีการจัดทำ Website ของงานสมัชชาสุขภาพ ทั้งระดับชาติ และระดับพื้นที่ (www.samatcha.org) มีการจัดทำจดหมายข่าว “เกาะติดสมัชชา” รายงานผ่านช่องทางอีเมลของกลุ่มเครือข่ายสมาชิกสมัชชาสุขภาพ คณะกรรมการ อนุกรรมการ และคณะทำงาน รวมทั้งการสื่อสารในช่องทางโซเชียลมีเดีย (Social Media) ต่าง ๆ เช่น Line และ Facebook เป็นต้น

๒.๓) พัฒนากลไกและแนวทางการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อยกระดับการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้เกิดผลเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น เป็นการเชื่อมพลังการนำของภาครัฐเข้ากับภาควิชาการและภาคสังคม โดยมีรองประธานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข) เป็นประธานคมส. มีการวิเคราะห์จัดกลุ่มมติเป็น ๒ กลุ่ม และตั้งกลไกอนุกรรมการเพื่อขับเคลื่อนมติทั้งสองกลุ่มนั้น ได้แก่ อนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข และอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสังคมและสุขภาพ และเพื่อการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯ อย่างหวังผล จึงทำการจัดลำดับความสำคัญมติสมัชชาสุขภาพฯ และเลือกมติเพื่อขับเคลื่อนให้เห็นผลอย่างเป็นรูปธรรม

คมส. มียุทธศาสตร์การทำงานคือ การสานพลังความร่วมมือ (Synergy) เป็นการทำงานแบบเครือข่ายที่เน้นการเสริมพลังทางบวก ให้เกิดการต่อยอดงาน และสร้างคุณค่าในการทำงานให้ได้ประโยชน์ร่วมกัน และใช้หลักการการทำงานที่เรียกโดยย่อว่าเป็น “DENMarKSII” ได้แก่ การสร้างตัวอย่าง (Demonstration) การหนุนเสริมการทำงาน (Encouragement) การสร้างเครือข่าย (Networking) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation: appreciation : recognition) การจัดการความรู้ (Knowledge management) การสื่อสารสังคม (Social communication) การใช้ระบบข้อมูล (Information system) การบูรณาการการทำงานข้ามหน่วยงาน องค์กร ข้ามภาคส่วน (Integration)

- พัฒนาการทำงานกลุ่มเครือข่าย เพื่อพัฒนาศักยภาพ เสริมสร้างการมีส่วนร่วม บทบาทของกลุ่มเครือข่ายสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
 - ๑) การทบทวนกลุ่มเครือข่าย มีการทบทวนกลุ่มเครือข่ายให้มีความสอดคล้องกับงานภารกิจของหน่วยงาน องค์กร เครือข่าย เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม มีแสดงบทบาทและความเป็นตัวแทนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยปัจจุบันมี ๒๔๐ กลุ่มเครือข่าย
 - ๒) การเสริมสร้างบทบาทความเป็นตัวแทนกลุ่มเครือข่าย ได้มีการเสริมสร้างบทบาทความเป็นตัวแทนของกลุ่มเครือข่ายที่จะเข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพ โดยการวิเคราะห์ภารกิจขององค์กรในแต่ละกลุ่มเครือข่ายเพื่อ Mapping กลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่กำลังพัฒนาเป็นระเบียบวาระและชวนมาเข้าร่วมตั้งตั้งแต่ขั้นตอนการพัฒนาระเบียบวาระ

๓) เตรียมความพร้อมกลุ่มเครือข่ายในการเข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ทั้งการสร้างความเข้าใจกระบวนการสมัชชาสุขภาพ สร้างความเข้าใจต่อบทบาทของ กลุ่มเครือข่ายในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ และการเตรียมความพร้อมในการ เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ก่อนงาน ระหว่างงาน และหลังงาน โดยในการ จัดประชุมเตรียมความพร้อมกลุ่มเครือข่ายเพื่อรับฟังร่างระเบียบวาระได้เพิ่มให้ กลุ่มเครือข่ายภาครัฐ (MP) ภาควิชาการ (MK) และ ภาคสังคม (MS) ที่เกี่ยวข้องกับ ระเบียบวาระได้เข้าร่วม จากเดิมที่มีเพียงการเตรียมความพร้อมกลุ่มภาคีพื้นที่ (MA)

- การติดตามความก้าวหน้าการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯ สำหรับงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ และครั้งที่ ๙ ให้ความสำคัญกับการแสดงผลการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯ จึงมีการนำเสนอความก้าวหน้าการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯ ในหลายรูปแบบ ทั้งการรายงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติตามที่ต้องรายงานในระเบียบวาระ การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ การจัดเสวนาการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯ เพื่อให้เกิด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนฯ ของหน่วยงานองค์กร และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ รวมไปถึง การหาแนวทางการขับเคลื่อนในระยะต่อไป การจัดนิทรรศการรูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชา สุขภาพฯ นอกจากนี้ยังมีการเพิ่มระเบียบวาระการประชุมสมัชชา เรื่องการประกาศชื่นชม หน่วยงาน ภาคีที่ร่วมกันขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯจนเกิดผลรูปธรรมในบางมิติ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ มติ ๓

แผนยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติ ว่าด้วยระบบสุขภาพะชุมชน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ ได้พิจารณารายงานเรื่องแผนยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติว่าด้วย ระบบสุขภาพะชุมชน โดยตระหนักว่าชุมชนท้องถิ่นที่เข้มแข็ง คือรากฐานสำคัญที่จะรองรับการพัฒนา ประเทศในทุกด้าน ซึ่งในเบื้องต้นมีหน่วยงานจาก ๔๖ องค์กร ที่ทำงานสนับสนุนชุมชนท้องถิ่น อย่างต่อเนื่องและจริงจังทั้งในด้านนโยบาย วิชาการและปฏิบัติการจึงมีมติรับรองกรอบแนวคิดและ สารสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติ ว่าด้วยระบบสุขภาพะชุมชน และขอให้หน่วยงานภาคีและ องค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมมือร่วมพลังสนับสนุนชุมชนสุขภาพะ/ชุมชนเข้มแข็งต่อไป โดยใช้ยุทธศาสตร์นี้ เป็นเครื่องมือในการบูรณาการสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคี ร่วมกันนี้ ได้มีการร่วมลงนาม ปฏิญญาสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๖/๒๕๕๖: เรื่องยุทธศาสตร์ร่วมว่าด้วยการสนับสนุนระบบสุขภาพะ ชุมชน ระหว่างผู้แทนองค์กรภาคีเครือข่าย ๓๓ หน่วยงาน **ซึ่งมีความก้าวหน้าการดำเนินงาน ดังนี้**

- วันที่ ๒๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้มีมติรับทราบมติ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ นี้ โดยมอบหมายให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ แจ่มมติให้หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องได้ทราบเพื่อพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง ในมติตามที่เห็นสมควรต่อไป

- เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๗ ขบวนการปฏิรูปประเทศไทยได้เสนอยุทธศาสตร์ ๓ ด้าน โดยภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ ๒ มีมาตรการรูปธรรม ๑๖ ประการ ซึ่งมี “ยุทธศาสตร์รวมแสงเลเซอร์ สนับสนุนชุมชนเข้มแข็งชุมชนสุขภาวะ” เป็นขบวนการ เพื่อบูรณาการภารกิจสนับสนุนชุมชนเข้มแข็งของ ๔๖ หน่วยงานภาคีระดับชาติ มุ่งเสริมความเข้มแข็งขององค์กรชุมชนทั่วประเทศ ทั้ง ๒๓ ประเภท ๓๐๐,๐๐๐ องค์กร ภายใน ๑๐ ปี ทั้งนี้ตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ รวมอยู่ด้วย
- เมื่อวันที่ ๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะรัฐมนตรี ได้พิจารณารับทราบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพฯ ดังกล่าว ตามอำนาจหน้าที่ ลำดับความสำคัญเร่งด่วนของหน่วยงาน
- สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา (LDI) ได้จัดทำโครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์รวมแสงเลเซอร์ สนับสนุนชุมชนเข้มแข็ง-ชุมชนสุขภาวะ โดยการสนับสนุนของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเพื่อขับเคลื่อนการทำงานให้เป็นที่ไปตามเป้าประสงค์และเป็นแกนประสานหลักในการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯ ภายใต้โครงสร้างคณะทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ร่วมว่าด้วย สุขภาวะชุมชน ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากองค์กรภาคีที่ร่วมลงนามในปฏิญญาฯ ที่แต่งตั้งโดย คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสมส.)
- คณะทำงานขับเคลื่อนมติฯ ได้มีการจัดประชุมองค์กรภาคีและดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนการดำเนินงาน ข้อมูลความรู้ระหว่างองค์กรและการนำเสนอความก้าวหน้าของการดำเนินงานของภาคีต่าง ๆ กล่าวคือ
 - การพัฒนากลไก ที่เน้นกลไกระดับจังหวัด คือ ผลักดันให้เกิด ศูนย์ประสานงานภาคีเพื่อพัฒนา จังหวัด (ศปจ.) เป็นกลไกประสานเชื่อมโยงระดับชาติและท้องถิ่น ที่เป็นการทำงานของ เครือข่ายองค์กรท้องถิ่นและหอการค้า โดยมี สำนักงานประสานการพัฒนานโยบายสาธารณะ (สปปส.) เป็นพี่เลี้ยง และโครงการ “inspiring Thailand” โดยการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งจะเป็นกลไกเชื่อมโยงการขับเคลื่อนนโยบาย “เศรษฐกิจฐานราก” (ประชารัฐ) ประกอบด้วยภาครัฐ ธุรกิจ และประชาสังคม
 - มีการจัดทำโปรแกรมฐานข้อมูล ที่ประกอบด้วยข้อมูลองค์กรชุมชน วิทยากร และพลเมืองตื่นรู้ ซึ่งได้ตั้งต้นข้อมูล จำนวน ๑๕ ฐาน จำนวน ๑๗๔,๙๘๐ ข้อมูล จัดเก็บสู่ระบบอินเทอร์เน็ต และให้ทางศูนย์ประสานงานภาคีเพื่อการพัฒนาจังหวัด (ศปจ.) ทั้ง ๗๗ จังหวัด ดำเนินการ ตรวจสอบ ปรับปรุง แก้ไข เพิ่มเติม และการจัดกิจกรรมอบรมการกรบันทึกข้อมูลแก่ เจ้าหน้าที่สารสนเทศของ ศปจ. จำนวน ๔ ครั้งใน ๔ ภูมิภาค รวมถึงได้ จัดประชุมทบทวน การบันทึกข้อมูล เมื่อวันที่ ๓๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ ทั้งนี้ฐานข้อมูลนี้ได้จัดทำเป็น นิทรรศการนำเสนอผลงานในเวทีจุดประกาย “สานพลังประชารัฐเพื่อเศรษฐกิจฐานราก” ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน เมื่อวันที่ ๒๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๘ ด้วย
 - องค์กรภาคีร่วมกันกำหนดแนวทางขับเคลื่อนการปฏิบัติการภายใต้ยุทธศาสตร์รวมแสงเลเซอร์ สนับสนุนชุมชนเข้มแข็ง-ชุมชนสุขภาวะ ๕ เรื่อง ได้แก่ (๑) สร้างความตระหนักในสิทธิและหน้าที่ความเป็นพลเมือง (๒) สร้างการรับรู้การมีศูนย์ประสานงานภาคีเพื่อการพัฒนาจังหวัด ที่เป็นจุดร่วมขององค์กรชุมชนในระดับพื้นที่ เพื่อให้หน่วยงานของรัฐในทุกระดับสามารถ

เชื่อมประสานการทำงานร่วมกัน พร้อม กับการสนับสนุนชุมชน (๓) สร้าง “นักคิด” ให้เพิ่มขึ้น จากการเป็น “นักกิจกรรม” ที่ตอบโจทย์การทำงานโครงการ (๔) สร้างฐานข้อมูลที่สามารถค้นหากลุ่มคนทำงาน เพื่อพัฒนานักคิดผ่านกิจกรรมที่หน่วยงานสนับสนุนลงไปยังพื้นที่ต่อเชื่อมรายประเด็นที่ต้องการให้เกิดขึ้น และ (๕) สร้างพื้นที่รูปธรรมในพื้นที่เล็กๆ บนประเด็นเฉพาะ กลุ่มเฉพาะ และบนฐานความเป็นไปได้ของพื้นที่นั้น ๆ

- มีการจัดทำหนังสือสรุปภาพการทำงานขับเคลื่อนเพื่อสร้างสุขภาวะชุมชน ๘ กรณีศึกษาที่เกิดจากการแบ่งปันข้อมูล ความรู้การดำเนินงานระหว่างองค์กรภาคีที่เข้าร่วมสนับสนุนระบบสุขภาวะชุมชนด้วยกัน
- ศูนย์คุณธรรมได้ดำเนินการ “การขับเคลื่อนงานคุณธรรมเพื่อสร้างสุขภาวะชุมชน” โดยเชื่อมโยงเครือข่ายทางสังคมทำเรื่องคุณธรรมความดี โดยใช้การพัฒนาองค์ความรู้ใหม่เป็นต้นแบบขยายผลการประสานความร่วมมือเครือข่ายเดิม และจัดงานสมัชชาคุณธรรมระดับจังหวัดและประเทศเป็นเครื่องมือ มีความรู้เกือบ ๒๐๐ เรื่อง และงานวิจัยทางด้านถูกขยายผลนำไปใช้จริง เช่น หลักสูตรสร้างโรงเรียนคุณธรรม การเคลื่อนจังหวัดคุณธรรม แผนที่ความดี เป็นต้น มีต้นแบบชุมชนคุณธรรมกว่า ๘๐ ชุมชน มีกลไกขับเคลื่อนจังหวัดคุณธรรมนำร่อง ๔ แห่ง มีตลาดนัดความดี-ความสุข ที่พัทลุง อ่างทอง หนองคาย เป็นต้น และได้พัฒนาโปรแกรมฐานข้อมูลองค์กรส่งเสริมคุณภาพ ข้อมูลบุคลากรคุณธรรม

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ มติ ๔

แผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาเฝ้าระวังภัยพิบัติของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๖๑

มติแผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาเฝ้าระวังภัยพิบัติของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๖๑ ได้รับฉันทมติจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ เมื่อวันที่ ๑๘ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๗ มีความก้าวหน้าการดำเนินงาน ดังนี้

- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้รับทราบในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๒๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยมอบหมายให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ แจ้งมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติฯ ให้หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องได้ทราบ เพื่อพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องในมติ ตามที่เห็นสมควรต่อไป
- คสช. ได้มีมติเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ เมื่อวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๘ และได้นำเสนอต่อคณะรัฐมนตรี (ครม.) โดยครม.ได้พิจารณารับทราบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ เมื่อวันที่ ๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพฯ ดังกล่าวตามอำนาจหน้าที่ ลำดับความสำคัญเร่งด่วนโดยยึดหลัก คือ ๑) นโยบายของรัฐบาล ๒) กฎหมาย ระเบียบหลักเกณฑ์ และมติครม.ที่เกี่ยวข้อง ๓) งบประมาณ และทรัพยากรที่มีอยู่ของหน่วยงาน
- มีกลไกการทำงานในลักษณะคณะกรรมการร่วม ระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.)

สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย องค์การหรือตัวแทนจากผู้ประกอบการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภาคประชาสังคม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ฯ จากนโยบายระดับชาติสู่การปฏิบัติในท้องถิ่น แทนคณะกรรมการขับเคลื่อนการจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ และอินเทอร์เน็ต ชุดเดิมที่ยกเลิกไป

- มีแผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๑ ที่มุ่งสู่สังคมแห่งจิตสำนึกร่วมรับผิดชอบในการเฝ้าระวัง ร้องเรียน และจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ด้วยภาคีเครือข่ายระดับชาติและระดับพื้นที่เชิงบูรณาการอย่างเข้มแข็ง
- สำนักงานกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา แลกผลความคืบหน้าการแก้ปัญหาโฆษณาอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย เมื่อวันที่ ๒๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ ซึ่งมีการติดตาม ตรวจสอบ เฝ้าระวังการออกอากาศรายการหรือโฆษณาที่เข้าข่ายการกระทำที่เป็นการเอาเปรียบผู้บริโภค การดำเนินการทางกฎหมาย จับกุม ปรามปราม การรณรงค์ผ่านสื่อที่ดำเนินการร่วมกันมา โดย กสทช. ได้มีการติดตาม ตรวจสอบ เฝ้าระวังการออกอากาศรายการ หรือโฆษณาที่เข้าข่ายกระทำผิดการดำเนินการทางกฎหมาย จับกุม ปรามปราม ในปีพ.ศ. ๒๕๕๘ กสทช. ตรวจสอบ โทรทัศน์ดาวเทียมและเคเบิลที่โฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย ๕๒ รายการ สารเคมีทางการเกษตร ๕ รายการ และเครื่องสำอางของขลังหรือสินค้าความเชื่อต่าง ๆ ๓ รายการ ส่วนวิทยุกระจายเสียงพบการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย ๓๓ รายการ ในส่วนของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้มีการแจ้งระงับโฆษณาและเปรียบเทียบปรับเจ้าของสื่อโทรทัศน์และวิทยุทั้งหมด ๖๕ รายการ และปี พ.ศ. ๒๕๕๙ มีจำนวน ๓๗ รายการ เป็นการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานที่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ยังได้มีการปรับปรุงกฎหมายและบูรณาการบังคับใช้ให้เข้มงวดมากขึ้น
- กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาพัฒนาช่องทางร้องเรียนภายใต้เลขหมายเดียวกัน คือ ๑๕๕๖ ได้แก่ สายด่วน อย. ๑๕๕๖ โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๒๕๕๐-๑๕๕๖ ตู้ ปณ. ๑๕๕๖ ปณฝ. กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ อีเมลล์ ๑๕๕๖@fda.moph.go.th เพื่อให้ง่ายต่อการจดจำ ซึ่งจะช่วยให้สามารถเข้าถึงช่องทางร้องเรียนได้สะดวกมากยิ่งขึ้น ผลิตสื่อ animation บนเว็บไซต์เพื่อเผยแพร่ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพและตรวจสอบโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพในสื่ออินเทอร์เน็ตและ social media
- การสร้างและพัฒนาเครือข่ายกลไกการเฝ้าระวังจัดการปัญหาการโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับประเทศและพื้นที่ให้เข้มแข็ง โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) กสทช. องค์การคุ้มครองผู้บริโภคและมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค เฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อวิทยุ โทรทัศน์ในจังหวัดนำร่อง จำนวน ๑๒ จังหวัดเพื่อดำเนินการตามกฎหมายในการกำกับดูแลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

มติการพัฒนาระบบการประเมิน และการตัดสินใจในการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ได้รับ
ฉันทามติจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗ เมื่อวันที่ ๒๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

ซึ่งมีความก้าวหน้าการดำเนินงาน ดังนี้

- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้มีมติเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗ เมื่อวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๘ และได้นำเสนอต่อคณะรัฐมนตรี โดยคณะรัฐมนตรี ได้พิจารณารับทราบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗ เมื่อวันที่ ๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพฯ ดังกล่าว ตามอำนาจหน้าที่ ลำดับความสำคัญเร่งด่วนโดยยึดหลัก คือ ๑) นโยบายของรัฐบาล ๒) กฎหมาย ระเบียบ หลักเกณฑ์ และมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง ๓) งบประมาณและทรัพยากรที่มีอยู่ของหน่วยงาน
- กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้มีการดำเนินการพัฒนาให้หน่วยงานระดับกรมและเขตสุขภาพ ใช้การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Health Technology Assessment: HTA) ประกอบการตัดสินใจสำหรับบริหารจัดการทรัพยากรที่มีจำกัด ซึ่งมีผลการดำเนินงานในปี ๒๕๕๘ ดังนี้
 - ตั้งคณะกรรมการพัฒนาการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีสาธารณสุขนิเทศเขต ๘ เป็นประธาน สำนักวิชาการสาธารณสุข และ HITAP เป็นทีมเลขานุการ มีหน้าที่กำหนดแนวทางการพัฒนาการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของเขตสุขภาพ จัดทำแผนระยะยาว ๕-๑๐ ปี ในการพัฒนาการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ให้สอดคล้องกับ Service Plan ของเขตสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างเป็นรูปธรรม
 - การให้ความรู้ความเข้าใจในระบบการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HTA) กับผู้แทนเขตสุขภาพทุกเขต
 - จัดทำแนวทางการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในเขตสุขภาพผ่านผู้ตรวจราชการกระทรวงทุกเขตเพื่อให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน
 - พัฒนาศูนย์การเรียนรู้การดำเนินการ HTA ในเขตสุขภาพที่ ๕ และ ๖ ตามโครงการพัฒนาศักยภาพผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพ
 - แต่งตั้งคณะทำงานวิชาการด้านการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่คณะทำงานระดับเขตสุขภาพและติดตามการดำเนินงานระดับเขตสุขภาพ
- กระทรวงสาธารณสุข มีการแต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนและบูรณาการตามภารกิจสำคัญ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ซึ่งมีแผนงาน/โครงการที่สอดคล้องกับมตินี้ คือ แผนงานที่ ๑๔ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HTA)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และ

ระบบบริการ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้สนับสนุน สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HITAP) กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เป็นระบบโปร่งใส และอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงวิชาการ และรับฟังความคิดเห็นจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพ ซึ่งโครงการประเมินเทคโนโลยี และนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ได้จัดการประชุมคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีคณะทำงานฯ เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย ๑) ตัวแทนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ๒) ตัวแทนกลุ่มนักวิชาการ ๓) ตัวแทนกลุ่มประชาสังคม ๔) ตัวแทนกลุ่มผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อนำเข้าสู่การประเมินก่อนจะนำไปเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

- โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ซึ่งเป็นองค์กรวิจัยกึ่งอิสระภายใต้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการศึกษาวิจัยและประเมินการใช้เทคโนโลยีเพื่อสุขภาพในหลาย ๆ ด้าน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างนักวิชาการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงสนับสนุนหน่วยงานมีการดำเนินการใช้การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในการทำงานมากขึ้น ทั้งโดยการจัดฝึกอบรม และการส่งเสริมการศึกษาวิจัยในการทำงานอย่างต่อเนื่อง เช่น การประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และสาธารณสุข การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานวิจัยสู่งานประจำ (R๒R) ในเรื่องบทบาทของการประเมินเทคโนโลยีกับการลงทุนในมาตรการด้านสุขภาพที่เพิ่มมูลค่าเป็นต้น โดยได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗ มติ ๔

การจัดการสแตนด์อโลนที่คุกคามสุขภาพคนไทย

มติการจัดการสแตนด์อโลนที่คุกคามสุขภาพคนไทย ได้รับฉันทมติจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗ เมื่อวันที่ ๒๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ ซึ่งมีความก้าวหน้าการดำเนินงาน ดังนี้

- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้รับทราบในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๒๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยมอบหมายให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ แจ้งมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติฯ ให้หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องได้ทราบ เพื่อพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องในมิติ ที่เกี่ยวข้องตามที่เห็นสมควรต่อไป
- คสช. ได้มีมติเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗ เมื่อวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๘ และได้นำเสนอต่อคณะรัฐมนตรี (ครม.) โดยครม. ได้พิจารณารับทราบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗ เมื่อวันที่ ๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพฯ ดังกล่าว ตามอำนาจหน้าที่ ลำดับความสำคัญเร่งด่วนโดยยึดหลัก คือ

๑) นโยบายของรัฐบาล ๒) กฎหมาย ระเบียบหลักเกณฑ์ และมติ ครม.ที่เกี่ยวข้อง ๓) งบประมาณ และทรัพยากรที่มีอยู่ของหน่วยงาน

- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กระทรวงสาธารณสุข เป็นแกนหลักในการขับเคลื่อน ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการจัดการปัญหาสแตนด์บาย ประกอบด้วยภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่งตั้งโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๒๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ มีบทบาทหน้าที่ในการ ๑) กำหนดนโยบาย มาตรการ ติดตามและประเมินผล ๒) บูรณาการการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน ๓) ป้องกันปราบปรามการใช้ยาสแตนด์บาย โดยไม่มีข้อบ่งชี้ ๔) คัดกรอง ส่งต่อ และรักษาผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์

มีความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติ ดังนี้

(๑) ขอให้กระทรวงพาณิชย์ โดยกรมการค้าต่างประเทศ ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข และกรมศุลกากร กระทรวงการคลัง ดำเนินการพัฒนากฎหมายให้สแตนด์บาย (ทั้งวัตถุพิษและยาสำเร็จรูป) เป็นสินค้าที่ต้องขออนุญาตนำเข้าและส่งออกจากระบบพาณิชย์ ตามพระราชบัญญัติการส่งออกไปนอกและการนำเข้าในราชอาณาจักรซึ่งสินค้า พ.ศ. ๒๕๒๒ เพื่อเข้มงวด ขั้นตอนการนำเข้า และเพิ่มบทลงโทษทางอาญาแก่ผู้ฝ่าฝืน โดยกระทรวงพาณิชย์ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำ(ร่าง) ประกาศกระทรวงพาณิชย์ กำหนดให้เภสัชเคมีภัณฑ์ เกลือเภสัชเคมีภัณฑ์ เภสัชเคมีภัณฑ์ที่สำเร็จรูปและยา เป็นสินค้าที่ต้องขออนุญาตในการนำเข้าในราชอาณาจักร พ.ศ.... และ (ร่าง) ระเบียบกระทรวงพาณิชย์ ว่าด้วยการอนุญาตให้นำเภสัชเคมีภัณฑ์ เกลือเภสัชเคมีภัณฑ์ เภสัชเคมีภัณฑ์ที่สำเร็จรูปและยานำเข้ามาในราชอาณาจักร พ.ศ.... เข้าสู่ขั้นตอนการรับฟังความคิดเห็นต่อไป

(๒) ขอให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เร่งดำเนินการจัดทำกฎหมายระดับรองจากกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง เพื่อจำกัดช่องทางการจำหน่าย จำกัดปริมาณการผลิต นำเข้าและจำหน่าย ยาสแตนด์บาย (ทั้งวัตถุพิษและยาสำเร็จรูป) และทบทวนทะเบียนตำรับสแตนด์บาย เช่น ลักษณะยา รูปแบบของยา หรือสัญลักษณ์ รวมทั้งยกเลิกทะเบียนตำรับยาเม็ดเบต้าเมทาโซน ให้เอื้อต่อการนำไปใช้ อย่างถูกต้องตามความจำเป็นด้านสุขภาพนั้น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ประกาศเรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไข ในการขายยา ซึ่งลงนามในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยต้องดำเนินการ ๑) ส่งข้อมูลการขาย เข้าระบบ FDA REPORTER เพื่อควบคุมการกระจายยา ๒) จำกัดปริมาณการจำหน่าย ร้านยา ไม่เกิน ๑,๐๐๐ เม็ด ต่อแห่งต่อเดือน ๓) จัดทำบัญชีชื่อ ขายยา ระบุ ชื่อ สกุลของผู้ซื้อ

(๓) การออกกฎหมายให้ผู้รับอนุญาตผลิต นำเข้า และขายยา ต้องรายงานการผลิต นำเข้า และขายยาสแตนด์บาย (ทั้งวัตถุพิษและยาสำเร็จรูป) โดยได้มีการออกประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เรื่องกำหนดให้ยาเดกซาเมทาโซนและยาเพรดนิโซโลนและเกลือของยา เป็นยาที่ต้อง รายงานต่อ อย. (ระบบรายงานครอบคลุม วัตถุพิษ ถึง ยาสำเร็จรูป)

(๔) ขอให้ อย. ดำเนินการร่วมกับกรมศุลกากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้ประกอบการผลิต นำเข้าและจำหน่ายยาแผนปัจจุบัน และสมาคมภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องมีการพัฒนาการจัดการฐานข้อมูล การกระจายสแตนด์บาย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เชื่อมโยงกันและเป็นปัจจุบัน ตรวจสอบย้อนกลับได้ ตั้งแต่ การนำเข้าวัตถุดิบการผลิตยาสำเร็จรูป และการจำหน่ายของแหล่งกระจายยา เช่น ร้านยา สถานบริการ

สุขภาพ ซึ่งได้ปรับปรุงระบบ FDA REPORTER เพื่อควบคุมการกระจายยาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (คาดว่าจะแล้วเสร็จ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑)

(๕) ขอให้ อย. เป็นหน่วยงานหลักในการพัฒนาระบบรายงานและประเมินผลมาตรการการจัดการสเตอรอยด์ในภาพรวมของประเทศเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง โดยมีการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ การศึกษาวิจัย เพื่อรองรับการรายงาน โดยมีการร่วมมือกับภาคประชาชนและเผยแพร่รายงานสู่สาธารณะ เป็นระยะการดำเนินการที่ผ่านมามีนักวิชาการ จากวิทยาลัยคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ แห่งประเทศไทย สภาเภสัชกรรม ทำวิจัยเพื่อประเมินผลระบบควบคุมการกระจายสเตอรอยด์ผ่าน FDA REPORTER

(๖) ขอให้ อย. เป็นศูนย์จัดการปัญหาสเตอรอยด์ในการเผยแพร่ข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีการปลอมปนสเตอรอยด์ การโฆษณา และการส่งเสริมการขาย ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีการปลอมปนสเตอรอยด์ รวมทั้งผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย ตลอดจนรับแจ้งเรื่องร้องเรียน ข้อมูลเบาะแส และการกระจายสเตอรอยด์ที่ไม่เหมาะสม หรือการปลอมปนสเตอรอยด์ในผลิตภัณฑ์สุขภาพ อย.ดำเนินการ แต่งตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจจัดการปัญหาสเตอรอยด์ มีศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปราม การกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ และได้ปฏิบัติการกวาดล้างเครือข่ายผู้กระทำผิด (เช่น การนำสเตอรอยด์ไปปลอมปนกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ) ใน ๒๕ จุด เขตพื้นที่ขอนแก่นโดยความร่วมมือ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกองบังคับการ ปราบปรามการกระทำผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค (บก. ปคบ.)

(๗) ขอให้กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการรณรงค์และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหา สเตอรอยด์และกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้แก่ผู้ดำเนินกิจการสถานพยาบาล ผู้ประกอบการด้านยา อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม./อสส.) และประชาชน เพื่อสร้างความตระหนักถึงอันตรายในการใช้ สเตอรอยด์ ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ดำเนินโครงการซึ่งใจก่อนใช้ยา...สเตอรอยด์ โครงการพัฒนาเครือข่ายการพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค “หมู่บ้านต้นแบบปลอดยาสเตอรอยด์” โครงการ อย.น้อย ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ โครงการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงาน และการรณรงค์ “การใช้ยาอย่างปลอดภัย” ปี ๒๕๕๘ โดยกองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค และ โครงการจิตอาสาสร้างสรรค์ อย.สร้างเสริม ในปี ๒๕๕๙

(๘) ขอให้กระทรวงสาธารณสุข ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเร่งผลิต ชุดตรวจการปลอมปนสารสเตอรอยด์ ออกจำหน่ายแก่หน่วยงาน และประชาชนทั่วไปอย่างแพร่หลาย โดยมีราคาที่เหมาะสมนั้น โดยในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนบูรณาการ งานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน เพื่อไม่ให้เกิดการใช้ยาสเตอรอยด์ หรือผลิตภัณฑ์ สุขภาพที่อาจมีการปนเปื้อนโดยไม่มีใบสั่งแพทย์ ซึ่งมีสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก ในปี ๒๕๖๐ กำหนดเป้าหมายให้แต่ละจังหวัด ดำเนินการอย่างน้อย ๑๐ ตำบล (มีการจัดสรรงบประมาณกระจายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง)

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗ มติ ๕
การจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย

มติการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย ได้รับฉันทมติจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗ เมื่อวันที่ ๒๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ ซึ่งมีความก้าวหน้าการดำเนินงาน ดังนี้

- แผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ – ๒๕๖๓ (Thailand Global Health Strategies ๒๐๑๕-๒๐๒๐) ซึ่งเป็นเอกสารแนบท้ายมติสมัชชาสุขภาพฯ ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ ปรัชญาหรือในรูปคณะทำงาน ผู้เชี่ยวชาญ และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อยกร่างแผนยุทธศาสตร์ฯ โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนไทยมีสุขภาพะ และประเทศไทยมีความมั่นคงและปลอดภัยด้านสุขภาพที่จะขับเคลื่อนและส่งเสริมให้เศรษฐกิจและสังคมไทยพัฒนาได้อย่างยั่งยืน รวมทั้งสามารถมีบทบาทและความร่วมมือระดับสากลเพื่อแสดงความรับผิดชอบต่ออย่างสร้างสรรค์ด้านสุขภาพโลกในเวทีระหว่างประเทศ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว จึงได้กำหนดให้มี

วัตถุประสงค์ ๕ ประการคือ

๑) สนับสนุนความเข้มแข็งของระบบการจัดการกับปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ กายที่เกิดจากพฤติกรรมของมนุษย์ ภัยธรรมชาติ และภัยจากเทคโนโลยี โดยเฉพาะที่มีแนวโน้มแพร่ระบาดทั่วโลก และปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญระดับโลกตามที่ยังคงการสหประชาชาติ จะกำหนดเป็นวาระเพื่อการพัฒนาภายหลัง ค.ศ. ๒๐๑๕

๒) สนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพและหลักประกันสุขภาพให้มีความเข้มแข็ง และเป็นธรรม

๓) สร้างเสริมบทบาท ภาพลักษณ์ และความรับผิดชอบต่อประเทศไทยต่อประชาคมโลก เช่น การเป็นศูนย์กลางการผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพ เป็นต้น

๔) สนับสนุนให้เกิดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพโดยกลไกที่มีส่วนร่วม พัฒนาขีดความสามารถอย่างยั่งยืนในด้านสุขภาพโลก ทั้งในด้านบุคคล องค์กร และกลไกการทำงาน รวมทั้งเครือข่าย

๕) มีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นกรอบทิศทางการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบของภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาสังคม เพื่อสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของคนไทย และแสดงการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบต่อด้านสุขภาพต่อประชาคมโลก ซึ่งจะส่งเสริมภาพลักษณ์ที่ดีของไทยในสังคมโลก

ยุทธศาสตร์หลักมีดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เสริมสร้างระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง ยุติธรรม และเป็นธรรม

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ส่งเสริมบทบาทนำและความรับผิดชอบต่อไทยในประชาคมโลก

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ เสริมสร้างความสอดคล้องระหว่างนโยบายสุขภาพ ภายในประเทศและระหว่างประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ เสริมสร้างขีดความสามารถของบุคลากรและองค์กรในด้านสุขภาพโลกอย่างยั่งยืนและพัฒนากลไกการประสานงาน

- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้มีมติเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗ เมื่อวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๘ และได้นำเสนอต่อคณะรัฐมนตรี (ครม.) โดย ครม. ได้พิจารณารับทราบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗ เมื่อวันที่ ๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพฯ ดังกล่าว ตามอำนาจหน้าที่ ลำดับความสำคัญเร่งด่วนโดยยึดหลัก คือ ๑) นโยบายของรัฐบาล ๒) กฎหมาย ระเบียบหลักเกณฑ์ และมติครม.ที่เกี่ยวข้อง ๓) งบประมาณและทรัพยากรที่มีอยู่ของหน่วยงาน
- การประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ครั้งที่ ๑/๒๕๕๘ ที่มีประธานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (ศ.ดร.ยงยุทธ ยุทธวงศ์) รองนายกรัฐมนตรีเป็นประธานการประชุม เมื่อวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๘ ที่ประชุมมีมติเห็นชอบ
 - ๑) ให้กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานเสนอแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๓ ต่อคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบ เพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินการของประเทศ
 - ๒) ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้แต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพโลก โดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงการต่างประเทศ เป็นประธานร่วมกัน และมีหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการต่างประเทศ เป็นเลขานุการร่วมกัน โดยมีหน้าที่และอำนาจตามเสนอ และให้พิจารณาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการ
- กระทรวงสาธารณสุข มีคำสั่งที่ ๑๐๙๗/๒๕๕๘ ลงวันที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๕๘ แต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพโลกมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และปลัดกระทรวงการต่างประเทศ เป็นประธานร่วม มีผู้อำนวยการสำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข และผู้อำนวยการกองการสังคม กรมองค์การระหว่างประเทศ กระทรวงการต่างประเทศ เป็นเลขานุการร่วม เพื่อประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานจัดทำแผนปฏิบัติการกำหนดกลไกการดำเนินงาน และผลักดันแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทยไปสู่การปฏิบัติ และทบทวนพันธกรณีข้อตกลงระหว่างประเทศด้านสุขภาพโลกภายใต้กรอบต่าง ๆ เพื่อให้มีความร่วมมือสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ฯ
- กระทรวงสาธารณสุข เสนอแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๓ ต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบตามหนังสือที่ สธ ๐๒๒๔.๐๑/๑๕๑๑ ลงวันที่ ๒๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๘ ซึ่งสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีขอให้กระทรวงสาธารณสุขปรับแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทยให้มีความสอดคล้องกับกรอบระยะเวลาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ และแผนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและเสนอให้คณะกรรมการแห่งชาติพิจารณาให้ความเห็นชอบก่อนนำเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบต่อไป
- กระทรวงสาธารณสุขจัดประชุมหารือเห็นว่าควรปรับแผนยุทธศาสตร์เป็นกรอบยุทธศาสตร์โลกของประเทศไทย เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานด้านสุขภาพโลก (Strategic Framework on Global Health) โดยดำเนินการปรับแก้ไขกรอบยุทธศาสตร์ฯ ตามข้อเสนอแนะของสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี และเสนอกรอบยุทธศาสตร์ฯ (ฉบับปรับปรุงแก้ไข) เข้าสู่การพิจารณาของ

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๕/๒๕๕๘ ซึ่งที่ประชุมมีมติเห็นชอบต่อกรอบยุทธศาสตร์ฯ (ฉบับปรับปรุงแก้ไข) และเสนอต่อคณะรัฐมนตรีพิจารณา

- คณะรัฐมนตรี มีมติเห็นชอบกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๓ (Thailand Global Health Strategic Framework ๒๐๑๖-๒๐๒๐) เมื่อวันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ ดังนี้

๑) เห็นชอบกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๓ เป็นกรอบในการดำเนินการด้านสุขภาพของประเทศไทยต่อไป

๒) มอบหมายให้ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกระทรวงการต่างประเทศ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการ และกำหนดกลไกการสนับสนุนและประเมินผลติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์อย่างเป็นรูปธรรม

๓) มอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการตามยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องต่อไป

โดยกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกฯ มีวัตถุประสงค์เพื่อหนุนความเข้มแข็งระบบจัดการปัญหาโรคอุบัติใหม่ อุตุน้ำ พัฒนาระบบสุขภาพและหลักประกันสุขภาพให้เข้มแข็ง เป็นธรรม สร้างไทยมีบทบาทนำ ๘ ด้าน เช่น ศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพของภูมิภาคอาเซียนและเอเชีย การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เครือข่ายนักระบาดวิทยา จัดการความเสี่ยงจากภัยพิบัติ หน่วยสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ในภาวะภัยพิบัติ การประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

- กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกระทรวงการต่างประเทศและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำร่างแผนปฏิบัติการและกลไกการดำเนินการตามกรอบยุทธศาสตร์ เพื่อเตรียมเสนอต่อคณะกรรมการนโยบายสุขภาพโลก

ผู้แทนองค์กรภาคีเครือข่ายที่เป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนทั้ง ๙ มติ เพิ่มเต็มข้อมูล

ในภาพรวมจะเห็นว่าการรายงานความคืบหน้าทั้ง ๙ มติ ทั้งทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข และด้านสังคมและสุขภาพ มีความก้าวหน้าไปตามสมควร แต่อย่างไรก็ตาม ขณะนี้ บนเวทีที่มีผู้แทนขององค์กรภาคีเครือข่ายที่เป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนทั้ง ๙ มติ มาอยู่ที่นี่แล้ว อยากจะเรียนเชิญท่านที่เป็นตัวแทนจะมีอะไรเสริมเติมไปจากสิ่งที่ได้นำเสนอในวโรกาสนี้ ขอเชิญตัวแทนทุกท่านครับ

นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร

ขอเรียนว่าใน ๕ มติ ที่ได้นำเสนอ ผ่านวโรกาส ตั้งแต่มติ ๑.๘, ๖.๔, ๗.๒, ๗.๔, และ ๗.๕ ทุกมติเป็นการขับเคลื่อนตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทุกครั้งที่ผ่านมา ซึ่งในปีนี้ได้รับเกียรติจากท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมาเป็นประธานคสมส.ในการขับเคลื่อน ในการรายงานนี้ถ้าท่านมีคำถามหรือข้อเสนอแนะอะไร จะมีทีมงานที่รับผิดชอบแต่ละมติได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม อยากจะเรียนว่า

ทุกอย่างต้องขับเคลื่อนอย่างมีส่วนร่วม เราพยายามที่จะทำให้ทุกมิติมีเจ้าภาพ และสามารถติดตามการดำเนินการได้ อาจจะทำได้ยังไม่ครบถ้วนตามมิติทุกข้อทุกประเด็น แต่จะพยายามทำต่อเนื่องและทำตลอดไป ถ้าท่านมีข้อเสนอแนะในมิติทั้ง ๙ มิติ ที่ได้นำเสนอทางวิทัศน์ไป ท่านสามารถเสนอแนะในเวทีนี้ได้ โดยเป็นการเสนอแนะเพิ่มเติมว่าจะให้คณะกรรมการขับเคลื่อนไปดำเนินการอย่างไรบ้าง

ภก.ประพนธ์ อางตระกูล

ในเรื่องของการจัดการปัญหาสเตอรอยด์ที่คุกคามสุขภาพของคนไทย อยากจะเรียนขออนุญาตช่วยประชาสัมพันธ์ว่า ในกรณีของผลิตภัณฑ์ยาจะซื้อได้เฉพาะในร้านขายยา ถ้าไปซื้อจากแหล่งที่ไม่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย มีโอกาสเสี่ยงที่จะได้รับสเตอรอยด์ สิ่งหนึ่งที่จะต้องฝากเป็นข้อสังเกตไว้คือ เรื่องการลักลอบนำสเตอรอยด์เข้ามาในประเทศไทยยังคงมีอยู่ ซึ่งเราจะดำเนินการป้องกันและปราบปรามแต่อย่างไรก็ตามถ้าประชาชนสามารถเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ยาได้ในช่องทางที่ถูกต้อง คือร้านขายยาเท่านั้น โอกาสที่จะได้รับสเตอรอยด์จะลดลง ฉะนั้นข้อสังเกตคือกรณีการซื้อยาไม่ว่าจะเป็นการซื้อผ่าน social media หรือว่าตลาดนัด หาบเร่แผงลอย ตรงนี้เป็นสิ่งต้องห้าม ยิ่งถ้าเป็นยาชุดยิ่งห้ามเด็ดขาด เพราะจากการสำรวจพบว่า ยาชุดจะมีการลักลอบใส่สเตอรอยด์ค่อนข้างมาก รวมถึงยาแผนโบราณที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยา ตรงนี้ห้ามเด็ดขาด

ประเด็นถัดไป ในเรื่องของสเตอรอยด์ ขณะนี้มีชุดทดสอบเบื้องต้น ซึ่งพัฒนาโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และทางองค์การเภสัชกรรมได้ผลิตและจำหน่าย ซึ่งมีราคาไม่แพง ถ้าเกิดมีเหตุสงสัยสามารถใช้ชุดทดสอบนี้ทดสอบเบื้องต้น และได้มีการกระจายชุดทดสอบนี้ไปทั่วประเทศแล้ว สำหรับปัญหา ร้องเรียนสามารถร้องเรียนได้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ หรือที่รพ.สต. หรือทางอย. ที่ ๑๕๕๖ โดยตรง

ประเด็นการจัดการปัญหาเรื่องโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย ภาคบังคับใช้กฎหมายคงไม่สามารถที่จะไปเฝ้าสื่อต่างๆ ได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง คงต้องให้ทางสมาชิกช่วยกันตรวจสอบ ถ้ามีโฆษณาใดแสดงสรรพคุณเรื่องของตัวเองว่า สามารถบรรเทา บำบัด ป้องกันโรค หรือว่ารักษาโรคได้ แสดงว่าเป็นการโฆษณาอาหารที่เกินเลยจากขอบเขตที่กฎหมายกำหนดแล้ว ขอความกรุณาแจ้งที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ทุกจังหวัด รวมถึงที่ อย. ที่ ๑๕๕๖ โดยตรง ตอนนี้อาพพยายามพัฒนาในเรื่องของความร่วมมือกับทางสถานีวิทยุของกองทัพทั้งสี่กองทัพ รวมถึงสำนักงานตำรวจแห่งชาติ จะมีการบูรณาการกันเป็นระดับนโยบายลงไปว่าจะไม่มีการอนุญาตให้มีการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย

ในส่วนของ social media ขอฝากไปยังพี่น้องประชาชนด้วยว่า อย่าแชร์หรือส่งต่อการโฆษณาในเรื่องของผลิตภัณฑ์ที่บำบัดบรรเทา รักษาโรค โดยเฉพาะถ้าเป็นโรคที่สำคัญเกี่ยวกับหัวใจ ตับ ปอด ม้าม ไต อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคเอดส์ หรือว่าโรคมะเร็ง

นพ.ภูษิต ประคองสาย

ประเด็นแรก เราเปลี่ยนตัวแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลก ที่ผ่านความเห็นชอบของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลก เนื่องจากเราได้รับข้อคิดเห็นจากทางเลขาธิการของคณะรัฐมนตรี ว่า กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกน่าจะเป็นแนวทางหรือทิศทางในการที่จะร่วมกันขับเคลื่อน

เรื่องของ International health หรือ global health ในระดับภูมิภาคและระดับโลก ซึ่งมีระยะเวลาดำเนินการห้าปี ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติฉบับปัจจุบันด้วย

ประเด็นที่สอง เราใช้ตัวที่เป็นกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกนี้ ในการทำงานร่วมกันกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในส่วนของกระทรวงการต่างประเทศ ที่ปัจจุบันมีความพยายามที่จะใช้ตัวนโยบายสุขภาพเรื่องของ global health เป็นนโยบายทางด้านต่างประเทศของประเทศไทย เพราะว่าประเทศไทยเรามีจุดแข็ง เราประสบความสำเร็จในนโยบายสุขภาพในหลายๆ เรื่อง เช่น เรื่องเกี่ยวกับนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เรื่องของการเฝ้าระวังโรค การควบคุมโรคติดต่อ ซึ่งเราใช้จุดแข็งนี้ในการที่จะไปขับเคลื่อน และสร้างภาพพจน์ที่ดีของประเทศไทยในเวทีสุขภาพระหว่างประเทศ นอกจากนี้เราได้มีความร่วมมือในการที่จะทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงการต่างประเทศ ในการที่จะสร้างเครือข่ายกลุ่มประเทศที่เราเรียกว่า Foreign Policy and Global Health หรือ FPGH ซึ่งประกอบด้วย ๗ ประเทศ ที่เห็นความสำคัญของเรื่องการใช้นโยบายทางด้านสาธารณสุขเป็นนโยบายทางด้านต่างประเทศ แล้วขับเคลื่อนร่วมกัน ซึ่งกลุ่ม FPGH ได้มีการร่างข้อมติเสนอเข้าไปในที่ประชุม UNGA คือ United Nation General Assembly และมีมติหลายข้อที่ผ่านออกมา โดยสองปีที่ผ่านมาเรามีข้อเสนอเกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เรื่องเชื้อดื้อยา หรือ Antimicrobial Resistance และในปีนี้ได้เสนอเรื่องของมติเกี่ยวกับ human resource for health และเรื่องของการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข และใน ๑-๒ ปีข้างหน้า เรามีแผนที่จะเสนอเรื่องความร่วมมือกันในการควบคุมโรคในภูมิภาคทั่วโลก นี่เป็นความคืบหน้าของกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลก ที่เราได้มีการดำเนินการร่วมกัน ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงการต่างประเทศในเวที International หรือ Global Health ต่างๆ

นอกจากนี้ ทางท่านรัฐมนตรีสาธารณสุขได้เห็นความสำคัญเรื่องงานด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ ท่านได้มีการขับเคลื่อนให้มีการลงนาม และมีความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศที่เป็นประเทศเพื่อนบ้าน หรือตามแนวชายแดน ไม่ว่าจะเป็นระหว่าง ประเทศไทยกับลาว ประเทศไทยกับกัมพูชา หรือประเทศไทยกับสาธารณรัฐเมียนมาร์ นี่เป็นความคืบหน้าที่เราใช้ตัวกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลก ในการทำงานในช่วง ๑-๒ ปีที่ผ่านมา

นายรอซดี เลิศอรียะพงษ์กุล

เรื่องแรก มติสมัชชาสุขภาพปี ๒๕๕๑ มีนโยบายสาธารณะ ๖ เรื่อง และใน ๖ เรื่องนี้ มีประเด็นย่อยๆ ที่ต้องดำเนินการอีกมาก ในระยะเวลาที่เราเดินทางมา ๙ ปี มีความก้าวหน้าอย่างที่ได้อธิบายในวิดิทัศน์ และมีอีกมากที่ไม่ได้นำมาบอกกล่าวในวิดิทัศน์ เนื่องจากเวลาที่จำกัด แต่สิ่งที่น่าสังเกตคือ ในมติของสมัชชาสุขภาพที่ออกไป ต้องยอมรับว่าหลายหน่วยงานให้ความสำคัญและพร้อมที่จะขับเคลื่อนที่สำคัญกว่านั้นคือ เมื่อทางสภาประชาสังคมชายแดนใต้ได้ผนึกกำลังสี่ภาคส่วนเข้าด้วยกัน ประกอบด้วย สมัชชาสามจังหวัด นนส. สภาประชาคมชายแดนใต้ และสจรส. เรื่องนี้ถือว่าเป็นพลังสำคัญมาก ในการนำไปสู่การติดตามและการขับเคลื่อนมติ และทำให้เห็นภาพว่า กระบวนการที่ติดตามกับการเคลื่อนมตินั้น ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของประชากรในพื้นที่

ในส่วนของการขับเคลื่อน ถ้าเราติดตามในช่วง ๒-๓ ปีที่ผ่านมา เรื่องโครงสร้างอำนาจถือว่าเป็นหัวใจที่ทางประชาคมชายแดนใต้ร่วมกับหลายๆ หน่วยงาน ในการขับเคลื่อนเพื่อจะรับประกันความเห็นว่า

คนได้คิดอย่างไรกับสถานการณ์ที่กำลังประทุมีความรุนแรงอยู่ หลักการในช่วงแรกของการออกมตินี้คือ เพื่อตอบใจภัยสถานการณ์ ณ ขณะนั้น คือลดความเหลื่อมล้ำและต้องการสร้างความเป็นธรรม จึงออกมาเป็น ๖ ข้อ ประเด็นที่อยากจะเชิญชวนคือตอนนี้มีสถานการณ์ใหม่เกิดขึ้น ถ้าเราศึกษาสถานการณ์ สามจังหวัดจะเห็นสามส่วนที่มีความสัมพันธ์กันโดยตลอด คือ ความรุนแรง นโยบาย และการจัดการ คือพอมีสถานการณ์จะมีนโยบายใหม่ มีการจัดการ และนำไปสู่ความรุนแรง ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์กัน โดยตลอด แต่สถานการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นมีความน่าสนใจคือ ความรุนแรงยังคงอยู่ แต่ขณะเดียวกัน นโยบายรัฐเริ่มผ่อนปรน มีเรื่องของการพูดคุยสันติภาพ อันนี้ถือว่าเป็นเรื่องใหม่ที่เกิดขึ้นเมื่อปี ๒๕๕๖ และการพูดคุยสันติภาพนี้ตรงกับสิ่งที่ประชาชนเรียกร้อง สิ่งที่อยากจะเชิญชวนคือ ฟรังก์นี้ใครมีเวลาว่าง เราจะพูดคุยกันเรื่องของนโยบายว่าด้วยเรื่องการพูดคุยสันติภาพในหลาย ๆ มุมมอง ไม่ว่าจะเป็น นโยบาย เรื่องการพูดคุยสันติภาพ หรือกระบวนการขับเคลื่อนสันติภาพ หรือการใช้พลังปัญญา รวบรวมพลังทั้งหมด แล้วมาสร้างนโยบายใหม่ คือนโยบายสันติภาพชายแดนใต้ และตั้งใจว่าจะเข้าสู่สมัชชาสุขภาพปี ๖๐ เพราะฉะนั้นอยากจะเชิญชวนพี่น้องทุกคนว่าสันติภาพชายแดนใต้ไม่ใช่เรื่องของคนใต้แต่เป็นเรื่องของคนทั้งประเทศ

พญ.วัชรารัฐ ไร่ไพบลูย์

ประเด็นแรกคือ แม้ว่าจะมีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตามการขับเคลื่อนของมตินี้ แต่เรายังไปไม่ได้ ไม่มากนัก ยังมีประเด็นตกหล่นอยู่พอสมควร เช่น เรื่องของการเข้าถึงบริการสุขภาพของเด็กพิการ หรือ เรื่องของคนพิการทางด้านจิต สติปัญญา การเรียนรู้ หรือว่าออกทิสติก ซึ่งตรงนี้โจทย์สำคัญในเชิงระบบคือ เรื่องของกำลังคน ที่จะเข้ามารองรับการให้บริการที่ตอบสนองของความจำเป็น ซึ่งกำลังคนในที่นี้อาจจะ ไม่ได้หมายถึงเฉพาะกำลังคนที่เป็นนักวิชาชีพเท่านั้น แต่หมายถึงความร่วมมือกันที่เป็นกำลังคน ทั้งภาคประชาชนด้วย

ประเด็นที่สองคือ ปัญหาเรื่องรูปแบบของการที่จะทำให้บริการไปถึงคนพิการได้ ประเด็นที่อยากจะ นำเรียนเพื่อแบ่งปันให้กับภาคีเครือข่ายคือ เรื่องบทเรียนที่เราได้เรียนรู้จากการขับเคลื่อนเครือข่าย สร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ เราได้เรียนรู้ว่านับจากเราได้ฉันทมติ ตรงนั้นไม่ใช่ความสำเร็จหรือการบรรลุเป้าหมายสูงสุดของการขับเคลื่อน แต่ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของโอกาส ที่จะทำให้อาสาสมัครต่าง ๆ ได้เข้ามาร่วมมือ ได้สานพลังกันที่จะทำสิ่งดี ๆ ที่เขียนไว้เป็นสิทธิในกระดาษ ไปสู่ความเป็นจริงได้ ทำให้คนพิการสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ แล้วนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านอื่น ๆ ซึ่งในที่สุดจะทำให้คนพิการเป็นทรัพยากรได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศร่วมกับคนอื่น ๆ ด้วย

ประเด็นสุดท้ายที่อยากจะนำเรียนเพิ่มเติมคือ ก้าวต่อไปของการขับเคลื่อน สิ่งที่น่าจะเป็นจุดเน้น ในการขับเคลื่อนในระยะต่อไปน่าจะเป็นเรื่องของการที่จะทำให้แผนบริการสุขภาพ สามารถตอบสนอง ความจำเป็นของคนพิการทุกกลุ่มวัยมากขึ้น เรามีเรื่องของสังคมสูงวัยซึ่งจะคู่กับเรื่องของการมีความพิการ ในประชาชนด้วย แต่ในขณะเดียวกันเราไม่สามารถทอดทิ้งเด็กเยาวชนที่กำลังจะเติบโตขึ้นมาได้ด้วยเช่นกัน โดยจะต้องเน้นเรื่องของกำลังคน เพื่อให้มีคุณภาพ ความเพียงพอ และได้มีการกระจายตัวที่เหมาะสม

สิ่งที่คิดว่าจะเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพในระยะต่อไป คงจะต้องเป็นสองระบบที่ เชื่อมต่อกันให้ได้ คือระบบที่เป็นเชิงสถาบันและระบบที่เป็นชุมชนเป็นฐาน ในระบบที่เป็นชุมชนเป็นฐานนั้น

คิดว่าคงต้องเป็นความร่วมมือของระบบของกระทรวงสาธารณสุขกับส่วนงานอื่น ๆ เช่น เรื่องของกระทรวงพัฒนาสังคมเป็นต้น ซึ่งทั้งหมดนี้คิดว่าจะช่วยให้นักพิการเข้าถึงบริการสุขภาพได้เป็นธรรมชาติมากขึ้น แล้วกลับมาเป็นกำลังที่จะช่วยในการพัฒนาประเทศกับภาคส่วนอื่น ๆ ต่อไป ซึ่งขอเชิญชวนภาคีทุกท่าน ได้มีส่วนร่วมในการที่จะทำให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพคนพิการ แล้วเปิดโอกาสให้คนพิการเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพในมิติอื่น ๆ ด้วย

นายคุณสสัน ศุภวัตรวรคุณ

จากการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติว่าด้วยระบบสุขภาพชุมชนชนนั้น มีข้อเสนอต่อที่ประชุมแห่งนี้ และต่อหน่วยงานสนับสนุนการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น ดังนี้

๑. ข้อเสนอว่า ควรจะสนับสนุนให้องค์กรชุมชนท้องถิ่นได้เร่งพัฒนาตนเองให้มีศักยภาพและมีบทบาทในการพัฒนาโดยใช้ข้อมูลและองค์ความรู้เป็นฐาน
๒. ขอให้เครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัด ได้เป็นตัวกลางในการจัดให้มีการปรึกษาหารือร่วมกันของหน่วยงานและเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อพัฒนากลไกประสานการทำงานระดับพื้นที่ และมีการพัฒนาศักยภาพของชุมชนท้องถิ่นและเครือข่าย
๓. ขอให้มีการติดตามเฝ้าระวังผลกระทบที่จะมีต่อชุมชนท้องถิ่นจากการดำเนินงานโครงการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานขนาดใหญ่ ทั้งของภาครัฐและเอกชน รวมถึงนโยบายประชานิยมต่าง ๆ โดยจะต้องให้ความสำคัญต่อกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่นและองค์กรวิชาชีพ

นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร

ขอเพิ่มเติมในส่วนขอประเด็นกลไกและกระบวนการสมัชชาในภาพสรุป ตอนนี้มีสมัชชาแห่งชาติที่ทาง สช.ได้ดำเนินการอยู่ และสิ่งที่เราได้ดำเนินการอีกเรื่องซึ่งตอนนี้เป็นระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีแล้วคือคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน หมายความว่าในการดำเนินการของกลุ่มเขตต่าง ๆ ที่ทำสมัชชาเฉพาะประเด็น ตอนนีสามารถใช้ประโยชน์จากตรงนี้ได้ และสามารถรวมกลุ่มอย่างเป็นรูปธรรมในการดำเนินการ หลังจากนั้นเราจึงมีสมัชชาจังหวัดที่เรียกว่าคณะกรรมการจากสมัชชาจังหวัด ที่มีคณะกรรมการ มีการจัดการ ซึ่งน่าจะมีเกือบทุกจังหวัดในประเทศไทยแล้ว ซึ่งตรงนั้นจะเป็นความชัดเจนของบริบทพื้นที่ของแต่ละจังหวัดในการจัดการ ซึ่ง ณ เวลานี้ เรามีนักสานพลังซึ่งทาง สช. ได้มีกระบวนการในการทำให้สมัชชาจังหวัดมีความเข้มแข็ง เมื่อถึงระดับจังหวัดแล้วลงไปในระดับของอำเภอจะมีเรื่องระบบสุขภาพอำเภอ ระบบการจัดทำธรรมนูญสุขภาพของอำเภอ หรือว่าการมีส่วนร่วมของส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการทำเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพชุมชน ตำบลจัดการสุขภาพต่าง ๆ ดังนั้นตอนนี้ทางสมัชชามีกลไกสุขภาพต่าง ๆ ในทุกระดับ ซึ่งใช้การมีส่วนร่วมของ ภาควิชาการ ภาคการเมือง ชุมชนและท้องถิ่นในการทำร่วมกัน ตอนนีเราพยายามต่อจิ๊กซอว์ให้สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรม คิดว่าตรงนี้ถ้าท่านอยู่ตรงจุดไหน ไม่ว่าจะอยู่ในพื้นที่อยู่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด จนถึงเขต แล้วประเทศสามารถที่จะร่วมต่อจิ๊กซอว์ตรงนี้ป็นรูปร่างแล้วสามารถที่จะผ่านกระบวนการสมัชชาได้ทั้งหมด

นพ. พลเดช ปิ่นประทีป

ในฐานะที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นฝ่ายเลขานุการของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีหน้าที่ในการที่จะต้องติดตามสนับสนุน และนำความก้าวหน้าต่าง ๆ มารายงานเป็นระยะ ผมขอเรียนที่ประชุมว่า ทั้ง ๖๙ มติ ทุกมติมีความเคลื่อนไหว มีความก้าวหน้า คืบหน้าไปทั้งหมดทั้งสิ้น จะเรียกได้ว่า ๑๐๐% ของมติ มีการขับเคลื่อน ไม่มีมติไหนที่มีมติขึ้นแล้วหยุดนิ่งอยู่เฉย ๆ เป็นแต่เพียงว่าบางมตินั้น มีการขับเคลื่อนไปได้ค่อนข้างมาก บางมตินั้นมีการขับเคลื่อนไปได้น้อย เป็นไปตามเหตุปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนของความยากความง่ายของเรื่องนั้น ๆ ทั้งในเรื่องของศักยภาพความพร้อมของภาคีเครือข่ายผู้เป็นแกนในการขับเคลื่อน ทั้งในเรื่องของสถานการณ์บ้านเมือง ตรงนี้ขอแนะนำว่ามีความคืบหน้าโดยเฉพาะอย่างยิ่งใน ๙ มติ มีความคืบหน้าอย่างที่ได้นำเรียนไปแล้ว ส่วนในส่วนที่เหลือทั้ง ๖๙ มติมีความคืบหน้าเช่นกัน

นพ. ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา

เรียนว่าเป็นวิวัฒนาการที่เกิดจากกระบวนการกลุ่ม เพราะว่าตอนช่วงที่เริ่มต้น เราบอกว่ามันเมาจริง ๆ แต่ว่าเราได้มีการพัฒนาการ จุดแตกหักที่สำคัญคือการเชื่อมระหว่างขาเคลื่อนกับขาขึ้น แต่เดิมขาเคลื่อนคิดอะไรได้จะไปเรื่อย แต่ตอนนี้มีกฎกติกาออกมาว่าคุณต้องนึกถึงเส้นทางเดินที่ไปสู่จุดหมายที่ต้องการ มีกิจกรรมอะไรบ้าง ระยะเวลาในการดำเนินการ พื้นที่ไหน คือต้องมี Road Map เพราะฉะนั้นตอนนี้ขาขึ้น เขาจะทำ Road Map ขึ้นมา ขาเคลื่อนเอา Road Map มาเดินหน้าต่อว่าจะเกี่ยวหนุนอย่างไร จะติดตามอย่างไร ตอนนี้การทำงานเป็นการทำงานเคียงคู่กัน และสิ่งที่เห็นชัดที่สุดคือเรื่องของการทำงานอย่างเป็นระบบ

ช่วงแลกเปลี่ยนมุมมองความเห็นและข้อเสนอแนะ

๑. ข้อเสนอเรื่องการติดตามความก้าวหน้ามติสมัชชาสุขภาพฯ

- อยากให้มีคณะกรรมการติดตามความก้าวหน้าของจังหวัดทุกจังหวัด อาจจะมีคนประมาณ ๑๐-๑๕ คน ซึ่งมีการกิจในเรื่องของการติดตามความก้าวหน้าทั้ง ๖๙ มติ และบวกครั้งนี้ อีก ๔ มติ เพื่อที่จะได้นำมติต่าง ๆ ไปวิเคราะห์ร่วมกันถึงความก้าวหน้า เรื่องไหนที่ก้าวหน้าจะได้ชื่นชม ส่วนเรื่องที่ไม่ก้าวหน้าจะได้มาร่วมกันพิจารณาและร่วมกันผลักดันให้มติมีความก้าวหน้ายิ่งขึ้น
- เมื่อมีคณะกรรมการนี้แล้ว อยากให้เป็นฉันทมติ หรือว่าเป็นระเบียบของหน่วยงานที่รับผิดชอบ หรือหน่วยงานของ สช. และกำหนดภารกิจโดยในภารกิจนั้นให้มีการเชื่อมโยงกับคณะติดตามระดับชาติ หลังจากนั้นนำเสนอให้พี่น้องในแต่ละจังหวัดได้รับทราบอย่างทั่วถึงด้วย เพราะถ้าให้จังหวัดละ ๑๐ คนที่มาตรงนี้ไปนำเสนอให้พี่น้องในจังหวัดคงจะไม่ทั่วถึง แต่ถ้ามีคณะกรรมการที่รับผิดชอบโดยตรงมารับทราบความก้าวหน้าแล้วกลับไปจะได้พูดคุยกับพี่น้องทั้งจังหวัดได้อย่างทั่วถึง
- เสนอให้มีการรายงานความคืบหน้ามติสมัชชาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้เราจะมีการกำหนดให้ต้องรายงานทุกก็ปีก็ตาม แต่บางเรื่องเงียบไป เช่น เรื่อง FTA เคยมีการเสนอและบอกว่าจะกลับไป

ทบทวนจากนั้นเจียบไป หรือว่าเรื่องร้ายหินหายไป คิดว่าเรื่องเหล่านี้ควรจะต้องมีการตามกัน
บ่อยๆ และไม่ควรรอ

- ควรเพิ่มการสื่อสารประชาสัมพันธ์การขับเคลื่อนมิติต่าง ๆ ให้กว้างขวางขึ้น ซึ่งที่ผ่านมาเรามีการขับเคลื่อนมิติซึ่งเป็นประโยชน์และมีคุณค่าสำหรับพี่น้องชาวไทยทั่วทั้งประเทศ แต่เรานำมาเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้กับเครือข่ายหรือคนที่รับทราบผลการติดตามมิติเท่านั้น ถ้าเราสามารถเผยแพร่ผ่านสถานีวิทยุหรือว่าจะเป็นโทรทัศน์จะเป็นเรื่องที่ดีมาก
- จากที่ท่านคณะกรรมการได้คุยกันว่าสมัชชามีขาขึ้น กับขาเคลื่อน แต่ผมอยากเสนออีกขาหนึ่งคือขาประเมิน เพราะว่าที่ท่านได้เคยเสนอ ๖๐ กว่ามิติ แต่ยังขาดในเรื่องของการประเมินอยากเสนอให้มีการประเมินทุกมิติที่ได้ทำด้วย

๒. เรื่องการขับเคลื่อนในการแก้ปัญหา

- เรื่องสารสเตรอยด์ในผลิตภัณฑ์ที่ทำให้ผิวขาว เคยมีการร้องเรียนและฟ้องร้อง แต่ประเด็นอยู่ที่ความล่าช้า และเรื่องของการบริหารจัดการ ปัจจุบันก็ยังมีการจำหน่ายอยู่
ได้ติดตามเวทีสมัชชามาครบทั้ง ๙ ครั้ง สิ่งที่ได้เห็นใน ๘-๙ ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยเราสู้เรื่องของความรุนแรงในเรื่องของ social media ไม่ได้เลย เรายังไปไม่ถึงแน่นอน ท่านที่เล่น Facebook จะเห็นว่าจะมีในเรื่องของการโฆษณาผลิตภัณฑ์ อาหารเสริม ยาลดความอ้วน เครื่องสำอาง ผลิตภัณฑ์เสริม เวชภัณฑ์ต่าง ๆ โดยมีทั้งแอบอ้างทั้ง อย. และมีการบอกว่าเป็นเลขทะเบียนอาหารและยา แต่ผู้ที่เสพสื่อไม่ทราบได้เลยว่าอาหารและยามีการแอบอ้างหรือไม่ มีสารสเตรอยด์หรือไม่ หรือว่าสั่งมาใช้ดีแล้วแชร์ต่อ ไม่รู้ว่าดีหรือไม่ดี ดังนั้นมีข้อเสนอแนะให้ อย. ทำเว็บไซต์ขึ้นมาซึ่งผู้บริโภคสามารถเข้าไปตรวจสอบได้ว่าการขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมายหรือไม่ ถ้าเราตรวจสอบตรงนี้ได้ รับรองว่าไม่มีใครกล้าเอาสินค้าเถื่อนมาขายแน่นอน และนอกจากช่องทางร้องเรียน ๑๕๕๖ อยากให้มีช่องทาง social media ที่แค่ตัดคลิปหรือรูปภาพผลิตภัณฑ์นั้นแล้วส่งไปถามและมีคำตอบให้
- เรื่องสเตรอยด์ อยากให้โรงพยาบาลชุมชน หรืออนามัยอำเภอ ลงไปให้การศึกษากับประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน เพื่อให้ไปบอกพ่อแม่ผู้ปกครองอีกทีหนึ่ง
- อยากให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้ลองพิจารณาเรื่องการสร้างนิสัยให้กับคนไทยในการดูแลสุขภาพในเรื่องของ อาหาร น้ำ และอากาศ ซึ่งจะทำให้สุขภาพของคนไทยดีขึ้น ถ้าสมัชชาเราได้ฝึกคนไทยเริ่มตั้งแต่เด็กในระดับโรงเรียนให้มีสมัชชาสุขภาพโรงเรียนด้วย สมัชชาสุขภาพโรงเรียนจะสร้างคนไทยรุ่นใหม่ขึ้นมาที่จะดูแลตัวเองให้เป็นคนแข็งแรง

ผู้แทนองค์กรภาคีเครือข่ายที่เป็นเจ้าภาพหลัก ตอบข้อซักถามและให้ข้อมูลเพิ่มเติม

ภก. ประพนธ์ อางตระกูล

ในเรื่องของการโฆษณาใน social media ต้องขอเรียนว่า ปัจจุบัน อย. อาจจะประชาสัมพันธ์น้อยไป ในเรื่องของการตรวจสอบพวกทะเบียนยา ทะเบียนอาหาร คือปัจจุบันเราสามารถตรวจสอบได้แล้ว

ประชาชนโดยทั่วไปสามารถตรวจทางเว็บไซต์ของ ออย. ได้ แล้วอีกช่องทางหนึ่งคือในเรื่องของตัวสมาร์ท แอปพลิเคชัน สามารถดาวน์โหลดไปใช้ได้ฟรีทั้งระบบ Android และ IOS รวมถึงสามารถที่จะถ่ายรูปตัวผลิตภัณฑ์แล้วส่งร้องเรียนมาได้ และในขณะเดียวกันเรากำลังทำฐานข้อมูลให้ตรวจสอบเรื่องโฆษณาด้วย ส่วนท่านผู้แทนของสตูล ขออนุญาตว่าเรื่อง สเตอรอยด์ ในเครื่องสำอางผิวขาว เรายังเรื่องไว้ดำเนินการแล้ว เรากำลังประสานงานกับทางเจ้าหน้าที่ตำรวจส่วนกลาง

นพ. ภูษิต ประคองสาย

ขอตอบคำถามเกี่ยวกับเรื่องขอมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับเรื่องของการค้าเสรี เรื่องของ FTA เรื่องของ GBP ซึ่งอันนี้เป็นตัวอย่างของ threat ที่เกิดขึ้นกับระบบสุขภาพที่มาจากภายนอกในเรื่องของข้อตกลงการค้าเสรีกับ GBP จะอยู่ในยุทธศาสตร์ที่หนึ่งของกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกที่เราต้องการสร้างการส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพของระบบสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งจะขออนุญาตนำเรียนความก้าวหน้าให้ทราบต่อไปในเรื่องของการดำเนินการในเรื่องของกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลก

นพ. ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา

ทาง สช. มีการพิมพ์เรื่อง KM เป็นเรื่องเกี่ยวกับเรื่องการจัดการความรู้ในมิติต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับเรื่องการขับเคลื่อนว่าแต่ละมิติได้มีการเคลื่อนไหวอะไรไปบ้าง ปีนี้พิมพ์แจก ถ้าท่านติดตามต่อเนื่องจะเห็นว่าเรามีการรายงานท่านในรายละเอียดอยู่เป็นระยะ ๆ ผมขอขอบคุณท่านผู้ขึ้นเวทีที่มาร่วมนำเสนอและได้ให้ข้อคิดเห็น รวมทั้งกลุ่มเครือข่ายต่าง ๆ ที่ได้ให้ความคิดเห็น ขอขอบคุณครับ



๒.๒ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนคือหมตีสมาชิกสุขภาพแห่งชาติ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ประธานกล่าวเปิดการประชุม
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนคือหมตีสมาชิกสุขภาพแห่งชาติ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา
รองประธานกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงาน
ตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสมส.)

เวทีนี้ เป็นเรื่องของกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เรื่องที่ยังไม่ชัดเจนตกลึกชัดเจขึ้น ใครทำอะไรได้ดีก็มาถ่ายทอดกัน หรือจะมีข้อเสนอแนะ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อไปต่อยอดขยายผล การดำเนินงาน ทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติหรือทางด้านของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ก็จะใช้กระบวนการนี้ เครื่องมือนี้ ในการที่จะมาแลกเปลี่ยนกัน และมารวบรวมองค์ความรู้ที่ได้เพื่อนำไปสู่ การขึ้นรูป ทั้งการขยายผลทางการต่อยอด หรือการทำให้สิ่งที่ยังไม่ชัดเจนให้ชัดเจนขึ้น และทำให้งานต่างๆ เหล่านี้ไปได้ด้วยดี เพราะทุกท่านที่มาล้วนเป็นผู้ที่มีความรู้มีประสบการณ์และได้ทำงานร่วมกับผู้อื่น มาหลายท่าน มีบารมีในการที่จะไปโน้มน้าวให้คนอื่นมาฟัง หรือมาทดลองปฏิบัติ **ที่สำคัญเหนือสิ่งอื่นใด ท่านมีหัวใจสมัชชา** คือการรวมพลังโดยการมาเชื่อมกัน ไม่มีใครเก่งที่สุด ไม่มีใครรู้ที่สุด ไม่มีใครมีข้อมูลมากที่สุด ทุกคนมีในสัดส่วนหนึ่ง แต่การที่เรามีหัวใจรวมกันนั้นสำคัญที่สุด คือเรานำสิ่งที่มีมารวม แลกเปลี่ยนกัน ประการสำคัญที่สุดของกระบวนการสมัชชาก็คือ การเคารพในความคิดเห็นของคนอื่น ๆ



ที่อาจจะเหมือนหรือต่าง หรืออาจจะมีความคิดเห็นตรงกันข้ามกับที่เราเชื่อ ตรงจุดนี้ความต่างก็คือความเหมือน และทำให้เกิดพลังงานในการขับเคลื่อน ประเด็นคือ ความต่างไม่ใช่ตรงข้ามแต่เป็นเรื่องว่าทำไมถึงต่าง เป็นเพราะเรื่องข้อมูล เรื่องกลุ่มคน เรื่องพื้นที่ เรื่องเทคโนโลยี เป็นต้น ซึ่งเมื่อมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันแล้วจะทำให้เกิดความเข้าใจว่าข้อมูลเหล่านี้อาจเป็นเรื่องเดียวกันแต่มองกันคนละด้าน หรือบางทีข้อมูลอาจจะยังไม่ดีก็จะได้รู้ว่ามีปัญหาในเรื่องการออกแบบการเก็บข้อมูลหรือการศึกษาวิจัย ก็จะได้ไปปรับปรุง ดังนั้น กระบวนการตรงนี้ต้องการคนที่มีหัวใจสมัชชา เป็นหัวใจที่เปิดกว้าง พร้อมรับฟังและให้เกียรติทุกความเห็นหรือทุกข้อมูล ผมตั้งใจที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเหล่านี้ และหวังว่ากระบวนการเหล่านี้จะทำให้พวกเราทำงานได้ดีขึ้น ที่สำคัญคือ ได้เพื่อน ได้เครือข่ายในการทำงานต่อ ตอนนี้เราจะเข้าสู่ประเด็นเรื่องของอาหารทารกและนมแม่ จากนั้นจะเป็นเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นเรื่องใหญ่ในสังคม เพราะเรามุ่งมั่นที่จะไม่ให้มีใครถูกทอดทิ้งหรือเข้าไม่ถึงบริการหรือเข้าถึงอย่างเหลื่อมล้ำ ไม่เสมอภาค เราต้องช่วยกันคิดซึ่งอาจจะยังไม่มีคำตอบในวันนี้ แต่อาจจะมีร่องรอยให้เราได้เดินต่อไปอย่างมั่นใจ และเรื่องที่สาม เป็นเรื่องวิกฤติการณ์เชื้อแบคทีเรียดื้อยาและการจัดการปัญหาแบบบูรณาการ และสุดท้ายคือ ระบบสุขภาพเขตเมือง

๑) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อน

มติ ๓.๓ การควบคุมกษุภกรรตสารอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก



เวทีนี้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่เกิดขึ้นเมื่อปี ๒๕๕๓ มติที่ ๓ การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับเด็กเล็ก มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ ความสำคัญของการขับเคลื่อนมติ คือการมองถึงประโยชน์ในการปกป้องคุ้มครองสิทธิของแม่และเด็ก ให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องในเรื่องอาหารของทารกและเด็กเล็กด้วยการควบคุมกลยุทธ์การตลาดอย่างเหมาะสม ซึ่งหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนคือ การผลักดันการออกกฎหมาย โดยมีกรมอนามัยเป็นผู้ผลักดันหลัก ร่วมกับภาคีเครือข่าย ประเด็นสำคัญในเวทีประกอบด้วย เรื่องความสำคัญของนมแม่ สาเหตุที่แม่หันไป เลี้ยงลูกด้วยนมผงมากขึ้น ความก้าวหน้าในการแก้ปัญหาดังกล่าว และรูปธรรมความสำเร็จในการจัดการ ปัญหาของพื้นที่ด้วยการสร้างการมีส่วนร่วม

ผู้เข้าร่วมเวทีประกอบด้วย

๑. พญ.ยุพียง แห่งเซวานิช เลขานุการมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย
๒. นพ.ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ รองอธิบดีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
๓. นายสมบุญรณ์ บุญเจือ นายกเทศมนตรีตำบลโพรงน้ำ อ.เดชอุดม จ.อุบลราชธานี

ดำเนินรายการโดย พญ.ชมภูนุท ไตโพธิ์ไทย
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

พญ.ชมภูนุท ไตโพธิ์ไทย

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

มติ ๓.๓ การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับเด็กเล็ก เป็นมติปี พ.ศ. ๒๕๕๓ ซึ่งคณะรัฐมนตรี มีมติเห็นชอบให้ผลักดันมตินี้ และในมติมีข้อสำคัญคือ ข้อ ๑.๑ ขอให้กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักผลักดันให้เกิดการควบคุมการตลาดอาหารสำหรับเด็กเล็ก และหนึ่งในนั้น ก็คือการผลักดันกฎหมาย สมัชชาสุขภาพฯ รับรองมตินี้ เพราะเห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบกับเวทีสมัชชาสุขภาพเป็นเวทีที่เปิดให้ภาคประชาสังคม รัฐบาล และภาควิชาการ เข้ามามีบทบาท ร่วมกัน

ทุกคนเห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในไทยยังไม่ถึงไหน สมัชชาสุขภาพฯ จึงมีฉันทมติร่วมกันและมองว่าเราต้องควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับเด็ก และเด็กเล็ก เพื่อไปให้ถึงเป้าหมายด้วยกัน คือเด็กไทยได้กินนมแม่มากขึ้น

พญ.ยุพียง แห่งเซวานิช

รองประธานมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

หลักสากลซึ่งสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ องค์การอนามัยโลก ได้แนะนำให้แม่เลี้ยงลูก ด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน จากนั้นให้เลี้ยงด้วยนมแม่ควบคู่กับอาหารตามวัยที่เหมาะสมไปจน ลูกอายุ ๒ ปีหรือนานกว่านั้น เพราะจะทำให้เด็กเจริญเติบโตได้เต็มศักยภาพ มีพัฒนาการดี อารมณ์ดี สุขภาพแข็งแรง คำแนะนำนี้มีงานวิจัยรองรับ และเป็นการรับรองในระดับโลก มีการเขียนและระบุอยู่ใน ยุทธศาสตร์เรื่องการให้อาหารทารกและเด็กเล็กในการประชุมของ World Health Assembly ครั้งที่ ๕๕

สำหรับ Code ว่าด้วยสิทธิซึ่งเด็กกว่าควรได้รับการดูแล และได้โภชนาการที่เหมาะสมในการเลี้ยงดู ในปี ๒๕๓๓ ได้มีการประชุมร่วมกันที่เรียกว่า Innocenti Declaration ซึ่งทำให้ได้แนวทางทำงานเรื่องนมแม่ให้สำเร็จ ซึ่งมี ๓ ด้านคือ Protection Promotion และ Support

- **Protection มี ๒ เรื่องที่สำคัญ คือ** ๑) มาตรการควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก ๒) มาตรการปกป้องสิทธิแม่ทำงานที่จะมีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ คือเรื่องการค้าปลอดและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อแม่ต้องทำงาน

- **Promotion คือเรื่องทำให้ความรู้แก่แม่** เพื่อให้แม่เข้าใจถึงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่ง keyword ที่ควรจะทำ promotion คือ “การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องร่วมกับอาหารตามวัยที่เหมาะสมจนถึง ๒ ปี” ซึ่งเป็นหน้าที่ของรัฐบาล นอกจากนี้ต้องให้ความรู้แก่แม่และครอบครัวผ่านทางสื่อต่าง ๆ โดยเฉพาะ social media และ social mobilization คือการเคลื่อนไหวสังคม ซึ่งเป็นการสร้าง norm เหมือนเรื่องตำบลดนมแม่ที่เกิดขึ้นในหลายพื้นที่ ซึ่งทำให้เกิดกลุ่มที่แข็งแรงขึ้นเรื่อย ๆ

- **Support มี ๓ เรื่องที่สำคัญ คือ** ๑) บุคลากร เป็นการให้ความสำคัญกับบุคลากรสาธารณสุข ๒) สถานที่ทำงาน และ ๓) เรื่องกลุ่มสนับสนุนนมแม่ เช่น อสม. สิ่งที่สำคัญและได้ผลดีที่สุดคือ แม่ช่วยแม่ด้วยกัน คือการสร้างสังคมนมแม่เกิดขึ้น

นอกจากนี้ ยังมีข้อมูลทางวิชาการที่ยืนยันประโยชน์ของนมแม่ว่าดีกว่านมผง ซึ่งนมแม่มีความสำคัญ ๓ เรื่องหลัก ๆ คือ เป็นทุนสมอง ทุนสุขภาพ และทุนด้านอารมณ์ของเด็ก โดยเนื้อสารของนมแม่เหมาะสมมากกว่าเนื้อสารของนมวัวเนื่องจากโปรตีนในนมวัวสูงกว่าในนมคนมาก และเป็นโปรตีนคนละชนิดกัน ซึ่งคนไม่ได้ต้องการโปรตีนเพื่อสร้างส่วนที่เป็นเนื้อมากเหมือนกับลูกวัว ในส่วนของแลคโตสในนมคนจะเป็นแลคโตสสูงที่สุดในบรรดาสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม เพราะคนฉลาดกว่า คือน้ำตาลแลคโตสเป็นตัวที่ให้การของความฉลาด และเกลือแร่ นมคนจะมีเกลือแร่ต่ำ เพราะว่าไตเด็กยังทำงานได้ไม่ดี

นมแม่มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เหมาะสำหรับลูกในแต่ละช่วงเวลา โดยในช่วง ๑-๕ วัน เป็นการสร้างหัวนม จะมีน้ำนมน้อยเพื่อให้เหมาะกับกระเพาะของทารกที่มีขนาดเท่าลูกแก้ว เด็กยังไม่ต้องการพลังงานมาก แต่เด็กต้องการภูมิคุ้มกันเพราะส่วนที่ได้จากครรภ์ยังไม่เพียงพอและเด็กยังสร้างภูมิคุ้มกันเองไม่ได้ เมื่อคลอดออกมาจะเจอเชื้อโรคทันที การกินนมในช่วง ๑-๕ วัน จะเกิดสารป้องกันเชื้อโรค มีภูมิคุ้มกันโรคสูงมาก และมีเบต้าแคโรทีนสูง มี Prebiotics ที่ส่งเสริมการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์คุณภาพดีในทางเดินอาหาร ช่วยขับขี้เทา ลดตัวเหลืองในเด็ก น้ำนมช่วงนี้มีความสำคัญมากในเรื่องการให้นมนั้น ยังมีนมส่วนหน้าและนมส่วนหลัง โดยนมส่วนหน้าจะมีน้ำเยอะกว่าและมีโปรตีนสูงกว่า นมส่วนหลังจะมีไขมันเยอะกว่าทำให้เด็กอ้วน นี่คือนิสัยที่ต้องให้เด็กกินนมแม่ให้เต็มที่ ถ้าไม่เข้าใจกระบวนการสร้างน้ำนมอย่างถ่องแท้อาจนำมาซึ่งปัญหาว่าลูกกินนมไม่เคี้ยวอ้วน การที่เด็กแรกเกิดต้องกินนมบ่อย ๆ เพราะกระเพาะเล็กเท่าลูกแก้ว และจะมีขนาดเท่าไข่ไก่ในวันที่ ๑๐ ถึง ๑๔ ซึ่งในช่วงเดียวกันน้ำนมแม่ก็จะเกิดเต็มที่ประมาณ ๕๐๐ ซีซี ขึ้นไปเพื่อมารองรับ

คุณค่าทางโภชนาการของนมแม่เหนือกว่านมผง ในนมแม่มีสารมากกว่า ๒๐๐ ชนิด มากกว่านมผงหลายเท่า และเป็นโปรตีนที่เด็กย่อยได้ง่าย บริษัทนมผงพยายามย่อยโปรตีนจนกระทั่งเล็กมากที่สุด

แต่ก็ยังเป็นโปรตีนคนละตัวกับนมแม่ ไขมันในนมแม่เกิดจากอาหารที่แม่ทานและสกัดออกมา ซึ่งจะมีหลากหลาย มี DHA, AA และมีน้ำย่อยไขมัน ไลเปส แต่นมผงไม่สามารถเอามาใช้ได้ก็เลยต้องไปเอาน้ำมันพืชมาใช้แทนแล้วเติม DHA, AA ลงไป แต่ไม่มีไลเปส ไม่มีน้ำย่อยตามมาด้วย ซึ่งเด็กต้องพยายามสร้างน้ำย่อยที่ออกมาจากตัวเด็กเองเพื่อจะย่อยไขมัน นมผงไม่มีสารป้องกันเชื้อโรค ไม่มีสารช่วยการเจริญเติบโต ฮอโมน รวมทั้งสเตมเซลล์ที่มีมากมายในนมแม่ อีกทั้งนมแม่มีสารต่อต้านเชื้อโรคทั้งหลาย ไม่ว่าจะเป็นแบคทีเรีย ไวรัส พาราไซต์ เชื้อรา มีสารป้องกันการอักเสบ มีสารที่เกี่ยวกับภูมิคุ้มกัน มีสารที่ช่วยป้องกันไม่ให้เด็กท้องเสีย ฯลฯ

นมแม่เป็นทุนสุขภาพกาย นมแม่มีประโยชน์ต่อร่างกายเด็กแทบทุกส่วน มีภูมิคุ้มกัน ลดภูมิแพ้ เจริญเติบโตสมวัย มีไอคิวดี สายตาคมชัด ลดโอกาสเป็นหูน้ำหนวก กรามล่างแข็งแรง ลดโอกาสฟันเก ลดโอกาสท้องเสียถึง ๗๐ % และลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี คือเด็กที่กินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือนสามารถลดอัตราการตายได้ถึง ๑๓ % ยิ่งได้กินนมแม่ในช่วงแรกเกิดทันทียิ่งสูงขึ้น และเมื่อโตขึ้นจะป้องกันโรคได้ คือ มะเร็งเม็ดเลือดขาว และเบาหวานชนิด ๒ ในปัจจุบันเด็กเป็นโรคแพ้โปรตีนนมวัวมีจำนวนมาก หมอเด็กก็เริ่มให้ความสำคัญกับนมแม่มากขึ้น

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้สมองเด็กพัฒนาได้ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีผลต่อสมองลูกด้วยปัจจัย ๒ ด้านคือ ๑.) ผลของน้ำนมแม่โดยตรง ๒.) ผลจากการเลี้ยงดูลูกอย่างใกล้ชิดด้วยตนเอง จากรายงานของ WHO ปี ๒๕๕๖ ที่ว่า ถ้าเด็กได้กินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน จะมีพัฒนาการทางสมองเพิ่มขึ้นถึง ๓.๕ จุด เนื่องจากนมแม่มีกรดไขมันที่สำคัญ มีน้ำย่อยไขมันที่ช่วยทำให้มีการย่อยและดูดซึมไขมันให้เอาไปใช้ได้อย่างสมบูรณ์ มีแลคโตสที่ช่วยในการเจริญเติบโต มีฮอโมน ฯลฯ นอกจากนี้ระบบการทำงานของสมองจะพัฒนาได้ต้องร่วมกับการที่แม่เลี้ยงดูลูกอย่างใกล้ชิด ซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์ขณะให้นมลูก มีงานวิจัยต่างประเทศ⁴ ยืนยันว่า ทารกที่กินนมแม่อย่างเดียวเนื้อสมองเพิ่มขึ้นมากกว่าทารกที่กินนมแม่ร่วมกับนมผสม และทารกที่กินนมแม่ร่วมกับนมผสมก็มีเนื้อสมองมากกว่าทารกที่กินนมผสมอย่างเดียวประมาณ ๒๐-๓๐% มีความหนาแน่นของการเชื่อมของตัวเส้นใยประสาท ซึ่งทำให้สมองเจริญเติบโตได้แข็งแรงกว่า

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีประโยชน์ต่อแม่ คือลดการตกเลือดหลังคลอด มดลูกเข้าอู่เร็ว ลดระยะห่างในการมีบุตร ลดการเกิดมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ และโรคเบาหวาน ประโยชน์ต่อครอบครัว สังคม ประเทศชาติ คือการประหยัดเงินของประเทศและของครอบครัว การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะประหยัดกว่า

⁴ งานวิจัยปี ๒๕๕๖ ศึกษาว่านมแม่พัฒนาสมองระยะเริ่มต้นได้หรือไม่ โดยทำ friendly MRI scan ซึ่งสแกนเด็กระหว่างหลับ ซึ่งศึกษาการทำงานของประสาทที่วิ่งและปริมาตรของสมองในทารก ๑๓๓ ราย โดยแบ่งเป็น ๓ กลุ่ม กลุ่มที่ ๑ กินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย ๓ เดือนแรก กลุ่มที่ ๒ กินนมแม่ร่วมกับนมผสม และกลุ่มที่ ๓ กินนมผสมอย่างเดียว ผลคือ ทารกที่กินนมแม่อย่างเดียวเนื้อสมองส่วน white matter and sub-cortical gray matter volume และ parietal lobe cortical thickness เพิ่มขึ้นมากกว่าทารกที่กินนมแม่ร่วมกับนมผสม และกลุ่มที่ ๒ ดีกว่ากลุ่มที่กินนมผสมอย่างเดียว ประมาณ ๒๐-๓๐% มีความหนาแน่นของการเชื่อมของตัวเส้นใยประสาท ซึ่งทำให้สมองเจริญเติบโตได้แข็งแรงกว่า

สำหรับการผลักดันเรื่องของการเรียนการสอนเรื่องนมแม่ในโรงเรียนแพทย์ ตอนนี้ทาง ศูนย์นมแม่พยายามผลักดันเรื่องของการเรียนการสอนเรื่องนมแม่ในโรงเรียนแพทย์ ซึ่งเข้าสู่เกณฑ์ของ แพทย์สภา แต่จะยากเพราะอาจารย์ที่จะสอนเกี่ยวกับเรื่องนี้ยังไม่มีหรือมีน้อยมาก

นพ.ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์

รองอธิบดีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

สถิติตัวเลขการให้นมแม่ของไทยต่ำมาก คือ ต่ำแทบที่สุดในเอเชีย ดังนั้นเป้าหมายคือ ต้องให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น ซึ่งกรมอนามัยจะเผยแพร่องค์ความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะ การให้นมแม่อย่างเดียวก่อน ๖ เดือน และหลังจาก ๖ เดือนให้ควบคู่กับอาหารตามวัยที่เหมาะสมจนถึง อย่างน้อย ๒ ปีหรือนานกว่านั้น

งานวิชาการพบว่าการโฆษณาส่งเสริมการตลาดทำให้แม่ส่วนใหญ่เข้าใจผิดว่านมผงดีกว่านมแม่ ทำให้แม่จำนวนมากตัดสินใจใช้นมผงในการเลี้ยงลูก ความรู้ของแม่เกิดจากการทำงานของบุคลากร ทางการแพทย์ทั่วประเทศ ทุกโรงพยาบาลจะให้ข้อมูลตั้งแต่มาฝากท้อง ตอนคลอด หลังคลอด ไปเยี่ยมบ้าน จิตเวชขึ้น เพราะฉะนั้นแม่มีความรู้ในการดูแลลูกเรื่องนมอยู่แล้ว แต่ถูกแทรกแซงจากการตลาดนมผสม ดังนั้น การควบคุมกลยุทธ์การตลาดไม่ใช่การปิดกั้นข้อมูล แต่เป็นการทำให้แม่มีการรับรู้ที่ถูกต้อง

ในเรื่องของการขับเคลื่อนเพื่อผลักดัน ร่าง พ.ร.บ. ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหาร สำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.... ตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ มีมติ ครม. ให้กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย เป็นหน่วยงานหลัก ในการดำเนินงานออกกฎเกณฑ์/กฎหมาย ซึ่งต้องอาศัยกำลังของทุกฝ่ายมาช่วย ผลักดันเรื่องนี้ โดยมีความก้าวหน้าในการผลักดัน ร่างพ.ร.บ.ที่สำเร็จเป็นรูปธรรม คือ

- มีกระบวนการยกร่างกฎหมาย ทำประชาพิจารณ์ ซึ่งมีการเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มาเข้าร่วม และดำเนินการอย่างเปิดเผย
- มีกระบวนการรับฟังข้อมูล และแก้ไขในส่วนที่มีข้อเสนอแนะ แต่คงไว้ในหลักการที่สำคัญ และมีการทำงานกับสภาวิชาชีพ ๒ ครั้ง ตามกระบวนการขั้นตอนของการออกกฎหมาย
- เสนอ ร่างพ.ร.บ.๔ เข้า ครม. และผ่านความเห็นชอบในหลักการ เมื่อเดือนธันวาคม ๒๕๕๘ และผ่านการพิจารณาจากสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา โดยใช้เวลา ๖ เดือน
- ร่าง พ.ร.บ.๔ ผ่านเข้า ครม. ครั้งที่ ๒ และส่งไปที่สภานิติบัญญัติ โดยสภานิติบัญญัติ รับหลักการของ ร่างพ.ร.บ.๔ ในวาระที่ ๑ แล้วเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของสภา ซึ่งมีการตั้งกรรมาธิการ ทั้งในส่วนของภาคีรัฐบาล ภาคเอกชน รวมถึงบริษัทนมผง โดยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดพิจารณา ร่วมกันอีกครั้งก่อนเข้าสู่สภาในวาระ ๒ และ ๓ หากผ่านวาระ ๓ ก็จะได้รับรองและประกาศใช้เป็นกฎหมาย ซึ่งขณะนี้การเสนอ ร่าง พ.ร.บ. อยู่ในระหว่างชั้นกรรมาธิการ คาดว่าอีกประมาณ ๒-๓ เดือน พ.ร.บ. ฉบับนี้น่าจะประกาศได้หากไม่ติดขัดเรื่องใด

หลักการสำคัญของ ร่าง พ.ร.บ. ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ....มีสาระหลัก เพื่อควบคุมบริษัทที่ผลิตนม ไม่ได้ปิดกั้นการให้ข้อมูล ไม่ได้ควบคุมบุคลากรทาง การแพทย์ คือเป็นการห้ามโฆษณาส่งเสริมการขาย ห้ามแจกตัวอย่างหรือให้สิ่งของ ซึ่งวิธีการที่บริษัทนมใช้ คือ ติดต่อดirectไปหาแม่และให้ตัวอย่าง ถ้าหากแม่ให้นมผงประมาณ ๑ สัปดาห์ นมแม่จะไม่ไหล พอนมแม่



ช่วงเสกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๑. ความเห็นต่อ (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.

- เห็นด้วยกับการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯ นี้ และการผลักดันร่าง พ.ร.บ. ฯ เพราะรัฐต้องปกป้องคุณภาพของคนในประเทศตั้งแต่เกิดจนตาย ตามยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี

- หากเจตนารมณ์ของ ร่าง พ.ร.บ. ฯ ต้องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การออกกฎหมายควรมีการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น การลาคลอด บทบาทของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องการจัดหาอุปสรรคต่อการให้นมแม่

- มาตรการกำหนดบังคับลงโทษ ควรมีสัดส่วนของจำนวนมาตราที่น้อย เพื่อให้กฎหมายฉบับนี้เป็นมิตรกับสังคม โดยพิจารณาบนฐานความเป็นจริงในสังคมไทย และการพิสูจน์ทางวิชาการ

- สนับสนุนบทเฉพาะกาล ที่จะลงโทษในกรณีมีเจตนาล่อลวงผู้บริโภคโฆษณาเกินจริง

๒. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

- ควรให้ความรู้กับแม่และครอบครัวผ่านสื่อต่างๆ โดยเฉพาะ Social Media เพื่อให้เข้าใจถึงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และสร้างให้เกิดการเคลื่อนไหวสังคมเป็นการสร้างบรรทัดฐาน เช่น เรื่องตำบลนมแม่ที่มีการดำเนินการในหลาย ๆ พื้นที่เป็นการสร้างกลุ่มเครือข่ายให้แข็งแรงเพิ่มขึ้น

- แนวทางการทำงานเรื่องนมแม่ให้สำเร็จได้นั้น ควรมี ๓ ด้านคือ Protection Promotion และ Support โดย ด้าน Protection มี ๒ เรื่องที่สำคัญคือ ๑) มาตรการในการควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก ๒) มาตรการปกป้องสิทธิแม่ทำงานให้มีโอกาส เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้

คือ เรื่องการลาดลอดและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ด้าน Promotion คือ การให้ความรู้แก่แม่ เพื่อให้แม่เข้าใจถึงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ด้าน Support มี ๓ เรื่อง ได้แก่ ๑) บุคลากร คือ การให้ความสำคัญกับบุคลากรสาธารณสุข ๒) สถานที่ทำงาน และ ๓) เรื่องกลุ่มสนับสนุนนมแม่ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สิ่งที่สำคัญและได้ผลดีที่สุดคือ แม่ช่วยแม่ด้วยกัน เป็นการสร้างสังคมนมแม่ให้เกิดขึ้น

- การผลักดันให้มีการเรียนการสอนเรื่องนมแม่ ในโรงเรียนแพทย์ โดยทางศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทยพยายามผลักดันเรื่องนี้อยู่ ซึ่งเข้าสู่เกณฑ์ของแพทยสภา แต่ค่อนข้างยากเนื่องจากอาจารย์ที่จะสอนยังมีจำนวนน้อย

- ควรมีการให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ข้อมูลตามหลักวิชาการที่แพร่หลาย ทั้งบุคลากรด้านสาธารณสุข และบุคคลทั่วไป

- ผลักดันนโยบายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในทุกระดับและสร้างกลไกความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ

- สนับสนุนให้มีห้องหรือสถานที่ปั๊มนมแม่และตู้แช่นม ในสถานที่ต่าง ๆ เช่น โรงแรม ศูนย์การค้า และสถาบันต่าง ๆ เป็นต้น

- ควรมีศูนย์รับปรึกษาคนแม่เพื่อช่วยเหลือทารกที่ไม่ได้กินนมแม่

๒) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อน

มท ๑.๘ ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น



เวทีนี้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนมิติสุขภาพแห่งชาติ ที่เกิดขึ้นเมื่อปี ๒๕๕๑
มติ ๑.๘ ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ
ภาพรวมความก้าวหน้าของการขับเคลื่อนที่ผ่านมา และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนมิติของหน่วยงาน
และภาคีภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเปิดพื้นที่แลกเปลี่ยนมุมมองความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ
เพื่อประโยชน์ในการขับเคลื่อนให้เกิดผลสำเร็จเป็นรูปธรรมต่อไป

ผู้เข้าร่วมเวทีประกอบด้วย

๑. นพ.จักรกริช ใจศิริ ผู้ช่วยเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.)
๒. นายวิวัฒน์ ตามี ผู้อำนวยการมูลนิธิพัฒนาชนกลุ่มน้อยและกลุ่มชาติพันธุ์
๓. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ดำเนินรายการโดย คุณวิษณุ ศรีทะวงศ์

นพ.จักรกริช ใจศิริ

ผู้ช่วยเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.)

กรอบคิดพื้นฐานของระบบหลักประกันสุขภาพ มอง ๓ ประเด็นหลัก ได้แก่ ๑) ทำอย่างไร
ให้เกิดความครอบคลุมกับคนทุกคน ๒) ทำให้สิทธิประโยชน์เกิดความเท่าเทียมกัน เท่าเทียมคงไม่เท่ากัน
อย่างแท้จริง แต่อย่างน้อยคือเรื่องสิทธิประโยชน์หลักๆ ที่ทุกคนจะพึงมีพึงได้ ๓) ต้องลดภาระค่าใช้จ่าย
ของประชาชนทางการดูแลสุขภาพ คือต้องการป้องกันภาวะล้มละลายจากการเจ็บป่วย
ซึ่งมองที่ค่าดัชนีการกระจายรายได้ตัวเลข GDP ของประเทศ ซึ่งพบว่า เงิน ๖๐- ๗๐% ของ GDP อยู่กับ
คนแค่ไม่ถึง ๑๐% ของคนในประเทศ ถ้าเกิดเศรษฐกิจล้มขึ้นมา คนไม่เกิน ๑๐% นั้นยังอยู่ได้เพราะ
สายป่านยาว แต่คนฐานะปานกลางอีกประมาณ ๗๐-๘๐% ถ้าระบบล้มคือตกงาน รายได้ไม่มี เกิดเจ็บป่วย
จะทำอย่างไร นี่คือนโยบายที่ไม่ต้องเกิดระบบหลักประกันสุขภาพขึ้นมา

ความครอบคลุมในกลุ่มคนไทย ตั้งแต่เริ่มมีระบบหลักประกัน ข้อมูลเมื่อปี ๒๕๕๙ มีประชากรไทย
(ไม่รวมแรงงานข้ามชาติหรือผู้ที่ไม่สามารถพิสูจน์สัญชาติ) ประมาณ ๖๐ กว่าล้านคน เป็นคนที่อยู่ใน
ระบบหลักประกัน ๔๘ ล้านคน กับประกันสังคมประมาณ ๑๑ ล้านคน สิทธิข้าราชการประมาณ ๔ ล้านคน
และยังมีสิทธิ์อื่นๆ อีก ซึ่งมองว่าทุกวันนี้คนเข้าถึงได้พอสมควรประมาณ ๙๙.๙ % แต่เฉพาะคนไทย

เมื่อ ๘ ปีที่แล้ว สิทธิในระบบหลักประกันไม่ใช่ทุกคนจะได้รับ หมายถึง เวลาบางคนเจ็บป่วย
ก็ยังต้องควักเงินจ่าย ยังไม่มีระบบคุ้มครอง แต่ถ้าคนมีเงินก็จะไปซื้อประกันของเอกชน ต่อมาตั้งแต่เริ่มมี
ระบบหลักประกัน ข้อมูลปี ๒๕๕๘ ปรากฏว่าอัตราการเข้ารับบริการของกลุ่มอายุต่างๆ สูงขึ้น ที่เห็นชัดคือ
คนสูงอายุมีอัตราการเข้ารับสูงขึ้นไม่ว่าทั้งผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน

กรณีผู้พิการ ปัจจุบันมีผู้พิการขึ้นทะเบียนอยู่กว่า ๑ ล้านคน และแม้ว่ากองทุนจะตั้งขึ้นมา
๑๐ ปีกว่าๆ แต่การเข้าถึงบริการหรือรับสิทธิ์ตามอุปสรรคที่ระบบหลักประกันตั้งขึ้นมา ปรากฏว่าคนพิการ
ยังเข้าไม่ถึงบริการได้เต็มที่ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มเปราะบางอีกกลุ่มคือ ผู้พิการบางส่วนที่ยังไม่ได้ระบุ
สถานะว่าพิการ สาเหตุอาจเป็นเพราะความจำกัดในเรื่องของพื้นที่ เรื่องความจำกัดของคนที่จะพาเข้าไป
รับบริการ หรือเรื่องของตัวระบบบริการที่อาจจะยังไม่พร้อมในบางพื้นที่

กรณีผู้สูงอายุ เนื่องจากสังคมไทยเริ่มเป็นสังคมผู้สูงอายุ จึงเริ่มมีการมองปัญหาเรื่องผู้สูงอายุ โดยปี ๒๕๕๙ สปสช.ได้รับงบประมาณจากรัฐบาลในเรื่องของการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีเป้า ๑๐๐,๐๐๐ คนในปี ๒๕๕๙ แต่เมื่อลงไปทำงานในพื้นที่จริง และด้วยมีข้อติดขัดเนื่องจากงบประมาณกว่าจะลงถึงพื้นที่ ทำให้ในปี ๒๕๕๙ ได้ผลงานแค่ ๘๐,๐๐๐ กว่าคน ซึ่งเป็นคนติดเตียง ประมาณ ๑๖,๐๐๐ หรือประมาณ ๒๐%

ภาพรวม วิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมาย

ในเรื่องระบบหลักประกัน เฉพาะคนไทยเกือบครอบคลุมแล้ว แต่คนจะเข้าถึงได้มากน้อยนั้น เป็นอีกเรื่องหนึ่ง บางกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงนั้น ในยุทธศาสตร์อีก ๕ ปีข้างหน้า สิ่งที่จะต้องมองและคำนึงถึง คือ **“ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทยต้องได้รับการคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า”** ตรงนี้ถือว่าเป็นวิสัยทัศน์ที่สำนักงานหลักประกันมอง โดยภายใต้กรรมการหลักมองว่า **เป็นพันธกิจที่จะทำให้คนไทย หรือคนที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย รวมทั้งแรงงานข้ามชาติ ทั้งบุคคลไร้สัญชาติ จะทำอย่างไรให้มีระบบหลักประกันได้** สปสช. มีเป้าหมาย ๓ หลักใหญ่ คือ ๑) ประชาชนต้องเข้าถึง บริการ ๒) การเงินการคลังต้องมั่นคง และ ๓) ต้องดำรงธรรมาภิบาล เพราะเม็ดเงินจำนวนมาก ต้องมีคนมาคอยดูแลไม่อย่างนั้นจะเกิดทฤษฎีแห่งไอศกรีม คือ ถ้ามีคนดูไอศกรีม ๑๐ คน ไปถึงคนสุดท้าย ก็จะเหลือแต่ไม้ คือบริการหรืองบประมาณที่ถูกจัดสรรลงไปกว่าจะถึงประชาชนก็เหลือแค่ไม้ไอศกรีม เพราะฉะนั้นทำอย่างไรให้ไอศกรีมที่แกะออกมาใหม่ ๆ ต้องถึงประชาชนเกือบทั้งหมด เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างแท้จริง

ยุทธศาสตร์ ๕ ปี สปสช. มียุทธศาสตร์หลัก ๆ ที่สร้างความมั่นใจว่าต้องทำให้สำเร็จภายใน ๕ ปี ซึ่งสิ่งหนึ่งที่มองคือ เรื่องการสร้าง ความมั่นใจเรื่องการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบาง หรือกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ เพราะมองว่าคนส่วนใหญ่เข้าถึงบริการได้พอสมควรแล้ว แต่ยังมีบางกลุ่มที่ต้องลงไปจัดการว่าทำอย่างไรให้เกิดความมั่นใจในเรื่องของคุณภาพ เรื่องของมาตรฐาน และความเพียงพอของการบริการ

งบประมาณในปี ๒๕๖๐ สำนักงานหลักประกันภายใต้การดูแลของกรรมการหลักและภายใต้รัฐบาล พยายามสร้างความมั่นใจในเรื่องของงบประมาณ ซึ่งในปี ๒๕๖๐ งบประมาณและบริการของ สปสช. ที่ชัดเจนคือ งบเหมาจ่ายรายหัว ๑๕๐,๐๐๐ กว่าล้านบาท ตรงนี้รวมเงินเดือนของเจ้าหน้าที่ ภาครัฐด้วย ซึ่งติดต่อกันประมาณ ๓,๐๐๙ บาทต่อหัวประชากร คนไทยมีสิทธิ์ UC อยู่ ๔๘ ล้านคน และนอกจากนั้นยังมีงบ ๕ H คือ งบดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และยังมีงบเรื่องโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะเบาหวาน ความดัน หรือจิตเวชเรื้อรัง และมีงบของภาวะพึ่งพิงด้วย

งบเหมาจ่าย สปสช. มีบริการอะไรบ้าง คือ มีทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน มีการให้บริการเฉพาะ มีเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เรื่องของการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ เรื่องของแพทย์แผนไทย และเรื่องของงบค่าเสื่อม งบที่ส่งเสริมการลงทุน งบ ๔ R คือ สปสช. พยายามดูว่า ค่าใช้จ่ายอะไรที่สูง ซึ่งหากคนไข้ไปโรงพยาบาล โรงพยาบาลอาจจะไม่ให้บริการเพราะมีค่าใช้จ่ายที่สูง หรืออาจจะไม่ส่งต่อ ก็เป็นการแชร์ความเสี่ยงโดยมาแชร์อยู่ที่ส่วนกลาง ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้

ประเด็นที่ท้าทาย ๖ ประเด็นใหญ่ๆ

๑. ขณะนี้มีเด็กต่างชาติอยู่ในประเทศไทยประมาณ ๓ แสนกว่าคน และในปีหนึ่ง จะเกิดประมาณ ๖ หมื่นกว่าคน กรณีเช่นนี้จะทำอย่างไร เช่น จะเอาวัคซีนที่ไหนไปฉีดเด็กเหล่านี้ ถ้าไม่ฉีดเกิดเด็กเจ็บป่วยขึ้นมา เกิดการระบาด ก็กระทบกับเด็กที่เป็นคนไทย ตรงนี้เป็นความท้าทายว่า จะทำอย่างไร

๒. กลุ่มที่มีสิทธิประโยชน์เข้าถึงหมดจริงหรือไม่ ระบบบริการหยิบยื่นให้พอไหม กระทรวงสาธารณสุขยังมีปัญหาเรื่องการบรรจุบุคลากร แม้กระทั่งการบรรจุพยาบาล คุณกัน ๓ ปี ก็ยังไม่จบ ความท้าทายคือจะแก้ไขปัญหาเหล่านี้ได้อย่างไร

๓. เรื่องสิทธิประโยชน์ บางคนมีสิทธิแต่ความแตกต่างของสิทธิก็ยังมีประเด็น คือสิทธิหลัก สิทธิรองเป็นอย่างไร แตกต่างกันไหม เช่น เรื่องการรักษาผ่าตัด ทำไมคนนี้ส่งกล้องได้ ทำไมคนนี้ ต้องผ่าเปิดหน้าท้องใหญ่ ทำไมต้องทำแตกต่างกัน ทำไมการให้ยา การนอนโรงพยาบาล แตกต่างกัน

๔. ความเพียงพอและยั่งยืนของงบประมาณที่จะมีในระยะยาว ซึ่งก็ถกกันเยอะ ฝ่ายหนึ่ง เสียดายบอกว่างบประมาณด้านสุขภาพยังไม่ถึง ๕ % ของ GDP เลย เมื่อเทียบกับหลาย ๆ ประเทศที่ประชากร และรายได้ใกล้เคียงกับเรา

๕. เรื่องของประสิทธิภาพการบริหารจัดการทรัพยากร ทั้งคน เงิน ข้อมูล ซึ่งยังมีปัญหาเชิงการจัดการใหม่

๖. เราจะขับเคลื่อนภายใต้เรื่องความเสมอภาคอย่างไร

ภายใต้คำว่า “เสมอภาค” เราจะขับเคลื่อนอย่างไร

ประเด็นสำคัญคือ ความชัดเจนในเรื่อง “ความมั่นคง” คือ ทิศทางและความสมดุลเชิงนโยบาย จะยึดด้านการเมืองหรือความเป็นประชาคมโลก รวมทั้งเรื่องเศรษฐกิจและการเงินการคลังเราจะมี หลักการอย่างไร เช่น เราต้องการเติบโตทางเศรษฐกิจ แต่เรามีปัญหาเรื่องแรงงาน จึงต้องเอาแรงงาน จากข้างนอกเข้ามา แรงงานที่เข้ามาก็ไม่มีความคุ้มครองด้านระบบสุขภาพ จะเก็บเงินมากก็ไม่ได้เพราะ ถ้าเก็บมากเขาก็หนีกลับประเทศ เราก็ขาดแรงงาน แต่เมื่อคนเหล่านี้ไม่มีค่ารักษา โรงพยาบาลก็ต้อง ให้บริการฟรี ซึ่งมีผลกระทบต่อโรงพยาบาลที่ต้องให้บริการ ดังนั้นนี่คือโจทย์ใหญ่ที่ต้องหาคำตอบ ร่วมกันว่า ทิศทางและสมดุลเชิงนโยบายของความมั่นคง เราจะเลือกความมั่นคงตรงไหน และจะเลือก อย่างไม่อย่างใด สิ่งที่ยากให้มองในภาพรวมคือ ต่อไปเราจะควบคุมป้องกันโรคระบาดหรือโรคที่ต้องควบคุม กันอย่างไร งบประมาณเรามีเพียงพอไหม ปัญหาทางด้านสังคมทั้งหลายที่จะเกิดขึ้น ความเท่าเทียม ทางสังคม ทั้งหมดคือ การมองในเชิงของมนุษยธรรมที่จะเกิดขึ้นกับคน ๆ หนึ่งที่เรายังไม่ได้มองว่าเขา เป็นต่างชาติหรือคนไทย

นายวิวัฒน์ ตามี

ผู้อำนวยการมูลนิธิพัฒนาชนกลุ่มน้อยและกลุ่มชาติพันธุ์

ภาพรวมปัญหาการเข้าถึงสิทธิของกลุ่มชนเผ่าและชาติพันธุ์ เนื่องจากกลุ่มคนชนเผ่าและ ชาติพันธุ์ที่ยังไม่มีสัญชาติและสถานะบุคคลมีประมาณ ๖.๘ แสนคน โดยคนที่มีหลักเกณฑ์ ที่มีสิทธิ พิสูจน์สถานะ มีจำนวน ๕.๖ แสนคน ที่เหลือ ๒ แสนกว่าคน ยังไม่มีหลักเกณฑ์สำหรับให้พวกเขา ได้พิสูจน์สถานะ หมายความว่า เมื่อไม่มีหลักเกณฑ์ ก็ยังไม่รู้ว่าเมื่อไรจะได้มีโอกาสไปพิสูจน์สถานะ

สำหรับในเรื่องการเข้าถึงสิทธิสำหรับคนกลุ่มนี้ จะแบ่งเป็น ๒ กลุ่มคือ

๑) กลุ่มที่ไม่มีสัญชาติ แต่ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขจาก “กองทุนให้สิทธิคืนสิทธิ” ตามมติ ครม. เมื่อวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓ ณ ปัจจุบันมีประมาณ ๕ แสนกว่าคน

๒) กลุ่มที่ไม่มีสัญชาติ และยังไม่ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข มีจำนวนกว่า ๑ แสนคน ในกลุ่มนี้แยกออกเป็น ๒ กลุ่มคือ

- กลุ่มที่ ๑ คือ เด็กนักเรียน G มีจำนวน ๖๗,๕๗๗ คน ซึ่งกลุ่มนักเรียน G หมายถึงกลุ่มนักเรียนที่อยู่ในความดูแลของสถานศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการศึกษาขั้นพื้นฐานที่ไม่มีสัญชาติและตกหล่นจากการสำรวจทางทะเบียน ทำให้ไม่มีเลข ๑๓ หลัก ในสำนักบริหารการทะเบียนเลข G เลข ๑๓ หลักที่มีอยู่เป็นเลขของทางกระทรวงศึกษาทำขึ้นมาเพื่อจะได้รับการงบประมาณรายหัวจากกระทรวง กลุ่มเหล่านี้ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านการศึกษาเพราะงบประมาณรายหัวจากรัฐบาลตามมติ ครม. วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๔๘

- กลุ่มที่ ๒ เป็นคนดั้งเดิมที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ทร.๑๔ แต่ไม่มีสถานะต่างด้าวถาวร คนต่างด้าวมีบัตรส่วนใหญ่ก็จะเป็นคนจีนโพ้นทะเล

สภาพปัญหาของทั้ง ๒ กลุ่ม มีความแตกต่างกัน ดังนี้

๑) **ปัญหาของกลุ่มที่ได้รับสิทธิ** คือ กลุ่มผู้สูงอายุ เด็ก สตรี เข้าไม่ถึงสิทธิเนื่องจากมีปัญหาเรื่องการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการซึ่งเป็นปัญหาใหญ่มาก รวมทั้งเรื่องสิทธิประโยชน์ที่ไม่ครอบคลุม การเข้าไม่ถึงการส่งเสริมป้องกันโรค และเรื่องข้อจำกัดการย้ายสิทธิ การส่งต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ แม้ว่าจะได้รับสิทธิก็จะมีปัญหาเรื่องการเดินทาง เนื่องจากความยากจนและข้อจำกัดในเรื่องการเดินทางจากกฎของกระทรวงมหาดไทยคือ การเดินทางออกนอกพื้นที่แต่ละครั้งจะต้องไปทำเรื่องขออนุญาตเป็นครั้ง ๆ ไป ซึ่งถ้าเป็นเรื่องเจ็บป่วยฉุกเฉินก็จะเป็นปัญหามาก

๒) **ปัญหาของกลุ่มที่ไม่ได้รับสิทธิ** คือ มติ ครม.วันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓ ไม่ครอบคลุมกลุ่มเด็กนักเรียน G และคนดั้งเดิม ซึ่งการไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมากทำให้เกิดปัญหาการดำรงชีวิต ทั้งล่มเสี่ยงเจ็บป่วยและเสียชีวิต ปัญหาหนี้สินและล้มละลาย การไม่มีค่ารักษา และแม้จะมีค่ารักษาแต่ก็ติดขัดเรื่องการเดินทางไปรักษาเนื่องจากข้อจำกัดของกระทรวงมหาดไทยในเรื่องการเดินทาง รวมทั้งเกิดผลกระทบต่อหน่วยบริการในกรณีที่ไม่สามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลได้

ผลกระทบต่อโรงพยาบาลชายแดน โดยปกติหมอจะไม่ปฏิเสธคนไข้ คือรักษาทุกคน คนไหนที่ไม่มีเงินก็รักษาให้ สูดท้ายโรงพยาบาลก็รับภาระและขาดทุน เช่น โรงพยาบาลชายแดนบางแห่งปีนี้มีภาระหนี้สินประมาณ ๑๐ ล้านบาท ทราบว่ากระทรวงสาธารณสุขชี้แจงตัวเลขล่าสุดขาดทุนกว่า ๕ ร้อยล้านบาท นี่คือนโยบายที่โรงพยาบาลชายแดนต้องแบกรับจากภาระปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น นอกจากภาระหนี้สินของโรงพยาบาลแล้ว จะมีปัญหาเรื่องการควบคุมโรค จริง ๆ แล้วโรคหลายอย่างที่หายไปจากประเทศไทยตามชายแดนก็ยังมียู่ อย่างที่เราทราบกัน **“เชื้อโรคไม่ได้มีการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติและสัญชาติ”** เรียกว่า ถ้าเกิดการแพร่ระบาดก็ต้องเป็นกันหมด อันนี้เป็นเหตุผลที่เราพยายามที่จะให้รัฐบาลให้ความเมตตาให้กับคนเหล่านี้เพื่อที่จะให้ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข

นโยบายรัฐกับการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ก่อนปี ๒๕๔๕ กลุ่มชนเผ่าพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จำนวนหนึ่งเคยได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขจากโครงการสวัสดิการสำหรับผู้มีรายได้น้อย (สปร.) และโครงการบัตรสุขภาพ ๕๐๐ บาท ของกระทรวง

สาธารณสุข ตั้งแต่ปี ๒๕๑๘ และมีการดำเนินการเต็มรูปแบบทั่วประเทศประมาณปี ๒๕๒๔ คือ ไม่ใช่คนสัญชาติไทยเท่านั้น แต่ทุกคนเข้าถึงสิทธิ ต่อมาเมื่อวันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๔๕ รัฐบาลได้มีการประกาศโครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค ซึ่งคนที่ไม่มีสัญชาติก็ได้รับสิทธิด้วย หลังจากที่ได้มีการประกาศ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กฤษฎีกาได้ตีความว่า **“บุคคลที่จะได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข คือเฉพาะคนไทยมีบัตรประชาชนไทยเท่านั้น ไม่ได้หมายถึงคนทั่วไป”** ตรงนี้เป็นข้อจำกัดนับตั้งแต่นั้นมา มีคนกลุ่มแรกที่ถูกปลดสิทธิ มีประมาณ ๒ แสนกว่าคน ต่อมากลุ่มที่ ๒ ถูกปลดสิทธิอีกประมาณกว่า ๒ แสนคน ซึ่งกลุ่มที่ ๒ ที่ถูกถอดสิทธิ คือคนจีนโพ้นทะเล ต่อมาเมื่อวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๔๘ สมช. ได้มีการเสนอ **“ยุทธศาสตร์การจัดการสถานะสิทธิส่วนบุคคล”** ซึ่ง กรม. อนุมัติ โดยยุทธศาสตร์ระบุชัดเจนถึงเรื่องการให้สิทธิขั้นพื้นฐาน โดยเฉพาะเรื่องสาธารณสุขเป็นประเด็นหลักที่ สมช. ฝายความมั่นคงเสนอเอง และตั้งแต่ปี ๒๕๔๙ จนถึงปี ๒๕๕๓ ก่อนถึงมติ กรม. เมื่อ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓ ทางภาคีเครือข่าย เช่น เครือข่ายชนเผ่า สปสช. และกลุ่มเครือข่ายหมอชายแดน ซึ่งหมอชายแดนนี้ถือว่าสะท้อนภาพปัญหาต่าง ๆ ได้ชัดเจนมาก ก็ร่วมกันพยายามที่จะผลักดันให้คนกลุ่มเหล่านี้ได้รับการคืนสิทธิ โดยเสนอให้รัฐตั้งกองทุนเพื่อดูแลคนเหล่านี้ ซึ่งใช้เวลากว่า ๕ ปี จนในที่สุดจึงเป็นผลสำเร็จ

การตั้งกองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) โดยเมื่อ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓ รัฐบาลได้ตั้งกองทุนคืนสิทธิขึ้นมา เรียกว่า **“กองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ)”** คนกลุ่มแรกที่ได้สิทธิ มีจำนวนกว่า ๔๕๐,๐๐๐ คน คือ กลุ่มคนที่มิถิ่นที่อยู่ในประเทศไทยถาวรแล้ว แต่ว่าเป็นชนกลุ่มน้อย ๑๘ กลุ่ม และกลุ่มที่ได้รับการผ่อนผันให้อาศัยอยู่ชั่วคราวในประเทศไทย และมีนักเรียนที่มีเลข ๐ นำหน้าเลข ๑๓ หลักและได้เรียนในโรงเรียน กลุ่มคนไร้รากเหง้าที่อยู่ในความดูแลของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กลุ่มที่ทำประโยชน์ให้ประเทศไทยได้ ๒๓ คน และนับตั้งแต่มีการประกาศธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติมาตรา ๑๖ ถือเป็นโอกาสที่ทำให้ภาคสังคมมีช่องทางในการเสนอต่อรัฐบาล และรัฐบาลก็มีช่องทางในการตัดสินใจ ซึ่งก่อนหน้านี้ไม่มี นี่คือความก้าวหน้าที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม มตินี้ยังมีคนอีก ๔ กลุ่มที่ตกหล่น คือ กลุ่มเลข ๐ (๘ ๙) และบุตร รวมทั้งคนจีนโพ้นทะเล ซึ่งในวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๕๔ ได้มีมติครั้งที่สอง เห็นชอบเพิ่มกลุ่มบุคคลที่มีเลข ๐ (๘ ๙) และบุตร จำนวน ๒๐๘,๖๓๑ คน เข้าสู่กองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) โดยให้สำรวจเด็กนักเรียน G ในสถานศึกษา โดยระบุตัวตน แต่ยังไม่ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขเพิ่มเติม และนำเสนอ กรม. ต่อไป

การแก้ปัญหากรณีคนจีนโพ้นทะเล และเด็ก G ที่เข้าไม่ถึงสิทธิ เราได้มีข้อเสนอต่อรัฐบาล และต่อกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๕๔ ทาง กรม. ได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับ สมช. สำนักงานประมาณ กระทรวงศึกษา ให้กลับไปพิจารณากรณีเด็ก G เนื่องจาก กรม. เห็นว่าเด็กเหล่านี้มีข้อมูลไม่ชัดเจน ซึ่งในส่วนนี้กระทรวงศึกษามีข้อมูลของเด็กแต่ละคน ดังนั้นสิ่งที่เป็นการถามคือ ความไม่ชัดเจนคืออะไร และในที่สุดได้ทราบสาเหตุว่า เป็นเพราะความกังวลว่า ถ้าเด็กเหล่านี้ได้รับสิทธิไปแล้ว อาจจะมีการพัฒนาสิทธิ แล้วเด็กเหล่านี้ก็จะไม่ไปไหน ซึ่งจากความกังวลดังกล่าว กระทรวงศึกษาธิการ โดยสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ได้ทำการสำรวจข้อมูล และพบว่า เด็กที่ไปเข้ากลับเรียนคือมาเรียนหนังสือในฝั่งนี้มีเพียง ๒๔๖ คนเท่านั้น จากจำนวนเด็กทั้งหมด ๖๐,๐๐๐ กว่าคน ที่เหลือคืออยู่ในประเทศไทย โดยข้อมูลล่าสุดที่ได้คุยกับโรงเรียนในพื้นที่ มีผู้อำนวยการโรงเรียน ๔-๕ คน มานำเสนอว่าในแต่ละโรงเรียน มีนักเรียน G มากกว่า ๕๐% และเป็นเด็กที่อยู่ในหมู่บ้าน ไม่ใช่เด็กต่างชาติ สำหรับกรณีคนจีนโพ้นทะเลนั้นกระทรวงสาธารณสุขรับทราบว่าคนเหล่านี้มีความจำเป็นต้องเข้าถึงสิทธิสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน และมีมติว่าจะนำเข้า กรม. เพื่อให้คน ๓๘,๐๐๐ คนนี้ได้รับสิทธิก่อน เพราะคนเหล่านี้ไม่มีข้อติดอะไร

ข้อเสนอเพื่อเป็นแนวทางในการขับเคลื่อน

๑. ให้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขตามที่กำหนดไว้ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่เป็นเด็ก G เพิ่มเติมครั้งที่ ๓ จำนวน ๖.๗ หมื่นคน

๒. ให้กระทรวงสาธารณสุข บรรจุ “ลุ่มชุมชน” ให้เป็นกลไกหนึ่งของการจัดบริการสุขภาพ ในหน่วยบริการที่มีจำนวนประชากรผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิอาศัยอยู่หนาแน่น เพื่อแก้ปัญหา การสื่อสารภาษาในหลายเรื่อง ทั้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง การกินยา ถูกต้อง ล่าสุดผมกำลังเตรียมที่จะทำลุ่มที่เป็น อสม. เพิ่มขึ้นกว่า ๕,๐๐๐ พันคน ใน ๔๑ ชนเผ่า

๓. ให้จัดตั้ง “กองทุนควบคุมโรคสำหรับประชากรข้ามชาติ” เพื่อดำเนินการควบคุมและป้องกัน โรคในกลุ่มประชากรข้ามชาติที่ยังไม่เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ



นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร

สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

หลักการของกระทรวงสาธารณสุข ต้องดูแลทุกสิทธิ กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้คิดเรื่องกำไร แต่มองในเรื่องการดูแลประชาชน ทั้งดูแลคนไทยและประชากรที่อยู่ในประเทศไทยทั้งหมด หน่วยบริการ ที่ดูแล ส่วนหนึ่งเป็นหน่วยบริการของรัฐที่มีค่อนข้างเยอะ คือไม่ต่ำกว่า ๗๐% - ๘๐% แล้วแต่พื้นที่ และยังมีหน่วยบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็น หน่วยบริการของท้องถิ่น หน่วยบริการของ

มหาวิทยาลัย และของภาคเอกชน ในการทำงานด้านสุขภาพต้องยอมรับว่าเรื่องสุขภาพไม่ได้เป็นเรื่องของใครคนใดคนหนึ่ง และไม่ใช่ว่าเรื่องของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเดียว ดังนั้นในเรื่องนี้ทุกคนตั้งแต่รายบุคคล ครอบครัว ชุมชน ต้องมีส่วนร่วม การมีสุขภาพที่ดีอย่างเดียวไม่ได้แปลว่าจะมีชีวิตที่ดีได้ ต้องมีเรื่องคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย **ประเด็นสำคัญในเรื่องการเข้าถึงบริการที่จำเป็นตาม มติ ๑.๘ จริงๆ แล้วไม่อยากจะให้คิดเรื่องหน่วยบริการอย่างเดียว แต่อยากให้เป็นเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนด้วย** ถ้าจำเป็นจริงๆ ก็มาที่หน่วยบริการ ดังนั้นตรงนี้เป็นประเด็นที่กระทรวงสาธารณสุขพยายามทำ

ปัจจุบันมีหน่วยบริการเยอะมาก มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน ๖๐,๐๐๐ - ๗๐,๐๐๐ แห่ง มีสถานีนอนามัยเกือบ ๑๐,๐๐๐ แห่ง โรงพยาบาล ๑,๐๐๐ แห่ง คือเราพยายามที่จะดำเนินการให้เข้าถึงบริการได้จริงๆ เรารับผิดชอบทุกสิทธิ ดูแลทุกสิทธิ เช่น สิทธิบริการสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิคนต่างด้าว สิทธิประกันสังคม สิทธิราชการ คือการบริการของกระทรวงสาธารณสุขดูแลทุกส่วน และมีหน่วยงานเอกชนและหน่วยอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งการทำงานจริงๆ คงเป็นเรื่องของการจัดการ

การขับเคลื่อนงานที่ผ่านมา ในช่วงที่ผ่านมา มีการทำเรื่องเกี่ยวกับ **“Family care team”** หรือว่า **“ทีมหมอครอบครัว”** ซึ่งหมายถึง การมุ่งเน้นทั้งในหน่วยบริการ นอกหน่วยบริการ และการมีส่วนร่วม ซึ่งเรากำลังทำเรื่องเกี่ยวกับ Primary care cluster หรือที่จะเห็นในเร็ว ๆ นี้คือ **“เรื่องคลินิกหมอครอบครัว”** ที่จะเกิดขึ้นเพื่อที่จะลดความเหลื่อมล้ำ ที่ว่าเหลื่อมล้ำนั้น คือเรามีทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. อสม. ฯลฯ แต่ในความเป็นจริงมันมีความเหลื่อมล้ำหรือความไม่เท่าเทียมบางอย่าง เช่น ในกรุงเทพหน่วยบริการจำนวนมาก ทั้งคลินิก หน่วยบริการของเอกชน ของมหาวิทยาลัย แต่การเข้าถึงบริการของประชาชนที่มีสิทธิต่าง ๆ โดยเฉพาะเรื่องโรคเล็ก ๆ น้อย ๆ เข้าถึงค่อนข้างยากและลำบาก ในขณะที่ต่างจังหวัดในอำเภอห่างไกลปรากฏว่ามี รพ.สต. มีโรงพยาบาลชุมชน แต่ไม่มีการรักษาพยาบาลที่ยั่งยืนซับซ้อน เนื่องจากขาดเครื่องมือ ขาดแพทย์ ตรงนี้เป็นส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขพยายามทำคือมีการดำเนินงานในเรื่องของเขตสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ คือเราต้องการทำเป็นเขตสุขภาพเพื่อในแต่ละเขตสามารถดูแลจัดการได้เบ็ดเสร็จในพื้นที่ เช่น ในเขตมีประชากรประมาณ ๔-๕ ล้านคน และสามารถดูแลจัดการได้เบ็ดเสร็จในพื้นที่ และเมื่อลงไปที่ระดับจังหวัด ก็มีจังหวัดตั้งแต่ระดับไม่กี่แสนคนจนถึงเป็นล้านกว่าคนที่จะต้องสามารถดูแล ตรงนี้เป็นารออกแบบของกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลในระดับต่าง ๆ ระดับเขต ระดับจังหวัด และไปถึงทุกพื้นที่ ซึ่งต้องมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการจัดการ

การดูแลตรงนี้ **ท้ายที่สุดกระทรวงสาธารณสุขต้องกลับไปเน้นเรื่องที่ต้องมีความเชี่ยวชาญด้านส่งเสริมป้องกันมากขึ้น** จะเห็นว่า ถ้าไปเทียบกับต่างประเทศ การทำงานของหน่วยบริการในโรงพยาบาลเราทำได้ดีไม่ต่างจากต่างประเทศ แต่เรามีการรับบริการ คือประชาชนมารับบริการมากขึ้นเรื่อย ๆ เพราะฉะนั้นหมายความว่าเกิดอะไรขึ้นในอนาคต ทั้งค่าใช้จ่าย ทั้งบุคลากร และเรื่องสิ่งต่างๆ ก็คือ เรื่องงบประมาณที่จะเกิดขึ้น เช่น ต่างด้าวที่รัฐบาลบอกว่าต้องดูแลแต่ดูแลในราคาที่ถูกมาก ๆ เด็กได้วันละบาท ซึ่งต้องมีทั้งวัคซีน มีการรักษาโรคต่างๆ เพราะฉะนั้นก็เป็นประเด็นที่เราต้องบริหารจัดการงบประมาณต่างๆ และต้องดูแลกลุ่มที่พอถึงโรงพยาบาลแล้วบอกว่าไม่มีเงิน นี่เป็นภาระที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและจะเกิดในอนาคต เกิดกับหลายโรงพยาบาลและหลายหน่วยบริการ เพราะฉะนั้นตรงนี้เป็นประเด็นที่เราพยายามจะพัฒนาเรื่องเกี่ยวกับการส่งเสริมป้องกันให้มากขึ้น ที่เรียกว่า **“คลินิกหมอครอบครัว”** หรือเรื่องความโปร่งใสเรื่องงบประมาณ ท้ายสุดคือต้องมีส่วนร่วม เช่น การมีส่วนร่วมเรื่องของระบบสุขภาพอำเภอ หรือทีมกรรมการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การระดมทรัพยากรจากทุกภาคส่วน

เช่น ชุมชน ท้องถิ่น ประชาชน โรงเรียน โรงงาน ซึ่งไม่ใช่เรื่องเงินอย่างเดียว แต่หมายถึงการจัดการทั้งหมด มาช่วยกันทำ เช่น ทำอย่างไรไม่ให้ป่วย ป่วยแล้วจะดูแลอย่างไรให้หาย และให้สามารถดูแลสุขภาพได้ นี่คือส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขกำลังทำ

ปัจจุบันลักษณะการให้บริการของเราค่อนข้างผิดเพี้ยนไป คือ ดูแลรักษามาก ไปโรงพยาบาลมาก เข้าถึงง่าย ๆ แต่เรื่องการดูแลสุขภาพกลับหายไป ที่เรียกว่า “Self care” ในอนาคตต้องทำการดูแลสุขภาพให้มากขึ้นและทำให้คนมาโรงพยาบาลน้อยลงจึงจะอยู่รอด ทั้งประชาชน หน่วยบริการ และประเทศชาติ นี่เป็นสิ่งที่เราได้วางแผนและดำเนินการจัดการตรงนี้ไว้ เราจะบริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี หมายความว่า เราจะเน้นการเข้าถึงชุมชน ไม่ใช่ไปดูแลอย่างเดียว ชุมชนต้องดูแลกันเอง แต่เราก็ไม่ได้ทอดทิ้งในการที่จะเข้าไปดูแล ซึ่งเป็นความท้าทายที่จะทำให้ประชาชนทุกคนในแผ่นดินไทย ได้รับการดูแล “ดูแล” ตรงนี้ไม่ใช่ “ดูแลในความหมายของการรักษาเพียงอย่างเดียว” แต่หมายถึง “การรักษา ป้องกัน ส่งเสริม ฟันฟู ทำอย่างไรไม่ให้เกิดโรค เกิดโรคแล้วมีหน่วยบริการรักษาจนกลับไปใช้ชีวิตได้ปกติ” เป็นเรื่องที่ทำหลายมากสำหรับประเทศไทยที่จะทำให้ทุกคนมีสุขภาพที่ดี ไม่มีการแพร่กระจายเชื้อโรค ตอนนี้มีไวรัสโควิด แล้วก็มีผลกับคนไทย แคชีก้าเข้ามาอย่างเดียวกระทรวงสาธารณสุขก็ปั่นป่วนแล้ว แม้จะมีคนเป็นไม่กี่คน แต่กลับต้องใช้งบประมาณในการจัดการมาก ซึ่งถ้ามีหลายโรคขึ้นมาก็ทำให้งบประมาณในการจัดการค่อนข้างสูง ดังนั้นคงต้องช่วยกัน และเราคงไม่ทิ้งเรื่องของมนุษยธรรมคือยังงี้ก็ต้องช่วย สิ่งสำคัญคือช่วยแล้วทุกคนจะอยู่รอดและมีความสุขได้อย่างไร

คุณวิษณุ ศรีทะวงศ์

ผู้ดำเนินรายการ

นพ.ประสิทธิ์ชัย ได้ฉายให้เห็นภาพและความสำคัญของการเปลี่ยนกรอบวิธีคิดบางอย่าง เพราะตอนนี้เราทำงานแบบตั้งรับ แม้จะรุกแต่ตั้งรับเพื่อให้นักไปรักษาพยาบาล เราพูดถึงสิทธิในการรักษาพยาบาลหลังจากป่วยแล้ว ซึ่งงบประมาณมีอยู่จำกัดเฉพาะคนที่มีความเสี่ยงไทยเองก็ไม่เพียงพอ ยังไม่รวมกับสถานการณ์ของแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยและลูกของเขา รวมถึงคนที่ตกหล่น กลุ่มเปราะบางต่าง ๆ เพราะฉะนั้นต้องเปลี่ยนกรอบวิธีคิด โดยเน้นเรื่องการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค ไม่ใช่เน้นที่การรักษาหลังจากเจ็บป่วยแล้วอย่างเดียว ไม่อย่างนั้นงบประมาณไม่มีทางพอ

ความมั่นคงในกรอบที่สาธารณสุขกำลังคิด เป็นความคิดที่ก้าวหน้าค่อนข้างมาก ก้าวหน้าหมายความว่า เราไม่ได้มองเขาเป็นภาระ หลายประเทศมองว่าคนที่อยู่มาตั้งแต่รัฐต้องดูแล แต่กรอบความมั่นคงเดิมหรือสังคมไทยเดิมมองว่าเขาอพยพโยกย้ายมา มองว่าเขาเป็นคนอื่น เพราะฉะนั้นกรอบความมั่นคงที่เราอยากจะชวนคุยจะเป็นกรอบความมั่นคงที่อาจจะต้องชวนหน่วยงานต่าง ๆ เข้ามาร่วมหรือหาวิธีคิดเรื่องความมั่นคง ในมุมที่ล้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ถ้าเราไม่ดูแลเด็กที่โตขึ้นมาในประเทศ ท้ายที่สุดโรคต่าง ๆ ก็จะกลับมา และโรคอุบัติซ้ำอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้น ถ้ามันแพร่ระบาดไปทั้งแถบแต่ละจังหวัดแต่ละที่ ท้ายที่สุดก็กระทบความมั่นคงโดยรวม อันนี้เป็นกรอบวิธีคิดที่อาจจะต้องชวนกันคุยไปข้างหน้าว่าเราจะร่วมหน่วยงานต่าง ๆ เหล่านี้ ซึ่งมีกรอบวิธีคิดทัศนคติในการมองต่อเรื่องนี้ไม่เหมือนกัน เราจะปรับเข้าหากันได้อย่างไร เพราะว่ามุมมองของสาธารณสุขอาจจะมองมุมหนึ่ง มุมของกระทรวงมหาดไทย ความมั่นคงอาจจะมองอีกมุมหนึ่ง แต่ว่าเราจะมองในสถานะที่เราต้องเป็นองค์กรที่ร่วมกันก้าวไปข้างหน้า ไม่ได้มองว่าเป็นความสำเร็จของใครคนใดคนหนึ่ง

นพ.จักรกริช ไว้วศิริ

ผู้ช่วยเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.)

เรื่องกรอบวิธีคิดของการกำหนดทิศทางนโยบายถือเป็นเรื่องสำคัญ ว่าเราจะใช้กลไกรัฐแบบเดิมหรือไม่ เพราะถ้ามองความมั่นคง มันมี ๒ ลักษณะ (๑) การที่รัฐกลางจำเป็นต้องลงไปดูแลและจัดการ (๒) เป็นเรื่องของรัฐท้องถิ่นหรือเป็นเรื่องของการกระจายอำนาจลงไปจัดการ ซึ่งปัจจุบันกลไกของเราใช้กลไกของรัฐส่วนกลาง และใช้กลไกเรื่องงบประมาณและนโยบายจากส่วนกลางเป็นส่วนใหญ่ แต่หากจะทำเรื่องนี้จริง ๆ ต้องพูดชัดเจนว่าอะไรคือนโยบายตรงกลาง และต้องใช้กลไกการขับเคลื่อนโดยใช้หน่วยงานที่เรียกว่า Cost function ให้มากขึ้น เพราะถ้าใช้ระบบเดิม คือระบบราชการจะลงมาแบบต่าง ๆ และสุดท้ายทุกคนก็จะมีบริบทด้วย KPI ของตัวเอง คือตอนมาคุยกันก็คุยกันดี แต่พอกลับไปทุกคนก็ต้องพยายามกอด KPI เพื่อให้บรรลุ KPI ของตัวเอง กลายเป็นปัญหาภาพรวม ถ้ารัฐตรงกลางอุ้มหมดทุกอย่าง ยกตัวอย่างแค่เรื่องงบประมาณ ถ้าทุกหน่วยงานหวังพึ่งงบประมาณจากส่วนกลาง ทุกคนพยายามเขียนไปของบประมาณ และสุดท้ายพอเก็บรายได้ไม่พอ ก็ถูกตัดงบ แต่ในขณะเดียวกันเราลืมนึกว่าทรัพยากรที่ถูกจัดการอยู่ในพื้นที่มีอยู่ในระดับหนึ่ง แต่ยังจัดการอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งตอนนี้รัฐบาลมีความพยายามในเรื่องบูรณาการ เช่น สำนักงานหลักประกันก็เป็นเจ้าภาพหลักในเรื่องของบูรณาการเรื่องของระบบหลักประกันทั้งหมด มีการเชิญทุกสิทธิทั้งหลายมานั่งคุยว่าประเด็นอะไรที่ควรต้องทำร่วมกัน เรียกว่าเป็น Single management คือ อย่่าจัดการหลากหลายมากจนเกินไป เพราะส่งผลเรื่องของการว่า “ความเสมอภาค” เพราะวิธีคิดแต่ละคนมีความแตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากคณะทำงานบูรณาการงบประมาณตั้งมาเป็นปี ๆ ทำให้ยังมีความไม่แน่นอนในเรื่องความยั่งยืนเรื่องนี้เป็นปัญหาเชิงซ้อนที่เยอะมาก เพราะฉะนั้นต้องขังใจในเชิงระบบซึ่งอาจต้องรักษาสมดุลทุกส่วนเพื่อไม่ให้ใครเกิดการสูญเสีย คือเวลามองต้องมองเชิงเป้าหมายร่วมและเอาข้อเท็จจริงมานั่งวิเคราะห์กันอย่างจริงจัง สิ่งที่เราอย่างขาดคือ การมองในภาพรวมและเอาข้อเท็จจริงเชิงวิเคราะห์มาคุยกัน รวมทั้งเรื่องกระจายอำนาจ สุดท้ายระบบราชการก็ยังได้อยู่ข้างบนแต่ข้างล่างลิบลิบเอาลิบเอา สุดท้ายคือต้องสร้างกระบวนการที่ใหม่ ถ้าเราจะมองเรื่องนี้ด้วยหลักคิดที่ไม่แน่นอนพออาจทำให้การแก้ปัญหาหนึ่งไปกระทบกับอีกปัญหาหนึ่ง

นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมาคุยกันเพื่อทำความเข้าใจเป้าหมายร่วมให้ตรงกันและต้องสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องที่ นพ.จักรกริชได้พูดถึงเป้าหมายร่วมว่ามีความสำคัญอย่างสูง สมมติมติสมัชชา ๑.๘ ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น เป็นเป้าหมายร่วมจริงคงต้องมีการปรับอีกค่อนข้างมากในการทำงาน และคงจะต้องสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง เพราะว่าส่วนตรงนี้ถ้าเราโยงถึงความมั่นคง ความมั่นคงตรงนี้จะดูอะไร ถ้าเป็นความมั่นคงของชาติก็ดูแบบหนึ่ง ถ้าเป็นความมั่นคงของเรื่องเกี่ยวกับโรคระบาดในประเทศไทยก็อีกแบบหนึ่ง ถ้าความมั่นคงทางด้านการเงินการคลังก็อีกส่วนหนึ่ง ถ้าความมั่นคงเรื่องของประเทศรุ่มพันธุต่าง ๆ ก็เป็นอีกส่วนหนึ่ง เพราะฉะนั้นตรงนี้ต้องคุยกันและเข้าหากัน คือเวลามองต้องมองให้ครบด้าน มองให้ครบบริบทในการจัดการที่เกี่ยวข้อง เช่นถ้าประชาชนทั่วไปอาจมองเรื่องการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นว่ามีคลินิกกี่แห่ง มีโรงพยาบาลกี่แห่ง ซึ่งจริง ๆ แล้ว สาธารณสุขทำได้ทุกที่ไม่ใช่เฉพาะที่หน่วยบริการทั้งในเรื่องการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟูต่าง ๆ ดังนั้นต้องมาตีความให้เข้าใจตรงกัน

การใช้จ่ายงบประมาณ ซึ่งผมคิดว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องใหญ่ที่ไม่ใช่มองแค่ประเด็นย่อยๆ แต่ต้องมองเชิงการจัดการตัวระบบ ว่ากระทรวงสาธารณสุขเก็บเงินจากเด็กแรงงานข้ามชาติแค่ ๓๐๐ กว่าบาท แต่ต้องดูแลอะไรอีกมากมาย เฉพาะแค่เด็กไทยอายุตั้งแต่ ๕ ปีต่ำลงไป จัดว่ามีอัตราการให้บริการทางด้านสาธารณสุขค่อนข้างมากเป็นอันดับที่สอง และสิ่งหนึ่งที่เราค่อนข้างขาดคือ เราขาดข้อเท็จจริงในการที่จะใช้ตัดสินใจเชิงนโยบาย ที่ผ่านมาระบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งบางทีการตัดสินใจหรือการเดินค่อนข้างผิดพลาดพอสมควร เพราะฉะนั้นหลายเรื่องรัฐควรต้องเลือกทำและควรใช้กลไกอื่นเข้าไปจัดการได้แล้ว ทรัพยากรด้านอื่นก็มี ตอนนี้อยู่กำลังเขียนกฎหมาย Social enterprise (ร่าง พ.ร.บ. วิสาหกิจเพื่อสังคม) ที่จริงแล้วรัฐบาลก็มีนโยบายประชารัฐทั้งหลาย สิ่งเหล่านี้ทำให้ชัดเจน วางกรอบและหลักเกณฑ์ให้ชัดเจนแล้วค่อยพัฒนา ไม่ใช่เร่งปุ๊บพรม เช่น เราต้องการกระตุ้นเศรษฐกิจโดยการโยนเงินลงไปให้กับทุกหมู่บ้าน และต้องเขียนโครงการภายใน ๓ เดือน ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า มันอาจจะกระตุ้นระบบได้ แต่ว่ามันไม่ได้สร้างความมั่นคง

สุดท้ายที่อยากฝากคือ เพราะระบบเราเป็นระบบเชิงอุปถัมภ์เลยไม่เกิดการกระจายอำนาจ เราอาจจะต้องเปลี่ยนวิธีคิดและทำให้เกิดการกระจายอำนาจ ทำให้ระบบเข้มแข็ง และต้องดึงทุกภาคส่วนเข้ามาร่วม ในส่วนของเรื่อง Primary care ยังอยากให้ภาคเอกชนเป็นคนทำ มองว่าภาครัฐต้องทำพวก Excellence center เพราะฉะนั้นค่าใช้จ่ายสูง การที่บางคนเป็นแค่หวัด แต่จ่าย ๒,๐๐๐ บาท เข้าโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งถ้าไปโรงพยาบาลรัฐอาจจ่ายไม่ถึง ๑๐๐ บาท ตรงนี้เกิดต้นทุนที่ไม่จำเป็น ต้นทุนที่ไม่จำเป็นกับตัวระบบ เพราะฉะนั้นอาจจะต้องมาทบทวนกันใหม่หรือไม่ อีกเรื่องขอฝากเวทีสมัชชาสุขภาพฯ ว่า เราคงต้องคัดและเลือกประเด็นให้ดี ตั้งประเด็นให้ชัดเจน และทำให้มันเกิดการขับเคลื่อนจริง และทำให้ทุกอย่างพบบทเห็นปัญหาจริง ๆ ยกตัวอย่างเช่น พูดยังกระทรวงเกษตร ตอนนี้อยู่มีคนใช้มะเร็งจำนวนมากขึ้น แต่ในขณะที่เดียวกันปรากฏว่าออกแกนคั้งหลายกลายเป็นพบสารเคมีมากขึ้นอีก ซึ่งมันเกิดอะไรขึ้น ดังนั้นคิดว่าเราต้องตั้งโจทย์และตั้งปัญหาให้ชัด แล้วทำให้ครบวงจรทั้งระบบ

ช่วงเสกเปลี่ยนหนวดเห็นเสวยเสนา

๑. ข้อเสนอด้านการป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มเปราะบาง

- การแก้ปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ ควรจำแนกออกให้ชัดว่า กลุ่มไหนที่เข้าไม่ถึงบริการบ้าง เพราะแต่ละกลุ่มจะมีปัญหาและวิธีคิดที่แตกต่างกัน แล้วนำมาวางแผนอย่างเป็นระบบ ซึ่งปัจจุบันเหมือนยังไม่มีภาพชัดเจนในเรื่องนี้

- เสนอให้แก้ไขกฎกระทรวง เพื่อให้คลินิกชุมชนอบอุ่นสามารถร่วมทำงานเชิงรุกในการดูแลกลุ่มประชากรเปราะบางได้ เนื่องจากปัจจุบันนี้งานพีพี เช่น เรื่องฉีดวัคซีน ส่วนมากจะทำได้ ต้องเป็นการทำงานเชิงรุก เพราะประชาชนส่วนใหญ่ไม่วิ่งมาฉีดวัคซีนเอง ขนาดมีนัดบางที่ยังไม่มา เพราะฉะนั้นถ้าจะทำให้สำเร็จก็ต้องเป็นเชิงรุก แต่ว่าคลินิกชุมชนอบอุ่นมีประกาศกระทรวงสาธารณสุขเป็นกฎกระทรวงว่า ถ้าจดทะเบียนเป็นสถานพยาบาลไม่สามารถออกไปให้บริการนี้ได้ เพราะฉะนั้นเรามองงบประมาณพีพี และรัฐบาลก็กันเงินไว้ก่อนหนึ่งสำหรับเรื่องนี้โดยเฉพาะ ถ้าเราสามารถที่จะออกไปนอกพื้นที่ได้จะโดยวิธีการแก้กฎกระทรวงให้มีคลินิกเฉพาะที่เป็นปฐมภูมิ เพื่อให้เอื้อประโยชน์ต่อการ

ออกไปเชิงรุกได้ ก็จะทำให้เราสามารถเข้าไปช่วยรัฐบาลในการดูแลเรื่องของวัคซีนในคนกลุ่มชาติพันธุ์ได้

- หากมีงบประมาณน้อย รัฐอาจให้ความสำคัญในเรื่องการป้องกันโรคเฉพาะหน้า โดยใช้เงินเรื่องของวัคซีนสำหรับกลุ่มนี้ เพราะถ้าคนต่างชาติหรือคนที่ไม่มียุทธศาสตร์เป็นโรคขึ้นมา ยิ่งไงเขาก็ต้องหาทางเข้าถึงบริการ ตรงนี้จะทำให้งบไปงั้นมา จึงมองว่าน่าจะขยับไปที่การป้องกันในเด็กก่อนในเรื่องของวัคซีน โดยจัดเงินลงไปเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้าก่อน ถ้าเราสามารถแก้ปัญหาแบบนี้ได้ ก็จะทำให้อย่างน้อยที่สุดในช่วงปีสองปีนี้เด็กที่อยู่ในประเทศไทยฉีดวัคซีน ๑๐๐%

คุณวิษณุ ศรีทะวงศ์

ผู้ดำเนินรายการ

มีข้อสรุปจากเวที ๙ ข้อ เป็นเรื่องที่กำลังทำหน้าคือ

๑. เราจะร่วมกันเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการมองเรื่องนี้ในทุกองคาพยพ
๒. เราจะสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องตั้งทุกภาคส่วนเข้ามาร่วม
๓. เราจะสร้างเป้าหมายร่วมกัน และให้ความสำคัญกับเรื่องนี้อย่างจริงจังใน มติ ๑.๘
๔. เราจะร่วมกันทำความเข้าใจนิยามความหมายใหม่เรื่องความมั่นคงในบริบทสังคมที่เปลี่ยนไป
๕. เราจะพัฒนากลไกจัดการเชิงนวัตกรรมในการทำเรื่องนี้ร่วมกัน
๖. เราจะให้ความสำคัญกับเรื่องของการกระจายอำนาจอย่างจริงจังและเป็นรูปธรรม
๗. เราจะพัฒนาระบบการเงินการคลังที่กำลังทำหน้าเชิงนวัตกรรมที่เอื้อต่อการทำเรื่องนี้
๘. เราจะร่วมกันพัฒนาคุณภาพของคนในประเทศไม่ว่าเขาจะมาจากที่ไหน
๙. เราจะไม่ยอมจำนนต่อปัญหา เราจะเดินไปด้วยกัน

๓) เวทีเสกเปลี่ยนหรือการขับเคลื่อน

มติ ๘.๕ วิกฤตการณ์เชื้อแบคทีเรียดื้อยาและการจัดการปัญหาแบบบูรณาการ:

"การดื้อยาต้านจุลชีพ No action today, No cure tomorrow"



เวทีนี้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนมิติสุขภาพแห่งชาติ ที่เกิดขึ้นเมื่อปี ๒๕๕๘ มิติ ๕ วิถีการดำเนินชีวิตที่เรียกว่าการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ ภายใต้หัวข้อ “การดื้อยาต้านจุลชีพ No action today, No cure tomorrow” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ภาคีทุกภาคส่วนรับทราบและเข้าใจแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ และร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับแผนยุทธศาสตร์และแนวทางการขับเคลื่อนเพื่อแก้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ รวมทั้งจะได้เข้ามาร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ฯ เพื่อให้เกิดการจัดการปัญหาแบบบูรณาการมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน

ผู้เข้าร่วมเวทีประกอบด้วย

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ๑. ผศ.นพ.กำธร มาลาธรรม | ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| ๒. ผศ.ภญ.ดร.นิตดา เกียรติยิ่งอังศุลี | ผู้จัดการศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา |
| ๓. ภญ.ดร.นิธิตา สุ่มประดิษฐ์ | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| ๔. ดร.วันทนา ปวีณกิตติพร | สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ |
| ๕. ภก.วราวุธ เสริมสินศิริ | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| ๖. น.สพ.สมนึก เต็มวุฒิโรจน์ | กองควบคุมอาหารและยาสัตว์ กรมปศุสัตว์ |

ดำเนินรายการโดย คุณประพจน์ ภูทองคำ

ผศ.นพ.กำธร มาลาธรรม

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

เชื้อ E.coli คือ เชื้อแบคทีเรียในลำไส้ มีประมาณ ๑๐๐ ตัว กำจัดได้ด้วยยา Ciprofloxacin⁵ ได้เพียงแค่ ๕๐ ตัวเท่านั้นโดยประมาณ คือแปลว่าเชื้อก่อโรคที่พบบ่อย ดื้อต่อยาที่มียาประสิทธิภาพไปแล้วครึ่งหนึ่ง แม้จะมีการออกยาชนิดใหม่มาเรื่อยๆ อย่าง Cephalosporin รุ่นที่ ๓ ซึ่งเป็นยารุ่นใหม่พอสมควร มีฤทธิ์การออกฤทธิ์ฆ่าเชื้อกว้างขวางมาก แต่เชื้อก็พัฒนาจนดื้อยาตัวนี้ได้ ๔๐ - ๕๐ % ถ้าดื้อยาตัวนี้ได้ก็แปลว่ายาดูแลไม่ได้แล้วเหมือนกัน สิ่งที่เกิดขึ้นคือต้องใช้ยาที่แรงขึ้นกว่าเดิม คือยาในกลุ่ม Carbapenem ซึ่งเป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อได้เกือบทุกชนิดและครอบคลุมเชื้อมากกว่ายา Cephalosporin ถ้าเราติดเชื้อรุนแรงติดเชื้อหนัก ๆ หรือเชื้อซึ่งอาจจะดื้อยาเยอะ จะต้องใช้ยาตัวนี้ในการรักษา ซึ่งปัจจุบันเริ่มมีเชื้อดื้อยานี้แล้วประมาณ ๓ - ๕ % ซึ่งไม่ใช่ตัวเลขที่น่าสบายใจ เพราะถ้าไม่ทำอะไรในที่สุดอาจจะขึ้นไปถึง ๔๐ - ๕๐ %

สาเหตุของปัญหาเชื้อดื้อยาอยู่ที่คนสั่งใช้ และอยู่ที่สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่เชื้อดื้อยาแพร่กระจายเชื้อ คนที่ติดเชื้อมีโอกาสเสียชีวิตสูงมาก มีนักวิจัยจากคณะวิทยาศาสตร์เขตร้อนได้วิจัยการติดเชื้อดื้อยาซึ่งมีอยู่ ๔ - ๕ ชนิด พบว่าทำให้คนไทยเสียชีวิตประมาณ ๒๐,๐๐๐ รายต่อปี ตกหัวโหม่งละ

⁵ อยู่กลุ่มเดียวกับ Norfloxacin ที่กินเวลาท้องเสีย

๒ คน เท่ากับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ

การรับมือกับปัญหาเชื้อดื้อยาโรงพยาบาลตื่นตัวมากขึ้น เนื่องจากมีการรณรงค์มาโดยตลอด มีการควบคุมการกระจายยาให้เป็นไปอย่างเหมาะสมเพราะเรารู้ว่าการใช้ยาเยอะยิ่งทำให้เชื้อดื้อยามากขึ้น แต่ยงกล้าช้ากว่าปัญหา รวมทั้งโรงพยาบาลยังขาดทรัพยากรที่จำเป็นหลายอย่าง เช่น ห้องปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพ ในด้านประชาชนก็มีการรับรู้เพิ่มขึ้นแต่ยังมีช่องว่างอีกมาก ประชาชนส่วนใหญ่รวมถึงสื่อ ยังไม่มีความรู้ในเรื่องนี้ หรือมีความเชื่อที่เข้าใจคลาดเคลื่อนสะสมมานาน ซึ่งเป็นงานที่ต้องช่วยกันทำต่อไป

ผศ.ภญ.ดร.นิยดา เกียรติยิ่งอังสุลี

ผู้จัดการศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา

ปัญหาเชื้อดื้อยาเป็นปัญหาเรื้อรังที่มีมาตั้งแต่ค้นพบยาปฏิชีวนะ คือมีการใช้ยาปฏิชีวนะเมื่อไรมีการดื้อยาเมื่อนั้น เรื่องนี้ไม่ได้ทำแค่ในประเทศไทยแต่ตื่นตัวกันทั่วโลก

หลังจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้มีฉันทมติออกมา ก็เกิดการขับเคลื่อนในหลายด้าน ซึ่งความก้าวหน้าที่สำคัญมีดังนี้

๑. เกิดแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพในประเทศไทย ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๔
๒. มีคณะกรรมการประสานบูรณาการการดื้อยาด้านจุลชีพ และมีคณะอนุกรรมการด้านต่าง ๆ มีหน่วยงานจากหลายภาคส่วนมาร่วมขับเคลื่อน คือเกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกัน และเกิดหน่วยงานกลางในการขับเคลื่อน เพราะที่ผ่านมาหลายหน่วยงานต่างคนต่างทำ
๓. มีการทำกิจกรรมในชุมชนเพื่อสร้างความรู้ความตระหนัก ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญเพราะประชาชนเป็นคนใช้ยา และในอีกด้านหนึ่งก็เป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบ
๔. มีการวิจัยและพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเชื้อดื้อยา และเกิดความร่วมมือกันระหว่างวิชาชีพด้านสุขภาพ แพทย์ เภสัชกร สัตวแพทย์ ฯลฯ

ภญ.ดร.นิธิมา สุ่มประดิษฐ์

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

จุดเริ่มต้นของแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพในประเทศไทย ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๔
ในประเทศไทยมีการทำงานเรื่องเชื้อดื้อยาในลักษณะต่างคนต่างทำ ซึ่งแผนยุทธศาสตร์นี้จะทำให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการ จุดเริ่มต้นของแผนยุทธศาสตร์คือ เมื่อตุลาคม ๒๕๕๗ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้หารือและพิจารณา ภูมิทัศน์ของสถานการณ์และการจัดการเรื่องของเชื้อดื้อยาในประเทศไทย ทำให้รู้ว่าเรื่องนี้ใครทำอะไรอยู่ที่ไหนและอย่างไร จากนั้นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมีการแต่งตั้งคณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการดื้อยาด้านจุลชีพ ซึ่งคณะทำงานชุดนี้ได้ยกร่างแผนยุทธศาสตร์ดำเนินงานควบคู่ไปกับมติสมัชชาสุขภาพ โดยใช้โครงสร้างการทำงานของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกระทรวงสาธารณสุขในลักษณะ Top Down และใช้มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในลักษณะ Bottom Up คือ มีการระดมความเห็นจาก ๗๗ จังหวัดขึ้นมาเป็นมติสมัชชาสุขภาพฯ เมื่อมีคณะกรรมการ มีการระดมสมองจากทุกภาคส่วน

จากนั้นก็ทำการยกวางแผนยุทธศาสตร์ มีการจัดเวทีประชาพิจารณ์ จนในที่สุดก็ได้แผนยุทธศาสตร์ฉบับแรกนี้ขึ้นมา

เป้าประสงค์ของแผนยุทธศาสตร์ภายใน ๕ ปีข้างหน้า

๑. ลดการป่วยจากเชื้อดื้อยาของประชาชนลง ๕๐ %
๒. ปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพในมนุษย์ต้องลดลง ๒๐ %
๓. ลดปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพสำหรับสัตว์ลง ๓๐ % (หมายรวมถึง สัตว์บก สัตว์น้ำ และสัตว์เลี้ยง ซึ่งเรื่องนี้จะมีกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ร่วมกับภาคีเครือข่ายเป็นผู้ประสานหลักอยู่)
๔. เรื่องของความตระหนักรู้ คือทำอย่างไรคนจึงจะมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๒๐% (ตอนนี้ทางสำนักงานสถิติแห่งชาติจะทำการสำรวจภาพใหญ่ของประเทศปีเว้นปี ดังนั้นจะทำให้สามารถติดตามตัวชี้วัดนี้ได้)
๕. เรื่องระบบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศมีตามมาตรฐานสากลไม่ต่ำกว่าระดับ ๔ ซึ่งเป็นเกณฑ์ตามองค์การอนามัยโลก

แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๔

เพื่อที่จะบรรลุเป้าหมาย ๕ ข้อนี้ เราจะมียุทธศาสตร์ ๖ ด้าน ซึ่งยุทธศาสตร์แต่ละด้านจะมีการประสานและมีภาคีเครือข่ายรับไปดำเนินการ

- **ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เรื่องการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว**
สุขภาพหนึ่งเดียว (One health) คือ เมื่อเชื้อดื้อยาเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเกิดในสิ่งแวดล้อม เกิดในสัตว์ หรือเกิดในคน ล้วนส่งผลถึงกันหมด ดังนั้นต้องมีการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทั้งในส่วนของโรงพยาบาล ชุมชน ภาคการเกษตร และสิ่งแวดล้อม ส่วนหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านนี้คือ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักโรคบาของกระทรวงสาธารณสุข และกรมปศุสัตว์
- **ยุทธศาสตร์ด้านที่ ๒ เรื่องการควบคุมการกระจายยาต้านจุลชีพของประเทศ**
เป็นเรื่องเกี่ยวกับการปรับสถานะของยาต้านจุลชีพ และการกระจายยา เช่น จากที่เคยขายได้ในร้านยาจะยังขายได้หรือไม่ หรือยาบางตัวที่สำคัญมากต้องอยู่เฉพาะในโรงพยาบาลหรือไม่ ซึ่งหน้าที่หลักของยุทธศาสตร์นี้จะเป็บทบาทของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)
- **ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาลและการดูแลการใช้ยาอย่างเหมาะสม** ซึ่งจะรวมไปถึงคลินิก และร้านขายยาด้วย เพราะเป็นระบบบริการที่เกี่ยวข้องกัน ซึ่งมีสำนักงานบริหารการสาธารณสุขในกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบ
- **ยุทธศาสตร์ที่ ๔ เรื่องการป้องกันเชื้อดื้อยาและควบคุมการใช้ยาอย่างเหมาะสมในภาคการเกษตรและสัตว์เลี้ยง** เป็นเรื่องของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์เป็นหลัก ทั้งปศุสัตว์ ประมง สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ (มกอช.) ฯลฯ
- **ยุทธศาสตร์ที่ ๕ เรื่องการสร้างความรู้ความตระหนักรู้ในเรื่องของเชื้อดื้อยา**
เป็นเรื่องของภาคประชาชน ซึ่งเป็นหน้าที่ของ อย. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และภาคส่วนต่างๆ ทำงานประสานกัน

๐ ยุทธศาสตร์ที่ ๖ เรื่องการบริหารกลไกภาพรวมของประเทศ

เป็นเรื่องว่าจะขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ทั้ง ๕ ที่กล่าวไปแล้วได้อย่างไร ซึ่งจะเป็นหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมควบคุมโรค และหลาย ๆ หน่วยงานที่จะมาช่วยกัน ซึ่งจะมีทั้งเรื่องการสนับสนุน การขับเคลื่อน และการติดตามประเมินผล

ดร.วันทนา ปวีณกิตติพร

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป็นเรื่องการเฝ้าระวังการติดเชื้อด้านจุลชีพ ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว ที่ผ่านมามีตั้งแต่ปี ๒๕๔๓ มีการเก็บข้อมูลในเรื่องเชื้อต่าง ๆ ว่าติดเชื้อไปถึงไหนแล้ว แนวโน้มของเชื้อแต่ละตัวต่อยาแต่ละชนิดเป็นอย่างไร แต่ทำเฉพาะในคน ซึ่งที่จริงการกระจายเชื้อดีเยี่ยมมีตั้งแต่ในสัตว์ สิ่งแวดล้อม และปนเปื้อนมาถึงอาหารและมาสู่คน ซึ่งถ้าจัดการอาหารไม่ดีจะทำให้ป่วยได้ เพราะฉะนั้นการเฝ้าระวังการติดเชื้อจึงจำเป็นต้องทำให้ครบวงจร คือ สุขภาพหนึ่งเดียว เป้าหมายคือ เพื่อให้ได้ข้อมูลระบบเฝ้าระวัง เพื่อป้องกันปัญหา กำกับติดตามเพื่อเห็นสถานการณ์ของเชื้อดีเยี่ยมอย่างชัดเจน และแจ้งเตือนด้วย ประกอบด้วย ๓ กลยุทธ์ย่อย ดังนี้

กลยุทธ์ที่ ๑.๑ พัฒนาระบบเฝ้าระวังและแจ้งเตือนเชื้อดีเยี่ยมของประเทศแบบบูรณาการ
ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก ๆ ๓ ด้านคือ

๑) พยายามให้เกิดการบูรณาการในเรื่องข้อมูลของโรงพยาบาลภาครัฐ ภาคเอกชน และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งมีกรู๊ปยามากที่สุด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารนำไปใช้ในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังได้

๒) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยเชื้อดีเยี่ยมแบบ Case finding-based surveillance เป็นการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ คือเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วย เรียกว่า GLASS^๖ ซึ่งเป็นหน้าที่ของไทยที่ต้องทำระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อแบบใหม่สอดคล้องไปกับองค์การอนามัยโลก

๓) การพัฒนาระบบการประมวลผลความเสี่ยง เราจะมีข้อมูลมากมาย ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลของเชื้อดีเยี่ยมหรือการพบเชื้อดีเยี่ยมตัวใหม่ ๆ ทั้งในและต่างประเทศ แต่ข้อมูลเหล่านี้ไม่ได้ถูกนำเสนอเพื่อให้ประชาชนหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องรับทราบ จึงต้องมีการพัฒนาเรื่องของการสนเทศขึ้นมา

กลยุทธ์ ๑.๒ การพัฒนาศักยภาพและเครือข่ายห้องปฏิบัติการทางจุลชีพ

๑) กำหนดมาตรฐานเทคนิคระดับชาติของห้องปฏิบัติการด้านจุลชีววิทยาให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล เพราะการนำข้อมูลมาใช้ต้องคำนึงถึงคุณภาพของข้อมูล และคุณภาพของข้อมูลที่ดีต้องมาจากห้องปฏิบัติการที่ใช้เทคนิคที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดมาตรฐานระดับประเทศขึ้นมา และให้ห้องปฏิบัติการทั่วประเทศใช้ให้เหมือนกัน

๒) กระตุ้นให้เกิดความยั่งยืนในเรื่องคุณภาพซึ่งควรออกเป็นใบรับรองให้กับห้องปฏิบัติการที่มีคุณภาพ

๓) การยกระดับเครือข่ายห้องปฏิบัติการ คือการรายงานเชื้อดีเยี่ยมถ้าต้องส่งมาส่วนกลางทุกอย่าง

^๖ สามารถคลิกเข้าไปดูรายละเอียดโดยใช้ keyword ว่า WHO GLASS

อาจจะช้าเกินไป ดังนั้นต้องสร้างห้องปฏิบัติการอ้างอิงตามภูมิภาค และสร้างเป็นเครือข่ายกับส่วนกลาง เมื่อพบเชื้อดื้อยาที่เป็นเชื้อดื้อยาอุบัติใหม่ก็จะได้รายงานได้ทันที่

กลยุทธ์ที่ ๑.๓ การพัฒนาเครือข่ายทางด้านระบาดวิทยา

เนื่องจากการที่จะสอบสวนโรคในเรื่องเชื้อดื้อยา คำจำกัดความของการเป็นโรคนั้นยังไม่ชัดเจน ดังนั้นบุคลากรด้านนี้จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาว่าจะสอบสวนโรคอย่างไร และต้องมีการจัดทำเรื่องแนวปฏิบัติ ซึ่งสำนักระบาดวิทยาได้มีแนวทางออกมาแล้วว่าจะเชื่อมโยงข้อมูลอย่างไร มีการจัดทำนิยามของผู้ป่วยที่ติด เชื้อดื้อยาว่าควรจะเป็นอย่างไร มีแนวทางการสอบสวน และการส่งต่อของข้อมูลว่าผู้ป่วยเชื้อดื้อยาเกิดขึ้นแล้ว จะทำอย่างไร ส่งต่อถึงใคร

ภก.วราวุธ เสริมสินศิริ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การควบคุมการกระจายยาต้านจุลชีพในภาพรวมของประเทศ

สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยา คือเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่พร่ำเพรื่อ การใช้พร่ำเพรื่อในอีกแง่หนึ่งคือ กระบวนการกระจายยาที่กว้างขวาง คนเข้าถึงยาได้ง่าย สมัยก่อนเรามีปัญหาเรื่องโรคติดเชื้อมากทำให้เกิดการตาย จึงเน้นเรื่องการรักษาถึงยาของประชาชน แต่ปัจจุบันปัญหากลับตรงข้ามคือเกิดการใช้พร่ำเพรื่อเกินไป เพราะฉะนั้นต้องปรับกระบวนการคิด และกระบวนการทำงานใหม่ คือต้องควบคุมการกระจายยาให้มันเหมาะสม ซึ่ง อย. เข้ามารับผิดชอบ เพราะเป็นคนดูแลกฎหมายเรื่องการกระจายยา

ซึ่งในยุทธศาสตร์ที่ ๒ มีจุดสำคัญอยู่ ๓ จุดที่ต้องเข้าไปจัดการ ได้แก่

จุดที่ ๑ คือต้องมีการจัดประเภทยาใหม่

การจัดประเภทยาจะพูดถึงเรื่องช่องทางการกระจายยา และเงื่อนไขของการขาย เช่น

- **ยาควบคุมพิเศษที่มีเงื่อนไข** คืออาจจะจำกัดเงื่อนไขว่าให้ตั้งอยู่ในเฉพาะในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลได้เท่านั้น

- **ยาควบคุมพิเศษ** อาจจะอยู่ในร้านยาได้ แต่ต้องมีการจ่ายตามใบสั่งยาของแพทย์

- **ยาอันตรายที่มีเงื่อนไข** คือเภสัชกรจ่ายได้โดยไม่ต้องมีใบสั่งยาของแพทย์ แต่อาจจะต้องมีเงื่อนไขว่าต้องเป็นร้านยาที่ผ่านการรับรองมาตรฐานเท่านั้น

- **ยาอันตรายที่เภสัชกรร้านยาแผนปัจจุบันทั่วไปสามารถจ่ายได้** ซึ่งตอนนี้มีร้านยาแผนปัจจุบันประมาณ ๑๕,๐๐๐ แห่งทั่วประเทศ

- **ยาที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ** ซึ่งสามารถขายได้ในร้านขายยาประเภทที่ไม่มีเภสัชกร

- **ยาสามัญประจำบ้าน** เดิมยาปฏิชีวนะถูกกระจายลงไปหลาย ๆ หมวดด้วยกัน ดังนั้นจึงต้องปรับปรุงทบทวนใหม่ เช่น ยาตัวไหนที่เป็นที่พึ่งตัวสุดท้าย คือหลุดจากนี้ไม่มียาแล้ว ก็ถูกดึงเข้าไปเป็นยาที่ควบคุมเข้มงวดที่สุดซึ่งตอนนี้ทาง อย. มีทีมงานที่จะทำเรื่องนี้อยู่แล้ว และกำลังตั้งคณะกรรมการ มีแบบแผนที่จะขับเคลื่อนแล้ว และต้องรณรงค์สนับสนุนทางสังคมด้วย เพราะการถอนยาบางตัวออกจากร้านยาให้ไปอยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้นจะกระทบต่อธุรกิจพอสมควร ซึ่งภาคประชาสังคมต้องช่วยกันขับเคลื่อน

จุดที่ ๒ มีระบบการติดตามเป็นระบบสารสนเทศแบบไอที

เมื่อมีการจัดประเภทแล้ว จะต้องมีการระบบสารสนเทศแบบไอทีเพื่อใช้เป็นเครื่องมือที่เรียกว่าระบบการติดตามยาเหล่านี้ ตั้งแต่การนำเข้าวัตถุดิบทางยา จนมาผลิตเป็นยาสำเร็จรูปได้ก็เม็ดยาสำเร็จรูปพวกนี้ถูกส่งขายในจุดไหนบ้าง ตรงตามที่คุณควบคุมไว้ไหม ซึ่งจะเป็นระบบคอมพิวเตอร์ออนไลน์ที่จะเข้ามาควบคุมกำกับดูแล และจะจับได้ว่ายารั่วไหลจากจุดไหนบ้าง ซึ่งทำให้การควบคุมเข้มงวดมากขึ้น

ความคืบหน้าในเรื่องนี้คือ ได้มีการทดลองทำมาระยะหนึ่งแล้ว เรียกว่า “ระบบสารสนเทศเรื่องการควบคุมการกระจายยา” เป็นระบบคอมพิวเตอร์ออนไลน์ และตอนนี้กำลังจะดึงงบประมาณมาอีกส่วนหนึ่งเพื่อปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อให้สามารถติดตามยาที่มีความสำคัญได้ ซึ่งเราจะรู้ทันทีว่ายาตัวนี้ไปอยู่ในร้านยาไหนบ้าง จำนวนเท่าไร ได้รับจากบริษัทไหน ซึ่งจะทำให้เจ้าหน้าที่รัฐไปตรวจสอบ กำกับ ดูแลการขาย การกระจายต่อไปได้ ซึ่งเรื่องการพัฒนาแบบนี้ได้ทำมาระยะหนึ่งแล้ว และจะทำให้ดียิ่งขึ้น

จุดที่ ๓ การควบคุมการกระจายยา สิ่งที่ต้องเข้มงวดมากคือ การกระจายยาที่ลงไป ๓ จุดสำคัญได้แก่

- **โรงเรียน** เราพบว่ามียาฆ่าเชื้อโรคอยู่ในห้องพยาบาลด้วย ซึ่งบางโรงเรียนไม่มีพยาบาล เพราะฉะนั้นเด็กจะเจอยาปฏิชีวนะตั้งแต่เด็ก สังคมถูกหล่อหลอมว่ายาพวกนี้สามารถใช้ได้ง่ายๆ เช่นในห้องพยาบาล หรือตามร้านค้า เพราะฉะนั้นต้องจัดการไม่ให้มียาปฏิชีวนะไปอยู่ในจุดที่ไม่ควรอยู่

- **ร้านขายของชำ ร้านค้าปลีก** จากการสำรวจทั่วประเทศมีตัวเลขร้านค้าปลีกที่มียาปฏิชีวนะจำหน่ายประมาณร้อยละ ๒๐ ส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งการเข้าถึงร้านยาได้ยาก ร้านค้าปลีกจึงเป็นแหล่งกระจายยาที่สำคัญในพื้นที่ ซึ่งเป็นจุดที่เราคิดว่าวิกฤตพอสมควร ถ้าประชาชนสามารถเข้าถึงยาปฏิชีวนะแค่ผ่านร้านชำซึ่งไม่มีผู้ประกอบวิชาชีพอยู่ ก็จะเป็นสาเหตุของเรื่องเชื้อดื้อยาได้

- **ฟาร์มเลี้ยงสัตว์** พบว่ามียาปฏิชีวนะที่ผิดกฎหมายลักลอบรั่วไหลไปที่ฟาร์ม

ทั้ง ๓ จุดนี้ เป็นจุดสำคัญที่จะต้องเข้าไปกำกับดูแลเข้มงวดมากขึ้น ซึ่งถือเป็นงานมหากาฬ เพราะ อย. กำลังดูร้านชำประมาณ ๑๐๐,๐๐๐ - ๒๐๐,๐๐๐ ร้านทั่วประเทศ ร้านยาประมาณ ๒๐,๐๐๐ ร้าน คลินิกประมาณ ๘,๐๐๐ - ๙,๐๐๐ แห่ง นี่คือนับปริมาณที่ต้องเข้าไปกำกับดูแล

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การส่งเสริมความรู้ด้านเชื้อดื้อยาและความตระหนักรู้ด้านการใช้ยา
ด้านจุลชีพอ่างเหมาะสมแก่ประชาชน มี ๕ กลไกที่จะเข้าไปขับเคลื่อน ได้แก่

กลไกที่ ๑ บุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ

บุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิคือ อสม. รพ.สต. สถานีอนามัย และเภสัชกรที่อยู่โรงพยาบาลชุมชน จะเป็นกลไกสำคัญที่จะขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงพฤติกรรมในระดับพื้นที่ และจะมีการเชื่อมต่อกันระหว่างกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อย. และกองส่งเสริมสุขภาพภาคประชาชน ซึ่งดูแล อสม. อยู่

ความก้าวหน้าในเรื่องนี้คือ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการรณรงค์ให้ อสม. เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับเรื่องเชื้อดื้อยา

กลไกที่ ๒ สื่อมวลชน

คือการทำให้สื่อมวลชนเข้ามามีส่วนร่วม รวมถึงการสื่อสารผ่าน Social media ในเรื่องของ Health literacy ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นประเด็นที่ทางกองทุนศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข

ให้ความสำคัญและจะมาขับเคลื่อนมากขึ้น และมีสสส.เป็นจุดเชื่อมที่สำคัญ

กลไกที่ ๓ คือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

อปท. มีกองทุนสุขภาพระดับตำบลอยู่ ถ้าใช้งบประมาณจากกองทุนตรงนี้ได้ จะทำให้การขับเคลื่อนเรื่องการสร้างความตระหนักรู้ในพื้นที่เป็นไปได้สะดวก

กลไกที่ ๔ คือ ภาคประชาสังคม เป็นกลไกที่สำคัญมาก ๆ

กลไกที่ ๕ คือ คือ โรงเรียน

สิ่งสำคัญเพื่ออนาคตในระยะยาวคือ การปลูกฝังวิถีคิดและการตระหนักรู้เรื่องสุขภาพเรื่องเชื้อดื้อยาในโรงเรียน

ความก้าวหน้าในเรื่องนี้คือ อย. มีการทำเรื่องชุดความรู้อยู่ เพราะว่าทุกวันนี้ข้อความในการสื่อสารมีความแตกต่างหลากหลาย ดังนั้น อย. จึงทำชุดความรู้กลางขึ้นมา ซึ่งทำให้เกิดการสื่อสารอย่างมีเอกภาพมากขึ้น

โดยสรุปทุกยุทธศาสตร์ต้องอาศัยความร่วมมือค่อนข้างมาก จึงอยากให้ภาคีเครือข่ายทุกท่านในที่นี้ใช้จุดแข็งที่มีอยู่ในหน่วยงานที่ตัวเองดูแล มาช่วยการขับเคลื่อนทำให้กลไกต่าง ๆ เคลื่อนไปได้ และในที่สุดเราก็จะช่วยดูแลปัญหาเรื่องเชื้อดื้อยาตรงนี้ร่วมกันได้

นายสัตวแพทย์สมนึก เต็มวุฒิโรจน์

กองควบคุมอาหารและยาสัตว์ กรมปศุสัตว์ และเลขาธิการงานควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาเชื้อดื้อยาในสัตว์

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การป้องกันเชื้อดื้อยาและควบคุมการใช้ยาอย่างเหมาะสมในภาคการเกษตรและสัตว์เลี้ยง

ปัจจุบันมีอัตราการดื้อยาทั้งคนและสัตว์เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องจึงต้องเรียนรู้ใหม่ ปรับกระบวนการทัศนการทำงานใหม่ เป้าหมายเชิงกลยุทธ์ของยุทธศาสตร์นี้ก็เพื่อให้มีระบบจัดการการดื้อยาและลดการใช้ยา เพราะว่าเชื้อนี้เมื่อไปเจอกับยาก็เกิดการดื้อยา ถ้าเชื้อไม่เจอกับยามันก็จะไม่เกิดการปรับกระบวนการทัศนการทำงานในยุทธศาสตร์ที่ ๔ มีการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งกระทรวงเกษตรฯ กระทรวงศึกษาฯ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันชูเป็น Concept one health ซึ่งยุทธศาสตร์ที่ ๔ ประกอบด้วย ๕ กลยุทธ์ ได้แก่

กลยุทธ์ที่ ๔.๑ การลดการใช้ยาต้านจุลชีพในการทำปศุสัตว์และประมง

คือ มีการกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติเพื่อลดการใช้ยาต้านจุลชีพในสัตว์เพื่อการบริโภค จะมีการจัดตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานขึ้นใหม่ หลังจากมีคณะกรรมการเชื้อดื้อยาแห่งชาตินี้แล้ว และมีโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในปศุสัตว์และสัตว์เพื่อการบริโภค ตรงนี้จะมีภาคการศึกษาทั้งสัตวแพทย์ สภากรมปศุสัตว์ ภาคเอกชน เข้ามาร่วมด้วย

กลยุทธ์ที่ ๔.๒ การลดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพในห่วงโซ่การผลิตอาหาร

จะมีการกำกับดูแลการผลิตอาหารสัตว์ ซึ่งจุดนี้ถือเป็นเรื่องสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เรียกว่าเป็น **“การปฏิวัติรูปแบบการใช้ยาในภาคปศุสัตว์ของประเทศ”** ยุทธศาสตร์นี้ จะมีการควบคุมการใช้ยาสัตว์ คือต่อไปยาสัตว์ที่จะใช้ผสมในอาหารและน้ำที่ให้แก่สัตว์ที่เลี้ยงเพื่อการ

บริโภคหรือเพื่อการพาณิชย์ ถ้าจะใช้ต้องมีคำสั่งของสัตวแพทย์ และต่อไปจะมีการกำหนดมาตรการอื่นๆ ออกมาเพิ่มเติม

กลยุทธ์ที่ ๔.๓ การเฝ้าระวังการใช้ยาต้านจุลชีพในพืช เรื่องนี้มีโครงการนำร่องศึกษาการใช้ยาในส้ม

กลยุทธ์ที่ ๔.๔ การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในสถานพยาบาลสำหรับสัตว์เลี้ยง ซึ่งไม่ใช่เฉพาะสัตว์เลี้ยงอย่างเดียว แต่รวมถึงสัตว์ที่ใช้เพื่อการบริโภคด้วย และมีการพัฒนาสถานพยาบาลสำหรับสัตว์เลี้ยงต้นแบบ

กลยุทธ์ที่ ๔.๕ การพัฒนาให้ความรู้เรื่องการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม กับผู้เกี่ยวข้องในภาคการเกษตรทั้งพืชและสัตว์ ตรงนี้จะต้องทำงานร่วมกับยุทธศาสตร์ที่ ๕ ของประเทศว่าจะพัฒนาการให้ความรู้อย่างไร ซึ่งไม่ใช่การพัฒนาความรู้ให้ประชาชนอย่างเดียว แต่จะต้องพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดื้อยาให้กลุ่มเกษตรกรหรือผู้เลี้ยงสัตว์ร่วมไปด้วย

ภญ.ดร.นิธิตา สุ่มประดิษฐ์ และ ผศ.นพ.กำธร มาลาธรรม

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาลและการดูแลการใช้ยาอย่างเหมาะสม

ยุทธศาสตร์นี้จะเน้นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเพราะเป็นส่วนที่เราได้รับผลกระทบมากที่สุด เพราะฉะนั้นกระบวนการในโรงพยาบาลต้องครอบคลุมทุกสิ่งทุกอย่าง ตั้งแต่เชื้อดื้อยามาได้ อยากรู้ว่าทำไมเกิดขึ้น แล้วจะควบคุมอย่างไรไม่ให้แพร่กระจาย คือต้องควบคุมทั้งหมด ทั้งเรื่องการใช้ยา และการป้องกันการแพร่กระจายในลักษณะต่างๆ จริงๆ แล้ว กระบวนการเหล่านี้มีอยู่ในโรงพยาบาลพอสมควรแต่จะต้องมาจัดให้เข้ารูปเข้ารอย แล้วก็เคลื่อนไปในทิศทางเดียวกันทั่วประเทศ ซึ่งมีหน่วยงานประสานคือ สำนักบริการการสาธารณสุข (สบรส.) ที่อยู่ในกระทรวงสาธารณสุข โดย สบรส. ได้กำหนด ๙ มาตรการที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งควรดำเนินการเพื่อควบคุมเชื้อดื้อยา ดังนี้

มาตรการที่ ๑ กำหนดนโยบายและสร้างกลไกสนับสนุนดำเนินงานโดยรูปแบบคณะกรรมการร่วม โดยมีผู้บริหารเป็นประธาน คือต้องมีนโยบายภายในโรงพยาบาลก่อน และต้องมีทีมทำงานที่เป็นสาขาวิชาชีพเกิดขึ้น

มาตรการที่ ๒ ติดตามสถานการณ์ AMR ระดับโรงพยาบาล จังหวัด เขตสุขภาพ และระดับประเทศ คือต้องมี การติดตามสถานการณ์เชื้อดื้อยาในระดับของตัวเองว่าเป็นอย่างไร จากนั้นส่งให้กับทางกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เป็นระดับประเทศ

มาตรการที่ ๓ สนับสนุนงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบและนโยบาย

มาตรการที่ ๔ การไม่ใช้ยาต้านจุลชีพโดยไม่จำเป็น

มาตรการที่ ๕ การใช้ยาในการป้องกันและรักษาการติดเชื้อแบคทีเรียอย่างเหมาะสม

มาตรการที่ ๖ การเฝ้าระวังและวินิจฉัยเชื้อและเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพทางห้องปฏิบัติการ

มาตรการที่ ๗ การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล

มาตรการที่ ๘ การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล

มาตรการที่ ๙ การเคลื่อนย้ายและส่งต่อ/รับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพและการจัดการ

ศพติดเชื้อมีเชื้อดื้อยา จะเป็นเรื่องของการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลใหญ่ไปสู่อุบัติเหตุ โรงพยาบาล เล็ก แล้วถ้าเกิดผู้ป่วยคนนั้นมีเชื้อดื้อยาปลายทางจะต้องรับมืออย่างไร รวมถึงเรื่องการจัดสรรศพ ว่าจะต้องดำเนินการอย่างไรเพื่อที่จะไม่มีการแพร่กระจาย

สรุปว่าในเรื่องการกำกับเชื้อดื้อยา มีเรื่องที่ต้องเข้าไปเกี่ยวข้องหลายด้านหลายภาคส่วน ซึ่งมีการสรุปวิธีจัดการปัญหาออกมาเป็น ๖ ยุทธศาสตร์ ซึ่งครอบคลุมปัญหาทุกด้าน และเพื่อที่จะขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ให้สำเร็จ ความร่วมมือจากภาคประชาชนเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ภาคประชาชนต้องเข้มแข็งเราในฐานะผู้บริโภคต้องส่งเสียงว่าเราไม่ต้องการเชื้อดื้อยา เราต้องการการใช้ยาที่เหมาะสมมีเหตุผล

ช่วงแรกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๑. ข้อเสนอแนะ ยุทธศาสตร์ที่ ๑: การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว

ต้องให้ความสำคัญกับการหาสาเหตุของปัญหา ภายใต้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง ซึ่งจะเป็นปัจจัยสำคัญในการวิเคราะห์และให้ได้มาซึ่งแนวทางแก้ปัญหาที่ถูกต้อง

๒. ข้อเสนอแนะ ยุทธศาสตร์ที่ ๒: การควบคุมการกระจายยาต้านจุลชีพของประเทศ

- การห้ามร้านขายยาอาจทำให้เกิดแรงต่อต้านมาก ทางออกหนึ่งซึ่งในต่างประเทศใช้คือการมีใบสั่งยาจากแพทย์ ตรงนี้น่าจะเป็นทางออกได้

- ทางเครือข่ายเข้าไปทำงานกับชุมชนในเรื่องนี้ และพบว่า ร้านขายของชำและร้านยาในชุมชนมีการขายยาประเภทนี้ รวมทั้งมีพยาบาลวิชาชีพมาเปิดคลินิกและให้บริการทั้งฉีดยาและจ่ายยา ซึ่งเหตุการณ์แบบนี้พบมากขึ้นในระดับของพื้นที่ชุมชนชนบท คนเข้าถึงยาพวกนี้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังมีเรื่องยาที่โฆษณาทางสื่อวิทยุชุมชน ดังนั้นขอเสนอว่า เรื่องควบคุมการกระจายยาต้านจุลชีพของประเทศ ต้องมีมาตรการเพื่อควบคุมกำกับหน่วยบริการในเรื่องของการไปเปิดคลินิกแบบไม่ได้ขึ้นทะเบียนในชุมชน เรื่องนี้ต้องระวังให้มากเพราะการที่เจ้าหน้าที่รัฐไปเปิดบริการเอง ทำให้ชาวบ้านเชื่ออย่างไม่สงสัย รวมทั้งมีมาตรการควบคุมการโฆษณาทางสื่อต่าง ๆ

- ควรมีการควบคุมร้านขายยาที่ไม่มีเภสัชกรมาประจำ และควรมีมาตรการควบคุมการขายยาทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งมีมากมายหลายชนิด และเป็นสาเหตุการตายจำนวนมาก แต่ยังไม่มีการแก้ไขอะไรเลย

๓. ข้อเสนอแนะ ยุทธศาสตร์ที่ ๓: การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล และการดูแลการใช้ยาอย่างเหมาะสม

- ในยุทธศาสตร์ที่ ๓ ครอบคลุมถึง รพ.สต. หรือไม่ ตรงนี้มีความสำคัญเพราะ รพ.สต. มีกองกำลังใหญ่คือ อสม. ซึ่งน่าจะเข้ามาช่วยในเรื่องมาตรการติดตามสถานการณ์เชื้อดื้อยาในระดับพื้นที่ได้

- ยุทธศาสตร์นี้ยังไม่ครอบคลุมปัญหาเรื่องพฤติกรรมของผู้ป่วย ในกรณีที่ไปรักษาในสถานพยาบาลหนึ่งแล้วหลังจากผ่านไป ๒ วัน ไม่หาย ก็ไปรักษาอีกที่หนึ่ง ซึ่งจะเริ่มต้นการรักษาใหม่ สิ่งที่ต้องปรับปรุงคือเรื่องที่สถานพยาบาลแต่ละแห่งไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันในเรื่องของการบำบัดรักษา ซึ่งจุดนี้เป็นเรื่องสำคัญที่อาจทำให้เกิดการกินยาแบบพร่ำเพรื่อและเป็นสาเหตุของการดื้อยาได้

- เรื่องทัศนคติของบุคลากรที่เป็นผู้ให้ยาแก่คนที่มาใช้บริการ คือบุคลากรต้องมีความพยายามและอดทนในการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้รับยา ต้องใช้เวลาพอสมควร
- ควรมีมาตรการที่จะใช้ยุทธศาสตร์ดีอย่าไปบริหารจัดการกับโรงพยาบาลเอกชนอย่างเป็นรูปธรรม

๔. ข้อเสนอแนะ ยุทธศาสตร์ที่ ๔: การป้องกันเชื้อดื้อยาและควบคุมการใช้ยาที่เหมาะสมในภาคการเกษตรและสัตว์เลี้ยง

- ยุทธศาสตร์แห่งชาตินี้ยังไม่ครอบคลุมการพัฒนาศักยภาพของห้องปฏิบัติการทางภาคเกษตร ทั้งปศุสัตว์ ประมง และพืช
- ควรมีการให้ความรู้ผู้ประกอบการค้ายาสัตว์/ ยาที่ใช้ในภาคเกษตรกรรม
- ควรมีกฎหมายควบคุมการใช้ยาในกลุ่มนี้อย่างเป็นระบบ

๕. ข้อเสนอแนะ ยุทธศาสตร์ที่ ๕: การสร้างความตระหนักรู้ในเรื่องของเชื้อดื้อยา

- โจทย์ที่จะต้องไปคิดต่อและควรให้ความสำคัญคือ การให้ความรู้แก่ชาวบ้านในชนบทต่าง ๆ ที่ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ในเรื่องนี้เลยว่าจะใช้วิธีการอย่างไรให้ประชาชนโดยเฉพาะในต่างจังหวัดเข้าใจและมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการใช้ยาและดูแลตนเอง

- ควรเผยแพร่ความรู้ในหลายช่องทาง เช่น นำไปออกสื่อทางทีวีทุกช่อง สื่อวิทยุหลัก สื่อวิทยุชุมชน รวมทั้งต้องมีสื่อที่เป็นสาธารณะมาให้ความรู้ชาวบ้าน และสื่อให้สังคมเกิดความตระหนักว่าทุกวันนี้ชีวิตเราไม่ปลอดภัย ถ้าเขารับทราบก็จะไม่กินยาพราหม์หรือ และไม่เกิดปัญหาดื้อยา อยากให้ทำเรื่องนี้อย่างจริงจัง

- อยากให้ถวายความรู้แก่พระสงฆ์ เพื่อพระสงฆ์จะได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสอนชาวบ้านเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเหมาะสมในเรื่องการใช้ยา เช่น วิธีการรักษาดูแลตัวเอง การไม่ใช้ยาพราหม์หรือ เรื่องนี้พระน่าจะเข้ามาสนับสนุนเป็นแนวร่วมได้

- ในยุทธศาสตร์ที่ ๕ ว่าด้วยการสร้างความเข้มแข็งของการมีส่วนร่วมของชุมชน มีกองทุน สปสช. ซึ่งน่าจะประชาสัมพันธ์เพื่อนำประเด็นนี้มาขอเงินกองทุนไปขับเคลื่อนในพื้นที่ได้

- ต้องมีผู้ที่มีความรู้ถูกต้อง ไปให้ความรู้แก่ประชาชนควรอย่างค่อยเป็นค่อยไป เพราะประชาชนที่ใช้ยาส่วนมากจะอายุมาก ควรไปให้ความรู้เป็นประจำ เช่น เดือนละครั้ง

- ในแต่ละหมู่บ้านควรมีตัวแทนมาฟังการให้ความรู้ เพราะถ้าประชาชนมีความรู้จริงจะช่วยลดปัญหานี้ได้มาก



๔) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อน

มติ ๘.๓ ระบบสุขภาพเขตเมือง: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม



เวทีนี้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่เกิดขึ้นเมื่อปี ๒๕๕๘ มติ ๓ ระบบสุขภาพเขตเมือง: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม หลังจากที่มีมติดังกล่าว ได้รับฉันทมติจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ เมื่อวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๕๘ ได้มีความก้าวหน้าที่สำคัญคือ การยกร่างแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง ซึ่งปัจจุบันอยู่ระหว่างการเตรียมนำเสนอคณะกรรมการระดับชาติฯ เพื่อพิจารณา ดังนั้นในเวทีนี้จะมีการแลกเปลี่ยนและให้ข้อเสนอแนะต่อร่างแผนยุทธศาสตร์ฯ เพื่อจะได้นำไปปรับปรุงยุทธศาสตร์ดังกล่าวให้สามารถนำไปใช้ขับเคลื่อนได้อย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

ผู้เข้าร่วมเวทีประกอบด้วย

- | | |
|-------------------------------|--|
| ๑. นพ.ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ | รองผู้อำนวยการด้านบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลกำแพงเพชร |
| ๒. นพ.วงวัฒน์ ลีวัชรินทร์ | รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร |
| ๓. พญ.ขจีรัตน์ ปรักเอโก | รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ สปสช. |
| ๔. ผศ.ดร.จรวัยพร ศรีศัลลักษณ์ | ผู้จัดการงานวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) |

ดำเนินรายการโดย นพ.ชวินทร์ ศิรินาค ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

นพ.ชวินทร์ ศิรินาค

ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา ได้มีการนำมติ ๘.๓ ระบบสุขภาพเขตเมือง: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ผ่านฉันทามติเพื่อขับเคลื่อน โดยมีกรมอบหมายให้หน่วยงานหลักคือ กระทรวงสาธารณสุข โดย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ร่วมกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย และสถาบันศึกษาทางสุขภาพจากหลายๆ ภาคส่วน ให้ดำเนินการดังนี้

- ให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติ จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมืองโดยการมีส่วนร่วม โดยให้ตั้งภายในหกเดือน
- ให้มีการสนับสนุนคณะกรรมการระดับชาติจัดทำแผนยุทธศาสตร์ให้ครอบคลุมทั้งด้านบริการสุขภาพ บุคลากร สาธารณสุข ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน เทคโนโลยี การเงินการคลัง รวมทั้งการอภิบาลระบบไปแล้วเสร็จภายในหนึ่งปีตั้งแต่มีคณะกรรมการ
- ให้มีการสนับสนุนคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ทั้ง ๑๒ เขตกับกรุงเทพมหานคร โดยมีองค์ประกอบทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาสังคม ช่วยกันขับเคลื่อนอย่างบูรณาการ
- ให้ภาคีเครือข่ายร่วมในการพัฒนาระบบ โดยให้ความสำคัญกับภาคประชาชน โดยสร้างความตระหนักเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟันฟูทุกกลุ่มวัย เพื่อให้การดูแลสุขภาพของคนเมืองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตามบริบทของแต่ละพื้นที่
- ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการวิจัยและพัฒนา รวมทั้งให้กระทรวงเป็นหน่วยงานหลักในการประสานกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม สำนักงานประมาณและท้องถิ่น ในการศึกษากลไกเรื่องการเงินการคลัง
- ให้มีการรายงานความก้าวหน้าในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๐ พ.ศ.๒๕๖๐

ความก้าวหน้าของการขับเคลื่อนมติที่ผ่านมา

มีการแต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนมติระบบสุขภาพเขตเมือง: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ทำหน้าที่เสนอรายละเอียดต่างๆ รวมทั้งรายชื่อคณะกรรมการระดับชาติ เพื่อเสนอให้ประธานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (พล.ร.อ.ณรงค์ พิพัฒนาศัย รองนายกรัฐมนตรี) ลงนามแต่งตั้งแล้ว โดยคณะกรรมการระดับชาติ มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษา มีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ เพื่อจัดทำร่างยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง ในส่วนองค์ประกอบของคณะกรรมการฯ จะมีมาจากหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับเขตเมือง เช่น กระทรวงสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ที่ถือเงินทางคลัง ผู้ที่ถือเงินทาง สปสช. และหลายๆ ภาคส่วน เข้ามาร่วมคิดเพื่อร่างยุทธศาสตร์

คณะทำงานฯ ได้ร่างยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๗๐ โดยมีกรอบว่ายุทธศาสตร์จะต้องอ้างอิงทุกระดับ ตั้งแต่

- **ระดับนานาชาติ** เช่น SDGs (Sustainable Development Goals) Paris Agreement และอีกหลายๆ นโยบายจากองค์การอนามัยโลก

- **ระดับประเทศ** เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติ และที่สำคัญคือร่างรัฐธรรมนูญที่ผ่านประชามติเรียบร้อยแล้ว ซึ่งเน้นเรื่องการให้บริการของระบบปฐมภูมิ ซึ่งบรรจุไว้ในรัฐธรรมนูญชัดเจน

- **ระดับกระทรวง** ก็คือกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขมีแผนงานย่อย เช่น แผนทศวรรษในการพัฒนาระบบปฐมภูมิ ระบบ Primary Cluster

- **ระดับพื้นที่** เช่น แผนพัฒนากรุงเทพมหานคร และแผนพัฒนาจังหวัด ซึ่งต้องคำนึงถึงด้วย เพราะในเรื่องของเขตเมืองจะกระจายอยู่ทั่วทุกจังหวัดในประเทศไทย ไม่ใช่เฉพาะในกรุงเทพมหานคร ในเมืองต่าง ๆ จะเป็นเขตเมืองหมดแล้ว นอกจากนี้ มีหลายอำเภอในจังหวัดต่าง ๆ ที่เข้าสู่ระบบของเขตเมือง ไม่ใช่จะต้องเป็นอำเภอเมือง

มีการระดมสมองเพื่อคิดยุทธศาสตร์ที่ครอบคลุมในเรื่องการดูแลคนเมืองให้มีประสิทธิภาพได้แก่

- ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ด้านระบบบริการสุขภาพเขตเมือง
- ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การพัฒนาระบบการเงินการคลังของระบบบริการสุขภาพเขตเมือง
- ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศระบบบริการสุขภาพเขตเมือง
- ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การส่งเสริมการศึกษาวิจัยพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง
- ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การอภิบาลระบบและขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ด้านระบบบริการสุขภาพเขตเมือง มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

๑. เพื่อออกแบบระบบบริการสุขภาพเขตเมืองซึ่งมุ่งเน้นบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เข้าถึงได้ครอบคลุม ทุกกลุ่มประชากร ทุกกลุ่มวัย และต้องสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญซึ่งเน้นการให้บริการระบบปฐมภูมิ

๒. เพื่อพัฒนาการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ ให้เชื่อมโยงหน่วยบริการสุขภาพเขตเมือง และสามารถส่งต่อบริการสุขภาพได้อย่างสะดวกและมีประสิทธิภาพ ซึ่งในเขตเมืองมีทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ ที่ผ่านมามีปัญหาหลายประเด็น เช่น เต็มเต็ม ไม่รู้จะส่งต่ออย่างไร ปัญหาต่างๆ เหล่านี้จำเป็นต้องมาร่วมกันแก้ไข เพื่อวางแผนการผลิตและพัฒนาการจัดสรรกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อรองรับระบบบริการสุขภาพเขตเมืองอย่างเหมาะสม

๓. เพื่อให้มีการกระจายตัวของบุคลากรทางด้านกายภาพสาธารณสุขเขตเมือง ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่อยู่กับภาคเอกชน ในขณะที่ทางภาครัฐมีให้บริการไม่เพียงพอ

๔. เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการสร้างความรู้ความตระหนักให้ประชาชนดูแลสุขภาพของตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญ

๐ ตัวชี้วัดมีอยู่ ๔ ตัวหลักๆ คือ

๑. มีรูปแบบบริการสุขภาพเขตเมืองในเชิงบูรณาการ และมีโครงสร้างการบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นบริการปฐมภูมิ

๒. มีระบบการเชื่อมโยงการส่งต่อของหน่วยบริการสุขภาพในเขตเมือง

๓. มีการผลิตพัฒนาจัดสรรกำลังคนตามแผนที่กำหนดไว้

๔. ชุมชนท้องถิ่นมีโครงการหรือกิจกรรมในการดูแลสุขภาพประชาชน

๐ กลยุทธ์มี ๗ กลยุทธ์

๑. พัฒนารูปแบบโครงสร้างการจัดบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นปฐมภูมิให้สอดคล้องกับพื้นที่และลักษณะของประชากร
๒. พัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพในเขตเมือง ลดความเสี่ยงในกลุ่มประชากรเป้าหมาย
๓. พัฒนาเครือข่ายระบบส่งต่อระหว่างปฐมภูมิและหน่วยบริการระดับต่าง ๆ
๔. ผลิต/พัฒนาศักยภาพ และจัดสรรกำลังคน ที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน รองรับระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม
๕. ส่งเสริมให้ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง
๖. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการร่วมจัดระบบบริการสุขภาพเขตเมือง
๗. เสริมสร้างศักยภาพให้ประชาชนมีความแตกฉานด้านสุขภาพ Health literacy

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การพัฒนาระบบการเงินการคลังของระบบบริการสุขภาพเขตเมือง มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

๑. เพื่อพัฒนากระบวนการจัดทำและจัดสรรงบประมาณจากระบบหลักประกันสุขภาพงบประมาณท้องถิ่น สำหรับบริการสุขภาพเขตเมืองอย่างเป็นธรรม มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมผู้อาศัยในเขตเมือง ซึ่งที่ผ่านมามีระบบดูแลเรื่องการเงินการคลังหลายเรื่อง เช่น เรื่องของ สปสช. ระบบประกันสังคม ระบบสวัสดิการข้าราชการ ระบบดูแลสุขภาพแรงงานต่างชาติดี แต่ยังไม่มีการจัดสรรงบประมาณต่างชาติดูแลสุขภาพที่อยู่ในเขตเมือง ซึ่งเป็นเรื่องหนึ่งที่จะต้องจัดการ
๒. เพื่อพัฒนากลไกการเงินการคลังรองรับการส่งต่อการจัดบริการเขตเมืองให้มีบริการอย่างต่อเนื่อง และเข้าถึงบริการได้ทุกสิทธิ
๓. เพื่อลดอุปสรรคด้านการเงินให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขมีความพยายามที่จะจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยร่วมมือกับเอกชน โดยให้ผู้ให้บริการไปที่ไหนก็ได้ ไปเอกชนก่อนก็ได้ แต่ก็ยังมีปัญหาอุปสรรคในการเชื่อมร้อยข้อมูลหรือเชื่อมโยงเรื่องระบบการเงินการคลังอยู่

๐ ตัวชี้วัด คือ

๑. มีการจัดระเบียบกฎเกณฑ์ในการจัดทำและจัดสรรงบประมาณที่เอื้อต่อระบบสุขภาพเขตเมือง
๒. มีรูปแบบกลไกการเงินการคลังที่รองรับ ซึ่งอาจไม่เหมาะที่จะใช้ระบบเดียวกันทั่วประเทศ ในเขตเมืองอาจจะต้องมีรูปแบบที่แตกต่างออกไป เพื่อรองรับประชาชนที่อยู่ในเขตเมืองทุกคนที่อยู่อาศัยตามทะเบียน คนที่มาทำงานโดยทะเบียนอยู่ต่างจังหวัด หรือแม้กระทั่งแรงงานต่างชาติดี
๓. ประชาชนในเขตเมืองเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศระบบบริการสุขภาพเขตเมือง

โดยยุทธศาสตร์นี้มี ๖ วัตถุประสงค์หลัก ซึ่งส่วนใหญ่คือ เรื่องฐานข้อมูล เพราะที่ผ่านมาการเชื่อมโยงระบบข้อมูลสารสนเทศในแต่ละหน่วยงาน แต่ละองค์กร แต่ละสถานพยาบาล ยังไม่เป็น

ระบบเดียวกัน ทำให้มีปัญหาในการส่งต่อข้อมูล แต่บางประเทศมีการใช้ ID Card ๑๓ หลัก ซึ่งข้อมูลการรักษายาบาลทุกอย่างจะอยู่ในบัตรหมด ไม่ว่าจะไปเอกชน ไปโรงพยาบาลของรัฐ หรือแม้กระทั่งคลินิก ก็จะมีข้อมูลทางด้านสุขภาพบรรจุไว้หมด เพราะฉะนั้นจะอย่างไรในการที่จะเชื่อมโยงข้อมูลสารสนเทศของบุคคล ให้สามารถที่จะเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานบริการได้ และที่สำคัญคือการวิเคราะห์ข้อมูล ในเรื่องของระบบการรายงาน เรื่องของโรคต่าง ๆ เรื่องของภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะต้องมีความเชื่อมโยงกัน ที่ผ่านมามีการบังคับใช้กฎหมาย ไม่ได้ครอบคลุมโรงพยาบาลเอกชนในเรื่องการรายงานโรค เพราะฉะนั้นโรคบางโรคจึงไม่ได้มีการรายงาน ทำให้อัตราการเกิดโรคไม่ใช่อัตราที่แท้จริง เรื่องนี้ก็เป็นปัญหาที่จะต้องจัดการกับข้อมูลสารสนเทศต่อไป

๐ ตัวชี้วัด คือ

มีระบบฐานข้อมูล มีคลังข้อมูล มีซอฟต์แวร์ มีการจัดระบบข้อมูลส่วนบุคคลที่เชื่อมโยง และที่สำคัญคือข้อมูลต่าง ๆ ต้องปลอดภัยไม่รั่วไหลไปสู่บริษัทอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรง

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การส่งเสริมการศึกษาวิจัยพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง โดยวิทยาการจะนำเสนอในรายละเอียดอีกครั้ง

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การอภิบาลระบบและขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์

ในเมืองหลวงมีหน่วยงานบริการค่อนข้างหลายสังกัด ดังนั้นเป้าหมายจะทำอย่างไรให้มีการอภิบาลระบบโดยภาพรวม หรือมี Super board ช่วยดูแลและเชื่อมร้อยกับหัวหน้าขององค์กรหลักใหญ่ ๆ ที่ดูแลเรื่องของระบบสุขภาพในเขตเมือง ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีเป้าหมายเช่นเดียวกัน ก็คือระบบดูแลสุขภาพคนในเมือง มีการผลักดันนโยบาย กำหนดทิศทาง มีการอภิบาลระบบ มีการรวบรวมกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และต้องมีการแก้กฎหมายเพื่อให้เอื้อต่อการให้บริการ ตรงนี้เป็นสิ่งที่สำคัญ

๐ ตัวชี้วัด มี ๖ ตัวคือ

๑. นโยบาย ทิศทาง มาตรการต่าง ๆ
๒. ระบบติดตามประเมินผล
๓. จำนวนเครือข่ายด้านสุขภาพ ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมบูรณาการการทำงาน ซึ่งที่ผ่านมา มีการหารือกับภาคเอกชน ซึ่งอาจจะมีโอกาสหนึ่งในการทำงานร่วมกัน โดยใช้เตียงที่มีอยู่มากมายของโรงพยาบาลเอกชนมาเป็นการให้บริการร่วม
๔. มีรูปแบบการแก้ไขปัญหาด้านธรรมาภิบาลที่ประสบผลสำเร็จ
๕. มีการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจัง
๖. มีศูนย์ประสานงานหลัก ที่คอยประสานงานเชื่อมโยงการทำงานของหน่วยต่าง ๆ

๐ กลยุทธ์

๑. จัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมืองในระดับชาติ ที่มีองค์ประกอบทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และขับเคลื่อนโดยผ่านกลไกต่าง ๆ ระดับเขต และจังหวัด ให้สอดคล้องกับเขตสุขภาพต่าง ๆ
๒. สร้างและพัฒนาระบบการติดตามประเมินผลให้มีประสิทธิภาพ และกำหนดให้มีหน่วยงานหลักในการวิเคราะห์ ติดตามกำกับประเมินผล

๓. สร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการบริหารจัดการ จัดระบบบริการ และการสนับสนุนในรูปแบบต่างๆ

๔. ส่งเสริมให้เกิดกลไกประชารัฐในระบบสุขภาพเขตเมือง

๕. ประชาสัมพันธ์และสร้างความเข้าใจต่อสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับจากระบบบริการสุขภาพในเขตเมือง

๖. จัดตั้งศูนย์ประสานงานหลัก ทำหน้าที่เป็นองค์กรกลางในการประสานงาน การจัดการ และ กำกับติดตามยุทธศาสตร์อย่างต่อเนื่อง

นพ.ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ

รองผู้อำนวยการด้านบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ปัจจุบันในส่วนของเขตเมืองมีความเป็นเมืองมากขึ้นเรื่อยๆ เช่น อ.แม่สอด ก็เริ่มมีความซับซ้อนของเมือง หลาย ๆ จังหวัดจะเป็นอย่างนี้ ในส่วนของพื้นที่เขตเมืองทั้งหมดมักจะอยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ในการทำงานจะแบ่งเขตเมืองออกเป็น ๔ ประเภท ได้แก่

- เมืองทั่วไป

- เมืองใหญ่ เช่น จังหวัดขอนแก่น อุดรธานี เชียงใหม่

- **ปริมาตรใกล้เคียงกรุงเทพมหานครที่มีความซับซ้อนขึ้น หรือพื้นที่พิเศษ** เช่น ภูเก็ต พัทยา เมืองท่องเที่ยวต่าง ๆ ซึ่งทั้งหมดยังมีรูปแบบการจัดบริการที่มีความใกล้เคียงกับที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก

- **กรุงเทพมหานคร** เป็นพื้นที่พิเศษเพราะมีระบบการปกครองพิเศษ มีการเลือกตั้ง และมีหน่วยงาน ที่เรียกว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ใหญ่ที่สุดในประเทศก็อยู่ที่กรุงเทพ

มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพเขตเมือง แบ่งเป็นหน่วยงานหลัก ๆ คือ

หน่วยงานที่อยู่ในความดูแลของกระทรวงสาธารณสุข มีโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป บางพื้นที่ที่มีขนาดใหญ่อาจจะมียุทธศาสตร์ของกรมการแพทย์ หรือโรงพยาบาลเฉพาะด้าน เช่น โรงพยาบาลแม่และเด็กทั่วไป และในส่วนของโรงพยาบาลส่วนรวมทั่วไปจะมีหน่วยที่ดูแลเรื่องปฐมภูมิ คือ กลุ่มงานให้บริการสังคม ซึ่งมีกลุ่มภารกิจปฐมภูมิเป็นผู้ดูแลภาพรวมและจัดบริการปฐมภูมิ มีหลายรูปแบบ เริ่มจากศูนย์สุขภาพชุมชนในเมืองขนาดเล็กจนถึงขนาดโรงพยาบาลเมือง จังหวัดที่มีโรงพยาบาลเมือง เช่น พัทยา ชลบุรี แพร่

หน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข ในบางพื้นที่ที่เทศบาลหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเข้มแข็งจะรับประชาชนไปดูแลเอง เช่น อุดรธานีตั้งโรงพยาบาลขนาด ๒๐๐ เตียง หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย บางที่มีค่ายทหารก็จะมีโรงพยาบาลค่าย ในกรมตำรวจก็มีโรงพยาบาลตำรวจ เพราะฉะนั้นในส่วนตรงนี้จะเป็หน่วยงานที่นอกสังกัดสาธารณสุข แต่ก็ยังมีความเชื่อมโยงกันอยู่ในระดับหนึ่ง

หน่วยงานเอกชน ในบางพื้นที่จะมีทั้งโรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชนเข้ามาร่วม เช่น ในเขตกรุงเทพ มีการให้คลินิกมาร่วมดูแลสุขภาพบางส่วน แต่ยังมีอีกหลายภาคส่วน เช่น ร้านขายยา หรือหน่วยงานภาครัฐต่าง ๆ ซึ่งในหลายประเทศจะให้ภาคส่วนเหล่านี้เข้ามามีส่วนร่วม

รูปแบบการจัดบริการ

สำหรับเมืองที่ไม่ซับซ้อนมาก ในเมืองเล็ก ๆ ประชากรประมาณ ๕๐,๐๐๐ ถึง ๑๐๐,๐๐๐ คน ส่วนใหญ่มีโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ศูนย์ดูแล และเมืองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาล อาจจะเข้ามามีส่วนร่วม แต่เป็นแค่ลูกข่าย

สำหรับเมืองที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เทศบาลที่มีประชากรมากและรู้สึกว่าคุณแลตรงนี้ได้ หลาย ๆ ที่ก็จะเริ่มเข้ามาดูแลเอง โดยจัดตั้งเป็นหน่วยบริการ แต่ว่าทั้งหมดนี้ก็ยังอยู่ภายใต้คณะกรรมการจัดการเครือข่าย

สำหรับเมืองที่ใหญ่มาก จะมีหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุขเข้ามาช่วยด้วย และมีโรงพยาบาลเอกชน หรือภาคเอกชนที่จะเข้ามาช่วย และเนื่องจากเป็นหน่วยที่ใหญ่ที่สุด และซับซ้อนมาก จึงเกิดปัญหาในเรื่องของความเชื่อมโยงกัน

ปัญหาของเขตเมือง คือ

- **ระบบสุขภาพปฐมภูมิยังขาดแคลนกำลังคนและขาดความเข้มแข็ง** เขตเมืองมีทรัพยากรสุขภาพจำนวนมาก แต่เน้นเรื่องการรักษาพยาบาลมากกว่าการดูแลสุขภาพ ซึ่งเรื่องการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพนั้น เขตเมืองจะครอบคลุมน้อยกว่าในเขตชนบท เพราะการเข้าถึงการดูแลในเชิงส่งเสริมป้องกันจะยากกว่าในเขตชนบท เพราะในเขตชนบทมี รพ.สต. และโรงพยาบาลชุมชนดูแลซึ่งจะครอบคลุมมากกว่า

- **การเชื่อมโยงข้อมูลเรื่องสุขภาพ** เนื่องจากเขตเมืองมีหน่วยงานหลายสังกัด แต่ละหน่วยดูแลของตัวเอง และไม่มีการนำข้อมูลมาอยู่ที่ส่วนกลาง เช่น ถ้าคนไข้ไปคลินิกเอกชน แล้วมาโรงพยาบาลรัฐ ข้อมูลอาจจะไม่ได้เชื่อมกันเลย และไม่สามารถเช็คได้ว่ากินยาอะไรมาบ้าง

- **เรื่องของการเชื่อมต่อหน่วยบริการ** เช่น ภาคเอกชนเตียงว่าง ภาครัฐบาลเตียงล้น ซึ่งอยู่ในพื้นที่เดียวกัน ปัญหาคือจะเชื่อมโยงระบบบริการอย่างไร

- **การขาดการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน** ภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพมีมาก แต่ทำอย่างไรจะเชื่อมระบบตรงนี้เข้ามา ซึ่งเอกชนหลายที่อยากจะมาร่วม เพราะรู้ว่าภาครัฐมีปัญหาเรื่องความครอบคลุม และถ้าต้องลงทุนเพิ่มก็ต้องใช้งบประมาณมาก จึงเห็นตรงกันว่าควรเข้ามามีส่วนร่วม

- **เรื่องการเงินการคลัง** เป็นเรื่องระบบการจ่ายเงินกับการจัดบริการที่ยังไม่มีการสอดรับกัน ไม่เอื้อให้การจัดบริการเป็นรูปแบบที่เหมาะสม

แนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพเขตเมือง

- **การสร้างความเข้มแข็งระบบบริการปฐมภูมิ** เรื่องหลักคือ เรื่องคนที่เป็นเจ้าภาพในการจัดการมีส่วนร่วม กระทรวงสาธารณสุขรับในเรื่องของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ โดยทำร่วมกับกระทรวงมหาดไทย เพราะว่าเรื่องสุขภาพไม่ใช่เรื่องของการเจ็บป่วยอย่างเดียว ยังมีเรื่องอื่น ๆ ด้วย นอกจากนี้ ยังมีหน่วยงาน อาทิ สสส. สปสช. เข้ามาช่วยด้วย ตรงนี้เป็นเรื่องที่ทำอย่างไรถึงจะดึงทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม ไม่เว้นแม้กระทั่งเอกชน

- **การทำนโยบายที่เรียกว่า Primary care cluster หรือ คลินิกหมอครอบครัว** เนื่องจากรัฐธรรมนูญบอกไว้ว่าต้องมีการสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันก็ต้องมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในสัดส่วนที่เหมาะสม คือมีหมอที่เป็นหมอประจำตัวคนไข้ ซึ่งต้องรู้ว่า

เวลาคนไข้ไปหาหมอที่ไหนมาได้ยาอะไรมาแล้วบ้าง ตรงนี้เป็นการสืบหน้าในเรื่องของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ มีการเขียนกฎหมายแล้วว่าคนไข้จะต้องมีหมอประจำตัว และไม่ว่าคนไข้จะไปใช้บริการทางการแพทย์ที่ไหนก็ตามจะต้องส่งข้อมูลมาให้หมอประจำตัว ระยะเวลาในการเขียนกฎหมายตัวนี้อยู่ประมาณหนึ่งปี

- **การควบคุมโรคป้องกันโรคในเขตเมือง** เนื่องจากเขตเมืองมีบริบทที่แตกต่างมากมาย มีคอนโดมีอาคาร สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่ไม่เหมือนชนบท เรื่องของโรคภัยก็มีความแตกต่างกัน ตอนนี้กระทรวงสาธารณสุขมีสำนักใหม่คือ สำนักควบคุมโรคในเขตเมืองโดยเฉพาะ กระทรวงได้เห็นความสำคัญจึงทำในส่วนตรงนี้ขึ้นมา

- **การจัดการสิ่งแวดล้อม** เรื่องการวางผังเมือง การจัดการสิ่งแวดล้อมในเมือง จะทำอย่างไรให้เมืองเป็นเมืองน่าอยู่

- **การจัดการด้านความปลอดภัย** เช่น อุบัติเหตุที่เกิดในเมือง การจราจรที่คับคั่ง จะจัดการอย่างไร

- **การมีส่วนร่วมนโยบายสาธารณะ** และการบังคับใช้กฎหมาย ประเด็นสำคัญคือ ทำอย่างไรให้เกิดการร่วมกันระหว่างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพอำเภอ ในขณะเดียวกันปัญหาหลายเรื่องจะต้องออกเป็นนโยบายสาธารณะในการจัดการ และการบังคับใช้กฎหมายก็เป็นเรื่องสำคัญ

นี่คือภาพหลัก ๆ ที่มองว่ากระทรวงสาธารณสุขได้มีบทบาทเข้ามาทำ และคิดว่าในส่วนตรงนี้น่าจะเสริมโอกาสยุทธศาสตร์ในการที่ทำเรื่องตรงนี้

นพ.วงวัฒน์ ลีลักษณ์

รองผู้อำนวยการ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ระบบบริการสุขภาพในกรุงเทพมหานครมีความซับซ้อนมาก อย่างเรื่องหน่วยบริการส่วนกลาง ถ้าพูดในที่อื่นก็จะหมายถึงกระทรวงสาธารณสุข แต่พอเป็นกรุงเทพฯ ไม่รู้ว่าส่วนกลางคือใคร เพราะหน่วยบริการใน กทม. มีโรงพยาบาลสังกัด กทม. ประมาณ ๑๐ แห่ง มีโรงพยาบาลสังกัดภาครัฐอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ กทม. ๓๔ แห่ง มีทั้งของเหล่าทัพ ตำรวจ มหาวิทยาลัย ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีหลายสังกัด เต็มไปหมด มีโรงพยาบาลเอกชน ๙๓ แห่ง คลินิกเอกชนประมาณ ๕,๐๐๐ แห่ง ซึ่งในคลินิกเอกชนทั้งหมด ๕,๐๐๐ กว่าแห่ง มีคลินิกอบอุ่นภายใต้ระบบ UC ประมาณ ๑๖๐ แห่ง มีสำนักอนามัยซึ่งเป็นปฐมภูมิ ๖๘ แห่ง ยังมีอีกร้านยาประมาณ ๕,๐๐๐ แห่ง ซึ่งมีคุณภาพประมาณ ๒๐๐ กว่าแห่ง นี่คือนักงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพเขตเมือง

ปัญหาเรื่องความเชื่อมโยงของระบบข้อมูล

ในเรื่องของความเชื่อมโยง ระบบทั้งหมดที่กล่าวมานี้มีการให้บริการที่เรียกว่า “แยกอิสระจากกัน” เพราะต่างคนต่างมีนโยบาย มีงบประมาณ และมีทิศทางเป็นของตัวเอง แต่ฐานข้อมูลไม่มีความเชื่อมโยงกัน ซึ่งเป็นปัญหาเพราะแต่ละคนมีวิธีจัดเก็บข้อมูลเป็นของตัวเอง ซึ่งจะเก็บเฉพาะข้อมูลที่ตัวเองต้องการ ทั้งยังไม่มีความชัดเจนเรื่องข้อมูลส่วนกลางที่ควรจัดเก็บ และปัญหาเรื่องโปรแกรมในการเก็บข้อมูลที่มีหลากหลาย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเนื่องในการรักษาโรคเรื้อรังทั้งหลายหรือการรักษาในระยะยาว

เรื่องการกระจายตัวของหน่วยบริการในกรุงเทพ

สมัยก่อนจะมีการกระจายจากตรงกลางออกไปชายขอบ คือไม่ค่อยมีใครจะไปตั้งโรงพยาบาลชายขอบ เนื่องจากไม่มีคน แต่ปัจจุบันนี้เมืองได้ขยายไปจนถึงสุดขอบ ฉะนั้นการกระจายจึงมีปัญหาในบางพื้นที่มี ๓-๔ โรงพยาบาลใหญ่ ๆ ติดกันอยู่ตรงนั้น เช่น โรงพยาบาลพระมงกุฎฯ โรงพยาบาลรามารวม โรงพยาบาลเด็ก โรงพยาบาลราชวิถี ทั้ง ๔ โรงพยาบาลอยู่ในรัศมีเดินแค่ ๕ นาที นี่เป็นปัญหาการใช้ทรัพยากรที่ขาดประสิทธิภาพ

เรื่องความหลากหลายของผู้รับบริการ

- **เรื่องวัยทำงาน** ปัจจุบันข้อมูลของ กทม. มีคนประมาณ ๕.๗ ล้านตามทะเบียนราษฎร์ แต่ข้อมูลที่ได้จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพของเขต กทม. มีประมาณ ๔.๐๕ ล้าน ในจำนวนนี้อยู่ในวัยทำงานเกือบ ๗๐% เป็นวัยผู้สูงอายุประมาณ ๑๔% นอกนั้นเป็นวัยเด็ก สรุปคือ ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ถ้ารวมกับวัยเรียนที่เป็นระดับมหาวิทยาลัยหรือเด็กโตแล้วจะเกือบ ๆ ๘๐%

- **เรื่องวิถีชีวิต** คนกรุงเทพฯ มีวิถีชีวิตหลากหลาย สังเกตจากอาหารที่มีขายตลอด ๒๔ ชั่วโมง แสดงว่ามีความหลากหลายของวิถีชีวิตมาก ถึงทำให้สามารถขายอาหารได้ทั้งวัน ความหลากหลายนี้ นำไปสู่ความต้องการบริการสุขภาพที่ไม่เหมือนกัน การคิดอะไรเพื่อจะมารองรับกลุ่มคนเหล่านี้จึงไม่ง่าย

- **เรื่องสถานะ** ในเมืองส่วนใหญ่เป็นที่รวมของความแตกต่างด้านสถานะของบุคคล คนรวยที่สุดก็น่าจะอยู่ในกรุงเทพ คนจนที่สุดก็อาจจะอยู่ในกรุงเทพเหมือนกัน ความต่างในเรื่องสถานะการเงิน นำไปสู่พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพที่ไม่เหมือนกัน คนส่วนใหญ่ที่ไม่มีเวลาไปหน่วยบริการ ก็จะเข้าร้านยาเพราะสะดวกสุด กินเอง ซื้อเอง รักษาเอง วินิจฉัยเอง

- **เรื่องการเคลื่อนไหวของประชากร** ในเมืองใหญ่มีการเคลื่อนไหวของประชากรสูงมาก เช่น การย้ายที่พัก คอนโด ฯลฯ รวมทั้งในเมืองมีทั้งคนต่างด้าวที่เข้ามาทำงาน และนักท่องเที่ยวที่เข้ามาอยู่ชั่วคราวระยะหนึ่ง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาเรื่องการติดตาม และเป็นอุปสรรคในการเชื่อมโยงเรื่องหมอบริการ

ในส่วนผู้ให้บริการ ที่ผ่านมานแนวโน้มการผลิต/การศึกษาของบุคลากรผู้ให้บริการ จะเน้นไปทางด้านแพทย์เฉพาะทาง เนื่องจากมีความต้องการจากหน่วยบริการจึงผลักดันให้บุคลากรสาธารณสุขไปในด้านเชี่ยวชาญเฉพาะเรื่อง ดังนั้นถ้าจะวางระบบเขตเมืองโดยเฉพาะอย่างยิ่งจะเน้นปฐมนุรักษ์เข้มแข็ง เรื่องนี้เป็นปัญหาที่จะต้องแก้ไขให้ได้

เรื่องปัญหาสุขภาพ ข้อมูลตอนนี้บอกว่าโรคมะเร็งมาเป็นอันดับหนึ่ง โรคหลอดเลือดหัวใจมาเป็นอันดับสอง แต่ว่ายังมีปัญหาสุขภาพอีกหลายเรื่องที่ไม่มีข้อมูลชัดเจน เช่น ปัญหาเรื่องความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น เรื่องตัวเลขมะเร็งที่ว่าเยอะเพราะเป็นโรคที่บังเอิญเข้าไปในหน่วยบริการจึงมีการเก็บได้ง่าย แต่เรื่องบางเรื่องนั้นไม่เข้าไปสู่ระบบบริการ เช่น เรื่องความรุนแรงต่อเด็กสตรีและผู้สูงอายุ หรือแม้กระทั่งการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น โรคเหล่านี้เป็นโรคที่มาจากปัจจัยทางสังคม นอกจากนี้มีเรื่องพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ และเรื่องภัยพิบัติ เรื่องโรคระบาดซึ่งต้องอาศัยการจัดการอย่างเป็นระบบไม่เช่นนั้นก็จะปัญหายุ่งยาก นี่คือภาพว่าเขตเมืองนั้นยุ่งอย่างไร แล้วยุทธศาสตร์ไหนจะมาแก้ How to คืออะไร

พญ. ขจีรัตน์ ปรักเอโก

รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ สปสช.

การขับเคลื่อนมี ๓ ประเด็นหลัก คือ ประชาชนเข้าถึงบริการ การเงินการคลังยั่งยืน และมี
ธรรมมาภิบาล และมี ๕ กลยุทธ์ เพื่อให้มั่นใจว่าประชาชนจะเข้าถึง

๑. แนวทางขับเคลื่อนในกลุ่มเปราะบาง คือกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึง

- เราต้องหาข้อมูลของคนเหล่านี้ เช่น อยู่ที่ไหน ทำไมถึงเข้าไม่ถึง เพื่อที่จะสามารถวิเคราะห์
เพื่อสร้างระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมได้

- เน้นในเรื่องของการสื่อสาร ว่าพวกเขาจะสามารถรับรู้และเข้าใจได้อย่างไรในการที่จะ
เข้ามาใช้บริการ และในเขตเมืองมีวิธีการรักษาทุกรูปแบบ เช่น บัตรทองข้าราชการ ประกันสังคม
เรื่องที่สำคัญคือ การเคลื่อนย้ายสิทธิ์ เช่น พอดีงานใช้สิทธิ์ UC พอได้งานใช้สิทธิ์ประกันสังคม พอดีงาน
ก็กลับมาใช้ UC อีก ในเขตเมืองจะมีการปรับเปลี่ยนสิทธิ์อยู่ตลอดเวลา มีประชากรแฝงเคลื่อนย้าย
จำนวนมาก ต่างดาว นักท่องเที่ยว ซึ่งการทำงานในแต่ละกลุ่มก็จะไม่เหมือนกัน ในส่วนของ สปสช.
จะดูแล UC เป็นหลัก แต่เราทำหน้าที่เป็นฐานข้อมูลกลางของประเทศที่จะต้องดูแลทุกกลุ่มด้วย

๒. แนวทางขับเคลื่อนในเรื่องของหน่วยบริการ

- มียุทธศาสตร์เรื่องปฐมภูมิเขตเมือง เป็นสิ่งที่ สปสช. ร่วมผลักดันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- มีเรื่อง health literacy ตอนนี้งานทำ health education ไม่เพียงพอ เราต้องมั่นใจว่า
ประชาชนเข้าใจจริง ๆ ว่าสุขภาพเขาเป็นอย่างไร เป็นเบาหวานต้องดูแลตนเองอย่างไร นี่คือ health literacy
ต้องเข้มข้นขึ้นกว่าเดิม ซึ่ง สปสช. เห็นความสำคัญตรงนี้

- คนที่จะเข้ามาให้บริการระบบ UC จะต้องมีการขึ้นทะเบียน โดยภาครัฐต้องเข้ามาอยู่แล้ว
แต่ถ้าเป็นภาคเอกชนต้องสมัคร ซึ่งตามหลักการของ สปสช. การขึ้นทะเบียนจะมี ๒ ส่วนใหญ่ ๆ คือ
ฝั่งปฐมภูมิกับฝั่งที่เป็นโรงพยาบาลระดับสูงขึ้นไปหรือเป็นทุติยภูมิ เราจะแยกกันขึ้นทะเบียน เช่น
กลุ่มที่เป็นปฐมภูมิหน่วยย่อย เป็นคลินิกอำเภออบอุ่น หรือคลินิกแพทย์อื่น ๆ ที่อยากจะมาให้บริการ
ในเฉพาะบางเรื่อง หรือแม้แต่กายภาพบำบัด ทำฟัน ฯลฯ อยากจะให้บริการอย่างเดียวจะเข้ามาได้
อย่างไร หรือแม้แต่กลุ่มโรงพยาบาล เราก็เริ่มเปิดมากขึ้นว่าท่านไม่ต้องรับคนไข้ทุกแบบของ UC ก็ได้
ท่านอยากจะมาผ่าตัดหัวใจ ทำฟัน หรือกายภาพ อย่างเดียวกันก็ได้ ก็ขอเข้ามาในระบบเฉพาะเรื่องได้
สิ่งเหล่านี้จะเอื้อกับบริบทเขตเมืองที่จะแก้ปัญหาได้มากขึ้น ซึ่งประเด็นสำคัญคือจะเชื่อมโยงเครือข่าย
อย่างไร แล้วใครจะเป็นคนจัดการให้เกิดในแต่ละพื้นที่เขตเมือง

๓. แนวทางขับเคลื่อนในเรื่องบริหารกองทุน

- สปสช. พยายามปรับให้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลง แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในหลายเรื่อง เช่น
เราอยากจะทำเรื่องเข้าถึงบางเรื่องก็ต้องไปกินงบด้านอื่น นี่เป็นเรื่องที่ต้องปรับเปลี่ยนในแต่ละปี
ซึ่งบอร์ดก็จะอนุมัติมาว่าในแต่ละปีจะมีการบริหารจัดการอย่างไร

- สปสช. พยายามที่จะทำงานบูรณาการกับอีก ๒ กองทุนหลักคือ ข้าราชการ และ
ประกันสังคม ตอนนี้อย่างที่กล่าวมาคือ การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (P&P) เรื่องสร้างเสริม
ป้องกัน คือข้าราชการ ผู้ใช้ประกันสังคม แต่ละคนจะเข้าถึงระบบบริการ P&P ได้อย่างไร อย่างประกันสังคม
มีการออกระเบียบใหม่ ก็จะต้องคุยกันต่อไปว่าเป็นอย่างไร จะเข้าถึงกันแบบไหน จะเบิกจ่ายกันอย่างไร

หรือโรคเรื้อรังโดยเฉพาะเอชไอวี เราทำข้อตกลงกับ ๒ กองทุนแล้วว่า ถ้าคนไข้เปลี่ยนสิทธิ์จะไม่ทำให้คนไข้กระทบ เช่น คนไข้ติดเชื้อเอชไอวีแม้จะเปลี่ยนสิทธิ์ก็ต้องได้กินยาสูตรเดิม หรือการฟอกไต เช่น ฟอกไตกันทางหน้าท้องอยู่ดี ๆ จะไปถึงสายเขาออกไม่ได้ ต้องดูแลกันต่อเนื่อง อันนี้พยายามทำกันอยู่ในเรื่องเยี่ยมบ้าน UC เราทำด้านนี้อยู่แล้ว แต่ว่าประกันสังคมกับข้าราชการยังไม่มีสิทธิประโยชน์เยี่ยมบ้านที่กำลังจะทำในเรื่องนี้ต่อไป

- เรื่องงบของ สปสช. ซึ่งในแต่ละก้อนก็จะมีวัตถุประสงค์ของการใช้ ซึ่งเวลาจ่ายจะมีกฎเกณฑ์กติกาเงื่อนไข ซึ่งก็ยอมรับว่าในบางบริบทอาจจะยังไม่เข้าถึงได้ทันนัก หรือกรณีคนชั้นกลางก็มีประเด็นว่าสมมุติอยากไปรักษาด้วยตัวเองก่อนถ้าหมดเงินแล้วจะขอมาเข้า UC จะอย่างไร ก็จะมีเงื่อนไขขยับยั้งที่มีเสียงสะท้อนเข้ามาทำให้ สปสช. ต้องปรับเปลี่ยนการบริหารกองทุน

- สิ่งที สปสช. คาดหวังกับระบบบริการ มีเรื่องการออกแบบบริการ การจัดหาบริการ การพัฒนาระบบการเงินให้สอดคล้อง และหลังจากร่างยุทธศาสตร์ขึ้นมาแล้ว ตอนนี้กำลังจัดทำแผนปฏิบัติการรองรับ โดยเราสนับสนุนกระทรวงที่จะทำเรื่อง Primary care cluster รวมถึงความเชื่อมโยงต่าง ๆ ด้วย สำหรับท้องถิ่นเท่าที่เราอดบทยื่นกับหน่วยบริการของท้องถิ่นหลาย ๆ ที่ยังมีปัญหาเรื่องกฎระเบียบค่อนข้างมากเราจะไปช่วยผลักดันว่าท้องถิ่นใหญ่ ๆ ที่อยากจะมีโรงพยาบาลของตัวเอง จะทำอย่างไรให้เกิดตรงนี้ได้มากขึ้นเพื่อลดการแออัด และทำให้กลุ่มคนจนเขตเมืองกล้าที่จะเข้ามามากขึ้น รวมทั้งเรื่องการดึงดูดภาคเอกชนเข้ามาร่วม จะต้องเพิ่มงบตรงนี้หรือเปล่า และเรื่องการประชาสัมพันธ์การเข้าถึงสิทธิ์ต่าง ๆ นี้คงจะเป็นกลไกหลัก ๆ ที่ สปสช. จะเดินหน้าในช่วงนี้

ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ความก้าวหน้าในการสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมืองอย่างเป็นระบบมิติสมัชชาสุขภาพฯ ข้อ ๓ ขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและพัฒนา สวรส. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนการดำเนินงานการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมืองอย่างเป็นระบบครอบคลุมในทุกมิติของการพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมือง

ความก้าวหน้า นับตั้งแต่มีมติออกมา สวรส. ได้สนับสนุนงานวิจัย ไม่ว่าจะเป็นส่วนนทท. หรือในเขต ๓ นครสวรรค์ ในการไปศึกษาตั้งแต่ปัญหาคืออะไร แนวทางที่จะแก้ไขคืออะไร รูปแบบจะเป็นอย่างไร ทั้งในเรื่องของการให้บริการ กำลังคน ระบบข้อมูลเทคโนโลยี การเงิน รวมไปถึงเรื่องธรรมาภิบาล ซึ่งเรื่องเหล่านี้สำคัญมากเพราะว่าถ้าเราไม่มีข้อมูลเราก็ไม่สามารถที่จะนำทั้งหมดกลับมาพิจารณาได้

การออกแบบยุทธศาสตร์ที่ ๔ เรื่องการส่งเสริมการศึกษาวิจัยพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง

สวรส. ได้ออกแบบยุทธศาสตร์ที่ ๔ โดยใช้หลัก ๓ D ซึ่ง D ตัวแรกคือ Data ตัวนี้สำคัญมากเพราะถ้าไม่มีข้อมูล ก็ไม่สามารถที่จะเอาข้อมูลใด ๆ มาตัดสินใจเชิงนโยบายได้ D ตัวที่สองคือ Design คือ เอาข้อมูลมาออกแบบเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมืองที่เหมาะสมกับประชาชนในเขตเมือง และ D ตัวที่สาม คือ Delivery คือหลังศึกษาวิจัยแล้วต้องสามารถส่งต่อให้กับผู้กำหนดนโยบายได้พิจารณาหาทางเลือกที่เหมาะสมที่จะให้คนทุกระดับตั้งแต่รวยที่สุดไปจนถึงจนที่สุดสามารถเข้าถึงระบบบริการที่เหมาะสมได้ นี่คือโจทย์สำคัญที่จะออกแบบ ที่จะนำมาซึ่งวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และกลยุทธ์

วัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์ที่ ๔

๑. **เรื่อง Service** จะมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หน่วยบริการสามารถจัดบริการที่อิงอยู่บนฐานความรู้วิจัยมาแล้ว พัฒนาดีแล้ว สอดคล้องความต้องการ ของประชาชนในพื้นที่แล้ว

๒. **เรื่อง Research** ที่ผ่านมามีปัญหาในการขอข้อมูลจากหน่วยบริการทั้งหลาย ดังนั้นจึงจะมีการสนับสนุนการทำ routine to research โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเอาข้อมูลที่มีอยู่มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ทำ R ๒ R และ สวรรส. มีหน้าที่รวบรวมข้อมูลเหล่านั้นมาทำ Research to policy

๓. **เรื่อง Policy Recommendation** ข้อเสนอเชิงนโยบายและข้อเสนอเชิงปฏิบัติในองค์ความรู้ เรื่องเทคโนโลยีทางด้านสาธารณสุข เรื่องนี้ก็คือเรื่องของ know how

๔. **เรื่อง Decision making** หลังจากที่ สวรรส. รวบรวมทุกอย่างได้เรียบร้อยแล้ว Policy Recommendation ต้องเกิด ผู้บริหารก็จะตัดสินใจด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์

• ตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์ที่ ๔

มีเรื่องของชุดความรู้ที่เป็นผลมาจากการวิจัยและพัฒนา และมีงานวิจัยหรือนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยในเขตเมือง ซึ่งจะแตกต่างจากเขตที่ไม่ใช่เขตเมือง ซึ่งที่ผ่านมามาดูจะเห็น Rural health มาก แต่ Urban health จะเห็นงานวิจัยน้อยมาก

ในเรื่องระบบสนับสนุนพัฒนาการทางความรู้ สวรรส. เป็นองค์กรเล็กๆ ที่ไม่สามารถทำงานวิจัยทุกสิ่งได้ สวรรส. จึงทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุน ถ้ามหาวิทยาลัยในพื้นที่ที่ต้องการทำวิจัยในเขตเมือง ก็สามารถเขียน Proposal มาขอรับสนับสนุนได้ ส่วนการใช้ประโยชน์จากงานวิจัยในเชิงระบบและนโยบายในการตัดสินใจ สุดท้ายเราจะมี Body of knowledge หรือเรียกว่า Knowledge bank เมื่อผู้บริหารต้องการข้อมูลก็สามารถเข้ามาดู และนำข้อมูลนี้ไปตัดสินใจเชิงนโยบายได้

• กลยุทธ์ของยุทธศาสตร์ที่ ๔

- สวรรส. มีหน้าที่เป็น Promoter และ Supporter ซึ่งสนับสนุนการวิจัยเพื่อแก้ปัญหาเชิงระบบและนโยบาย

- สนับสนุน ประสาน ให้กับสถาบันวิชาการตามมหาวิทยาลัยต่างๆ หรือเครือข่ายในพื้นที่เขตเมือง ให้สามารถสร้างองค์ความรู้นวัตกรรมที่สามารถตอบสนองหรือแก้ปัญหาให้สุขภาพของคนในเขตเมืองดีขึ้น

- ส่งเสริมพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานในเครือข่ายหน่วยบริการ

- สามารถผสมผสานองค์ความรู้ต่างๆ และเผยแพร่ความรู้ สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ ต้องหาวิธีเผยแพร่ให้เหมาะสมกับผู้ที่รับด้วย



ช่วง||แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๑. ข้อเสนอด้านยุทธศาสตร์ที่ ๑ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง

- **ความครอบคลุมในการให้บริการยา AZT syrup สำหรับทารกแรกคลอดที่แม่ติดเชื้อเอชไอวี**
เรื่องการทำยาต้านไวรัสกับผู้ประกันตนทุกรายที่ซื้อประกันรวมทั้งที่เป็นแรงงานข้ามชาติ ซึ่งมีข้อบ่งชี้คือ กรณีผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีตั้งครรรภ์ซึ่งได้รับยาต้านอยู่แล้ว แต่ประเด็นคือ หลังคลอด ซึ่งลูกของหญิงติดเชื้อจะต้องได้รับยา AZT syrup อีกหนึ่งเดือน แต่สิ่งนี้ไม่ครอบคลุมในบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติซึ่งควรมีการพิจารณาให้ครอบคลุม
- **การระดมทรัพยากรในพื้นที่** มองว่ายังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในเรื่องการระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เสนอว่าในวัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์ข้อที่ ๑ น่าจะต้องเน้นเรื่องการมีมาตรการในการส่งเสริม Public private partnership อย่างเป็นทางการและเร่งด่วน เพราะเรามี Resource อีกประมาณกว่าครึ่งที่อยู่ในภาคเอกชน ซึ่งไม่สามารถดึงหรือส่งเสริมมีส่วนร่วมได้ อย่างเป็นทางการ ดังนั้นน่าจะผลักดันตรงนี้เป็นยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน
- **ดึงระบบแพทย์แผนไทยเข้ามาร่วม** เรามีเรื่องแพทย์แผนไทยซึ่งดีอยู่แล้ว และเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองในส่วนที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ควรนำเรื่องการแพทย์แผนไทยเหล่านี้เข้ามาใช้ด้วย
- **ประเด็นความร่วมมือกับภาคเอกชน** เนื่องจากสมาคมเภสัชกรรมชุมชนแห่งประเทศไทย เป็นภาคเอกชนที่อยู่ในชุมชน และพบว่าหน่วยงานเองยังขาดโอกาสในการส่งข้อมูลกลับไปสู่ระบบใหญ่ ซึ่งอยากจะเสนอตัวเป็นภาคีเครือข่ายเชื่อมกับหน่วยบริการสาธารณสุขของ กทม. เพื่อจัดระบบสังคมเมือง เพราะในแง่ของชุมชนเมืองซึ่งซับซ้อน และมีปัญหาสังคมหลายด้านเกี่ยวพันกัน ทางหน่วยงานสามารถเข้าถึงพื้นที่และสามารถส่งต่อข้อมูลได้ ทั้งในเรื่องโรคติดต่อ ซึ่งตอนนี้ถ้าเกิดขึ้นในพื้นที่

เราจะรู้เร็วมาก ที่ผ่านมามีได้เชื่อมกับสำนักอนามัยพอสมควรแต่อาจจะยังขาดรูปแบบที่ Implement จากส่วนกลางลงไปข้างล่าง ทำให้เป็นการติดต่อกันเองโดยส่วนตัว จึงทำให้ขาดช่วงการดำเนินการ เนื่องจากเวลาคนในส่วนบริการสาธารณสุขเปลี่ยนตำแหน่งทำให้การประสานงานขาดช่วง ซึ่งจะเสียโอกาสอย่างมาก ดังนั้นถ้าเราวางแผน Road Map ตั้งแต่วัยเด็ก วัยกลางคน จนถึงกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ พวกนี้เราจัดทำ Road Map แล้วดึงภาคีเครือข่ายมาช่วยน่าจะสร้างโอกาสให้ประชาชนได้รับคุณภาพที่ดีเพิ่มขึ้นในสังคมเมือง

- **กระบวนการวิทยาศาสตร์ครอบครัว**

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เสนอเรื่องหมอบครอบครัวว่าให้มีการลงทะเบียนกันชัด ๆ ว่าใครเป็นหมอบที่ดูแลสุขภาพประชาชนคนไหน และในยุทธศาสตร์ควรเขียนให้ชัดเพื่อให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญว่า ในยุทธศาสตร์นี้ให้มีหมอบทำกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหมอบประจำตัวประชาชน ซึ่งอาจทำให้กระบวนการอื่น ๆ เดินได้ชัดขึ้น

ความก้าวหน้าในเรื่องนี้ นพ.ชวินทร์ ศิรินาค จากสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้ชี้แจงในเรื่องนี้ว่าสำนักอนามัยจะมีการอบรมอาสาสมัครคอนโดมิเนียม ซึ่งได้มีการติดต่อคอนโดมิเนียมระดับกลางไว้ ๑๐๐ กว่าแห่ง มีประชากรในคอนโดมิเนียมประมาณ ๓๓๐,๐๐๐ คน ได้รับความร่วมมือจากเจ้าของคอนโดแต่ก็ยังมีคอนโดระดับสูงอีก ซึ่งตรงนี้ก็จะต้องเข้าไปให้ถึง ในประเด็นหมอบครอบครัวเห็นด้วยว่าควรมีแต่ประชาชนไม่เอาเรา เช่น การเยี่ยมบ้าน หมอบไปเคาะเยี่ยมตามบ้านแต่บางบ้านไม่ต้อนรับ ซึ่งก็พยายามหากลยุทธ์มาใช้ เรื่องปฐมภูมิเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด คนในกรุงเทพฯคุ้นชินกับการไปโรงพยาบาล ไม่ใช่มาคลินิก หรือว่ามาปฐมภูมิก่อน นี่คือประเด็นที่จะต้องเปลี่ยนความคิดทัศนคติของคนกลุ่มนี้

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขกำลังดำเนินการที่จะร่างกฎหมายลูกเพื่อไปรองรับรัฐธรรมนูญ ดังนั้นในช่วงจังหวะนี้ควรใส่ลงไปกฎหมายเลยว่า กำหนดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลรวมทั้งเรื่องทั้งหลายที่ต้องผลักดัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องข้อมูล เรื่องเงิน เรื่องกระบวนการ ซึ่งน่าจะทำให้เกิดประโยชน์และสามารถดูแลสุขภาพคนเขตเมืองได้เร็วขึ้น

- **ข้อเสนอเพื่อแก้ปัญหาหมอบครอบครัวที่ไม่เพียงพอ** กฎหมายรัฐธรรมนูญที่ร่างไว้มาตรา ๒๕๘ (๕)

เขียนว่า ให้จัดระบบบริการปฐมภูมิโดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้ดูแล ปัญหาคือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทั่วประเทศมีน้อย คือถ้า Cluster ๑๐,๐๐๐ คนต่อหมอบครอบครัวประมาณ ๖,๐๐๐ คน ปัจจุบันมีหมอบครอบครัวประมาณ ๔๐๐ กว่าคน ซึ่งผลิตหมอบครอบครัวได้น้อย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต้องไปเรียน ต้องสอบบอร์ดซึ่งยาก และตอนนี้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวก็มีปัญหาว่าเขาไม่ได้ทำเรื่องเวชครอบครัว จบมาแล้วก็เป็นหมอบตรวจโรคธรรมดา

ข้อเสนอคือ ให้เป็นแพทย์ที่สนใจหรือแพทย์เกษียณแล้ว มาอบรม ๓ เดือน แล้วได้ใบ Certificate แล้วทำหน้าที่ปฏิบัติเป็นเวชศาสตร์ครอบครัว อีกเรื่องคือ health literacy ประชาชนดูแลสุขภาพตัวเอง ในการส่งเสริมเรื่องนี้กลไกส่วนหนึ่งก็คือเรื่องของแพทย์ แพทย์ที่จะมาปฏิบัติที่น่าจะใช้เป็นลักษณะการอบรมที่จะอนุมัติได้ว่าเป็นแพทย์ที่ดูแลด้าน primary care

- **พัฒนานักจัดการระบบสุขภาพครอบครัวแบบมีส่วนร่วม** ชุมชนเมืองเป็นพฤติกรรมของการบริโภค ถ้าจะพัฒนาบริการปฐมภูมิให้ดี ควรจัดให้มีนักโภชนาการ และพัฒนาขีดความสามารถ

ของนักโภชนาการประจำหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเมืองให้มีศักยภาพเป็นนักจัดการระบบสุขภาพครอบครัวแบบมีส่วนร่วม และมีบทบาทชัดเจนในการส่งเสริมป้องกันรักษาฟื้นฟูแบบมีส่วนร่วม

ข้อเสนอคือ ให้มีการพัฒนาศักยภาพนักโภชนาการให้มีความรู้เพื่อสามารถทำเรื่องการลดปัจจัยเสี่ยงในเรื่องพฤติกรรมบริโภค หากไม่สามารถผลิตนักโภชนาการที่มีคุณภาพมีความรู้ในเรื่องโรคได้ทัน อาจให้พยาบาลมาเป็นนักจัดการความรู้ทางด้านโภชนาการ เพราะว่าเป็นผู้ที่เข้าใจเรื่องโรคอีกช่องทางหนึ่งคือ เพิ่มขีดความสามารถของนักจัดการระบบสุขภาพครอบครัวให้มีบทบาทชัดเจนในการจัดการเรื่องพฤติกรรมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายที่เป็นรูปธรรมชัดเจน

- **บทบาทของแพทย์ในการเป็นผู้นำการจัดระบบสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่**

ควรเสนอกลยุทธ์ที่ชัดเจนเลยว่า จะต้องพัฒนาขีดความสามารถของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นอกจากจะเป็นแพทย์ตรวจรักษาแล้ว จะต้องเป็นนักบริหารจัดการระบบสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วม เพราะแม้ว่าพยาบาลจะมีการออกไปทำงานในพื้นที่มาก แต่ความไว้วางใจที่คนไข้มีต่อพยาบาลไม่เท่าหมอ คือหมอพูดคำเดียวคนไข้จะเชื่อมากกว่าพยาบาล ดังนั้นถ้าแพทย์สามารถเป็นผู้นำในการจัดระบบสุขภาพชุมชนทำงานส่งเสริมป้องกันรักษาฟื้นฟูแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง ก็จะเกิดพลังในชุมชนได้มาก

- **สิทธิประกันสังคมกับความครอบคลุมในเรื่องแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว**

เรื่องแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เหมือนจะไม่ครอบคลุมไปถึงสิทธิประกันสังคม อยากให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาคุยกัน และดูแลสิทธิทุกสิทธิ ไม่ใช่แค่ในส่วนของบริษัทประกันสุขภาพ

ตอบคำถามโดย นพ.ชวินทร์ ศิรินาค ต่อไปจะจัดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องคุยกันมากขึ้น ปัจจุบันเรื่องเขตเมืองได้ความร่วมมือของทุก ส. ไม่ว่าจะเป็น สสส. สปสช. สบรส. สพฉ. สาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีการคุยกันว่าอะไรเป็นปัญหา เราไม่มีตัวตนแล้ว ตอนนี้เราเอาประชาชนเป็นที่ตั้งคือ มีอะไรมาคุยกัน ตรงไหนแก้ระเบียบได้ ตรงไหนช่วยกันได้ ก็หนุนเสริมกัน ตรงไหนเป็นอุปสรรคก็มาเคลียร์กัน ซึ่งตรงนี้เป็นแนวคิดที่สำคัญ

- **บทบาทของโรงพยาบาลในการเป็นสถานีสุขภาพ** ถ้าเราเพิ่มบทบาทโรงพยาบาลให้เป็น Health station เป็นสถานีสุขภาพ อย่าง fitness หรือสถานออกกำลังกาย ก็อาจจะเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ทำให้เกิดการผลักดันในการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าเจ็บป่วยแล้วไปรักษา

- **เรื่องความถูกต้องของข้อมูล** เช่น โรงพยาบาลมีข้อมูลของทางสปสช. ว่าสิทธิเต็ม ในขณะที่ทางโรงพยาบาลแจ้งว่าสิทธิยังไม่เต็ม ก็อยากให้มีการตรวจสอบตรงนี้ด้วย และเสนอให้มีการ Sharing ในส่วนข้อมูลส่วนกลาง

๒. ข้อเสนอยุทธศาสตร์ที่ ๒ การพัฒนาระบบการเงินการคลังของระบบบริการสุขภาพเขตเมือง

- **กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นของ กทม.** กลุ่มผู้รับงานไปทำที่บ้าน กลุ่มหาบเร่แผงลอย และกลุ่มผู้ผลิตเองขายเอง ที่อยู่ในพื้นที่ต่างจังหวัดสามารถเข้าถึงกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นได้ ยกเว้นกทม. เนื่องจากอาชีพเหล่านี้ไม่มีกฎหมายรองรับในกรณีที่มีปัญหาสุขภาพจากอาชีพ ซึ่งประชาชนจึงหวังพึ่งกองทุนท้องถิ่นที่มีอยู่ แต่เวลาไปคุยกับโรงพยาบาลว่าเข้าไม่ถึงกองทุน อยากให้ส่งผู้เชี่ยวชาญไปอบรมให้ความรู้กับศูนย์ในพื้นที่ที่สมาชิกมีปัญหาอยู่ ก็พบว่าโรงพยาบาลไม่สามารถที่จะไปทำงานร่วมกับศูนย์ในพื้นที่อื่นได้ เรื่องนี้เป็นความทุกข์ของคนที่มาทำงานในกรุงเทพ เพราะบัตรสุขภาพอยู่ต่างจังหวัด เขาใช้สิทธิในกรุงเทพได้ส่วนหนึ่ง แต่ปัญหาคือการป้องกันและการส่งเสริมเขาเข้าไม่ถึงในส่วนนี้ เสนอให้มีแนวทางให้สามารถเข้าถึงกองทุนท้องถิ่นของกทม.ได้

- ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ข้อที่ ๓ ในเรื่องของกลยุทธ์ ที่เขียนว่า “การสร้างกลไกด้านการเงิน” จะครอบคลุมไปถึงการมีกองทุนท้องถิ่นของกทม. แต่ละเขตหรือไม่

ความก้าวหน้าในเรื่องนี้ นพ.วงวัฒน์ ลีवलักษณ์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้ชี้แจงถึงความคืบหน้าในเรื่องนี้ว่า ปีนี้ในส่วนของงบประมาณได้ตั้งงบที่จะสมทบกองทุนท้องถิ่นของกทม. ไว้แล้ว แต่ในรายละเอียดยังต้องดำเนินการต่อ เรื่องร่างกฎระเบียบได้มีการศึกษารูปแบบคร่าว ๆ ไว้บ้างแล้ว ว่าถ้าเอามาใช้ในกทม. ควรจะมีรูปแบบไหน เพราะว่ากองทุนนี้จะใหญ่มากในกทม.

- ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการงบประมาณ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ข้อ ๑ ที่เขียนว่า “และมีประสิทธิภาพครอบคลุมผู้อาศัยในเขตเมือง” ขอเสนอว่า นอกจากปัญหาเรื่องงบประมาณ ปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกันคือ การบริหารจัดการ เช่น ในเขตสุขภาพของ สปสช.บางเขตมีงบประมาณเหลือมาก ซึ่งเป็นปัญหาเรื่องประสิทธิภาพในการจัดการ ถ้าเราสามารถสร้างประสิทธิภาพกับระบบการเงินการคลังที่มีอยู่อย่างจำกัด เราก็จะสามารถทำให้เงินมาถึงประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเสนอให้ทาง สปสช. ช่วยดำเนินการในเรื่องที่เกี่ยวข้องด้วย

- **คุณภาพการรักษาที่มีมาตรฐาน** อยากให้โรงพยาบาลมีมาตรฐานการรักษาที่ดีหน่อย

๓. ข้อเสนอยุทธศาสตร์ที่ ๕ การอภิบาลระบบและขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์

- คำว่า “เพื่อรวบรวมกฎหมาย” รวบรวมอย่างเดียวไม่พอ จะต้องมีการปรับปรุงด้วย รวบรวมและปรับปรุงให้ทันสมัย เนื่องจากมีกฎหมายแยกส่วนอยู่จำนวนมากที่ไม่สามารถเอื้อต่อการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนได้ ถ้าแก้กฎหมายได้ก็จะนำไปถึงเรื่องกลไกการเงินการคลังที่จะตามมา ในยุทธศาสตร์ที่ ๒ เพราะฉะนั้นในภาพรวมของแผนยุทธศาสตร์นี้ ยุทธศาสตร์สำคัญที่สุดที่จะต้องทำก่อน เพราะเป็นรากฐานนำไปสู่กระบวนการปรับปรุงพัฒนาทั้งหมด คือเรื่องการปรับปรุงกฎหมาย

๒.๓ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ด้านสุขภาพสังคมและสุขภาวะ

ประธานกล่าวเปิดการประชุม

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ด้านสุขภาพสังคมและสุขภาวะ

ดร.วณี ปิ่นประทีป

**ประธานอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสังคมและสุขภาวะ**

การติดตามมติตั้งแต่มีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทั้งหมด ๘ ครั้ง ๖๙ มติ และอีก ๔ มติในปี
การขับเคลื่อนมติที่ผ่านมายังมีข้อจำกัดค่อนข้างมาก แต่ก็ได้รับความร่วมมือจากองค์กรภาคีต่างๆ ค่อนข้างดี
ในช่วงปีที่ผ่านมาคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ให้ความสำคัญ โดยเฉพาะท่านรองนายกรัฐมนตรี
พลเรือเอกณรงค์ พิพัฒนาศัย ท่านเห็นความสำคัญของการขับเคลื่อนมติดังกล่าว จึงให้มีการ
แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ(ค.ส.)
โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานในการติดตามมติ ในขณะที่เดียวกันก็มีการแต่งตั้ง
คณะอนุกรรมการขึ้นมาอีก ๒ ชุด ได้แก่ ชุดที่ ๑ เป็นการติดตามมติเกี่ยวกับเรื่องการแพทย์และสาธารณสุข
มี นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ เป็นประธาน และ ชุดที่ ๒ เป็นการติดตามมติเกี่ยวกับเรื่องสังคมและสุขภาวะ
มี ดร.วณี ปิ่นประทีป เป็นประธาน



สิ่งสำคัญในการขับเคลื่อนมิติที่อยากเห็นคือ ความร่วมมือ การประสานพลังต่าง ๆ ขององค์กรภาคี โดยเน้นการเสริมพลังในเชิงของการสร้างสรรค์ เพราะการขับเคลื่อนเรื่องยาก ๆ จำเป็นต้องมีความร่วมมือกับภาคีทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานภาครัฐ องค์กรภาคประชาสังคม ซึ่งฝ่ายนโยบายจะต้องเห็นความสำคัญของมิติต่าง ๆ ในการจัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๙ เราพยายามปรับกระบวนการของการขับเคลื่อน/การติดตามมิติให้เห็นเป็นรูปธรรม เช่น ปรับลักษณะเวทีเสวนาต่าง ๆ ให้รู้สึกสบาย ๆ ไม่รู้สึกว่าเป็นที่นั่งประชุม การเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้รูปธรรมของการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องสังคมและสุขภาวะ แบ่งเป็น ๔ กลุ่มมิติ โดยวันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๕๙ จะมีการเสวนา ๒ เรื่องคือ

- ๑) เรื่อง “เด็กไทย ๔.๐ ออนไลน์ ร้ายหรือดีอยู่ที่ใคร”
- ๒) เรื่อง “จิตซาอย่างสุนทรีย์ะ พุดคุยเรื่องสุขภาวะของพระสงฆ์”

ส่วนวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๕๙ ช่วง ๙.๓๐ - ๑๒.๓๐ น. จะมีเวทีเสวนา ๒ เรื่องคือ

- ๑) เรื่อง “การขับเคลื่อนกลุ่มมิติเกษตรและอาหารปลอดภัย”
- ๒) เรื่อง “ขับเคลื่อนน้ำใจ รักษาวินัยจราจร”

๕) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อน กลุ่มมิติเด็กกับสื่อ:

“เด็กไทย ๔.๐ ๑๐๗๗ ร้ายหรือดี อยู่ที่ใคร ?”

เวทีนี้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนในกลุ่มมิติเด็กกับสื่อ ประกอบด้วยมติ ๑.๙ ผลกระทบจากสื่อต่อเด็กเยาวชนและครอบครัว และมติ ๕.๙ การจัดการสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก ๒๔ ชั่วโมง: กรณีเด็กไทยกับไอที โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทุกภาคส่วนได้รับรู้และตระหนักถึงสถานการณ์และอันตรายของสื่อออนไลน์ที่มีต่อเด็กเยาวชนในปัจจุบัน รวมถึงเครื่องมือและแนวทางในการขับเคลื่อนเพื่อคุ้มครองป้องกันเด็กเยาวชน รวมทั้งเป็นเวทีแลกเปลี่ยนให้ข้อเสนอแนะการดำเนินงาน และสร้างเครือข่ายเพื่อขับเคลื่อนร่วมกัน

ผู้ร่วมเวทีประกอบด้วย

- | | |
|-------------------------------|--|
| ๑. ดร.ศรिता ตันทะอติพานิช | มูลนิธิอินเทอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย |
| ๒. คุณคงเดช กี่สุขพันธ์ | องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย |
| ๓. คุณปณณพัทธ์ อรุณชัยตระกูล | ประธานสภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย |
| ๔. คุณอรพินท์ ศักดิ์เยี่ยม | ผู้อำนวยการกองส่งเสริมการพัฒนาและสวัสดิการเด็ก เยาวชนและครอบครัว กรมกิจการเด็กและเยาวชน |
| ๕. คุณอรอุมา ฤกษ์พัฒนาพิพัฒน์ | ผู้อำนวยการอาวุโสสายงานสื่อสารองค์กรและการพัฒนาอย่างยั่งยืน บริษัทเททีล แอ็คเซ็ส คอมมูนิเคชั่น จำกัด มหาชน |
| ๖. คุณพีระศักดิ์ โกมลารชุน | ผู้อำนวยการด้านประชาสัมพันธ์ บริษัทแอดวานซ์อินโฟร์เซอร์วิสเซส จำกัด มหาชน |
| ๗. คุณพงษ์สกร วัฒนศิริวิบูลย์ | รองผู้อำนวยการฝ่ายวางแผนองค์กร บริษัท True คอร์ปอเรชั่น จำกัด มหาชน |

ดำเนินรายการโดย ดร.ธีรรัตน์ พันทวี วงศ์ธนะอเนก
ประธานคณะกรรมการขับเคลื่อนมติดีกับสื่อ



ดร.ธีรรัตน์ พันทวี วงศ์ธนะอเนก ประธานคณะกรรมการขับเคลื่อนมติดีกับสื่อ

ได้กล่าวถึงภาพรวมการขับเคลื่อนงานที่ผ่านมาที่มาของมตินี้เกิดจากปัจจุบันทุกคนมีเครื่องมือท่องโลกออนไลน์โลกอินเทอร์เน็ตได้รวดเร็วไว จนอาจจะสร้างความไม่ปลอดภัยให้กับลูกหลานซึ่งเป็นเด็กที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือแม้กระทั่งเด็กโตที่คิดวิเคราะห์ได้พอสมควร คงไม่让他ตัดสินใจว่าจะพบคนแปลกหน้าเมื่อไร หรือการที่มีคนมาชวนให้ซื้อของไปเล่นพนันออนไลน์ กลุ่มมติดีกับสื่อนี้เกิดจากสองมติรวมกันตั้งแต่ปี ๒๕๕๑ มติ ๑.๙ เรื่องผลกระทบจากสื่อที่มีต่อเด็กเยาวชนและครอบครัว และมติ ๕.๙ เรื่องการจัดการสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยตลอด ๒๔ ชั่วโมง กรณีเด็กไทยกับไอทีวันนี้จะกล่าวถึงการความก้าวหน้าในการขับเคลื่อน ดังนี้

รูปธรรมความสำเร็จในการขับเคลื่อนที่ผ่านมาดังนี้

๑) กลไกคณะอนุกรรมการด้านการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กในการใช้สื่อออนไลน์เกิดขึ้นภายใต้ประธานอนุกรรมการที่คุณวัลลภ ตั้งคณาบุรุษ ตั้งขึ้นและผ่านมติคณะรัฐมนตรีเมื่อไม่กี่สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งอนุกรรมการชุดนี้อยู่ภายใต้คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ (กดยช.) โดยอนุฯภายใต้กดยช.เริ่มทำงานแล้วและมีคณะทำงานอยู่ในนั้นพร้อมที่จะขับเคลื่อนเพื่อส่งต่อให้คณะกรรมการระดับชาติ

๒) ร่างยุทธศาสตร์การส่งเสริมการปกป้องและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์ และมีแนวทางการทำงานยุทธศาสตร์ที่ ๑ คือมีกลไกหลายส่วนที่มาเป็นองคาพยพของคณะกรรมการ และตั้งเป้าว่าองคาพยพทั้งหลายจะไปขับเคลื่อนในหน่วยงานของตัวเอง เพื่อทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้มีการพัฒนาองค์ความรู้ การเฝ้าระวัง การพัฒนากฎหมาย และการพัฒนาเครือข่ายที่ทำงานร่วมกัน ตั้งแต่พ่อแม่ผู้ปกครอง ครอบครัว สังคม

ประชาชน พ่อแม่ผู้ปกครอง รวมทั้งผู้บังคับใช้กฎหมาย อาจยังมีความสับสนหรือไม่เข้าใจในเรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น เมื่อปลายปีก่อนมีการปรับแก้กฎหมายอาญาเรื่องการครอบครองสื่อลามกอนาจารเด็ก เป็นความผิดพ่อแม่ ซึ่งเป็นสิ่งที่ศาลจะต้องพิจารณาเรื่องของเจตนา ประชาชนยังไม่มีความรู้ และฝ่ายตำรวจก็กำลังเรียนรู้ที่จะบังคับใช้กฎหมาย หรือกฎหมายเรื่องการกลั่นแกล้งกันบนโลกออนไลน์ของเด็ก เช่น เด็กแกล้งกันเอง เด็กต้องขึ้นศาล ตรงนี้ยังไม่มีคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ภาคเอกชนต้องดูแลกันเอง “Notice and Takedown” คือเวลาใช้อินเทอร์เน็ตแล้วเจอเนื้อหาที่ผิดกฎหมายหรือไม่ดี สามารถแจ้งไปที่ผู้ประกอบการ ผู้ประกอบการต้องนำข้อมูลออกหรือป้องกันการเข้าถึง ป้องกันการเซฟการเผยแพร่เนื้อหาที่ผิดกฎหมายนั้น ส่วน “Notice and Notice” คือผู้ประกอบการแจ้งต่อไปยังคนที่โพสต์หรือคนที่ดูแลส่วนนั้น คือต้องร่วมกันทุกภาคส่วน

คุณคงเดช กิสุขพันธ์ องค์กรยูนิเซฟ ประเทศไทย

ได้กล่าวถึงงานวิจัยที่ยูนิเซฟทำร่วมกับบริษัทวิจัยทางการตลาด เพื่อศึกษาว่าเด็กเยาวชนมีความตระหนักและเข้าใจเรื่องอันตรายที่มีอยู่ในโลกออนไลน์หรือไม่ โดยสำรวจเด็กอายุ ๑๔ ปี ใน ๒๕ ประเทศทั่วโลก พบว่าเด็กส่วนใหญ่อายุ ๑๔ ปี มีความตระหนักดีในเรื่องของภัยอันตรายที่เกิดจากโลกออนไลน์ จุดที่น่าสนใจคือ เด็กบอกว่าเขาความเข้าใจดีและรู้ว่าหลีกเลี่ยงอย่างไร เด็กไทย ๙๔ % เชื่อว่าตัวเองรู้วิธีหลีกเลี่ยงอันตรายหรือสถานการณ์เสี่ยงในโลกออนไลน์ได้ ซึ่งถ้าเทียบสถิติการสำรวจใน ๒๕ ประเทศ จะมีแค่ ๘๙ % ที่ตอบแบบนี้ แต่เด็กไทยจะมั่นใจกว่า ยูนิเซฟร่วมกับมูลนิธิเพื่อนเยาวชนเพื่อการพัฒนา และสภาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ทำการสำรวจเด็กและเยาวชนอายุไม่เกิน ๒๔ ปี ในประเทศไทย ผ่านระบบยูนิฟอร์มโดยให้เด็กเยาวชนแชร์ว่าประสบการณ์ที่เจอภัยบนโลกออนไลน์ของตัวเองกับเพื่อนมีอะไรบ้าง เด็ก ๘๙ % แจ้งว่าตัวเองเคยพบเห็นเนื้อหาที่ไม่เหมาะสมกับเพศและวัย และมีเพื่อน ๖๙ % เคยมีประสบการณ์ที่พบเห็นเรื่องพวกนี้ ตรงนี้จุดสำคัญคือต่อให้เรามีความเข้าใจในเรื่องของภัยออนไลน์มากแค่ไหน ก็ยังมีสื่อเนื้อหาที่หลุดรอดและเข้ามาถึงตัวเด็กได้อยู่ แต่อย่างน้อยเด็กยังมีความเข้าใจตรงจุดนี้ ซึ่งองค์ความรู้นี้จะเข้าไปช่วยในการวางแผนการดำเนินงานกิจกรรม เพราะเด็กเข้าใจเรื่องพวกนี้ดีอยู่แล้วดังนั้นอาจจะเป็นการให้เด็กเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยคิดช่วยวางแผนดำเนินกิจกรรม เพราะผู้ใหญ่อาจจะตามสื่อโซเชียลมีเดียหรือเทคโนโลยีใหม่ ๆ ไม่ทันซึ่งเด็กอาจจะรู้จักมากกว่าทำให้วางแผนได้ครอบคลุมมากขึ้น

มีความร่วมมือกันในระดับนานาชาติ เพื่อทำกรอบแนวคิดเบื้องต้นในการคุ้มครองเด็กจากถูกล่วงละเมิดทางเพศและถูกแสวงประโยชน์ ซึ่งเป็นความร่วมมือและได้รับการสนับสนุนจาก ๖๓ ประเทศ รวมถึงประเทศไทยด้วย โดยประเทศอังกฤษเป็นเจ้าภาพ มีชื่อว่า “we protect” ซึ่งเราสามารถนำองค์ประกอบแนวคิดมาประยุกต์ใช้ในการคุ้มครองเด็กบนโลกออนไลน์ในทุกด้านได้ ซึ่งยุทธศาสตร์พัฒนาโดยอิงกรอบนี้เป็นแกน โดยแนวสากลจะมองใน ๖ มิติ คือ

- ๑) นโยบายการจัดการ การมีกฎหมาย
- ๒) กระบวนการยุติธรรมทางอาญา การบังคับใช้
- ๓) การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เข้าใจถึงความอ่อนไหวเกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ
- ๔) การเยียวยา พี่นฟู ชดเชย ให้แก่ผู้เสียหาย
- ๕) การแจ้งเตือนทางสังคม ซึ่งสังคมจะต้องมีหน้าที่รับผิดชอบมากขึ้น มีการให้ความรู้ในการป้องกัน และเรื่องของภาคธุรกิจที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งผู้ประกอบการสามารถ

คุณปณณพัทธ์ อรุณิษฐ์ตระกูล ประธานสภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย

ได้กล่าวถึงมุมมองของเด็กเยาวชนต่อสื่อออนไลน์ ปัจจุบันเด็กเข้าสู่โลกอินเทอร์เน็ตได้ง่ายขึ้น แค่หยิบโทรศัพท์เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตเด็กก็รู้ได้หลายเรื่อง ซึ่งอินเทอร์เน็ตมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ข้อดีคือใช้เรียนรู้ ข้อของ หรือใช้ช่วยในการตัดสินใจข้อของ ส่วนข้อเสีย เช่น เห็นการฆ่าตัวตายผ่าน Facebook โดยการถ่ายทอดสด เพราะสื่อเข้าถึงตัวเด็กง่าย เห็นความรุนแรงในสังคมผ่านสื่อออนไลน์ หรือการโพสต์ค่าการกลั่นแกล้งทางโลกออนไลน์ ในมุมมองเด็กไทยรู้ว่าสื่อออนไลน์มีปัญหา แต่เด็กไม่สนใจว่าปัญหาอะไรจะเกิดกับพวกเขา เขาคิดแค่ว่าเขาอยากเล่น เข้าไปกด like ภาพโป๊ หรือส่งต่อให้เพื่อน ซึ่งรู้ว่าการแชร์อาจจะผิดกฎหมาย เพราะที่มี พ.ร.บ.คอมพิวเตอร์ออกมาใหม่ แต่เด็กไม่ใส่ใจว่าจะมีความผิดอะไร รู้แค่แชร์ไปเถอะเพราะว่าอยากดูอยากเห็นชอบต้องการแบบนี้ คือเด็กรู้แต่ใช้ในทางที่ไม่ถูกต้องหรือไม่สมควร

การขับเคลื่อนงานด้านสื่อออนไลน์ของเด็กเยาวชนเด็กให้ความสำคัญกับสื่อออนไลน์มาก โดยในปี ๒๕๕๘ เด็กมีการจัดสมัชชาเด็กและเยาวชนซึ่งได้ประเด็นที่เด็กเสนอขึ้นมาว่าอยากให้มีการจัดการเรื่องสื่อออนไลน์กับเด็กและเยาวชน หลังจากนั้นในปีเดียวกันมีงานเวทีสื่อและเด็ก ในเวทีได้สะท้อนปัญหาของสื่อออนไลน์โดยมีหัวข้อว่า **“Be Smart & Safe Online ก้าวทันสื่อรู้ทันสิทธิ์”** ในปีถัดมา ๒๕๕๙ เด็กยังให้ความสำคัญกับปัญหาสื่อออนไลน์ และมีการจัดงานเวทีเสวนาเด็ก ครั้งที่ ๒๗ เมื่อเดือนพฤศจิกายนที่ผ่านมา โดยใช้หัวข้อเดิมคือ “Be Smart & Safe Online” แต่เน้นในเรื่องของสื่อออนไลน์มากขึ้น ได้มีการสอนเด็กในระดับภูมิภาคว่าจะทำอย่างไรเด็กถึงจะมีการตระหนักรู้และถนัดคิดว่าสื่อเป็นปัญหาอย่างไร เด็กเยาวชนมีการประกาศเจตนารมณ์ต่อหน้าท่านรองนายกถรงค์ พิพัฒน์นาศัยว่าจะปกป้องคุ้มครอง ใช้สิทธิ์ และใช้สื่ออย่างถูกต้อง คือปีนี้เด็กเยาวชนจะเป็นผู้ลงมือทำเอง ขณะนี้มี ๗๗ โครงการทั่วประเทศที่จะบูรณาการกับหน่วยงานในพื้นที่และกรมกิจการเด็กและเยาวชน ซึ่งจะดำเนินการในปีงบประมาณหน้า สิ่งที่ต้องการให้สนับสนุนคือเรื่องของความรู้ในพื้นที่ที่เด็กจะไปจัดโครงการ อาจมีทางบริษัทหรือหน่วยงานต่าง ๆ สนับสนุนข้อมูลให้กับเด็กเยาวชนในพื้นที่ไปขยายโครงการต่อให้เกิดขึ้นพร้อมกันทุกพื้นที่

นายพีระศักดิ์ โกมลารชุน

ผู้อำนวยการด้านประชาสัมพันธ์ บริษัทแอดวานซ์อินโฟร์เซอร์วิสเซอ จำกัด มหาชน

ได้กล่าวถึงการดำเนินงานของ AIS มีโครงการ **“Think Before Social”** หรือ **“ตั้งสติหน่อย ค่อยโซเชียล”** ซึ่งทำเป็นคลิปวิดีโออัพโหลดขึ้นทาง YouTube ให้เด็กได้ดูเพื่อปลูกจิตสำนึก เพราะ content แบบนี้เมื่อขึ้นสู่อินเทอร์เน็ตจะเป็นเรื่องง่ายที่เด็กทั้งประถมฯ มัธยมฯ มหาวิทยาลัยจะเข้าไปดูกัน ซึ่งเผยแพร่มาประมาณ ๒ ปีแล้ว และได้มีการ comment แลกเปลี่ยนปฏิสัมพันธ์ ต่อมาได้มีการต่อยอดโครงการ **“ตั้งสติหน่อย ค่อยโซเชียล”** โดย AIS ได้ร่วมกับบริษัทโฆษณาชื่อฟาร์อีสท์ดีดีบี ทำโปรเจคให้นักศึกษาทั่วประเทศส่งไอเดียสนุก ๆ เข้ามา นักศึกษาเลือกหัวข้อว่า **“เดินไม่แซท”** AIS มีแอปพลิเคชัน **“application safe & care”** ซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะสามารถรู้ความเคลื่อนไหวของกันและกันได้จากมือถือ นอกจากนี้พ่อแม่สามารถ กำหนดช่วงเวลาให้ลูกใช้โทรศัพท์มือถือได้อย่างสร้างสรรค์ โดยต้องได้รับความร่วมมือจากเด็กในการตั้งค่าในโทรศัพท์ และมีโหมดให้เช็คอินรีโมทฉุกเฉิน เช่น เวลาออกไปเดินเล่นสวนสาธารณะไปแล้วหายไปชั่วโมงหนึ่งยังไม่ตอบกลับมาหรือมีเหตุการณ์ฉุกเฉินขึ้นสามารถกดปุ่ม

ที่จะเรียกให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวรับทราบ

นายพงษ์สกร วัฒนศิริวิบูลย์

รองผู้อำนวยการฝ่ายวางแผนองค์กร บริษัท True คอร์ปอเรชั่นจำกัด มหาชน

ได้กล่าวถึงการดำเนินงานของ True มีโครงการปลูกปัญญาเมื่อ ๕ - ๖ ปีที่แล้ว โดยมีความเชื่อว่าการส่งเสริมให้เด็กทำความดีหรือรับรู้สิ่งที่ดีจะไปป้องกันสิ่งไม่ดีได้ โดยเข้าไปส่งเสริมให้เด็กได้เรียนรู้และทำในสิ่งที่ดี เข้าใจในสิ่งที่ดี คือปลูกปัญญา โดยไปตามโรงเรียนและสร้างเสริมให้มีอินเทอร์เน็ตและทีวี และมีรายการดิศคัพเวอร์รี่ ที่เป็นข้อมูลส่งเสริมให้เด็กมีความรู้ ปลูกปัญญาของสามเณร คือให้เด็กบวชเรียนเพื่อเรียนรู้ถึงพุทธศาสนาและไปปรับใช้ เด็กที่มาเข้าโปรแกรมเมื่อออกไปจะมีความนิ่งสงบ เข้าใจว่าพุทธศาสนาเป็นอย่างไร ทำให้สามารถพัฒนาต่อไปได้อย่างมีความดีในตัว ซึ่งรายการสามเณรปลูกปัญญาได้รับรางวัลที่เมืองคานส์ประเทศฝรั่งเศสเมื่อ ๒ ปีที่แล้ว และในปีล่าสุดได้รับรางวัลว่าเป็นกิจกรรมที่สร้างเสริมวัฒนธรรมและสิ่งดี ในปลูกปัญญามี application software ต่างๆ ซึ่งสอนทั้งความรู้ ข้อสอบ การเรียนการศึกษาต่างๆ และมีนิตยสารปลูกปัญญาสามารถดาวน์โหลดได้เพื่อไปนำไปใช้ในการศึกษาหาความรู้ต่างๆ มีการไปติดตั้งอุปกรณ์ตามโรงเรียนเรียกว่า “โรงเรียนปลูกปัญญา” มีจอทีวี True Vision และอินเทอร์เน็ตให้เด็กได้เรียนรู้ และมีการป้องกันโดยมีโปรแกรม application เรื่อง white net ซึ่งทำ white net กับทางโรงเรียนเป็นหลัก คือสามารถบล็อกหรือมีการจำกัดช่วงเวลาการใช้งานเข้าเว็บไซต์ แผนในอนาคตคือ จะทำ white net ทางมือถือให้กับลูกค้า ซึ่งผู้ปกครองสามารถบล็อกให้ลูกใช้ในช่วงเวลาใดก็ได้ เว็บไซต์ไหนไม่เหมาะสมเราก็บล็อกได้ มีโปรแกรม “พระราชรัฐ” ทำเรื่องพัฒนาการศึกษา กับผู้นำอย่างยั่งยืน โดยไปติดตั้งโปรแกรมร่วมกับโรงเรียนและผอ.โรงเรียนทุกท่านเพื่อพัฒนาการศึกษา และความรู้ให้เด็กมีการพัฒนาในพื้นที่ ในกิจกรรมมีกลยุทธ์ ๑๐ ข้อ สามารถดูข้อมูลเพิ่มเติมจากเว็บไซต์ที่ผ่านมาที่มีการเปิดตัวและ workshop ๒ ครั้ง วางแผนว่ากิจกรรมพระราชรัฐจะสำเร็จเสร็จสิ้นภายในเดือนกันยายนปีหน้า

นางอรอุมา ฤกษ์พัฒนาพิพัฒน์

ผู้อำนวยการอาวุโสสายงานสื่อสารองค์กรและการพัฒนาอย่างยั่งยืน

บ.โทเทิล แอ็คเซ็ส คอมมูนิเคชั่น

ได้กล่าวถึงการดำเนินงานของ ปัจจุบัน DTAC มีลูกค้าที่เป็นเด็กเยาวชน ๒๐ % ของจำนวนลูกค้าทั้งหมดซึ่งถือว่าเยอะมาก ฉะนั้นจึงมียุทธศาสตร์ในการดำเนินธุรกิจอย่างยั่งยืนคือรับผิดชอบต่อที่จะช่วยให้เด็กและเยาวชน โดยเฉพาะเด็กที่อายุต่ำกว่า ๑๓ ปี มีภูมิคุ้มกัน และสามารถรับมือภัยออนไลน์ สถิติเมื่อเข้าไปในโรงเรียน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กเล็กและวัยรุ่น พบว่าเด็กรู้จัก “ไซเบอร์บูลลี่” และบอกว่าเคยมีประสบการณ์ เด็กอายุ ๑๒ - ๑๓ ปี บอกว่าพ่อแม่ไม่เคยมาเกี่ยวข้องหรือแนะนำการใช้อินเทอร์เน็ตเลย ส่วนใหญ่ใช้อินเทอร์เน็ตตามเพื่อน ๕๔ % ของพ่อแม่ที่มีลูกอายุ ๕ - ๑๑ ปี ไม่แน่ใจว่าลูกของตัวเองถูกรังแกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์หรือเปล่า ๔๗ % ของพ่อแม่รู้สึกว่าการรังแกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์เป็นปัญหาใหญ่พอสมควร ๘๐ % ของพ่อแม่ที่มีลูกอายุต่ำกว่า ๑๓ ปี ชอบตั้ง account โกงอายุให้ลูกคือตอนจัด workshop พ่อแม่ยกมือ ๑๐๐ % ว่าไปตั้งโกงอายุเพื่อให้ลูกได้อยู่บน Facebook เวลาพ่อแม่โพสรูปก็จะแท็กลูกไปด้วย ซึ่งมีความน่ากลัวในเรื่องของการลวงละเมิดทางเพศ การหลอกลวง ฯลฯ และ ๗๐ % ของพ่อแม่จะโพสรูปส่วนตัวของลูกโดยไม่ได้กังวลหรือไม่มีความรู้ ทำให้เกิดปัญหาเด็กถูกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ได้

สิ่งที่ DTAC ขับเคลื่อนคือ มุ่งเน้นให้ความรู้โดยทำแคมเปญ digital ที่เรียกว่า **“Stop Cyber Bully”** คือทำเป็นเด็กผู้หญิงและขี้มูกแล้วเอามากินแล้วมีคนถ่ายรูปไปออกโซเชียล ซึ่งแคมเปญนี้ถือว่ามี การสร้างการรับรู้ได้ดีพอสมควร DTAC ออกคู่มือสำหรับพ่อแม่ โดยร่วมกับ ยูนิเซฟ และโรงพยาบาล ศิริราช ซึ่งให้ความช่วยเหลือในเรื่องของข้อมูล หนังสือเล่มนี้ใช้เวลาอ่านครู่เดียวแต่จะทำให้พ่อแม่เปลี่ยน มุมมองในการทำความเข้าใจลูกและโลก digital อย่างมาก ซึ่งสามารถรับได้ที่ บูธ DTAC ทำ workshop กับพ่อแม่ และพบว่าพ่อแม่ส่วนใหญ่มีความรู้้น้อยมากในเรื่องของภัยบนออนไลน์เข้าไปตามโรงเรียน และสื่อสารกับเด็กเยาวชนที่อายุต่ำกว่า ๑๓ ปี ในรูปแบบของการมีตัวละครโดยรูปแบบการเล่นเป็น scenario ว่าถ้าเด็กเจอสถานการณ์แบบนี้จะทำอย่างไร หลังจากเรียนจบ เด็กสะท้อนว่าสามารถรับมือ กับปัญหาได้ดีขึ้น มีแคมเปญเรื่องการต่อต้าน Cyber Bully ที่ทำออกมาสู่สังคม

DTAC ทำโครงการ Safe Internet มา ๒ ปี สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำงานคือ ภัยการกลั่นแกล้งกัน บนโลกออนไลน์ ไม่ใช่พื้นที่ที่มาแล้วจากไป แต่กำลังเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ คนที่ควรจะมีบทบาทสำคัญ ในการดูแลเด็กและเยาวชนมากที่สุดคือพ่อแม่ แต่พ่อแม่กลับขาดความรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูก คือมีปฏิสัมพันธ์หรือดูแลลูกได้น้อยจนน่าตกใจ สิ่งที่ยากฝากรัฐบาลคือ วันนี้เรามีรัฐมนตรีประจำกระทรวง digital เพื่อเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นต้องมีนโยบายควบคุมในการผลักดันให้เกิดการใช้งาน การทำเรื่อง เน็ตชุมชนเพื่อกระตุ้นให้เกิดการใช้อินเทอร์เน็ตทั่วประเทศเป็นสิ่งดี แต่สิ่งที่สำคัญคือต้องสร้างให้ เด็กเยาวชนคนไทยรู้หน้าที่ของพลเมืองดิจิทัลที่ดีด้วยเพื่อเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญต่อไป กระทรวง ดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ควรขึ้นมาเป็นผู้นำและกำหนดนโยบายให้ชัดเจน เพราะขณะนี้ มีหลาย หน่วยงานทั้งภาครัฐ NGOs เอกชนต่าง ๆ ลุกขึ้นมาทำและพร้อมอยู่แล้ว ขาดแต่คนที่คุณภาพองค์กรวมใหญ่ ยกตัวอย่างเช่น มาเลเซียมีการก่อตั้งหน่วยงานที่ทำเรื่อง Cyber Safe โดยเฉพาะ หรือในบรูไน ฟิลิปปินส์ ก็ก้าวล้ำไปเยอะเพราะฉะนั้นนี่ถือเป็นเรื่องที่สำคัญ

ช่วงแรกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๑. ข้อเสนอด้านกลไกในการแก้ไขปัญหา

- ๑) ควรมีกองระดับพื้นที่เพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่
- ๒) กลไกภาครัฐควรปรับเปลี่ยนสัดส่วนที่มาของคณะกรรมการเพราะเป็นข้าราชการมาก โดยต้องปรับให้สัดส่วนของภาคประชาสังคมและของพ่อแม่ผู้ปกครองมากขึ้น
- ๓) ค่ามือถือต้องมีโปรแกรมแอปพลิเคชันหรือมาตรการปกป้องคุ้มครองเยาวชน อยู่ในเซอร์วิสปกติที่ให้ลูกค้า เช่น service ปกติต้องไม่มีการให้เด็กดาวนโหลด สิ่งที่ไม่เหมาะสม ถ้ามีอาจจะต้องจัดการก่อนที่จะไปทำ CSR คือต้องทำทั้งเรื่องของ บริการปกติและ CSR ควบคู่กันจะได้ครอบคลุมสมบูรณ์
- ๔) ควรดึงเครือข่ายครอบครัวระดับจังหวัดต่าง ๆ ทั้งเครือข่ายศาสนาพุทธ ศาสนาคริสต์ ศาสนาอิสลาม ให้เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น
- ๕) ควรผนวกเรื่องมิติคุณภาพของครอบครัวเข้าไปในกลไกที่กำลังทำอยู่ เน้นเรื่อง คุณภาพของครอบครัวไม่ใช่เน้นครอบครัวที่รู้เรื่องไอทีอย่างเดียว เนื่องจากเด็ก ส่วนในต่างจังหวัดมีคุณภาพครอบครัวที่ต่ำลงเนื่องจากพ่อแม่เข้ามาในเมือง เด็กเหล่านี้ เติบโตขึ้นในสภาวะที่ไม่มีคนแนะนำสั่งสอน ไม่มีคนดูแล และใช้เวลาว่างเพื่อแก้เหงา

๖) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อน

มติ ๕.๗ พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ:

"จับชเอาอย่างสุนทรียะ พุดคุยเรื่องสุขภาพะของพระสงฆ์"

เวทีนี้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนมิติสุขภาพ "พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ" ภายใต้หัวข้อ "จับชเอาอย่างสุนทรียะ พุดคุยเรื่องสุขภาพะของพระสงฆ์" โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ภาคีผู้เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วนได้แลกเปลี่ยนมุมมองแนวคิด และรูปธรรมความสำเร็จในการขับเคลื่อนประเด็นพระสงฆ์กับสุขภาพะทั้งในระดับนโยบายและระดับพื้นที่ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการขับเคลื่อน เพื่อนำไปสู่ความร่วมมือ ในก้าวย่างต่อไปและเกิดความยั่งยืนในการพัฒนาสุขภาพะของพระสงฆ์

ผู้ร่วมเวทีประกอบด้วย

- | | |
|-------------------------------|---|
| ๑. นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา | ประธานคณะกรรมการขับเคลื่อนมิติพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพะ |
| ๒. พญ.ประนอม คำเที่ยง | รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| ๓. พระอมรมิตร คัมภีร์ธัมโม | เครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา
วัดถ้ำพระธาตุเมืองเทพ อุทัยธานี |
| ๔. นายสุภากร ดิษฐอำนาจ | สำนักนายกรัฐมนตรี |
| ๕. น.ส.ยอดขวัญ รุจกนกนากู | นักวิชาการบริหารแผนงาน
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ |
| ๖. นายคณพล ศรีหอมรัตน์ | นักวิชาการศาสนาชำนาญการ
สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ |

ดำเนินรายการโดย ผศ.ดร.ภก.พงศ์เทพ สุธีรวิมุติ



นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา

ประธานคณะกรรมการขับเคลื่อนมิติพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ

๑. มิติพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ เกี่ยวข้องกับสุขภาพใน ๓ ด้านคือ

สุขภาพของพระสงฆ์ ทางกลุ่มสังฆะพัฒนาพุทธชนย่นติ ๔ ภาค ได้มีการรวมตัวกันและปรารภห่วงใยเรื่องสุขภาพของพระสงฆ์ ซึ่งฆราวาสอาจจะไม่มีความรู้ในทางโภชนาการ ทำให้พระสงฆ์มีปัญหาเกิดภาวะทุพโภชนาการคือ น้ำหนักเกิน เกิดโรคภัยไข้เจ็บ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

สุขภาพของฆราวาส พระท่านพบว่าฆราวาสเองก็อดมไปด้วยโรคภัยไข้เจ็บ ท่านคิดว่าพระองค์ก็มีแนวทางที่พระพุทธเจ้าได้กำหนดเอาไว้ ซึ่งปฏิบัติแล้วจะสร้างความสุขหรือสุขภาพที่ดีทั้งกายและจิต

เรื่องระบบบริการ ซึ่งมีปัญหาเรื่องพระที่ขึ้นทะเบียนสิทธิ์ของกองทุนต่าง ๆ เรื่องการขาดฐานข้อมูล และระบบบริการเน้นบริการในลักษณะฆราวาสซึ่งไม่เหมาะกับพระสงฆ์ เป็นต้น เช่น การที่พระต้องรอคิวรักษาในเวลาที่ต้องฉันทพล การมีแต่พยาบาลผู้หญิงมาดูแล ฯลฯ

เมื่อประมวลสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ทางกลุ่มสงฆ์ก็ได้ร่วมมือกับทางกลุ่มนักวิชาการ ขึ้นรูปและผลักดันจนกระทั่งผ่านเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เมื่อปี ๒๕๕๕ คือมติพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ

๒. การขับเคลื่อนมิติพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ

สิ่งหนึ่งที่เป็นบทเรียนในการขับเคลื่อนหลังจากเกิดมติสมัชชาคือ การขาดการประสานและทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างฝ่ายต่าง ๆ ที่จะเป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อน กล่าวคือทางสำนักพุทธศาสนาแห่งชาติไม่ทราบเรื่องอย่างเป็นทางการส่วนทางพระสงฆ์มีเข้าใจว่าถ้าเกิดเป็นมติกรม แล้วทุกอย่างจะสามารถขับเคลื่อนไปได้อย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ ในทางปฏิบัตินั้นผลว่าการขับเคลื่อนเป็นไปในลักษณะต่างฝ่ายต่างดำเนินการ อาจจะทำให้เกิดปัญหา ความไม่สอดคล้องในการดำเนินงานเท่าที่ควร

เมื่อทาง สช. ทราบสถานการณ์แล้วจึงนำไปสู่การเชื่อมโยงสถานพลัง มีการเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาหารือร่วมกัน และสามารถกำหนดเป็นกรอบ ๕ ด้านในการขับเคลื่อนคือ ด้านความรู้ ด้านการบริหารข้อมูล ด้านการบริหารสุขภาพ ด้านการพัฒนาระบบการดูแลของพระสงฆ์ ด้านการวิจัยและพัฒนาชุดความรู้ ซึ่งงานหนึ่งที่สำคัญคือเรื่องการสาธารณสุขสงเคราะห์

เกิดการขับเคลื่อนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทางสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติเป็นธุระในการ นำมติสมัชชาฯนี้ไปเสนอไปในที่ประชุมของมหาเถรสมาคม ซึ่งที่ประชุมเห็นชอบและสนับสนุนผลักดันมติสมัชชาสุขภาพฯนี้ นอกจากนี้ที่ประชุมยังกล่าวถึงการขับเคลื่อนวัดส่งเสริมสุขภาพ เรื่องธรรมนุญสุขภาพ เรื่องสาธารณสุขสงเคราะห์ของคณะสงฆ์ โดยเชื่อมโยงเป็นภาพรวมทั้งหมด ทางฝ่ายบริหาร นายสุวพันธุ์ ตันยุวรรธนะรัฐมนตรีสำนักนายกฯ มอบหมายให้นายสุภากร ดิษฐอำนาจ ที่ปรึกษาฯ มาร่วมประชุมทุกครั้ง ซึ่งทำให้ข้อเสนอต่าง ๆ ไปสู่ผู้บริหาร ก็เป็นพลังเสริมที่ทำให้ขับเคลื่อนต่อไป ทางกระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย เป็นแกนหลัก มีท่านรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข พญ.ประนอม คำเที่ยง มาเข้าร่วมทำให้เกิดภาพการทำงานเชิงระบบมากยิ่งขึ้น ส่วนทาง สสส. ได้ดำเนินโครงการวิจัยเชิงพัฒนาร่วมกับทางกลุ่มสงฆ์ ซึ่งจะเป็นต้นแบบของการพัฒนา

๓. ข้อพึงระวังในการขับเคลื่อนงานด้านนี้

เจ้าคุณพระพรหมบัณฑิต เจ้าอาวาสวัดประยุรวงศ์ ซึ่งท่านเป็นกรรมการมหาเถรสมาคม ได้ตั้งข้อสังเกตและบอกให้ต้องระวังคือ **“อย่าเอาสุขภาพทางโลกมาครอบสุขภาพทางพุทธ เพราะทางพุทธมีเรื่องการดูแลสุขภาพที่ถูกบัญญัติไว้ในศาสนาอยู่แล้ว”** ดังนั้นต้องระวัง ไม่เช่นนั้นจะเกิดความรู้สึกอึดอัดว่าสิ่งที่ทำเป็นแนวทางของทางโลก ซึ่งจุดนี้คณะทำงานจึงคิดว่าไม่ควรเอารูปแบบของคนทั่วไปไปใช้กับพระ เพราะท่านมีเส้นทางที่เป็นบัญญัติไว้ และมีการพิสูจน์แล้วว่าทำให้สุขภาพดีขึ้น ทั้งกายและจิต

ผศ.ดร.ภก. พงศ์เทพ สุธีรวิมล

ภาพรวมความก้าวหน้าการขับเคลื่อนมิติใน ๕ ด้าน เมื่อมติฯออกมาแล้วก็มีแผนการขับเคลื่อน ๕ ด้านซึ่งก้าวหน้าดังนี้

ด้านที่ ๑ การจัดการความรู้ในเรื่องของสุขภาพพระสงฆ์ ขณะนี้เกิดการรวบรวมชุดความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของพระสงฆ์อะไรอยู่บ้าง และขณะเดียวกันในชุดความรู้เหล่านี้จะไปบรรจุอยู่ในหลักสูตรของสถาบันการศึกษาของสงฆ์ ไม่ว่าจะเป็นมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัยและขณะเดียวกันจะมีการพัฒนาหลักสูตรการอบรมทั้งระยะสั้น กลาง ยาว ได้อย่างไร ซึ่งทาง สสส. รับผิดชอบดำเนินการอยู่

ด้านที่ ๒ คือเรื่องบริการสุขภาพ ซึ่งกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการเรื่อง Long term care นำร่อง ๑,๐๐๐ ตำบล และในขณะเดียวกันก็ดำเนินการตรวจสุขภาพของพระสงฆ์ทั่วประเทศ รวมถึงเรื่องของการปรับปรุงการให้บริการกับพระสงฆ์เวลาพระสงฆ์ไปตามสถานพยาบาลต่าง ๆ

ด้านที่ ๓ เรื่องการพัฒนาการขับเคลื่อนสุขภาพของพระสงฆ์ มีอยู่ ๗ ด้าน คือเรื่อง วัดส่งเสริมสุขภาพ มีโครงการตามมติของมหาเถรสมาคมซึ่งมีมติออกมาและมีการขับเคลื่อนในกลุ่มสงฆ์ มีการอบรมธรรมทายาท มีอาสาสมัครสุขภาพในวัด มีเรื่องที่ยพยายามให้พระสงฆ์เข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องที่ สสส. มีโครงการเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพที่มีความชัดเจนมากขึ้น มีเครือข่ายสังฆะเพื่อสังคมที่พระสงฆ์มารวมกลุ่มกันทำเรื่องสวัสดิการชุมชน เรื่องการดูแลสุขภาพของเครือข่ายพระสงฆ์ และสิ่งสำคัญคือการนำไปสู่การทำธรรมนูญสุขภาพสำหรับพระสงฆ์

ด้านที่ ๔ เรื่องการจัดการข้อมูล ทางสำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติพยายามพัฒนาระบบข้อมูลการขึ้นทะเบียนพระสงฆ์ในขณะ สปสช. มีฐานข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาลแต่ไม่สามารถจะจำแนก ระหว่างพระและฆราวาส เพราะฉะนั้นกำลังมีความพยายามที่จะเชื่อมระบบข้อมูลของทั้ง ๒ ระบบนี้ เข้ามาด้วยกัน จะได้สามารถวิเคราะห์หรือติดตามได้ว่าพระสงฆ์ขณะนี้สุขภาพจะเป็นอย่างไรบ้าง

ด้านที่ ๕ เรื่องการวิจัยและพัฒนาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพพระสงฆ์ ในกลุ่มสงฆ์เอง มีสถาบันการศึกษาจะพัฒนางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสุขภาพของพระสงฆ์นี้ได้อย่างไร ทั้งหมดนี้ก็คือกรอบงานของมติของสมัชชาสุขภาพฯ ที่กำลังจะขับเคลื่อน

นายคณพล ศรีหอมรัตน์

นักวิชาการศาสนาชำนาญการ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ

สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติเป็นหน่วยงานหลักในการสนองงานคณะสงฆ์โดยตรงในทุกมิติ และรักษาผลประโยชน์ของพระสงฆ์ และสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติโดยผู้อำนวยการยินดีที่จะขับเคลื่อนงานในกรอบ ๕ ด้านของมติสมัชชาสุขภาพฯ

การขับเคลื่อนด้านฐานข้อมูลพระสงฆ์ มหาเถรสมาคมมีมติ เมื่อวันที่ ๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ เรื่องขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพพระสงฆ์ ฐานข้อมูลของพระสงฆ์ที่สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ มีตอนนี้คือพระสงฆ์ที่มีตำแหน่งทางการปกครองที่มีสมณศักดิ์ สำหรับพระสงฆ์ที่ยังไม่มีฐานข้อมูลคือพระสงฆ์ที่ไม่ได้มีตำแหน่งทางการปกครอง

การทำพื้นที่ต้นแบบด้านข้อมูลพระสงฆ์ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ได้แต่งตั้งนักวิชาการเพื่อเป็นที่ปรึกษาเรื่องฐานข้อมูลพระสงฆ์ คือ ดร.ชุมพล บุญมี จากม.ธรรมศาสตร์ และได้เลือกอำเภอหนองน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เป็นพื้นที่ต้นแบบในการจัดทำฐานข้อมูลพระสงฆ์

แนวทางขับเคลื่อนด้านระบบข้อมูลทั่วประเทศ และการจัดทำหมายเลข ๑๓ หลักของพระสงฆ์ คือ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติจะมีหนังสือแจ้งไปทางเจ้าคณะผู้ปกครองให้ส่งข้อมูลรายงานว่ามีพระสงฆ์ สามเณร ในแต่ละวัดกี่รูป และจัดทำข้อมูลพระสงฆ์ที่ยังไม่มีหมายเลข ๑๓ หลัก เพราะว่าต่อไปหมายเลข ๑๓ หลักจากสถาบันพระพุทธศาสนาแห่งชาติของพระสงฆ์จะต้องเชื่อมกับฐานข้อมูลของสปสช.และกระทรวงมหาดไทยต่อไป ซึ่งหากพระสงฆ์เข้าโรงพยาบาลโดยใช้หมายเลข ๑๓ หลัก ทางสปสช.จะสามารถทราบได้ว่าเป็นพระจริง ๆ หรือเป็นฆราวาส

การขับเคลื่อนเรื่องธรรมนูญสุขภาพของพระสงฆ์ ทางสำนักพุทธศาสนาแห่งชาติร่วมมือกับ สสส. โดย สสส.จะเป็นเจ้าภาพในการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ และหลังจากเห็นคำสั่งแล้วจะประชุมและดำเนินการต่อไป ซึ่งสำนักงานพระพุทธศาสนาฯ ได้มอบหมายรายชื่อกรรมการไปคือมีผู้อำนวยการสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติและเป็นที่ปรึกษา หลังจากจัดตั้งคณะกรรมการเสร็จต้องนำเสนอมหาเถรสมาคมให้รับทราบคำสั่งแต่งตั้ง และอยากให้ทางมหาเถรสมาคมมีมติมอบให้มีกรรมการมหาเถรศักดิ์ ๑-๒ รูป อาจเป็นพระพรหมบัณฑิต พระพรหมวชิรญาณวดียานนาวา เป็นที่ปรึกษา และเป็นผู้แทนมหาเถรสมาคม เพราะตอนนี้เป็นมติออกมาแต่ทางมหาเถรสมาคมยังไม่มีมติมอบองค์ใดเป็นผู้แทนการขับเคลื่อน

น.ส.ยอดขวัญ รุจนกนกนาฏ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ที่มา แนวคิดของ สสส.ในการทำงานด้านพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ พระสงฆ์เป็นทุนที่สำคัญทางสังคม มีศักยภาพอย่างมากในเรื่องบทบาทการทำงานเพื่อขับเคลื่อนสังคม ปัจจุบันมีวัดทั้งสิ้นเกือบ ๔๐,๐๐๐ วัด ถ้าสามารถใช้พื้นที่ของวัด ใช้ศักยภาพของพระสงฆ์ เชื่อว่างานด้านสุขภาพจะไปได้ไกล สสส.เห็นความสำคัญเหล่านี้จึงกลายเป็นที่มาของการทำงานเรื่องพระสงฆ์

สสส. ใช้แนวคิดเรื่องสัปปายะทั้ง ๔ หรือแนวคิดเรื่อง ๔ สบายในการทำงาน เรื่องสุขภาวะ ๔ สบายประกอบด้วย อวาสสบาย อาหารสบาย บุคคลสบาย ธรรมะสบาย โดยเราคาดหวังว่าเราจะสามารถทำให้วัดเข้มแข็ง ทำให้บุคลากรในวัดมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่ง ๔ สบายประกอบด้วย

๑) **อวาสสบาย** มีการขับเคลื่อน **“โครงการวัดสร้างสุข”** โดย สสส. ทำงานร่วมกับสมาคมส่งเสริมเทคโนโลยีไทย-ญี่ปุ่น ปีที่ผ่านมา มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในวัด โดยมีวัดที่เข้าร่วมโครงการ ๑๔๕ วัด มีองค์กรต้นแบบที่เข้าร่วมโครงการ ๑๓๙ องค์กร ครอบคลุมพื้นที่ทุกภาคทั่วประเทศ และมี **“โครงการวัดบันดาลใจ”** โดย สสส. ร่วมกับสถาบันอาศรมศิลป์และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เช่น หอจดหมายเหตุพุทธทาสอินทปัญโญ สมาคมภูมิสถาปนิกแห่งประเทศไทย และวิศวกรรมสถานแห่งประเทศไทย เพื่อปรับภูมิทัศน์ของวัดทำให้วัดเป็นพื้นที่ที่สร้างแรงบันดาลใจให้กับวัดทั่วประเทศ โดยปีที่ผ่านมา มีการทำงานที่เป็นวัดต้นแบบ เช่น วัดสุทธิวาราม วัดศรีทิวาทิภาคใต้

๒) **อาหารสบาย** เป็นเรื่องโภชนาการเกี่ยวกับพระสงฆ์

๓) **บุคคลสบาย** เป็นเรื่องการทำให้คนรอบ ๆ ข้างพระสงฆ์ มีสุขภาวะที่ดีและเป็นเรื่องของกิจกรรมทางกายที่เกี่ยวกับพระสงฆ์ โดย สสส. ทำงานร่วมกับ *รศ.ดร.จงจิตร์ อังคทะวานิช* คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลจุฬาฯ เริ่มตั้งแต่ทำการวิจัยโครงการสงฆ์ไทยไกลโรค และค้นพบว่าปัจจุบันอาหารที่ทำขายส่วนใหญ่สำหรับใส่บาตรมีความหวานและมัน ดังนั้นโครงการสงฆ์ไทยไกลโรคจึงมีสื่อรณรงค์เพื่อให้พระสงฆ์ได้ออกกำลังกายมากขึ้น และเรื่องของสูตรไทยไกลโรค รวมทั้งโปรแกรมคอมพิวเตอร์เรื่อง **“ปานะปัญญา”**

๔) **ธรรมะสบาย** เป็นเรื่องพระสงฆ์เผยแพร่ธรรมะสู่ประชาชนมากขึ้น โดย สสส. ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย ในการผลักดันให้พระสงฆ์เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ โดยไปพัฒนาให้พระนิสิตเป็นพระธรรมทายาท และได้รับความร่วมมือจากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัยในเรื่องการขยายผลพื้นที่ โดยเอาวิทยาลัยของ มจร. ขยายไปยัง ๒๐ จังหวัด ซึ่งมีศูนย์ทั่วประเทศ นอกจากมหาวิทยาลัยสงฆ์ที่ได้ทำงานร่วมกันแล้ว ยังร่วมมือกับมูลนิธิต่าง ๆ เช่น มูลนิธิสังฆะเพื่อสังคม เพื่อร่วมกันพัฒนาสร้างพระธรรมทายาทเพื่อเป็นนักพัฒนาสร้างเสริมสังคมสุขภาวะ ซึ่งเป็นการสืบสานปณิธานของหลวงปู่ปัญญานันทภิกขุ นอกจากนี้ ได้ร่วมกับเครือข่ายวัดยานนาวา ในเรื่องการพัฒนาบทบาทพระสงฆ์กับการพัฒนาสังคมสุขภาวะ โดยความร่วมมือของบวร คือ บ้าน วัด และราชการ ซึ่งโครงการนี้ทำทั้งหมด ๒๕ อำเภอ ในจังหวัดอุบลราชธานี ปัจจุบันอยู่ระหว่างการดำเนินงาน

พระอมรมิตร คัมภีร์ธัมโม

เครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา วัดถ้ำพระธาตุเมืองเทพ จ.อุทัยธานี

“สุขภาพ” หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา ทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล คือไม่ได้มองแค่เรื่องกายอย่างเดียว แต่มองเรื่องจิตใจ เรื่องการเรียนรู้ เรื่องปัญญา และสิ่งที่อยู่รอบตัวทั้งหมด เป็นเรื่องที่ค่อนข้างยิ่งใหญ่

“ธรรมนุญ” คือ กฎกติกา ระเบียบ ข้อตกลง เป็นสิ่งที่ทำร่วมกัน

มีพุทธพจน์หนึ่งพูดถึงพระพุทธเจ้า เวลาจะบัญญัติสิกขาบทแก่ภิกษุทั้งหลาย ท่านจะพูดถึงอำนาจประโยชน์ ๑๐ ประการ ยกตัวอย่าง ข้อ ๑ เป็นความดีงามที่เป็นไปโดยความเห็นชอบร่วมกัน เกิดความสามัคคี เกิดมดี เกิดข้อตกลงร่วมกันในการที่จะทำให้เกิดความดีงามแก่คณะพระสงฆ์ ดังนั้น ธรรมนุญหรือกฎกติกาจึงไม่ใช่เรื่องที่บัญญัติเพราะใคร แต่เป็นเรื่องที่ถูกคิด ถูกตกลง เป็นมติร่วมกันของส่วนรวม แล้วผลประโยชน์ก็ตกแก่ทุกคน อันนี้คือคำว่าธรรมนุญ และธรรมนุญที่เป็นรูปธรรมที่สุดคือ ธรรมนุญที่อยู่ในหลักพระธรรมวินัย มีการปฏิบัติสืบต่อกันมา เกิดวัฒนธรรมแบบชาวพุทธ มีเรื่องของการดูแลตัวเอง ดูแลสิ่งที่อยู่รอบตัว

ตัวอย่างข้อบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะพระสงฆ์ในพระวินัย

- **เรื่องของการบริโภคอาหาร** การประมาณในการรับประทานอาหาร เวลาในการขบฉัน การงดอาหารมื้อเย็นซึ่งหลังจากช่วงเย็นร่างกายต้องการพักผ่อนและใช้พลังงานน้อย ฯลฯ
- **เรื่องการป้องกันโรค** เรื่องของที่ใช้ร่วมกัน ถึง ภาชนะ ชันน้ำ เตียงนอน เครื่องปูลาดบนเตียงเดียวกัน การดูแลภาชนะที่ต้องตากแดด การกรองน้ำ การดูแลสนาสนะเรือนพัก ฯลฯ
- **เรื่องการดูแลสุขภาพ** อนุญาตให้เดินเป็นการออกกำลังกาย แต่เดินอย่างมีสติ การอยู่เรือนไฟร่วมกัน ปกติเวลาพระจะตื่นน้ำร้อนเป็นอะไรที่เกี่ยวกับสุขภาพ ถ้าทำเปียกเปื้อนในขณะที่ใส่รองเท้าก็ห้ามเหยียบ ฯลฯ
- **เรื่องการทำความสะดวก** การปิดหน้าต่าง การดูแลของใช้ การดูแลห้องสุขา ฯลฯ

เหล่านี้เป็นเรื่องการดูแลสุขภาพในพระไตรปิฎกมีพูดไว้ อยากให้สังคมไทยเข้าใจเรื่องนี้ เป็นกติกาที่จะต้องศึกษาของเก่า ขณะเดียวกันก็มาเรียนรู้และสร้างความเข้าใจร่วมกันว่าสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้พระสงฆ์มีสุขภาพดีน่าจะเป็นอย่างไร ทำยสุดแล้วต้องคุยกับสำนักพุทธฯ ว่าจากวิถีคิดจะนำไปสู่การปฏิบัติจริงได้อย่างไร เรื่องธรรมนุญเป็นสิ่งที่น่าสนใจมันไม่ใช่กติกาเฉพาะใครเฉพาะเรื่อง เช่น ที่ อ.บ้านหม้อ ก็เป็นกติกาของชุมชนเล็ก ๆ ไม่ใช่ทั้งหมดของสังคม และสุขภาพไม่ใช่การดูแลเพียงแค่งกาย ต้องดูแลจิตใจ ดูแลกระบวนการเรียนรู้ เราจะไปสู่ธรรมนุญสุขภาพของพระสงฆ์ที่แท้จริงได้อย่างไร

พญ.ประนอม คำเที่ยง รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จากการตรวจสุขภาพพระสงฆ์ ตั้งแต่ปี ๒๕๕๐ และปี ๒๕๕๔ ซึ่งทำทั่วประเทศ ได้ข้อมูลมาระดับหนึ่งจากการตรวจเลือด ตรวจร่างกาย พบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อ เช่น เบาหวาน ความดัน ไขมันสูง จำนวนมาก หลังจากการตรวจรอบ ๒ ผลยังไม่ต่างกันมาก

การดำเนินการขับเคลื่อนมิติสุขภาพฯ ท่านปลัดกระทรวงฯ มอบให้เป็นตัวแทนกระทรวงมาทำงานร่วมกับสช. และท่านรัฐมนตรีมีนโยบายว่าสิ่งที่ เป็นมิติสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงจะเข้ามาช่วยอย่างไรในการขับเคลื่อน เพราะหลายเรื่องมีมติแล้วแต่การขับเคลื่อนยังไม่เห็นผลเท่าที่ควร ต้องร่วมด้วยช่วยกันขับเคลื่อน ซึ่งได้เรียนท่านรัฐมนตรีว่า สช. กับกระทรวงน่าจะมีคณะทำงานที่ต้องทำด้วยกัน ทางกระทรวงต้องการให้เกิดการขับเคลื่อนจริงจัง

จากประสบการณ์ที่จ.ลพบุรี ขณะเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน หลวงพ่อพวงท่านแนะนำว่า ถ้ามีแต่โรงพยาบาลอย่างเดียวจะไปไม่รอด ต้องมีตึกพิเศษสำหรับหาเงินมาช่วยคนอื่น ซึ่งหลวงพ่อช่วยสร้างตึกพิเศษ ช่วยบริจาคเครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ ฯลฯ ทำให้โรงพยาบาลจากที่เคยติดลบ ๔ ล้านบาท สุดท้ายสามารถบริหารให้มีเงินกว่า ๑๐ ล้าน ถือว่าหลวงพ่อมีส่วนช่วยได้มาก ถ้าทำอย่างนี้ได้การพัฒนาาระบบบริการจะไปได้ไกล

ได้หารือกับพระพรหมบัณฑิตกับกรมอนามัยถึงแนวทางการขับเคลื่อน โดยทางกรมอนามัยแจ้งว่าปัจจุบันมีแต่ผู้ปฏิบัติไม่มีผู้บริหาร ไม่มีผู้เข้ามารับผิดชอบ และงานขับเคลื่อนนี้ไม่สามารถดำเนินการได้ เพียงฝ่ายเดียวต้องมีการบูรณาการกับหลายหน่วยงาน จึงขอให้ทาง สช. จัดประชุมคณะทำงานต่อเนื่องจนเกิดยุทธศาสตร์

ที่ผ่านมามีกรมอนามัยดำเนินการวัดส่งเสริมสุขภาพ และกำลังดำเนินการอาสาสมัครประจำวัด (อสว.) ซึ่งตรงกับกระทรวงสาธารณสุขเพราะกระทรวงฯมี อสม. กว่าล้านคน ซึ่งทางท่านปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะดำเนินการประเด็น อสค. หรืออาสาสมัครครอบครัว กล่าวคือหากครอบครัวมีคนป่วยจะมีอาสาสมัครเข้าไปดูแลสุขภาพ นี่จะตรงกับ อสว. วันนี้ประเด็นสำคัญไม่ใช่เรื่องที่ว่าดำเนินการสิ่งใดไปแล้ว แต่เป็นเรื่องที่ต้องกลับไปดำเนินการสิ่งใด ที่จะต้องขับเคลื่อนร่วมกัน

นายรัฐกร ดิษฐอำนาจ สำนักนายกรัฐมนตรี

ประเด็นหนึ่งที่เป็นปัญหาคือ เมื่อมติดิถีสุขภาพฯ ออกมาและผ่านคณะรัฐมนตรี ซึ่งรับทราบและเห็นชอบ และมติขั้้นมีการระบุหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายหน่วย ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจว่าแต่ละหน่วยจะรับไปทำ แต่ปรากฏว่ามีหลายหน่วยงานที่มีรายชื่อ ซึ่งอาจจะไม่ได้ทราบหรือว่าไม่ได้ทำ ซึ่งสาเหตุอาจเป็นเพราะกระบวนการข้ามขั้นตอน

การบูรณาการการทำงานร่วมกัน ที่ผ่านมามีแต่ละหน่วยทำงานในส่วนตน เช่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีวัดส่งเสริมสุขภาพ สสส. มีวัด ๔ สายทาง พระสงฆ์มีกลุ่มกองทุนที่สนับสนุนเรื่องนี้ หรือสำนักพุทธกับสสส.จะมีร่างธรรมนูญสุขภาพเรื่องพระสงฆ์ แต่ทั้งหมดนี้ขาดการบูรณาการร่วมกัน ประเด็นสำคัญที่อยากเน้นคือ การขับเคลื่อนให้ได้ผลเป็นรูปธรรมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องบูรณาการการทำงานร่วมกันและงานที่ยังขาดผู้รับผิดชอบต้องหาผู้รับผิดชอบให้ได้ เนื่องจากงานของราชการมีกรอบระเบียบกฎเกณฑ์ มีภาระหน้าที่ต่างกัน เช่น สำนักพุทธศาสนาแห่งชาติ ไม่มีกรอบงานที่ต้องดูแลเรื่องสุขภาพ ดังนั้นสำนักพุทธฯไม่มีบุคลากรดูแลเรื่องสุขภาพของพระ และไม่มีการประเมินดำเนินงานเรื่องนี้ ปัญหาคือถ้างานเพิ่มออกมาจากกรอบที่ตั้งงบประมาณไว้ก็เป็นเรื่องที่ไม่ปฏิบัติยาก ซึ่งเรามีตัวช่วยคือ องค์กรออย่าง สสส. ซึ่งเป็นองค์กรที่ค่อนข้างยืดหยุ่นมีเงินทุน และเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพก็สามารถจัดให้ได้ ดังนั้นเมื่อหน่วยงานต่าง ๆ มาร่วมเป็นคณะกรรมการขับเคลื่อนมติ ก็จะเป็นโอกาสที่ดีที่จะร่วมกันเพื่อให้งานก้าวหน้ามากขึ้น เป็นโอกาสที่จะขยายงานจากเดิมที่สำนักพระพุทธรูปดูแลแค่ซ่อมวัดดูแลทะเบียนพระสงฆ์ ไม่ได้ดูแลเรื่องสุขภาพจะเป็นโอกาสภารกิจเรื่องของการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์หรือการไปเพิ่มบทบาทให้พระสงฆ์ไปทำงานเรื่องสุขภาพของสังคม เพราะว่าเป็นมติของมหาเถรสมาคมที่จะดำเนินการเรื่องวัดส่งเสริมสุขภาพ ทางสำนักพุทธฯจะต้องเดินหน้าต่อไป



ช่วงเสกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๑. ประเด็นด้านระบบบริการสุขภาพแก่พระสงฆ์

- ปัจจุบันสถานการณ์ด้านสุขภาพของพระสงฆ์น่าเป็นห่วงมาก เมื่อไปอาพาธเจ็บป่วยเป็นการรักษาตามอาการ แต่ไม่ได้รับการวางแผนการรักษาอย่างยั่งยืน
- พระสงฆ์ทางภาคใต้มีความลำบากในการเดินทางมารักษาเป็นประเด็นการเข้าถึงบริการ

๒. ประเด็นด้านระบบข้อมูล

- พระไม่ได้อยู่ในทะเบียนระบบของประชาชน ไม่มีสิทธิบัตรประชาชน ไม่มีหมายเลข ๑๓ หลัก ทำให้ส่งผลในเรื่องสิทธิการรักษา

๓. ประเด็นด้านการขับเคลื่อนงาน

- อยากให้เชิญพระสังฆาธิการที่มีอำนาจในการปกครองมามีส่วนร่วม ซึ่งจะเป็นประโยชน์หากมีพระที่อยู่ในฝ่ายปกครองได้มาสานพลังร่วมกับชมร่ววาสที่อยู่ในฝ่ายปกครอง
- ควรกระจายข่าวการขับเคลื่อนประเด็นนี้ให้พระสงฆ์ทราบ โดยใช้เทคโนโลยีผ่านสื่อออนไลน์ไปยังกลุ่มพระโดยตรงซึ่งจะสื่อสารได้เร็วมาก
- ในเรื่องคณะกรรมการควรให้พระเข้าไปเป็นกลไกหนึ่งและมีส่วนร่วมในเรื่องของคณะกรรมการให้ท่านช่วยติดตามในนามของพระสงฆ์ เพราะชมร่ววาสอาจมีการโยกย้ายหน้าที่ตำแหน่ง แต่พระจะติดตามเรื่องนี้ได้ตลอด ตรงนี้เป็นเรื่องความยั่งยืนของบุคลากร จึงอยากให้พระเข้ามามีส่วนร่วมให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างจริงจัง
- เรื่องธรรมนูญสุขภาพต้องเชื่อมโยงกับพระธรรมวินัยเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนา
- การขับเคลื่อนต้องมีฐานวิชาการที่ชัดเจนรองรับจึงจะได้ผลและเกิดประโยชน์ ต้องดำเนินงานอย่างจริงจัง ไม่เช่นนั้นก็จะสิ้นเปลืองงบประมาณเสียเปล่า

๗) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อน กลุ่มมิติเกษตรและอาหารปลอดภัย



ผู้ร่วมเวทีประกอบด้วย

- | | |
|------------------------|---|
| ๑. น.ส.ปรกชล อู๋ทรัพย์ | ผู้ประสานงานเครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช |
| ๒. ดร.ศรภา ศุทธิพันธ์ | วิทยาลัยบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ |
| ๓. ดร.ตรี บุญเจือ | รักษาการผู้อำนวยการ ส่วนสำนักคุ้มครองผู้บริโภคในกิจการกระจายเสียงและโทรทัศน์ สำนักงาน กสทช. |
| ๔. นางนิธิตี บัตรพรธนะ | หัวหน้ากลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ (บย.)
สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย |

ดำเนินรายการโดย รศ.ดร.ภญ.จิราพร ลีмпานานนท์
ประธานคณะทำงานขับเคลื่อนกลุ่มมิติเกษตรและอาหารปลอดภัย

เวทีนี้เป็นโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนในกลุ่มมิติเกษตรและอาหารปลอดภัย ประกอบด้วย ๓ มติคือ มติ ๑.๕ เกษตรและอาหารในยุควิกฤต มติ ๕.๕ ความปลอดภัยทางอาหาร: การแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และมติ ๕.๘ การพัฒนาเทคโนโลยีและกระบวนการที่สามารถรับมือผลกระทบด้านสุขภาพจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนโดยเฉพาะอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ภาคีผู้เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วนได้แลกเปลี่ยนมุมมองแนวคิดต่อร่างพระราชบัญญัติความปลอดภัยจากการใช้สารป้องกันและกำจัดศัตรูพืช พ.ศ.... การโฆษณาสารเคมีทางการเกษตร การส่งเสริมการขายในพื้นที่ รวมถึงการจัดการระบบเฝ้าระวังและเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพื่อนำไปสู่ความร่วมมือในก้าวอย่างต่อเนื่องให้เกิดความยั่งยืน

รศ.ดร.ภญ.จิราพร ลิ้มปานานนท์

ประธานคณะกรรมการขับเคลื่อนกลุ่มมิติเกษตรและอาหารปลอดภัย

กล่าวถึงการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พ.ศ.๒๕๕๙ ได้ให้ความสำคัญกับการติดตามและขับเคลื่อนมติ ดังนั้นเวทีนี้ขอฝากได้พลังจากภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนเรื่องยาก ๆ คือ เรื่องเกษตรและอาหารปลอดภัย สิ่งที่ยากลำบากผลักดันให้เกิดคือ “พระราชบัญญัติเรื่องของสารเคมีทางการเกษตร” ที่แยกออกมาเฉพาะ ซึ่งร่างพ.ร.บ.นี้ นักวิชาการได้ร่างออกมาแล้วภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย วันนี้เป็นวันสำคัญของการมา ช่วยกันเสนอความคิดเห็นว่าสนับสนุนหรือต้องการแก้ไขในประเด็นใด งานนี้เป็นเรื่องที่ภาคีจะต้องช่วยกันและเป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อน เพื่อให้ได้กฎหมายที่ดีในการควบคุมให้เกษตรและอาหารมีความปลอดภัย แนวทางการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กลุ่มมิติเกษตรและอาหารปลอดภัย จำแนกเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่

๑) **กลุ่มกฏกติกา หมายถึง** การผลักดันให้เกิดการปรับปรุง กฎหมาย ระเบียบ มาตรฐาน เพื่อให้เกิดการผลิต นำเข้า และการจำหน่าย อาหารที่ปลอดภัยจากสารเคมีทางการเกษตร

๒) **การบังคับใช้ กฎ กติกา หมายถึง** การผลักดันให้เกิดการควบคุม กำกับ ส่งเสริม ขับเคลื่อน และดำเนินงานให้เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ มาตรฐานและ แนวทางการดำเนินงาน

๓) **กลุ่มการก่อการดี หมายถึง** ปรากฏการณ์ บทเรียน ต้นแบบ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ของการจัดการระบบอาหารที่ปลอดภัยจากสารเคมีทางการเกษตร

น.ส.ปรกชล อู๋ทรัพย์

ผู้ประสาน เครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

กล่าวถึงที่มาของการยกร่างพระราชบัญญัติความปลอดภัยจากการใช้สารป้องกันและกำจัดศัตรูพืช ประเด็นช่องว่างในการควบคุมสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ภายใต้กระบวนการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ถึง พ.ศ. ๒๕๕๕ มีการพูดคุยกันหลายครั้งเรื่องช่องว่างในการควบคุมสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีตั้งแต่ต้นทาง การนำเข้า การอนุญาตให้มีการนำเข้า การขึ้นทะเบียน การโฆษณาส่งเสริมการขาย การจัดจำหน่าย การกระจายสินค้า การใช้ การตกค้าง ผลกระทบ รวมไปถึงการจัดการซากบรรจุมันท์ มีการวิเคราะห์หลายครั้ง แต่แต่ละครั้งมีทิศทางคล้ายกันซึ่งปัญหาหลักมีตลอดเส้นทาง ตั้งแต่เรื่องคณะกรรมการ ที่มาของผู้ทรงคุณวุฒิ เกณฑ์ในการจัดประเภทชนิดวัตถุอันตรายและองค์ประกอบต่าง ๆ รวมไปถึงกลไกในการควบคุมการโฆษณาการตลาดสารเคมี การจำหน่ายสินค้า

ที่ไม่ตรงกับทะเบียน เช่น ขอบขึ้นทะเบียนไว้ในพืชที่ไม่ใช่อาหารแต่นำไปใช้กับพืชที่เป็นอาหาร จึงมีการตกค้าง โดยแนวทางการแก้ปัญหา เกิดความพยายามที่จะแก้ปัญหาทั้งในระดับเล็ก คือแก้เป็นเฉพาะส่วนไป จนถึง การขอแก้ไขปรับปรุง พ.ร.บ. วัตถุอันตราย พ.ศ.๒๕๓๕ และสุดท้ายในที่ประชุมคณะทำงานขับเคลื่อนกลุ่มมติดิเกษตรและอาหารปลอดภัย จึงเสนอว่า ถึงเวลาแล้วที่ประเทศไทยจะมีการแยกกฎหมายควบคุมสารเคมีทางการเกษตรออกมาเป็นการเฉพาะ จึงเป็นที่มาให้เกิดการ ร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้

ช่องว่างของกฎหมายเดิม

- ๑) เรื่องการอนุญาต การขึ้นทะเบียน การจัดจำหน่าย คือช่วงเริ่มต้นจะอยู่ในการกำกับดูแลของกฎหมายที่ควบคุมสารเคมีเป็นส่วนใหญ่
- ๒) เรื่องของการใช้ หรือการกระจายสินค้า ตรงนี้ไม่มีกฎหมายเฉพาะที่จะบอกว่าต้องใช้ อย่างไร หรือเรื่องการควบคุมผู้ใช้ ตั้งแต่การกระจายจากผู้ผลิต ไปที่ผู้ขายรายย่อย และไปที่เกษตรกร ตรงนี้มีช่องว่างอยู่
- ๓) เรื่องการตกค้าง ไปอยู่ใน พ.ร.บ.อาหาร ทำให้เส้นทางการไหลของข้อมูลขาดช่วง
- ๔) เรื่องของผลกระทบ เช่น การตกค้างในสิ่งแวดล้อม กระทบต่อสุขภาพของเกษตรกร หรือผู้บริโภค ตรงนี้ไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลกันอย่างเป็นระบบ

สาระสำคัญของ ร่าง พระราชบัญญัติความปลอดภัยจากการใช้สารป้องกันและกำจัดศัตรูพืช

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ ให้มีการปรับปรุงกฎหมายที่ควบคุมเรื่องสารเคมีทางการเกษตรให้มีความทันสมัยมากยิ่งขึ้นและให้มีการควบคุมการใช้สารเคมีที่เป็นอันตรายร้ายแรงอย่างเคร่งครัด ทำให้ร่างพ.ร.บ. ที่คณะทำงานวิชาการได้พัฒนากันขึ้นมา มีความแตกต่างไปจาก พ.ร.บ. วัตถุอันตรายตัวเดิมอย่างชัดเจน เจตนารมณ์หลัก ๆ ของร่างพ.ร.บ. ฉบับนี้ คือเป็นไปเพื่อเป็นการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนให้ได้บริโภคอาหารและอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย มีหลักการสำคัญ ๓ เรื่องคือ (๑) หลักการป้องกันไว้ก่อน (๒) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และ (๓) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการจัดการสารเคมีตลอดห่วงโซ่ แนวทางการจัดการสารเคมี จะไล่เรียงตั้งแต่ต้นทางการอนุญาตให้มีการนำเข้า ไปจนถึงการกระจายสินค้า การใช้ การจำหน่าย การตกค้างในผักผลไม้ จนถึงปลายทางที่ผู้บริโภค และการจัดการซากบรรจุภัณฑ์

ดร.ศราภา ศุทธิพันธ์

วิทยาลัยบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

กล่าวถึง สาระสำคัญของร่างพระราชบัญญัติความปลอดภัยจากการใช้สารป้องกันและกำจัดศัตรูพืช ใช้คำว่า “สารป้องกัน” คืออาจจะไม่ได้จำกัดเฉพาะสารเคมีอย่างเดียว แต่เป็นสารทุกชนิด ร่างพ.ร.บ. ฉบับนี้มีทั้งหมด ๖ หมวด ๑๑๕ มาตรา ซึ่งปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องหลายฉบับ ตลอดจนกระบวนการของการใช้สารเหล่านี้ประมาณ ๔ - ๕ ฉบับ รวมถึง พ.ร.บ. วัฏปฏิบัติราชการทางปกครองด้วย โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้

ประเด็นที่ ๑ เรื่องหลักเกณฑ์ในการประกาศชนิดของสารป้องกันและกำจัดศัตรูพืช ใช้หลักป้องกันล่วงหน้าและเกณฑ์ขั้นต่ำในการห้ามใช้สารเคมีที่ชัดเจน ซึ่งเป็นไปตามกฎหมายระหว่างประเทศ

ประเด็นที่ ๒ เรื่องการควบคุมการโฆษณาและส่งเสริมการขาย ให้เป็นไปตามจริยธรรม

ระหว่างประเทศในเรื่องการจำหน่าย การใช้สารป้องกันและกำจัดศัตรูพืช ซึ่งจะทำให้การควบคุม การโฆษณาและส่งเสริมการขาย หรือที่ปรากฏปัญหาในวิทยุชุมชนจะหมดไป

ประเด็นที่ ๓ เรื่องหลักเกณฑ์ในการควบคุมฉลากสินค้า เดิมมีกฎหมายที่เกี่ยวกับการควบคุม ฉลากอยู่ แต่เนื่องจากสารป้องกันและกำจัดศัตรูพืชมีวิธีการใช้ที่เฉพาะด้าน กฎหมายฉบับนี้จึงมีการ กำหนดกฎเกณฑ์ในการควบคุมฉลากเฉพาะสินค้าประเภทนี้ที่ชัดเจนมากขึ้น

ประเด็นที่ ๔ เรื่องการมีส่วนร่วม คือการเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนที่มีส่วนได้ส่วนเสียจริง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมตลอดทั้งกระบวนการของการใช้สารป้องกันและกำจัดศัตรูพืช ไม่ว่าจะเป็นภาคประชาชน หน่วยงานรัฐ องค์กรผู้บริโภค หรือองค์กรสาธารณะประโยชน์ต่าง ๆ จะเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การกำหนด ประเภท การขึ้นทะเบียน ไปจนถึงการกำหนดค่าปริมาณสูงสุดของสารที่ตกค้าง คือค่า MRLs และ ผู้มีส่วนได้เสียทั้งหลายสามารถแสดงความคิดเห็นได้ตลอดทั้งกระบวนการ รวมถึงมีส่วนร่วมในการช่วย เฝ้าระวังในการใช้สารด้วย

ประเด็นที่ ๕ เรื่องคณะกรรมการ จะเป็นผู้ที่ถูกจำกัดในเรื่องของการมีส่วนได้ส่วนเสียในการใช้ สารป้องกันและกำจัดศัตรูพืช ไม่ว่าจะกรรมการนี้จะเป็นหน่วยงานรัฐ หรือเป็นภาคเอกชน หรือเป็น ภาคธุรกิจที่เข้ามานั่งเป็นบอร์ด จะต้องไม่เป็นผู้ที่มีส่วนได้เสียใดๆ เลย

ประเด็นที่ ๖ เรื่องการกำหนดบทบาทของหน่วยงานภาครัฐ ลักษณะพิเศษของ ร่างพ.ร.บ.ฉบับนี้ ในหมวดที่ ๓ จะมีการกำหนดบทบาทของหน่วยงานภาครัฐอย่างชัดเจนมากขึ้น ว่าหน่วยงานใดมีหน้าที่ ภารกิจเกี่ยวกับการใช้สารป้องกันและกำจัดศัตรูพืช จะมีการกำหนดบทบาทความรับผิดชอบอย่างชัดเจน ซึ่งจะลดปัญหาการทับซ้อนของบทบาทหน้าที่

ประเด็นที่ ๗ เรื่องการกำหนดให้ต้องแสดงข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณและเส้นทางการใช้ สารป้องกันและกำจัดศัตรูพืช ร่าง พ.ร.บ.ฉบับนี้ มีการควบคุมตั้งแต่ต้นทางที่สารถูกนำเข้ามายัง ประเทศไทยจนถึงการกระจายสินค้า สารเคมีถูกใช้ในภาคส่วนใดบ้างจนถึงมือของเกษตรกร จนถึง การทำลายซากผลิตภัณฑ์ คือสารเมื่อเข้ามาแล้วสุดท้ายไปอยู่ที่มือของเกษตรกรรายใด กฎหมายฉบับนี้ จะสามารถควบคุมได้ตลอด

ประเด็นที่ ๘ เรื่องการควบคุมเกี่ยวกับคุณสมบัติของผู้จำหน่าย คือผู้จำหน่ายต้องเป็นผู้ที่มี คุณสมบัติตามที่กฎหมายฉบับนี้กำหนด คือไม่ใช่พ่อค้าแม่ค้าที่เปิดร้านทั่วไปแล้วจะจำหน่ายได้

ประเด็นที่ ๙ เรื่องการควบคุมซากผลิตภัณฑ์หลังจากมีการใช้แล้ว รวมถึงกระบวนการ ทำลายตามกฎหมายที่กำหนดไว้ ในส่วนของรายละเอียดอาจจะไม่ได้เห็นในตัวกฎหมายแม่ ซึ่งจะ กำหนดเฉพาะกฎเกณฑ์ แต่จะไปอยู่ในกฎหมายลูก

ประเด็นที่ ๑๐ เรื่องการกำหนดระบบการเฝ้าระวัง

ประเด็นที่ ๑๑ เรื่องบทกำหนดโทษ โดย ร่าง พ.ร.บ.ฉบับนี้ จะมีโทษอยู่ ๒ ลักษณะ คือโทษทาง อาญาและโทษทางแพ่ง ซึ่งเดิมมีประมวลกฎหมายอาญาและประมวลกฎหมายแพ่งอยู่แล้ว แต่เรามี การกำหนดลงไปให้เป็นการเฉพาะมากขึ้น เพราะฉะนั้นในความผิดใดก็ตามถ้าปรากฏว่าเป็นไปตาม พระราชบัญญัตินี้ก็จะมีการบังคับใช้ และมีการใช้บทลงโทษตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ และกฎหมาย ฉบับนี้มีหลักการที่สอดคล้องกับ พ.ร.บ. วิทยุสื่อสารการปกครองซึ่งเป็นกฎหมายแม่ของ

กฎหมายปกครอง ซึ่งข้าราชการทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องไม่สามารถที่จะทำงานให้หลุดจากกรอบของกฎหมายปกครอง เจ้าหน้าที่จึงไม่ต้องมีความกังวลในเรื่องของการปฏิบัติหน้าที่ว่าจะขัดแย้งหรือเปล่า

ดร.ตรี บุญเจือ

**รักษาการผู้อำนวยการส่วนสำนักคุ้มครองผู้บริโภคในกิจการกระจายเสียงและโทรทัศน์
สำนักงาน กสทช.**

ได้กล่าวถึงบทบาทของ กสทช. ในการกำกับดูแลที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณา ปัจจุบัน กสทช. ไม่มีหน้าที่ดูแลเรื่องความเหมาะสมของเนื้อหาในการออกอากาศแล้ว ตอนนี้เป็นหน้าที่ของสถานีที่จะออกอากาศทั้งตัวเนื้อหารายการและการโฆษณา นี่คือระบบที่เกิดขึ้นในประเทศไทย กสทช. ถูกตั้งขึ้นมาเพื่อทำหน้าที่ในการออกใบอนุญาตสื่อวิทยุกับโทรทัศน์ และมีกฎหมายเพื่อที่จะกำกับดูแลการโฆษณาหรือรายการที่เกิดขึ้นในสื่อวิทยุโทรทัศน์ได้ เพราะฉะนั้นถ้ามีการโฆษณาสารเคมีเกษตร ปุ๋ย ยา หรืออาหารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในสื่อวิทยุโทรทัศน์ก็จะมีกรมเชื่อมโยงมาทาง กสทช. แต่หนังสือพิมพ์หรือสิ่งพิมพ์อาจจะไม่มีหน่วยงานดูแลเหมือนกสทช. แต่มีสภาการหนังสือพิมพ์ ซึ่งไม่ได้เป็นหน่วยงานภาครัฐที่มีอำนาจในเชิงการปกครอง แต่เป็นการกำกับดูแลกันเอง ถ้าอินเทอร์เน็ตจะมี พ.ร.บ. คอมพิวเตอร์ ซึ่ง กสทช. เข้าไปเกี่ยวข้องในฐานะผู้ดูแลกิจการโทรคมนาคม ดูแลผู้ให้บริการทางอินเทอร์เน็ต กสทช. ก็สามารถให้ความร่วมมือในเชิงของการโฆษณาที่ผิดกฎหมายที่ออกไปทางสื่ออินเทอร์เน็ต โดยขอความร่วมมือจากผู้ให้บริการอินเทอร์เน็ตให้นำออก หรือว่าเกี่ยวข้องกับกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมที่ดูแล พ.ร.บ. คอมพิวเตอร์ แต่ว่า มีข้อจำกัด ตรงนี้อาจจะต้องไปขยายผลการพูดคุยกับทางกระทรวงอีกทีหนึ่งว่าการกำกับดูแลการโฆษณาสารเคมีเกษตรที่ออกทางสื่อที่เป็นอินเทอร์เน็ตจะต้องดำเนินการอย่างไร กสทช. ทำงานอยู่สองด้าน คือด้านโทรคมนาคม ทำหน้าที่ออกใบอนุญาตให้กับมือถือและดูเรื่องเงื่อนไขการให้บริการเป็นหลัก ส่วนด้านวิทยุโทรทัศน์ มีทั้งทางด้านกำกับดูแลด้านเนื้อหาและการกำกับดูแลเรื่องของการโฆษณา

การใช้คลื่นความถี่ทั้งหมดในประเทศไทย และการกำกับดูแล ทีวีดาวเทียมมี ๕๑๙ ช่อง (ตัวเลขมีขึ้นลงเนื่องจากปิดตัวและเปิดใหม่รายวัน) ส่วน Digital TV ที่ประมูลไปใช้เสารับธรรมดามี ๒๒ ช่อง และมีช่องสาธารณะอีก ๔ ช่อง ซึ่งมี ๓ ช่องที่ไม่มีโฆษณา แต่ช่อง ๕ มีโฆษณาได้ และมีวิทยุขนาดเล็กมากมายในจังหวัด การโฆษณาที่สามารถกำกับดูแลได้ หมายถึงว่า ในรายการที่บอกสรรพคุณให้เห็นสินค้าถือว่าเป็นการโฆษณาทั้งหมด สิ่งผิดกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาบางที่ไม่ได้อยู่ใน spot อย่างเดียว แต่ไปแทรกอยู่ในรายการด้วย เพราะฉะนั้นการจัดรายการ การพูดสด กสทช. สามารถกำกับดูแลได้ทั้งหมด ถือว่าเป็นการโฆษณาเหมือนกัน เครื่องมือในการกำกับดูแลคือ กสทช. เป็นองค์กรอิสระของรัฐซึ่งมีเครื่องมือทางการปกครองคือตัวกฎหมายในการกำกับดูแล กสทช. มีอำนาจในการออกกฎเกณฑ์ที่กำกับดูแลการโฆษณาหรือว่าการเอาเปรียบผู้บริโภค โดยเมื่อ กสทช. เห็นโฆษณาที่ผิดกฎหมายก็จะไปสั่งสถานีว่าโฆษณานี้ผิดกฎหมายเอาเปรียบผู้บริโภคให้ระงับการเอาเปรียบผู้บริโภคนั้น อำนาจทางปกครองของ กสทช. คือ (๑) เตือน (๒) ปรับ (๓) พักใช้ (๔) เพิกถอน

ดังนั้น กสทช. ดูแลช่องทางซึ่งจะต้องมีเจ้าภาพใดเจ้าภาพหนึ่งที่จะต้องแจ้งเข้ามาว่ามีการออกอากาศสารเคมีเกษตรที่หลอกลวง คือโฆษณาหลอกลวงเกินจริง ซึ่งตรงนี้ กสทช. ไม่มีความรู้ที่จะทราบได้ว่าโฆษณาสารเคมีเกษตรแต่ละตัวมีคุณสมบัติตามที่กล่าวอ้างหรือไม่ กสทช. ดูแลช่องทางเฉพาะวิทยุโทรทัศน์ซึ่งก็ต้องมีคนที่มาพิสูจน์ให้ เช่น กรณีอาหารและยา ทาง อย. จะพิสูจน์มาว่า

การโฆษณาอาหารนั้นผิดกฎหมายของ อย. แล้วส่งเรื่องมาให้ กสทช. ดูแล ตรงนี้เป็นกระบวนการทำงานร่วมกัน ถ้ามีการทำผิด จะเตือนไป ซึ่งกระบวนการขั้นตอนทางกฎหมายค่อนข้างซับซ้อนคือไม่สามารถปิดช่องได้ทันทีที่เห็นโฆษณาผิดกฎหมาย สรุปคือต้องมีหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพในการพิจารณาว่า โฆษณาผลิตภัณฑ์นั้น ๆ เกินจริงหรือไม่ จากการหารือกับอธิบดีกรมวิชาการเกษตร เพื่อเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการเกษตรอย่างเช่นปุ๋ย แต่เรื่องสารเคมีเกษตรยังไม่ถึง ซึ่งเรื่องปุ๋ยกำลังพัฒนาโครงการร่วมกันอยู่ กรณีปุ๋ยนั้นกรมวิชาการเกษตรบอกว่าอยู่ใน พ.ร.บ. ปุ๋ย ซึ่งกรมสามารถทำได้ แต่ถ้าเป็นอาหารพืช อาหารอย่างอื่นที่ไม่ใช่ปุ๋ยจะไม่เข้า พ.ร.บ. ปุ๋ย กรมวิชาการเกษตรก็ไม่มีอำนาจพิจารณาได้ ดังนั้นตอนนี้อะไรที่เป็นวัตถุอันตรายจะไปอยู่ที่สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งจะมีกระบวนการของอนุกรรมการพิจารณาโฆษณา ซึ่งตอนนี้จะจับมือกัน ๓ ฝ่ายคือ กสทช. กรมวิชาการเกษตร และทางสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อจะคุยกันว่าใครจะเป็นเจ้าภาพ เพื่อที่จะส่งข้อมูลต่อมายัง กสทช. เพื่อสกัดกันในเชิงของช่องทาง

นางนิวัติ บัตรพรธนะ

หัวหน้ากลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ (บย.)

สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย(สสอป.)

ได้กล่าวถึงการขับเคลื่อนเรื่องระบบเฝ้าระวัง ซึ่งเป็นความร่วมมือของ ๓ หน่วยงาน คือ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย (สสอป.) ที่ร่วมกันดำเนินกิจกรรมเรื่องนี้ โดยมีการจัดประชุมระดมความคิดเห็น จำนวน ๓ ครั้ง โดยแยกเป็น ๓ กลุ่ม ครั้งแรกคือ กลุ่มราชการเริ่มจากส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีหลายหน่วยงาน ก็ได้หารือกันไปหนึ่งรอบ และครั้งที่ ๒ เป็นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในส่วนที่เป็นภาครัฐที่อยู่นอกกระทรวงสาธารณสุขและภาคการศึกษา ครั้งที่ ๓ เป็นเรื่องของกลุ่มที่เป็นภาคเอกชนและกลุ่มประชาสังคมที่มีความเกี่ยวข้องหรือดำเนินการเรื่องนี้

ปัญหาเรื่องระบบเฝ้าระวัง หลังจากลงไปศึกษาโดยเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๑๘ หน่วยงาน มาพูดคุยกัน ๓ ครั้ง ก็ได้ข้อสรุปว่า ปัญหาของระบบเฝ้าระวังตอนนี้คือ

- ๑) มีหน่วยงานจำนวนมากที่ดำเนินการเกี่ยวกับระบบเฝ้าระวัง แต่กระจัดกระจายอยู่ในทุกหน่วยงาน แม้แต่ในกระทรวงสาธารณสุขเองก็มีถึง ๕-๖ หน่วยงาน
- ๒) ระบบเหล่านี้ไม่ได้มีช่องทางหรือถ้ามีก็น้อยในการที่จะเชื่อมโยงให้เป็นระบบเดียวกัน คือต่างคนก็ต่างดำเนินการ
- ๓) เรื่องแผนบูรณาการ ยังไม่เกิดหรืออาจจะมึบ้าง แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกระบบ ข้อมูลเหล่านี้กระจัดกระจายอยู่ในระบบต่าง ๆ ถูกลำนำไปใช้ประโยชน์ได้น้อย
- ๔) มีปัญหาเรื่องระบบราชการ คือการทำงานซ้ำซ้อน สิ้นเปลืองงบประมาณและเกิดการสูญเสียชีวิต

ดังนั้นการขับเคลื่อนงานและความก้าวหน้าเรื่องระบบเฝ้าระวัง ได้มีการวางแผนร่วมกันระหว่าง สช. สสอป. สสส. และมีการกำหนดรายละเอียดของวิธีการทำโครงการนี้ขึ้นมา โดยทำในรูปแบบก่อนคือเป็นเรื่องของการศึกษาข้อมูลเฝ้าระวังของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ว่ามีอยู่ที่ไหน หน้าตาเป็นอย่างไร ค้นหาจุดอ่อน จุดแข็งของแต่ละระบบ เพื่อที่จะสามารถดึงมาวิเคราะห์และเชื่อมโยงออกแบบระบบตัวใหม่

หลังจากนั้นจะได้ร่างของรูปแบบระบบเฝ้าระวังเตือนภัยที่พึงประสงค์ของประเทศไทย สิ่งที่ได้ตามมาก็คือเกิดการสร้างเครือข่ายความร่วมมือของภาคีในเรื่องของการขับเคลื่อนในประเด็นนี้

รูปแบบของระบบเฝ้าระวังที่พึงประสงค์ หลังจากวิเคราะห์รวบรวมข้อมูล และพูดคุยกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้ข้อสรุปคือ

- ๑) ระบบน่าจะเป็นระบบกลางที่ทุกหน่วยงานสามารถเข้ามาแชร์ มาอัปเดตข้อมูล มาร่วมใช้ข้อมูล หรือมาเชื่อมโยง หรือแม้แต่การที่จะมาบอกกล่าว หรือเสนอแนะข้อมูลต่าง ๆ โดยมีการกำหนดสิทธิ์ของการเข้าใช้หรือเข้าอัปเดตข้อมูล เป็นไปตามลำดับชั้นความลับหรือลำดับความเหมาะสมของเนื้อหาข้อมูล
- ๒) ระบบควรจะมีการเชื่อมโยงสามารถแลกเปลี่ยนและเรียกดูข้อมูลของหน่วยงานได้ และมีความร่วมมือของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนระบบ การปรับปรุงข้อมูลให้เป็นระบบที่มีความทันสมัย มีข้อมูลใหม่ๆ ใส่เข้ามา เพราะวาระบบเองต้องการการดูแลที่มากกว่าปกติ ถ้าทำโดยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งข้อมูลก็จะเป็นการอัปเดต ไม่มีการปรับเพิ่มแล้วระบบก็จะตาย

การขับเคลื่อนเรื่องระบบเฝ้าระวังในระยะต่อไป หลังจากนั้นโครงการจะมีการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เห็นภาพระบบที่เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งกำลังศึกษาระบบในต่างประเทศด้วย โดยช่วงเดือนมกราคมจะมีการประชุมเพื่อนำร่างต้นแบบที่ได้ให้ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ ผู้ที่เกี่ยวข้องพิจารณาอีกครั้งว่าระบบที่วิเคราะห์ออกมามีส่วนไหนควรจะต้องเพิ่มเติมหรือปรับปรุงและให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นจะมีการสรุปรูปแบบและนำเสนอให้ทุกท่านได้ให้ข้อคิดเห็น หรือนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป โดยท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับเรื่องนี้และมีการนัดประเด็นเรื่องของการปลอดภัยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการประชุมร่วมกันทุก ๑๕ วัน และสิ่งที่ท่านมอบหมายให้ สสอภ. ดำเนินการส่วนหนึ่งก็คือเรื่องของระบบเฝ้าระวังซึ่งสอดคล้องกับงานตรงนี้ ซึ่งก็น่าจะมีความความคืบหน้าหรือว่ามี การผลักดันให้เกิดการดำเนินงานเป็นรูปธรรมทำต่อไป

ช่วงแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๑. ความคิดเห็นข้อเสนอแนะต่อร่างพระราชบัญญัติความปลอดภัยจากการใช้สารป้องกันและกำจัดศัตรูพืช

๑.๑ สารเคมีอันตรายที่มีไม่ก่ตัวต้องห้ามนำเข้าเด็ดขาด (นำเข้าได้เฉพาะที่เป็นเรื่องปฏิบัติการทางความมั่นคงของประเทศ) ห้ามเอามาใช้ในภาคเกษตรเลย เพราะสารเคมีไม่ก่ตัวสามารถแปรรูปผลิตสูตรใหม่ และตั้งชื่อใหม่ได้เป็นร้อยชื่อ นอกจากนี้ เราสามารถควบคุมสูตรใหม่ที่มีคุณสมบัติเหมือนตัวที่เราจะจัดการ หรือไม่ เช่น ตอนนี้มีสารเคมีแสนตัว แต่ตัวใหม่ที่จะเกิดมีอีกล้านตัว พ.ร.บ.จะจัดการตรงนี้อย่างไร

๑.๒ เวลาหาข้อมูลใน MRLs ส่วนใหญ่พืชที่มีจะเป็นพืชตลาด ส่วนพืชท้องถิ่นหรือสัตว์ที่หายากบางที่ไม่มีใน MRLs แต่ในที่ประชุมถ้าไม่มีใน MRLs แปลว่าอนุโลมทั้งหมด อยากให้คิดครอบคลุมตรงจุดนี้คืออย่าเอาเฉพาะพืชตลาด เพราะการปนเปื้อนสารพิษสารเคมีไม่ได้อยู่ในผักตลาดหรือพืชตลาด แต่เวลาปนเปื้อนจะเชื่อมโยงกันหมด ทั้งดิน น้ำ และฟัฟพันเป็นห่วงโซ่อาหารไปถึงผู้บริโภค สรุปคือ

ประเด็น MRLs อยากให้ครอบคลุมมากที่สุด

๑.๓ เนื้อหากฎหมายในส่วนที่เกี่ยวกับเรื่องสื่อ การเผยแพร่และการโฆษณา จะต้องมิต้อยคำสำคัญที่นำไปสู่การกำกับดูแลที่เข้มข้นมากขึ้น โดยระบุชัดไปเลยว่า

- ๑) พฤติกรรมใดที่เป็นพฤติกรรมต้องห้ามในการโฆษณาและการตลาด
- ๒) หน่วยงานภาครัฐใดที่ต้องรับผิดชอบในการตรวจสอบเนื้อหาการโฆษณาและการตลาดก่อนที่จะเผยแพร่
- ๓) ใครจะเป็นคนลงโทษในกรณีที่มีการเผยแพร่เนื้อหาที่ไม่ผ่านการตรวจสอบรับรองจากหน่วยงาน เช่น วิทยุโทรทัศน์เป็น กสทช. สื่ออินเทอร์เน็ตเป็นกระทรวง DE เป็นต้น
- ๔) ระบุว่าหน่วยงานที่ดูแลสื่อทั้งหมดหรือว่าหน่วยงานที่กำกับดูแลด้านเนื้อหาให้มีกลไกการติดตามตรวจสอบอย่างเป็นระบบ
- ๕) ระบุว่า กสทช. หรือหน่วยงานที่กำกับดูแล เช่น กสทช. ไม่ควรจะให้ใบอนุญาตหรือยึดใบอนุญาตคืนในกรณีที่ผู้ประกอบการหรือผู้รับใบอนุญาตประกอบกิจการวิทยุโทรทัศน์มีพฤติกรรมที่สื่อแสดงถึงความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับธุรกิจด้านตัวผลิตภัณฑ์ที่โฆษณา

๑.๔ เรื่องการโฆษณา ขอให้มีความเตือนตอนท้าย เป็นคำเตือนป้องกันว่ามีอันตรายอะไรบ้างให้ประชาชนได้รับทราบ

๑.๕ การขอใบอนุญาตจำหน่ายสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ควรจะมีการอบรมต่อเนื่องไม่ใช่ครั้งเดียวขายได้ตลอดชีพ

๑.๖ การใช้สารเคมีในเขตชุมชน เมื่อมีการฉีดพ่นสารเคมีจะส่งผลกระทบต่อเข้าไปหมู่บ้านที่ไม่ได้ใช้ด้วย ขอให้ มี พ.ร.บ.ควบคุมการใช้วัตถุอันตรายในพื้นที่เขตชุมชน และเรื่องของการควบคุมการใช้สารเคมีในระดับชุมชนควบคุมได้ยากมาก เช่น ร้านที่ขายไม่มีใบอนุญาต ซื้อมาขายกันแบบส่งถึงที่บ้าน เกษตรกรเข้าถึงยาฆ่าแมลงได้ง่ายมาก ในส่วนนี้ พ.ร.บ.จะควบคุมอย่างไร

๒. ข้อเสนอแนะในการขับเคลื่อนมติเกษตรและอาหารปลอดภัย

๒.๑ ควรมีองค์กรหรือหน่วยงานที่เป็นองค์กรกลางในการเฝ้าระวังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพื่อให้มีเจ้าภาพหลักในการร้องเรียนหรือเป็นเจ้าภาพ (ผู้เสียหาย) ที่สามารถฟ้องร้องได้

๒.๒ ก่อนขึ้นทะเบียนสารเคมี ควรมีหน่วยงานที่กรองทุกขั้นตอน เพื่ออำนวยความสะดวกการบริหารจัดการและพิจารณา

๒.๓ กรณีเกิดความเสียหายหรือผลกระทบกับประชาชน และมีการฟ้องร้องดำเนินคดี ควรมีระบบการประชาสัมพันธ์หลังจากที่ขึ้นศาลแล้วว่าเป็นอย่างไรบ้าง หน่วยงานที่รับผิดชอบจะเป็นหน่วยงานที่ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รู้ และต้องมีหน่วยงานที่มากอกกับประชาชนว่าคุณดำเนินการไปถึงไหน มีปัญหาอะไรบ้าง แล้วจะทำอะไรต่อ

๒.๔ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งมีไม่ต่ำกว่า ๖ - ๗ หน่วยงาน ควรต้องมาคุยกัน โดยใช้ข้อมูลสถานการณ์ที่เป็นอยู่เรื่องผลกระทบจากสารเคมีในภาคเกษตรทุกภูมิภาคซึ่งชาวบ้านได้รับอยู่ หรือที่มีผลกระทบกับภาพรวมทั้งหมด

๒.๕ หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการผลิตภาคเกษตรโดยยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

๒.๖ ควรมีแผนบูรณาการโครงการเกษตรอินทรีย์เพื่อพัฒนาศักยภาพการผลิตภาคเกษตรอาหารปลอดภัยให้เข้มแข็งและพัฒนาตนเองได้ตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงให้กว้างขวางมากขึ้น

๒.๗ ควรส่งเสริมเรื่องเกษตรอินทรีย์หรือเกษตรกรรมยั่งยืนควรจะถูกนำมาประชาสัมพันธ์หรือขยายแนวคิดต่อยอดให้เข้มข้นขึ้น

๒.๘ ควรเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ให้เกษตรกรรายเล็ก รายใหญ่ ได้ทราบได้ ตระหนักเห็นถึงโทษในการใช้สารเคมี

วิทยาการตอบข้อซักถาม

นางนิธิตี บัตรพรธนะ

การดำเนินการที่เกี่ยวข้องในเรื่องของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช กระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินการในหลายภาคส่วน ทั้งในส่วนของข้อกำหนดค่า MRLs ให้ครอบคลุมมากขึ้น หรือแม้แต่เรื่องการส่งเสริมเกษตรอินทรีย์ ท่านรัฐมนตรีมีนโยบายที่จะให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งสั่งซื้อผักผลไม้ปลอดสารเคมีเพื่อมาให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยได้รับประทานในโรงพยาบาล และยังมีอีกหลายประเด็นที่มีการดำเนินการ ข้อมูลเพิ่มเติมเข้าไปที่เว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุขหรือ ค้นหาคำว่า อาหารปลอดภัย food safety

ดร.ตรี บุญเจือ

การตัดสินใจว่าระบบของการกำกับดูแลการโฆษณาจะใช้แบบไหน เช่น ให้ขออนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก่อน หากว่าข้อความโฆษณาไม่ได้หลอกลวงเกินจริงก็สามารถเผยแพร่ได้ หรือว่าปล่อยให้โฆษณาไปแล้วจากนั้นก็มีการตรวจสอบว่าอยู่ในกรอบที่โฆษณาได้ หรือว่าเข้าข่ายห้ามโฆษณาแล้วก็นำมาทำงานร่วมกันกับหน่วยงานที่กำกับดูแลช่องทางต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น กสทช. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม หรือสภาหนังสือพิมพ์

ดร.ศรภา ศุทธิรินทร์

- ประเด็นเรื่องระบบภาษี กฎหมายเดิมมีการยกเว้นภาษี เนื่องจากมองว่าสารเหล่านี้เป็นปัจจัยในการผลิต ดังนั้นถ้าหากในยุคก่อนรัฐมีนโยบายไปในทางใด กฎหมายก็จะถูกกำหนดเพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินการให้เป็นไปตามนโยบายนั้นซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อถึงยุคนี้ ดังนั้นถึงต้องมีกฎหมายฉบับนี้มาปรับแก้สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบายในอดีต และสร้างเครื่องมือในการแก้ไขผลกระทบที่เกิดขึ้น

- ข้อเสนอเรื่องคุณสมบัติของพนักงานขาย จะรับไปพิจารณาและพูดคุยกันอีกครั้ง

- เรื่องคุณสมบัติของคณะกรรมการ เรื่องการเยียวยา เรื่องพฤติกรรมต้องห้ามทางการตลาด หรือเรื่องหน่วยงานที่กำกับดูแลทั้งหลาย รวมถึงรายละเอียดเรื่องการกำกับดูแลในเรื่องการโฆษณาหรือการทำการตลาด ขอเรียนว่ากฎหมายฉบับนี้เป็นกฎหมายระดับพระราชบัญญัติซึ่งเป็นกฎหมายที่มีสถานะสูงมาก ดังนั้นรายละเอียดปลีกย่อยบางครั้งอาจจะไม่สามารถที่จะกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติให้ตายตัวได้ เนื่องจากว่าจะเป็นปัญหากับเจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้ปฏิบัติเพราะว่าหลักการมันอาจจะไม่ยืดหยุ่น ดังนั้นรายละเอียดทั้งหลายที่ท่านได้กรุณานำมา ทางคณะทำงานจะเข้าไปทำงานร่วมกับหน่วยงานที่กำกับดูแลในเรื่องนั้น ๆ เพื่อรวบรวมประเด็นที่จะนำไปกำหนดในกฎหมายลูกเพื่อไม่ให้ขาดตกบกพร่อง

น.ส.ปรกชล อู๋ทรัพย์

หากกฎหมายฉบับนี้ผ่าน จะเกิดอะไรขึ้น จะรู้การเคลื่อนย้ายสารเคมีตลอดเส้นทาง ดังนั้นในเรื่องของการลักลอบขายจะหมดไป เช่น เมื่อมีการนำเข้าสารเคมีในประเทศไทย เราจะรู้ว่ามันเคลื่อนย้ายอย่างไร ถูกใช้ในพื้นที่ไหนบ้าง ถ้ากระทรวงสาธารณสุข กระทรวงทรัพยากรฯ จะประเมินความเสี่ยงจะประเมินที่ไหน จะไปดูว่าเกษตรกรหมู่บ้านนี้มีผลกระทบต่อสุขภาพได้ เพราะจะรู้เนื่องจากมีการติดตาม โดยที่ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตั้งแต่กรมศุลกากร กรมการค้าภายใน ฯลฯ ทุกคนมีหน้าที่ส่งข้อมูลเพราะฉะนั้นจะไม่ขาดช่วงไปจนถึงเกษตรกรที่เป็นผู้เอาไปใช้ และยังมีส่วนเชื่อมต่อดูตลอดเส้นทางไปจนถึงเรื่องระบบการเฝ้าระวัง ซึ่งต่อไปจะเห็นภาพชัดเจนขึ้นว่าสารเคมีที่ตกค้างในผลผลิตจะมีการจัดการอย่างไร ผู้บริโภคเข้าถึงข้อมูลได้ช่องทางใดบ้าง อันนี้เป็นกลไกหลักที่สำคัญของกฎหมายฉบับนี้ เรื่องการเยียวยาพื้นที่ที่เกิดในชุมชนในพื้นที่เปราะบางต่างๆ กฎหมายฉบับนี้เปิดช่องให้พื้นที่สามารถจัดการสารเคมีภายในพื้นที่ของตัวเองได้ จะประกาศเป็นเขตภัยพิบัติก็ได้ถ้าเกิดกรณีมีปัญหา รวมไปถึงในกรณีถ้าต่อไปพื้นที่ประกาศว่าตัวเองเป็นเมืองธรรมชาติเกษตรเป็นเมืองพื้นที่เกษตรอินทรีย์จะมีนโยบายอย่างไรก็มีช่องช่องที่จะให้เดินอยู่แล้ว

รศ.ดร.ภญ.จิราพร ลิ้มปานานนท์

สรุปได้ใหม่ว่าทุกคนในที่นี้เห็นด้วยที่จะมี ร่างพระราชบัญญัติความปลอดภัยจากการใช้สารป้องกันและกำจัดศัตรูพืช ถ้าใครเห็นด้วยช่วยยกมือ เพื่อเป็นการลงความเห็นร่วมกันในสนับสนุนกฎหมายฉบับนี้ เพราะฉะนั้นพวกเราจะช่วยกันทำให้เป็นกฎหมายที่ดีที่สุด และจะพยายามขับเคลื่อนให้สามารถออกมาเป็นกฎหมายได้



๘) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อน มติ ๒.๙ การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน:
"ขับเคลื่อนหัวใจ รักษาวิญญูจราช"



เวทีนี้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่เกิดขึ้นเมื่อปี ๒๕๕๒ มติที่ ๙ เรื่องการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ภายใต้หัวข้อ “ขับเคลื่อนหัวใจ รักษาวิญญูจราช” โดยเวทีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทุกภาคส่วนได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การบูรณาการกลไกระดับชาติและระดับพื้นที่ ในการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน และนำเสนอรูปแบบของการขับเคลื่อนในระดับพื้นที่เพื่อนำไปสู่ การขยายผลเพื่อลดปัญหาอุบัติเหตุให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

ผู้ร่วมเวทีประกอบด้วย

- | | |
|--------------------------|---|
| ๑. นพ.โกเมนทร์ ทิวทอง | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ |
| ๒. นายสุวรรณ อุปลัมป์ | นายกอบต.ทับทัน อ.สังขะ จ.สุรินทร์ |
| ๓. นายจุมพฏ วรรณฉัตรสิริ | ผู้อำนวยการกองบูรณาการความปลอดภัยทางถนน
กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย |
| ๔. นพ.สุเทพ เพชรมาก | รองอธิบดีกรมควบคุมโรค |

ดำเนินรายการโดย นพ.ธนะพงศ์ จินวงษ์
ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.)

นพ.ธนะพงศ์ จินวงษ์

ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.)

• เกริ่นนำภาพรวมของเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนมิติ

เรื่องนี้เป็นมติสมัชชาครั้งที่ ๒ มติที่ ๙ ซึ่งมีการขับเคลื่อนบางเรื่องไปแล้ว เช่น มีการสนับสนุนให้เกิดการยกระดับเรื่องการอบรมใบขับขี่ให้ได้อย่างน้อย ๑๕ ชั่วโมง ซึ่งปี พ.ศ.๒๕๖๐ กรมการขนส่งทางบก จะขยายเวลาการอบรม เป็น ๑๕ ชั่วโมง ในการเสวนาเวทีนี้จะนำเสนอเรื่องการทำงานกับพื้นที่มา แลกเปลี่ยนว่าเราไปสนับสนุนการทำงานอย่างไร มีอุปสรรคอะไร รวมถึงเรื่องกลไกการทำงานให้ชุมชน เกิดแผนด้านความปลอดภัย ท้องถิ่น/ชุมชนจะมีบทบาททำงานร่วมกันอย่างไร เราจะเอาประเด็นเหล่านี้ มาขยายความให้เห็นรูปธรรม

เวทีนี้จะเน้นเรื่องการทำงานความปลอดภัยทางถนนตลอดทั้งปีและมีกลไกคู่ขนาน คือกลไก ของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ระดับส่วนกลาง จังหวัด อำเภอ และท้องถิ่น จะเข้ามาทำงานเสริมหนุนกัน อย่งไรเพื่อผลักดันกลไกที่สำคัญคือ ศปถ. อบต.

• ภาพรวมสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน

สถิติการตายจากอุบัติเหตุ ของประเทศไทยสูงเป็นอันดับ ๒ ของโลก หากพิจารณาเฉพาะสถิติ ด้านมอเตอร์ไซด์ ของประเทศไทยสูงเป็นอันดับ ๑ หลังจากการจัดอันดับมา ๒ รอบ อัตราการตายของไทย ลดลงในปีที่ ๒ แต่ยังคงไม่เร็วพอ เพราะปัจจัยที่สำคัญของปัญหาอุบัติเหตุมีหลายเรื่อง เช่น การใช้ ความเร็ว ดื่มแล้วขับ ไม่สวมหมวกนิรภัย ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ขับย้อนศร ร่วงแล้วขับ อีกทั้งมาตรการที่มี อยู่ในปัจจุบันเช่น การตั้งด่าน การยึดรถ ซึ่งไม่สอดคล้องกับปัจจัยสาเหตุที่พบข้างต้น สิ่งที่ต้องทำนอกจาก การเสริมมาตราทางกฎหมายคือ **ต้องขยับให้จุดคานงัดลงไปใกล้ปัญหามากที่สุด คือต้องทำให้จุดที่อยู่ใกล้ปัญหามีความเข้มแข็งมากที่สุด** ไม่ว่าจะเป็นอำเภอ ท้องถิ่น หรือชุมชน รวมไปถึงองค์กรและ หน่วยงานต่าง ๆ ถ้าทุกฝ่ายมีมาตรการ ทุกชุมชนมีธรรมเนียมชุมชน ถ้าทุกอำเภอให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ คิดว่าท้องถิ่นจะจัดการปัญหาได้ในระดับหนึ่ง ขณะเดียวกันฝ่ายนโยบายก็ต้องเร่งทำให้กฎหมาย มีความศักดิ์สิทธิ์ขึ้น และทุกฝ่ายต้องทำงานอย่างต่อเนื่อง การมีมาตรการจัดการปัญหาอุบัติเหตุในช่วง ปีใหม่สงกรานต์ ซึ่งคิดเป็นแค่ ๔.๕% ของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทั้งปี ที่เหลืออีก ๙๕% ที่เสียชีวิตทุกวัน ดังนั้นความพยายามจะให้เกิดจุดจัดการเข้มแข็งเพื่อแก้ปัญหาจะต้องทำให้ต่อเนื่อง ไม่ใช่เพียงรณรงค์ เฉพาะช่วงเทศกาล ต้องทำให้เรื่องนี้เป็นส่วนหนึ่งในงานปกติให้ได้

การขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบต้องมีการบูรณาการ เพราะอุบัติเหตุเป็นเรื่องของคน รถ ถนน ไม่ใช่โทษแต่ที่สามารถดำเนินการในหน่วยงานเดียว และกลไกที่จะเอื้อให้เกิดการบูรณาการคือ กลไก ของศูนย์ถนนทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ ท้องถิ่น ซึ่งตอนนี้นโยบายเอื้อหมดแล้วทั้งนโยบายในเชิงของ มติครม.และของนปถ. ได้สั่งการให้กลไกนี้ต้องมีการประชุมติดตามการทำงานอย่างต่อเนื่องให้เป็นวาระ ของจังหวัดเป็นการดำเนินงานต่อเนื่องทั้งปี

นพ.โกเมนทร์ ทิวทอง

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

- ภาพรวมสถานการณ์ของจังหวัดสุรินทร์

ที่ผ่านมา จ.สุรินทร์มีปัญหาเรื่องการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางถนนค่อนข้างมาก ข้อมูล ๓ ฐาน คือจากตำรวจ บริษัทกลางประกันภัย และสาธารณสุข ซึ่งถึงอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นทุกปี มีการตายทุกเดือนและจำนวนมากไม่ใช่แค่ช่วงปีใหม่หรือสงกรานต์ เพราะจ.สุรินทร์มีกิจกรรมเยอะ เช่น งานเช่นบรรพบุรุษ ออกพรรษา งานช้าง จะเห็นว่าอุบัติเหตุสอดคล้องกับวิถีชีวิตด้วย จึงต้องดำเนินการตลอดทั้งปี มีการตายที่จุดเกิดเหตุเพิ่มมากขึ้น และอุบัติเหตุมักเริ่มช่วงที่ถนนว่างคือหลัง ๓ ทุ่ม กลุ่มที่เกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นผู้ขับขี่เพศชายมากกว่าเพศหญิง รถจักรยานยนต์เป็นอันดับหนึ่ง มีการรณรงค์ต่อเนื่องในเรื่องหมวกกันน็อค แต่ส่วนใหญ่ยังไม่สวมหมวกจึงเกิดความรุนแรงตามมา ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ไม่มีแอลกอฮอล์ จากที่เมื่อก่อนสาเหตุหลักคือการดื่ม แสดงว่าสาเหตุหลักอาจเปลี่ยนไป ซึ่งอาจจะเป็นเรื่องความเร็ว เรื่องนี้ทีมวิชาการหรืออนุกรรมการ ศปถ. กำลังจะวิเคราะห์

- กลไกการจัดการของจังหวัดสุรินทร์

เรื่องนี้มี keyword สำคัญ ๒ เรื่องคือ จุดจัดการและกลไกการจัดการ สุรินทร์ใช้กลไกการจัดการคือศูนย์ความปลอดภัยทางถนนในระดับจังหวัด (ศปถ.จังหวัด) ซึ่งมีบทบาทสำคัญคือ ไปทำให้เกิดจุดจัดการปัญหาในระดับอำเภอและท้องถิ่น คือทำให้จุดที่อยู่ใกล้ชิดกับปัญหาเกิดความเข้มแข็ง ซึ่ง ศปถ.จังหวัดเป็นโครงสร้างที่ผู้ว่าราชการจังหวัดมีคำสั่งและแต่งตั้งให้หัวหน้าส่วนปฏิบัติการมาประชุมกันทุกเดือน ศปถ.จังหวัด จะมีอนุกรรมการ ศปถ.จังหวัด ทำหน้าที่เป็นที่วิชาการ ซึ่งประกอบด้วย ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดเป็นประธาน มีทีมจากโรงพยาบาล ตำรวจ รองผู้กำกับการสถานีตำรวจด้านการจราจร บริษัทประกันภัย ฯลฯ โดยหลักการคือจะให้ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบหลักที่มีข้อมูล เช่น ทางขนส่งจะมีทั้งหัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์และรองแขวงทางหลวงเข้ามาด้วย ส่วนใหญ่จะไม่ใช้หัวหน้ากลุ่มงาน ดังนั้นทีมชุดนี้เป็นทีมที่ใช้เสนาธิการที่จะคอยให้ข้อมูลต่าง ๆ ก่อนที่จะมีการประชุม ศปถ. จังหวัด จะมีอนุกรรมการศปถ.จังหวัดซึ่งเป็นที่วิชาการมีบทบาทในการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติเหตุทางถนน ทีมวิชาการจะนำข้อมูลจาก ๓ ฐานมาวิเคราะห์ถึงเรื่องสถิติการเสียชีวิตและบาดเจ็บในแต่ละเดือน จากนั้นจัดทำข้อมูลเข้าสู่การประชุมของ ศปถ.จังหวัด ทุกเดือน บทบาทของอนุกรรมการ ศปถ.จังหวัดคือช่วยให้ ศปถ.จังหวัด มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจมากขึ้น เปรียบเทียบอนุกรรมการ ศปถ. เหมือนมันสมอง ศปถ. เป็นหัวใจที่จะขับเคลื่อนทุกอย่างให้ทำงานได้ และกลไกในระดับอำเภอก็เป็นแขนที่จะไปจัดการจุดเสี่ยง

- การทำให้ท้องถิ่นมีความรู้สึกร่วมในการแก้ปัญหา

หลักคิดคือ **ไม่ควรให้ความสำคัญแค่ KPI อย่างเดียว** ผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดต้องลงพื้นที่ไปในเวทีต่าง ๆ เช่น ไปเวทีประชุมประจำเดือน อปท. ฯลฯ คือการไปทำความรู้จัก พูดคุย ไปนำเสนอข้อมูลในที่ประชุมอำเภอ ในขณะที่เดียวกันทีมจังหวัดก็ไปคุยกับทีมอำเภอ เช่น สาธารณสุขอำเภอ ถ้ามีการย้ายนายอำเภอก็ต้องลงไปคุยกับท่านนายอำเภอคนใหม่ ไปเสนอเรื่อง ศปถ.อำเภอ ทำให้ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจเกิดความเข้าใจและสามารถขับเคลื่อนได้

• การจัดตั้งกลไกการจัดการในระดับท้องถิ่น

แต่เดิมนั้นการจัดการปัญหาอุบัติเหตุทางถนนดำเนินการเฉพาะช่วงสงกรานต์และปีใหม่ แต่อุบัติเหตุเกิดบ่อยและทวีความรุนแรงมากขึ้น จึงแก้ปัญหาโดยใช้กลไกของ ศปถ. อบต. ในระดับท้องถิ่น ที่มีอยู่มาเชื่อมโยงการทำงานร่วมกับกลไก ศปถ.อำเภอ ฝ่ายท้องถิ่นได้รับทราบข้อมูลของ ศปถ.อำเภอจากการประชุมประจำเดือน ซึ่ง ศปถ.อำเภอ จะประกอบด้วยหลายภาคส่วน ซึ่งนายก อบต. ทุกแห่งเป็นคณะกรรมการอยู่ด้วย หลังจากทราบข้อมูลเชิงองค์รวมของอำเภอ ก็มาดูแลแต่ละตำบลว่าเป็นอย่างไร พอเทียบกันหลาย ๆ แห่งก็จะเห็นว่ามีข้อมูลคล้ายคลึงกัน คือปัญหาในท้องถิ่นเริ่มถี่ขึ้น จึงเอาข้อมูลจากตรงนั้นมาวิเคราะห์ จนเกิดการตื่นตัวต่อปัญหาในเกือบทุกตำบล

ตำบลทับทันขับเคลื่อนอย่างเป็นทางการโดยมีการจัดตั้งเป็น ศปถ.ตำบล ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีที่มีมาก่อนแล้วตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ และล่าสุดมีหนังสือจากกระทรวงมหาดไทยด่วนที่สุด วันที่ ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๕๙ ซึ่งได้ดำเนินการก่อนหน้านั้นไปแล้วประมาณช่วงเดือนเมษายน ๒๕๕๙ เนื่องจากได้รับทราบปัญหาและการดูแลความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินเป็นบทบาทและภารกิจหนึ่งของ อบต. อยู่แล้ว

• องค์ประกอบของคณะทำงาน

คณะทำงานชุดใหญ่ประกอบด้วย นายกอบต. เป็นประธาน ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานทุกภาคส่วนในท้องถิ่น และมีรองนายกอบต.ของหน่วยต่าง ๆ ร่วมด้วย เช่น รองฝ่ายกองช่างดูเรื่องถนนชำรุด หรือถนนที่สัญจรไม่สะดวก รองอีกฝ่ายสำนักปลัดที่ดูเรื่องชีวิตและทรัพย์สิน

ตั้งอนุกรรมการศปถ.ตำบล เนื่องจากคณะกรรมการศปถ.จังหวัด มีจำนวนถึง ๗๐-๘๐ คน ซึ่งขาดความคล่องตัว จึงมีการแต่งตั้งอนุกรรมการ ศปถ.ตำบล จำนวน ประมาณ ๑๐ คน ซึ่งเป็นตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ โดยศึกษารูปแบบการทำงานจากอนุฯ ศปถ.จังหวัด และ อนุฯ ศปถ.อำเภอ

• ข้อมูลที่ใช้ในการขับเคลื่อน

ศปถ.ตำบล จะมีการนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ เพื่อใช้ขับเคลื่อนมาตรการป้องกัน ตัวอย่างข้อมูล เช่น ผู้บาดเจ็บส่วนมากจะเป็นเยาวชนอายุ ๑๑ - ๒๐ ปี สาเหตุจากการขับขี่มอเตอร์ไซด์ ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่สวมหมวกกันน็อค ไม่คาดเข็มขัด เวลาเกิดเหตุช่วงประมาณ ๑๖.๐๐ - ๒๐.๐๐ น. ที่มาของข้อมูลมาจากหน่วยกู้ชีพกู้ภัยตำบล ซึ่งเป็นหน่วยเลขาร่วมกับเจ้าหน้าที่ป้องกันบรรเทาสาธารณภัยของ อบต. ซึ่งจะเก็บสถิติและนำส่งเข้าอำเภอ จากนั้นอำเภอก็จะสรุปเป็นภาพรวม ศปถ.ตำบลทับทันได้มีการเชื่อมโยงข้อมูลกับโรงพยาบาลสาธารณสุขด้วย ซึ่งหากคนในพื้นที่ไปเกิดอุบัติเหตุในต่างตำบลก็จะมีระบบการส่งข้อมูลกลับมาอีกด้วย

• การขับเคลื่อนโดยใช้กลไกการจัดการในระดับท้องถิ่น

มีการนำมาตรการที่รับจากทางนโยบายบูรณาการกับมาตรการของชุมชน เช่น มาตรการ อบต. จะต้องใส่หมวก ๑๐๐% มีการทำป้ายรณรงค์และประชาสัมพันธ์ไปยังหมู่บ้านโดยผู้ใหญ่บ้านเป็นกระบอกเสียง มีการให้นโยบายว่าถ้ามีการประชาสัมพันธ์งานราชการต้องพูดถึงเรื่องของอุบัติเหตุบนท้องถนนด้วย มีการประชุมคณะกรรมการ ศปถ.ตำบล และส่งข้อมูลไปยังชุมชนโดยให้มีผู้ใหญ่บ้านทำประชาคมชุมชน แต่ละชุมชนให้ดำเนินการตั้งด่านชุมชนโดยไม่ได้ใช้งบประมาณของ อบต. เพราะฉะนั้นประชาชนที่มาร่วมในด่านชุมชนจะร่วมไม่ร่วมมือกันในเรื่องของข้าวปลาอาหาร เนื่องจากบางทีอยู่กัน

หลายวันในช่วงเทศกาล แต่ถ้าเป็นช่วงนอกเทศกาล เช่น ช่วงงานบุญต่าง ๆ จะขอความอนุเคราะห์ มาทาง อบต. ทั้งเรื่องวัสดุอุปกรณ์กับบุคลากรไปช่วยรักษาบริเวณงาน

มีการใช้กลไก ศปถ.ตำบล ประชุมคณะกรรมการเพื่อหารือการแก้ปัญหาเรื่องการขายของริมถนน ของชาวบ้าน ซึ่งถือเป็นจุดเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ และมีการขอมติเห็นชอบเรื่องงบประมาณในการ ดำเนินการ จนสามารถจัดหาพื้นที่ใหม่ให้ชาวบ้านได้ คือบริเวณหน้าวัดวิชัย เพื่อเอาของป่าของชุมชน มาตั้งขายและให้มีที่จอดรถซื้อของ ทำให้การตั้งพื้นที่บริเวณการตั้งร้านค้ามีความปลอดภัย และชาวบ้าน สามารถขายของได้มากขึ้น ในส่วนของการหาพื้นที่ทาง อบต. ได้เข้าไปคุยกับทางป่าไม้เพื่อขอใช้พื้นที่ ให้ชาวบ้านตั้งซุ้มขายของ ทางป่าไม้ยินดีเพราะเห็นด้วยและอยากส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชนให้กับชาวบ้าน นอกจากนี้ยังใช้กลไก ศปถ.ตำบล ในการแก้ปัญหาจุดเสี่ยง โดยจากการสำรวจพบจุดเสี่ยงที่เส้นทาง แยกวัดทัพพันเข้าวังปลัดเนื่องจากถนนชำรุดและเกิดอุบัติเหตุบ่อย จึงมีการหารือเพื่อขอมติ ดำเนินงบประมาณเพื่อมาซ่อมบำรุง และในส่วนที่เป็นถนนลาดยางระยะทางไม่ยาวนักจะเป็นการใช้ งบประมาณของ อบต. มีการขอความร่วมมือจากชาวบ้านในการปรับทัศนวิสัยการจราจรในพื้นที่ เนื่องจากหน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องทางหลวงทรัพยากรบุคคลมีปริมาณน้อยไม่สามารถจัดการปัญหา เรื่องทัศนวิสัยได้ครอบคลุมทั้งหมด จึงขอความร่วมมือจากภาคประชาชนในการจัดการปัญหาอีกทาง

• การขับเคลื่อนงานในปี ๒๕๖๐ และความยั่งยืนจากการมีกลไกการจัดการระดับท้องถิ่น

ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ จะเข้าสู่การขับเคลื่อน ศปถ. อบต. อย่างเข้มข้นขึ้น ส่วนเรื่องงบประมาณ หากจะใช้ งบประมาณของ อบต. จะต้องทำรายละเอียดเพื่อนำเข้าแผน ระยะ ๔ ปีเสียก่อน ซึ่งโดยปกติจะตั้ง งบประมาณเฉพาะช่วงเทศกาลสงกรานต์และปีใหม่ งานนี้ อบต. ตั้งเป็นแผน ๔ ปี ต้องพัฒนาให้เกิด ความยั่งยืน เพราะเรื่องอุบัติเหตุเป็นปัญหาหลักของชุมชน ถึงแม้ผู้นำท้องถิ่นจะหมดวาระไปแต่ โครงสร้างของ ศปถ.ตำบล ยังมีการขับเคลื่อนคือกลไกยังมีอยู่ โดยเฉพาะตัวแทนอื่น ๆ ที่มีอยู่แล้ว เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ปลัด หน่วยงาน ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ก็ยังมีอยู่ในโครงสร้าง ดังนั้นก็สามารถ ที่จะขับเคลื่อนต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง

นายจุมพฏ วรรณจักรศิริ

ผู้อำนวยการกองบูรณาการความปลอดภัยทางถนน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

ปัญหาเรื่องถนนเกิดขึ้นทุกพื้นที่ในประเทศ ไม่จำกัดว่าจะเกิดเฉพาะที่ไหน สาเหตุพื้นฐาน คือ เรื่องการใช้ความเร็ว เรื่องของวินัย เรื่องจิตสำนึก ซึ่งคนใช้รถใช้ถนนส่วนใหญ่ยังขาดอยู่ ช่วงเทศกาล สงกรานต์ปีใหม่ พบว่ามีเรื่องการเมาสุราเข้ามาเกี่ยวข้อง

• แนวทางการแก้ไขปัญหา

การทำงานจะมีการขับเคลื่อนตลอดทั้งปี ทำงาน ๓๖๕ วัน ตั้งเป้าหมายปีนี้ไว้ ๓ เรื่อง คือ ๑) เรื่องความเร็ว ๒) เรื่องความเมา ๓) เรื่องจักรยานยนต์ มีการร่วมมือกับกรมประชาสัมพันธ์ ซึ่งเป็น ประธานในคณะทำงานชุดใหม่ที่ตั้งขึ้นมาเกี่ยวกับเรื่องรณรงค์และการสร้างจิตสำนึก ซึ่งมีผู้แทนจาก จส. ๑๐๐ มีช่องทางสื่อหลายช่องทางเข้ามาเกี่ยวข้อง มี หน่วยงาน อย่าง สสส. กปถ.(กองทุนเพื่อความ ปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน) ทำการรณรงค์ทั้งปีในธีม ชื่อว่า “ขับรถมีน้ำใจรักษาวินัยจราจร” เพราะว่ สิ่งที่ยังขาดอยู่คือการมีน้ำใจบนท้องถนน และการขาดวินัยการจราจร มีการตั้งการ ศปถ.จังหวัด

ให้ต้องมีการประชุมทุกเดือน แต่ถ้าติดขัดไม่สามารถประชุม ให้รวบยอดไปประชุมในครั้งถัดไป ศปถ.จังหวัด ต้องไปตั้งอนุกรรมการ อาจจะเหมือนอนุส่วนกลาง มีอนุบริหารจัดการ อนุถนน อนุเกี่ยวกับรถยนต์พาหนะ อนุเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมาย และอนุเกี่ยวกับข้อมูล ซึ่งเป็นอนุวิชาการที่สุรินทร์ทำ แล้วประชุมทุกเดือน โดยมีหัวข้อ ๔ หัวข้อเป็นพื้นฐาน ในการประชุม ส่วนปี พ.ศ. ๒๕๖๐ จะมีการขับเคลื่อนในเรื่องของทีมสืบสวนอุบัติเหตุ รวมถึงจัดทำค่านิยามว่า “ด่านชุมชน” คืออะไร ต้องทำอะไรบ้าง เช่น การตรวจแอลกอฮอล์

• เรื่องการบังคับใช้กฎหมาย ในปีนี้จะแก้ ๕ เรื่อง คือ

๑) เรื่องความเมา มีการบังคับใช้กฎหมายใน ๒ ประเด็นหลักคือ

- แก้ไขเรื่องปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือด ซึ่งปัจจุบันใช้ที่ ๕๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จะลดเป็น ๒๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ในกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่มที่เพิ่งถึงเป็นพิเศษคือ ๑) คนที่อายุยังไม่ถึง ๒๐ เป็นผู้เยาว์ ๒) คนที่เป็นมือใหม่ขับรถได้ไม่เกิน ๒ ปี (ผู้มีใบอนุญาตขับรถชั่วคราว) และ ๓) คนที่ไม่มีใบขับขี่

- การทำให้มีข้อมูลเชื่อมกันทั่วประเทศ หากถูกตำรวจจับขึ้นศาล และมีการทำผิดซ้ำ จะโดนลงโทษหนักขึ้น

๒) เรื่องความเร็ว

เรื่องนี้เกี่ยวข้องกับพื้นที่ชุมชน โดยปีนี้จะจำกัดความเร็วในเขตชุมชน คือ บริเวณที่มีการค้าขาย มีการสัญจร มีโรงเรียน โรงพยาบาล หรือมีกิจกรรมข้างทาง หน่วยงานในท้องถิ่นไม่ว่าจะเป็นอนุกรรมการจัดการระบบจราจรทางบก (อจร.) อบต. เทศบาล หรือ อบจ. ต้องดำเนินการเข้าไปสำรวจในพื้นที่ว่าตรงไหนคือชุมชนแล้วเลือกขึ้นมาถ้าเห็นว่ามีปัญหาในพื้นที่ และหากคณะกรรมการพิจารณาแล้วเห็นว่าอาจจะไม่เข้าคำจำกัดความของคำว่าชุมชน ท่านสามารถให้ อจร.ท้องถิ่น เสนอขึ้นมาโดยเลือกถนนที่มีการสัญจรปริมาณมาก เพื่อที่จะทำให้ถนนนั้นมีการจำกัดความเร็ว ซึ่งตอนนี้เราส่งการไปในพื้นที่ให้ช่วยเลือกถนนมาจังหวัดละ ๑ แห่ง ที่จะทำแบบนี้ และในพื้นที่ต้องมีการติดป้ายควบคุมความเร็วให้เห็นชัดเจน มีความเหมาะสม เช่นป้ายลดความเร็วจะเป็นลักษณะค่อย ๆ ลดความเร็วลงก่อนถึงชุมชน เรื่องนี้ที่ประชุมในพื้นที่ท้องถิ่นต้องมาพิจารณาร่วมกับ อจร. นอกจากนี้ยังมีการร่วมมือกันระหว่างกระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย ตำรวจ และ WHO รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมาประชุมร่วมกับหลาย ๆ หน่วย ในพื้นที่มี อจร. ซึ่งเกิดจากกระทรวงคมนาคมแต่งตั้งมา

๓) เรื่องการได้มาซึ่งใบอนุญาตขับรถ เน้นเรื่องความเข้มงวดในการออกใบอนุญาต คือ “ออกยาก ยืดง่าย” ตั้งแต่ ตุลาคม ๒๕๖๐ ต้องผ่านการอบรมไม่น้อยกว่า ๑๕ ชั่วโมง

๔) เรื่องรถโดยสารสาธารณะ ได้กำหนดเงื่อนไขเพิ่มเติมในการขอรับใบอนุญาตประกอบการขนส่ง เพื่อสร้างมาตรฐานความปลอดภัยของรถโดยสารสาธารณะ จัดทำประกาศกรมการขนส่งทางบก เพื่อกำหนดให้ผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบการขนส่งต้องจัดให้มีรายงานข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัยในการขนส่งในส่วนที่เกี่ยวกับการบำรุงรักษารถ รวมถึงปรับปรุงระบบการเยียวยาเพื่อคุ้มครองและให้ความเป็นธรรมกับผู้ได้รับผลกระทบ

๑. ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา

• ข้อเสนอแนะด้านโครงสร้างกลไกในระดับพื้นที่

- กลไก ศปถ.จังหวัด ควรเพิ่มสัดส่วนผู้แทนจากศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน (ที่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ซึ่งมีครอบคลุมทุกจังหวัด ได้เข้าไปเป็นคณะกรรมการร่วมขับเคลื่อน ทั้งเรื่องการเฝ้าระวัง การรณรงค์สร้างความตระหนัก การรับเรื่องร้องเรียนจากประชาชนทุกระดับ เพราะศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน มีบทบาทหลักในการสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนในเรื่องสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพ การรับเรื่องร้องเรียน และปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ เช่น อุบัติเหตุต่าง ๆ พ.ร.บ.รถยนต์

- ควรถ่ายทอดแนวทางศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนควรถูกให้กับทุกท้องถิ่น และรับสมัครท้องถิ่นที่มีความพร้อม และให้การสนับสนุนโดยระดับอำเภอ จังหวัด

- โมเดลการทำงานของสุรินทร์น่าจะมีการขยายผลไปสู่พื้นที่อื่น ๆ

- การนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นทางการ โดยเฉพาะจากศูนย์ถนนระดับประเทศสู่ระดับจังหวัด อำเภอ อบต. ทาง ปก. ควรมีการติดตามความเป็นรูปธรรม และการทำแผนแต่ละปีควรทำจากฐานการวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ของจังหวัดด้วยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญกับการหาต้นเหตุของปัญหาและแก้ไขตรงประเด็น ไม่ใช่แค่ทำแผนส่งกรมตามกำหนด

- ปก. ควรดึงบุคลากรที่เป็นหน่วยงานอื่นมาร่วมด้วย เช่น ตัวแทน สอจร. ในจังหวัดหอการค้า สถานประกอบการ ฯลฯ เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ

- อยากให้มีความชัดเจนในกรณีตั้งด้านชุมชน และเสนอว่าการตั้งด้านชุมชนเมื่อมีการเปรียบเทียบปรับอยากให้สามารถเอาเงินเข้าสนับสนุนอบต.ได้

- อบต. มีข้อจำกัดในเรื่องอำนาจหน้าที่ตาม พ.ร.บ.จราจรทางบก พ.ศ.๒๕๒๒ เนื่องจากถูก สตง. ทักท้วงว่าอำนาจหน้าที่ตาม พ.ร.บ.ดังกล่าว เป็นของตำรวจเพียงฝ่ายเดียว ดังนั้น อบต. จึงไม่สามารถสนับสนุนงบประมาณในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนให้แก่หน่วยงานอื่น เช่น จัดซื้ออุปกรณ์ตรวจจับความเร็ว ฯลฯ จึงมีข้อเสนอจากผู้แทนสมาพันธ์ อบจ.แห่งประเทศไทยขอให้ปรับปรุงแก้ไข พ.ร.บ.จราจรทางบก พ.ศ.๒๕๒๒ โดยให้เพิ่มอำนาจหน้าที่ให้แก่ อบต. ให้สอดคล้องกับกฎหมายการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ ซึ่งเป็นการเพิ่มอำนาจให้ อบต. เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหามากขึ้น

• ข้อเสนอแนะบทลงโทษ และการบังคับใช้กฎหมาย

- ปัญหาอุบัติเหตุไม่ใช่แค่เรื่องจิตสำนึกอย่างเดียว แต่การบังคับใช้กฎหมายกลับกลายเป็นตัวกำกับพฤติกรรมที่สำคัญ ซึ่งตำรวจก็ยอมรับว่าไม่กล้าบังคับใช้กฎหมายเพราะมีแรงเสียดทานมาก ดังนั้นตรงนี้ต้องมีมาตรการหรือแนวทางที่ชัดเจนขึ้น

- ควรมีบทลงโทษผู้ปกครองที่ปล่อยให้เด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ขี่รถจักรยานยนต์

- ควรมีบทลงโทษผู้ที่จอดรถข้างทางกีดขวางทำให้เกิดอุบัติเหตุ ต้องได้รับโทษ

- กรณีขับรดตหน้าระยะกระชั้นชิดจนทำให้เกิดอุบัติเหตุ ผู้ขับขี่ต้องได้รับโทษ

- เข้มงวดกับผู้ขับขี่ที่ไม่มีใบขับขี่ กรณีมอเตอร์ไซด์ขนาดใหญ่ (Big bike) ต้องแยกสอบ

ใบขับขี่ ไม่รวมกับใบขับขี่รถธรรมดา

ดีแล้วครับ แนวทางแก้ไขปัญหาของจังหวัดที่ผ่านมาใช้กลไก สปถ.จังหวัด ตั้งคณะกรรมการข้อมูล
อุบัติเหตุจังหวัด กำหนดจุดเสี่ยงในการแก้ไขปัญหา ดึงสถานศึกษาเข้ามามีส่วนร่วม และเข้มงวด
การบังคับใช้กฎหมายเพิ่มขึ้น



๒.๔ เสวนา เปิดตัว Forum "ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม"

ผู้ร่วมเสวนาประกอบด้วย

- | | |
|-------------------------------|---|
| ๑. นพ.พลเดช ปิ่นประทีป | เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) |
| ๒. ผศ.ดร.ภก.พงศ์เทพ สุธีรัฐดี | ผอ.สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ |
| ๓. คุณธนา ยันตรโกวิท | รองอธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
กระทรวงมหาดไทย |
| ๔. ดร.เดชา พิมพ์พิสุทธิ | ผอ.สน.ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน
กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม |
| ๕. คุณพุดผิงค์ สุรพฤกษ์ | รองเลขาธิการสำนักงานนโยบายและ
แผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.)
กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม |
| ๖. คุณศิริลักษณ์ มีมาก | ผอ.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ |
| ๗. คุณเมธา เมฆารัฐ | อดีต ผตร.กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย |
| ๘. คุณสมชัย รัตนจันทร์ | อดีต นายก อบต.ท่าสาย จ.เชียงราย |
| ๙. พญ.ประนอม คำเที่ยง | รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข |





ดำเนินรายการโดย

คุณสุทธิพงษ์ วสุโสภภาพ

ผู้อำนวยการสำนักขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

คุณสุทธิพงษ์ วสุโสภภาพ ผู้อำนวยการสำนักขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ชี้แจงจุดมุ่งหมายของ **เวทีเสวนาเปิดตัว Forum “ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม”** ว่าเป็นการเปิดเวทีรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบของการจัดเวที Forum ที่จะมีในอนาคต ซึ่งวิทยากรจะมาจาก ๓ ภาคส่วน ได้แก่ ภาครัฐ ประกอบด้วยผู้แทนจากกระทรวงต่างๆ คือ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข และภาควิชาการ ภาคประชาสังคม ซึ่งทุกท่านจะช่วยกันนำเสนอแนวคิดและทิศทางในการสร้างความร่วมมือเพื่อที่จะขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ซึ่งจะให้ออกัสต่อไปนี้ ในการเริ่มต้นเสนอแนวคิดเพื่อที่จะพัฒนากระบวนการเปิดพื้นที่สาธารณะอีกแบบหนึ่งที่เรียกว่า **“Forum” หรือ “เป็นมณฑลการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนเพื่อการพัฒนา ร่วมกัน”**



แนวคิดและทิศทาง ของ Forum

- Forum ต้องเป็นเวทีขับเคลื่อนสังคม เป็น Social movement เป็น Social process และเป็น Social process ที่มี Academic คือการขับเคลื่อนในทางวิชาการ และการเคลื่อนไหวในทางสังคมไปด้วยกัน (Academic social process)
- Forum เป็น Academic Social ที่ไม่มีอะไรตายตัว ขึ้นอยู่กับพื้นที่ ถ้าสช.จะเปิดพื้นที่กลาง Forum ก็มีความเป็นวิชาการขึ้นมา แต่ถ้าเป็นเวทีสัมมนาวิชาการจะแข็งไป ถ้าเป็นเวทีสังคมวัฒนธรรมจะอ่อนไป ดังนั้น Forum ควรจะอยู่ตรงกลางระหว่างความเป็นวิชาการและกึ่งทางการ เวที Forum ต้องเป็นเวทีกึ่งทางการ อย่าเป็นทางการ เพราะคนที่เข้ามาร่วมมือทั้งจากหน่วยงานต่างๆ ที่มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายเฉพาะ และภาคสังคมที่เป็นเจ้าของปัญหา หรือผู้ได้รับผลกระทบ หรือจากภาคส่วนอื่นๆ เมื่อมาเจอกันในเวทีซึ่งไม่ได้เจอกันได้บ่อย พื้นที่ตรงกลางในเวทีต้องมีความชิงชังในระดับหนึ่ง และนำไปสู่การให้ความสำคัญกับการหาทางออกทางเลือกต่างๆ
- ลักษณะของ Forum ควรเป็นเวทีที่มีความต่อเนื่อง นำมาซึ่งพัฒนาการของประเด็น
- เป็นเวทีเรียนรู้ร่วมกัน คือปฏิบัติแก้ไขปัญหาด้วยการเผชิญปัญหาด้วยกัน และปรับตัวเข้าหากัน

หาทางออกทางเลือกใหม่ ๆ ในที่สุดจะเกิดมิตรภาพและความสัมพันธ์ในทางระนาบมากขึ้นเรื่อย ๆ โดย สช. อาจจะเป็นคนริเริ่ม และ ๖ กระทรวงหลักร่วมเป็นเจ้าภาพด้วย รวมทั้ง ๖ องค์กรตระกูล “ส” ที่เป็นส่วนร่วมในการทำงานกับภาคประชาชน

- ในการจัดเวทีทุกครั้งจะต้องมีการทำเอกสารวิชาการและทำประเด็นให้ชัด หรือมีงานวิจัยต่าง ๆ ในแบบเดียวกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ที่ประชุมพูดคุยกันบนข้อเท็จจริง และหาฉันทามติ หรือหาทางออกได้ ทำให้การประชุมแต่ละครั้งมีข้อสรุปเพื่อก้าวไปข้างหน้าได้
- รูปแบบของการริเริ่ม Forum ต้องมีวิทยากรนำเข้า โดยมีเอกสารวิชาการแจกไว้ก่อนแล้ว และเริ่มต้นด้วยการนำเข้าความรู้อย่างเป็นระบบ จากนั้นควรต้องมีกระบวนการอย่างมีส่วนร่วม จะเป็นเวทีใหญ่ ร่วมกันทั้งหมด หรือแบ่งเป็นกลุ่มย่อยเพื่อให้เกิดมีส่วนร่วมในเชิงคุณภาพเชิงลึกได้ทั่วทุกคน และสุดท้ายต้องมีข้อสรุป
- กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นทักษะอย่างหนึ่งซึ่งต้องใช้กระบวนการพูดคุยต่อเนื่องและใช้เวลา ไม่ควรด่วนสรุปเร็วเกินไปในขณะที่ความคิดของการพูดคุยยังไม่สุกไม่งอม

ประเด็นที่จะเข้าร่วมใน Forum

ประเด็นตั้งต้นในการจัด Forum ต้องมีกระบวนการ มีประเด็นจากมติ ๖๙ + ๔ มติ เป็นมติดั้งต้น ประเด็นต่าง ๆ ต้องมีเจ้าของเรื่อง อาจเลือกประเด็นมาใช้เป็นเวทีติดตาม หรือเป็นเวทีแก้ปัญหาก็ได้ และค่อย ๆ ยกระดับต่าง ๆ บางประเด็นเกี่ยวกับกระทรวงทั้งหลาย โดยอาจมีประเด็นใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นจาก ๖ กระทรวง อาจเป็นประเด็นที่มาจากพื้นที่จังหวัดหรือภาคต่าง ๆ เพราะเป็นเวทีสร้างกระบวนการแบบมีส่วนร่วม

การเลือกผู้เข้าร่วมเวที

- ต้องมีการวิเคราะห์เพื่อจัดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งเรื่องนี้ถือเป็นหัวใจในเวที เพราะถ้ามุ่งที่จะแก้ปัญหาเรื่องจริง ปัญหาที่รุนแรง ซึ่งต้องใช้ความพยายามร่วมกันของหลายภาคส่วน ต้องวิเคราะห์ผู้ฟังหรือคนที่เข้าร่วมประชุม ซึ่งเป็นหัวใจของความสำเร็จ เพราะในเวทีมีเวลาแค่ ๓-๔ ชั่วโมง คนที่เข้ามาอาจมีจำนวนไม่มากแต่จะต้องถูกตัว
- กรณีที่เป็นประเด็นร้อน ๆ ที่มีผู้ขัดแย้ง ผู้เข้าร่วมส่วนหนึ่งต้องเป็นตัวแทนของคู่ที่ขัดแย้งกันอยู่ แต่เวทีนี้ไม่ใช่เวทีเพื่อเคลียร์ไฉนทางการเมือง แต่เป็นเวทีที่ต้องใช้ปัญญาใช้ความรู้ในการหาทางออก คนที่คุมเวทีต้องมีทักษะที่ดี
- สรุปผู้เข้าร่วมอาจแบ่งเป็น ๓ กลุ่มคือ
 - กลุ่มที่ ๑ เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเรื่องนั้น
 - กลุ่มที่ ๒ เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น ๆ เช่น ในเรื่องอุบัติเหตุอาจต้องมี ปภ. มหาดไทย ซึ่งกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีเพื่อให้การขับเคลื่อนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ หรือก็คือองค์ประกอบของสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ที่ประกอบด้วยภาคนโยบาย ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม เพื่อจะได้ดูมุมมองอย่างรอบด้านและช่วยในเชิงวิชาการ
 - กลุ่มที่ ๓ คือ คนทั่วไปที่ได้รับผลกระทบจากเรื่องนั้น ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม รวมไปถึงสื่อมวลชน

- ในแต่ละเวทีอาจไม่ต้องมีสมาชิกประจำหรือมีไม่มาก แต่อาจจะต้องเปลี่ยนไปตามประเด็นต่าง ๆ เชิญชวนให้กระทรวงและหน่วยงานต่าง ๆ เข้ามาร่วม เวทีนี้ต้องทำเรื่องร้อนได้ ถ้าสามารถจับเรื่องร้อนหรือปัญหาที่คนเดือดร้อนได้และทำเรื่องร้อนให้เป็นเรื่องเย็นได้ หากทางออกแบบอารยะได้ ซึ่งตรงนี้เป็นเรื่องที่ทำทนายสห.

ผศ.ดร.ภก.พงศ์เทพ สุธีรวัช

ผอ.สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้

สงขล Forum กับการนำประเด็นสุขภาพมาเป็นตัวขับเคลื่อน

- ทางภาคใต้ได้ขับเคลื่อน Forum และนำประเด็นสุขภาพมาเป็นตัวขับเคลื่อน ซึ่งทางภาคใต้ ไฟกัสที่จังหวัดสงขลา
- ด้านกระบวนการและการมีส่วนร่วม เนื่องจากสงขลามีเครือข่ายภาคประชาสังคมขับเคลื่อน เรื่องสุขภาพค่อนข้างมาก และมีหน่วยงานแต่ละหน่วยทำงานตามภารกิจปกติ ดังนั้น การรวมพลัง ส่วนราชการ ภาคประชาสังคม และภาควิชาการในการขับเคลื่อนงานของจังหวัดสงขลา ใช้กระบวนการขับเคลื่อนคือ ทุกวันที่ ๑๕ ของทุกเดือน ผู้ว่าราชการจังหวัดจะมีการมาคุยกัน อย่างไม่เป็นทางการ ประกอบด้วย ผู้แทนรองนายก อบจ. ผู้แทนท้องถิ่น ๒-๓ คน แกนนำ ฝ่ายชาวบ้านของสงขลา นักพัฒนาชุมชน สหกรณ์ ประมาณ ๒๐ คน มานั่งคุยกัน และเปิดประเด็นว่าจะคุยเรื่องอะไรและหลังจากคุยเสร็จแล้วใครจะไปทำอะไร การคุยกันแบบนี้ หลาย ๆ ครั้ง ทำให้เกิดการกำหนดสุขภาพของจังหวัดสงขลาซึ่งตั้งชื่อแผนว่า “สงขลาพอเพียง”
- ต่อมาได้มีการปรับกระบวนการ โดยดูว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ทำอะไรบ้าง เช่น

ตัวอย่าง การขับเคลื่อนระบบบูรณาการอาหารของจังหวัดสงขลา

ระบบอาหารมี ๓ เรื่องใหญ่ ๆ คือ

๑.ความมั่นคงทางอาหาร ๒.อาหารปลอดภัย และ ๓. โภชนาการที่สมวัย

- กระบวนการจะตั้งต้นด้วยการค้นหาโมเดลหรืองานวิจัยต่าง ๆ จากนั้นก็ไปทำงานกับพื้นที่ พอเริ่มมีโมเดลชัดเจนขึ้น ก็เริ่มตั้งวง Forum ประกอบด้วย ท้องถิ่น ซึ่งจังหวัดเป็นตัวเชื่อมกับท้องถิ่นทั้งหมด
- ก่อนที่จะเกิด Forum จะต้องมีการคุยกันให้ตกผลึกในแต่ละหน่วยงาน มีการไปคุยกับ สปสช. ซึ่งสปสช.มีกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลซึ่งสมทบกับกองทุนท้องถิ่น ซึ่งจังหวัดสงขลามีเงินที่ค้างอยู่ในกองทุนเกือบ ๒๐๐ ล้านบาท ซึ่งเป็นทุนที่มหาศาล จึงผลักดันให้ท้องถิ่นและสปสช.บูรณาการเรื่องการจัดการอาหารร่วมกัน
- สร้างทีมพี่เลี้ยงให้กับท้องถิ่น โดยดึงพัฒนาชุมชน สสจ. สถาบันวิชาการ กลุ่มภาคประชาสังคม เข้ามาช่วยเป็นพี่เลี้ยงให้กับท้องถิ่น และมีกระบวนการรวมตัวกันพูดคุย
- เกิดเป็นข้อตกลงร่วมกันว่าจะขับเคลื่อนเรื่องอาหาร โดยใช้กลไกของท้องถิ่นผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล
- ต้องมีกระบวนการหรือเครื่องมือบางอย่าง เช่น ถ้าท้องถิ่นจะทำเรื่องอาหาร ท้องถิ่นต้องมีแผนการจัดการเรื่องอาหาร ดังนั้นควรต้องจัดทำ **“ธรรมนูญสุขภาพ”** ก่อน และแนะนำให้ใช้ **“กระบวนการสมัชชา”** เป็นเครื่องมือในการที่จะทำให้เกิดความร่วมมือ และสุดท้ายแนะนำให้ลองใช้ **“HIA”** ในการประเมินกองทุนสุขภาพตำบลว่าสร้างผลกระทบเชิงบวกต่อคนในชุมชนได้หรือไม่/อย่างไร
- กระบวนการที่เห็นเป็นรูปธรรมคือ ความร่วมมือระหว่างท้องถิ่น จังหวัด สปสช. พัฒนาชุมชน กระทรวงสาธารณสุข ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม ซึ่งเวลาพูดคุยจะมีจุดหมายร่วมกัน ชี้ให้เห็นสถานการณ์ของปัญหาว่าร่วมกันว่าจะขับเคลื่อนเรื่องใด เริ่มตรงไหน/อย่างไร ในเรื่องชุดความรู้ จะมีภาควิชาการเป็นส่วนหนุนเสริม ทำให้กระบวนการเหล่านี้เคลื่อนไปได้ มีการพูดคุยเรื่องการทำงานทุกเดือน ๆ ละ ๒-๓ ครั้ง เป็น Forum โดยธรรมชาติ
- สุดท้ายเกิดแผนของเขตในเรื่องอาหาร มีแผนของกองทุนตำบล และโครงการต่าง ๆ ของท้องถิ่น และมีกลไกพี่เลี้ยงจากภาคประชาสังคม และทีมงานวิชาการเข้ามาหนุนเสริมด้วย

- **มุมมองของกระทรวงมหาดไทยในประเด็นสุขภาพ** จากการได้ลงพื้นที่สัมผัสชาวบ้านและระบบสุขภาพทำให้เห็นว่าเรื่องสุขภาพไม่ได้เป็นเรื่องของท้องถิ่นอย่างเดียวแต่ยังมีภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมการพัฒนาชุมชน กรมการปกครอง กำหนดผู้ใหญ่บ้าน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย หรือแม้แต่กรมที่ดิน คือแทบทุกกรมในกระทรวงมหาดไทยเกี่ยวข้องหมด แต่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเหล่านั้นตระหนักกันหรือยัง
- **มองว่าอาจต้องเริ่มจากการที่รัฐมนตรีให้ความสำคัญ** รวมถึงเรื่องศักยภาพของแต่ละองค์กร และการเห็นความเชื่อมโยง ในเรื่องของหน่วยปฏิบัติจะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- **มุมมองในการเลือกตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาเป็นตัวแทนในคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ** ในคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีตัวแทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามานั่งอยู่ ๔ ท่าน ซึ่งมีข้อเสนอเรื่องการเลือกตัวแทนจากท้องถิ่นคือ ปกติจะมีสมาคมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่แล้ว และในแต่ละสมาคมจะมีอนุกรรมการหรือมีฝ่ายต่าง ๆ ซึ่งมีความรู้ทางด้านงานสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ซึ่งถ้าเอาคนที่มีความรู้เหล่านี้เข้ามา ก็จะช่วยสานต่อได้ดี เพราะที่ผ่านมามีการสรรหาตัวแทนอาจจะได้ตัวแทนประเภท Popular โหวต แต่ไม่มีองค์ความรู้
- **มุมมองเรื่องทำอย่างไรให้กรมต่าง ๆ มีความตระหนัก** มองว่า **“อย่าทำตัวเป็นศูนย์กลาง แต่ทุกคนต้องจับมือกันเป็นเส้นรอบวง เพราะถ้ามีใครกระโดดมาเป็นจุดศูนย์กลาง วงกลมจะแตก”** การทำงานกับกัลยาณมิตรควรจับมือกันเป็นเส้นรอบวง แต่ก็ต้องมีคนนำ ถ้าผู้นำในพื้นที่มีความเข้าใจสามารถเชิญชวนให้คนมาจับมือกันเป็นวงกลมได้และคนนั้นมีความเข้าใจและตระหนักก็จะทำให้งานขับเคลื่อนไปได้

- **กระทรวงอุตสาหกรรมเห็นด้วยที่จะเกิดเวที Forum ในลักษณะนี้** ที่ผ่านมามีการทำงานของกระทรวงฯ จะขับเคลื่อนโดยนโยบายรัฐที่พยายามสร้างรายได้ให้ประเทศ ซึ่งผลพวงที่เกิดจากการพัฒนามีทั้งบวกและลบ ด้านลบคือมีผลต่อสุขภาพ ซึ่งกระทรวงฯ พยายามไม่ให้เกิดผลกระทบในวงกว้างให้มากที่สุด ดังนั้นมองว่า Forum ลักษณะนี้น่าจะช่วยได้มาก เพราะจะเป็นเวทีกลางที่จะมาพูดคุยกัน เช่น ประเทศญี่ปุ่นก่อนจะทำอะไร จะต้องคุยกันก่อนหลายครั้ง ซึ่งกระทรวงเสียดายว่า **“อาจจะเริ่มเข้าไปนิด สำหรับกระบวนการแบบนี้ในบ้านเรา”**
- **Forum ในมุมมองของกระทรวงอุตสาหกรรม**

- กระทรวงอุตสาหกรรมเข้าไปเริ่มต้นกระบวนการในช่วงวิกฤตมาบตาพุด และพยายามนำเรื่องนี้เข้ากระบวนการ IA (Impact Assessment) ทั้งหลาย ซึ่งเป็นกระบวนการที่พยายามจะเอาเข้ามาเพื่อช่วยให้เกิดการเสวนามากขึ้นระหว่างนักลงทุนกับผู้ที่ได้รับผลกระทบในพื้นที่ ซึ่งกระทรวงอุตสาหกรรมพยายามผลักดันอยู่ และแนวทางขณะนี้คือการพัฒนาเชิงพื้นที่มากขึ้นเพื่อทำให้พื้นที่เป็นเมืองน่าอยู่ ทั้งเรื่องสิ่งแวดล้อมและเรื่องสุขภาพ ซึ่งพยายามร่วมมือกับอปท. และที่ผ่านมากกระทรวงอุตสาหกรรมมีการทำงานร่วมกับกระทรวงทรัพยากรฯ และกระทรวงมหาดไทยมาตลอด แต่บางครั้งอาจไม่เห็นผล
- เห็นด้วยกับแนวคิดที่ว่า เราควรทำตัวเป็น “เส้นรอบวง” ดีกว่าเป็น “ศูนย์กลาง” ซึ่งแนวคิดนี้จะทำให้การขับเคลื่อนไปด้วยกันได้ดี การพูดคุยจะได้เปิดใจกันไปเรื่อย ๆ สิ่งหนึ่งที่เห็นมาตลอดและไม่อยากให้เกิดขึ้นในวง Forum คือการใส่สี่ตี่ใหม่ ซึ่งทำให้ประเด็นในการพูดคุยแลกเปลี่ยนไม่สามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุด
- การมี Forum ในลักษณะนี้ น่าจะเปิดกว้างขึ้น ให้สาธารณะรับรู้มากขึ้น ซึ่งเห็นว่าน่าจะเป็นประโยชน์
- อยากให้มองไปถึง end product ด้วย นั่นคือเวลาคุยกันต้องมองว่าเป้าหมายคืออะไร และใครต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งต้องช่วยกันมองให้เห็นสิ่งที่ยังขาดอยู่หรือสิ่งที่ยังเป็นปัญหาอุปสรรค ยกตัวอย่างข้อเท็จจริงที่ผ่านมา พอดูคุยกันแล้วและเห็นข้อยุติร่วมกันแล้ว แต่ประเด็นปัญหาหลายเรื่องมีหลายหน่วยงานรับผิดชอบโดยเฉพาะการแก้กฎหมาย ทำให้เจอทางตันทุกครั้ง หรือเรื่องระบบบำบัดน้ำเสียรวมของเทศบาลเมืองมาบตาพุดน้ำไม่ไหล ซึ่งคนสร้างเป็นกรมโยธา คนรับเป็นเทศบาล เราต้องหาประเด็นที่จะคุยกันว่า end product จะได้อย่างไร จะทำอย่างไร ขาดอะไร ต้องช่วยกันมองถึงจะได้ประโยชน์ในการพูดคุย ไม่เช่นนั้นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องที่เข้ามาร่วมมืออาจหายหมดเพราะไม่เห็นรูปธรรม

คุณพุดพิงค์ สุพรรณย์

รองเลขาธิการ สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.)

กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

• Forum ในมุมมองของกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

- เห็นด้วยที่จะมีเวที Forum แบบนี้ เพราะเป็นเวทีที่จะต้องหาทางออกร่วมกัน หาประเด็นสาธารณะซึ่งกำลังร้อน
- มองว่าการพัฒนาที่ยั่งยืนในทุกวันนี้ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบคือ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม แต่บริบทของราชการแบ่งงานออกเป็นแท่ง ซึ่งเวที Forum จะทำให้เกิดฉนวนอน คือสามารถตั้งเป็นประเด็นสาธารณะได้
- ประเด็นสาธารณะนี้จะต้องมีงานวิชาการเป็นตัวตั้ง มีคนนำคุยที่เก่ง เพื่อทำให้เวที Forum มีการพูดคุยที่ปลอดภัย เมืองปลอดภัย โฉมหน้าที่ดีที่ดึงไปสู่เป้าหมายที่ผิด
- สิ่งสำคัญในการทำเวที Forum คือ คนที่ทำต้องมีคุณภาพ และอยากให้เวทีนี้เป็นเวทีที่พูดคุยในทุกมิติ อย่าเลือกเชิงมิติสุขภาพอย่างเดียว ต้องคุยทุกมิติเกี่ยวกับบริบทของ

ชุมชน ขอให้คนทำงานได้คิดทุกเรื่องแล้วจะเกิดองค์ความรู้แบบองค์รวม ไม่คิดแบบแยกส่วน เพราะปัจจุบันมีการคิดแยกส่วนคือระบบราชการอยู่แล้ว

- เวที Forum กับการหาทางออก ในประเด็นทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
 - เรื่องการใช้ทรัพยากรธรรมชาติ จะไม่ใช่แค่คำว่า “อนุรักษ์” อย่างเดียว แต่จะใช้คำว่า **“อนุรักษ์ พื้นฟู และใช้ประโยชน์อย่างสมดุลและเป็นธรรม”** คือทุกคนมีสิทธิ์ใช้ ดินฟ้าสรวงที่เข้มแข็งที่สุดไม่ใช่กติกากฎหมาย ไม่ใช่การบังคับใช้กฎหมาย แต่กติกาสังคมในชุมชนเข้มแข็งกว่า
 - เวทีสาธารณะเมื่อตกผลึกได้กติกาสังคมหรือได้ทิศทางที่เป็นอิสระปลอดจากการครอบงำ และเป็นทิศทางของทางเลือกที่เหมาะสม สิ่งเหล่านี้จะต้องถูกสะท้อนขึ้นมา และสมาชิกจะต้องเก็บรวบรวมข้อมูลเหล่านี้และเสนอเป็นประเด็นสาธารณะในระดับนโยบาย ดังนั้นการพัฒนาทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องทรัพยากรฯเข้าไปเกี่ยวข้อง มั่นใจว่าสามารถแก้ปัญหาได้ด้วย Forum

คุณศิริลักษณ์ มีมาก

ผอ.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์

- บทบาทของกระทรวง พม. ที่เชื่อมโยงกับกระทรวงหรือหน่วยงานอื่น ๆ
 - บทบาทของกระทรวงพม.ทุกด้านที่เกี่ยวกับสถาบันครอบครัวจะมี ๔ มิติหลัก ๆ คือ (๑) เรื่องเศรษฐกิจ (๒) เรื่องสุขภาพ (๓) เรื่องสังคม (๔) เรื่องสภาพแวดล้อมและบริการสาธารณะ ซึ่งเวลาทำงานจะต้องดูเป้าหมายของ ๔ มิตินี้เสมอ ดังนั้นการทำงานของ พม. ไม่ได้ทำเฉพาะด้านสังคม แต่มีมิติอื่น ๆ ร่วมด้วย ซึ่งจะเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับกระทรวงพาณิชย์ กระทรวงแรงงาน และกระทรวงสาธารณสุข
 - ในเรื่องสุขภาพได้มีการบูรณาการกับกระทรวงสาธารณสุขอยู่แล้ว เช่น เรื่องการดูแลระยะยาว การจัดการระบบและกลไก ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขจะมีอาสาสมัครดูแลที่บ้าน (อสม.) ทางพม.จะมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งอาสาสมัครทั้งสองกลุ่มนี้จะทำงานร่วมกัน โดยทางอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุของพม.จะให้ความรู้ด้านสังคมในเรื่องของการดูแลกิจวัตรแก่ผู้สูงอายุ ส่วนอสม.จะทำหน้าที่ดูแลสุขภาพเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งหน่วยงานทั้งสองจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน
- ความเห็นและมุมมองเกี่ยวกับ Forum
 - ชื่นชอบและเห็นด้วยกับการจัด Forum ในลักษณะนี้ ซึ่งถือเป็นนวัตกรรมใหม่ที่ช่วยให้เกิดการชวนคิดชวนคุย เพราะบรรยากาศที่ไม่เป็นทางการจะทำให้เกิดการพรั่งพรูทางความคิด
 - Forum ถือเป็นกระบวนการเรียนรู้ เป้าหมายคือเกิดการพัฒนานโยบายสาธารณะไม่ว่าจะเป็นมิติด้านสุขภาพหรือมิติอื่น ๆ ก็ตาม ในส่วนของการขับเคลื่อนนโยบายจะต้องไปให้ถึงเรื่องของการพัฒนาปัญญา เพราะพื้นที่ของ Forum ถือเป็นกลไกหนึ่งที่จะทำให้เกิด

เชียงใหม่ Forum กับแนวคิด "สำนึกร่วมกัน"

- ในวงของสมาคมนักเขียนชาย หรือเชียงใหม่ Forum มีการพูดคุยแบบนี้มาตั้งแต่ปี ๒๕๕๒ โดยใช้คำว่า "รักเชียงใหม่" คือ **"ไม่ปิดกัน เป็นใครก็ได้ ไม่จำเป็นต้องเป็นคนเชียงใหม่ ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ที่เกี่ยวข้อง ไม่ต้องมีตำแหน่ง ไม่ต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญ แต่เรียนรู้ร่วมกันได้ มาพูดคุยกันอย่างไม่เป็นทางการ"**
- ที่ผ่านมามีเชียงใหม่ทำเรื่องสมาคมนักเขียนและมีการพูดคุยกันโดยไม่ได้เชิญมา **ซึ่งถือว่าเป็นสำนึกร่วมที่จะสร้างอนาคตของชาติ**
- **เรื่องทุกอย่างจะเชื่อมโยงกันหมด** เพราะฉะนั้นในเวที Forum ไม่ควรมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง เพราะเวลาคุยกันเองอาจจะหลงทางหรือพากันไปในทางที่ผิดได้
- **การคุยกับคนที่ต่างกันและหลากหลายขึ้น** เพื่อให้คนเหล่านั้นเห็นพ้องไปทางเดียวกันไม่ใช่เรื่องง่ายวิธีการหนึ่งคือ ต้องมองที่เรื่องของสำนึกร่วม คำว่า "สำนึกร่วม" จะอยู่เหนือทุกสิ่ง ถ้าคิดจะเอาชนะกันจะไม่ใช่ลักษณะของ Forum เพราะ Forum คือการตกลงร่วมมือกัน ต้องช่วยกันทำ ไม่ใช่ผลัดภาระให้กระทรวงใดกระทรวงหนึ่ง
- Forum คือวงสนทนาพูดคุย ดังนั้นเมื่อจับเรื่องจารีตประเพณีในแต่ละภูมิภาคปรากฏว่าสิ่งต่างๆ เหล่านี้บรรพบุรุษทำมานานแล้ว เช่น เรื่องของวงสมัชชาล้านนา คือเมื่อมาเจอกันมักจะนำศิลปวัฒนธรรมมาแสดง เช่น การเล่นซอเพลงที่มีประเด็นเรื่องการกินสุก ๆ ดิบ ๆ นี่คือของดีที่อยู่ในแต่ละพื้นที่ และการหาข้อมูลจะใช้มิติของความเป็นพี่น้องผู้อาวุโส คือการถามไถ่
- จุดคานงัดในเวที Forum จะมีอยู่ ๒ ส่วน ส่วนแรกคือส่วนขององค์กรที่มาเป็นเจ้าภาพนำในงาน Forum นั้น ๆ ส่วนที่สองซึ่งจะสร้างความตื่นตัวในการเข้าร่วมคือ กลุ่มของปัจเจกบุคคล ยกตัวอย่างที่เชียงใหม่คือท่านพระอาจารย์ ว.วชิระเมธี ซึ่งท่านจะเป็นจุดที่หลอมรวมคนและสามารถที่จะผลักดันเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เราต้องการได้

พญ.ประหม่อม คำเที่ยง

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

• Forum ในมุมมองของกระทรวงสาธารณสุข

Forum ไม่ใช่เรื่องใหม่ และทำได้ทุกระดับ กระทรวงสาธารณสุขมี Forum เยอะ เพราะงานของกระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตัวคนเดียว ในส่วนของกระทรวงฯ ตอนนี้ท่านรัฐมนตรีหรือท่านผู้บริหารกระทรวงเปิดวงคุยเยอะขึ้น ทำงานร่วมกันมากขึ้น และเรียนท่านรัฐมนตรีแล้วว่าต่อไปนี้ สช. กับกระทรวงสาธารณสุขก็ต้องมีวงคุยกัน เพราะตอนนี้ท่านรัฐมนตรีก็พยายามมาเป็นประธานการประชุมขับเคลื่อนนโยบายหรือมติที่เราทำไปแล้ว คือวง Forum ท่านคิดว่าเป็นโอกาสที่ดีที่จะทำให้หน้าตาการทำงานในทุกภาคส่วนเปิดขึ้นแล้วจะทำให้เกิดความแข็งแรงให้ลงรากฝังลึกและสิ่งที่จะขับเคลื่อน

ประเทศต่อไปจะมีทุกคนมาร่วมแสดงความคิดเห็นกันทำงานด้วยกันและไปในทิศทางเดียวกัน

- เวที Forum ที่จะนำไปสู่การทำงานร่วมกัน

- กระทรวงฯ มองเรื่องนโยบายสาธารณะในเรื่องของการทำให้เกิดกระบวนการ เกิดเนื้องานจริง **เมื่อพูดคุยกันแล้วจะต้องมีคนไปทำ ต้องช่วยกันทำ วงก็จะกว้างขึ้น**
- **สิ่งสำคัญในเรื่องการพูดคุยบนความหลากหลาย และการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม คือคนทำงานจะต้องคิดบวก** เพราะถ้าไม่คิดบวกจะรวมตัวกันไม่ได้ วิธีการทำงานคือห้ามคิดว่านี่กระทรวงเรา นั่นกระทรวงอื่น ต้องคิดว่าตรงกลางคืออะไร ยิ่งคนเยอะยิ่งต้องคิดให้กว้างขึ้น เพื่อที่จะสามารถรวมเอาความคิดที่หลากหลายเข้าไปได้ **เมื่องกว้างขึ้น ทุกคนต้องให้เกียรติกัน มีทฤษฎีว่า “การให้ กับ การรับ จะต้องสมดุลกัน”** คือต้องให้เกียรติเขา แล้วเราจะได้รับกลับมา
- กระบวนการ Forum และกระบวนการขับเคลื่อนแบบมีส่วนร่วม **ต้องใช้ตั้งแต่กระบวนการ รวมคนคิดต่างและคิดบวก ด้วยประเด็น** คือไม่ได้คุยเรื่องใดเรื่องหนึ่งก่อน แต่คุยหลาย ๆ เรื่อง แล้วค่อยนำมาสรุปว่าเรื่องไหนสำคัญ เรื่องไหนมาก่อนมาหลัง เมื่อคุยกันเสร็จแล้วใครมีความเห็นอย่างไรก็ต้องรับฟังความคิดเห็นของคนทั้งหมด ถ้ามีความคิดเห็นเสนอมาก็ต้องคุยกันจะทำให้ประเด็นนั้นกว้างและลึกขึ้น จุดไหนมีความเห็นเหมือนกันมากก็เอามาคุยและทำงานร่วมกัน ก็จะทำให้เกิดกระบวนการทำงานได้ดีขึ้น มีคนมาช่วยเยอะขึ้น
- **ต้องใช้วิชาการมาเสริมเพื่อให่วงคุยมีคุณภาพ** ทำให้เกิดความสำเร็จของวง Forum เมื่อทำแล้วเกิดผลสำเร็จ จะทำให้เกิดการสร้างขวัญกำลังใจ **วงคุยจะเป็นวงจรต่อเนื่อง** เพราะถ้าจบเรื่องหนึ่งก็จะมีเรื่องอื่นให้ทำต่อ วงคุยนี้ก็มีพลัง
- ประเด็นสำคัญคือ เมื่อคุยกันและได้ข้อสรุปแล้ว ระดับนโยบายจะสนองหรือเข้าไปช่วยหนุนเสริมตรงไหน อย่างไร สิ่งที่ยังขาดยังไม่ได้รับ ภาคนโยบายจะรับขึ้นมาอย่างไร สช.เหมาะสมที่สุดในการเป็นตัวกลางที่จะทำให้ทุกฝ่ายได้มาเจอกันและคุยกัน และถ้าจะสนับสนุนให้มีวงเจอกันในระดับพื้นที่/ระดับปฏิบัติการจะทำอย่างไร



สข.เขต ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี

- เห็นด้วยว่า Forum ต้องเป็นเวทีที่มีองค์ความรู้
- เห็นด้วยว่าต้องเชิญคนที่มีความหลากหลายมาร่วมพูดคุย เพราะจะได้ความเห็นที่หลากหลาย เห็นองค์ประกอบครบถ้วน แต่ข้อด้อยคือถ้ามีความต่างกันมากจะทำให้งานเดินยาก
- แลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัด Forum ที่จังหวัดอุบลราชธานี
 - จังหวัดอุบลเคยได้รับทุนจากอาจารย์แก้วสรร อดิโพธิ เพื่อสร้างเวที ประมาณ ๑ ปี โดยใช้ชื่อว่า เวที “ฮักแพง” โดยตอนแรกจัดเดือนละครั้ง และย้ายสถานที่ไปเรื่อย ๆ สุดท้ายมาหยุดที่สถานที่หนึ่งโดยมีการจัดทุกวันศุกร์ตอนเย็นใช้ชื่อว่า “เวทีฮักแพง” ประเด็นของการพูดคุยคือเอาประเด็นของชุมชนมาคุยกัน เช่น กรณีขยะในอุบลจะมีทางออกอย่างไร มีการเชิญผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้
 - ประสบการณ์ที่พบคือ ถ้าเป็นเรื่องร้อนบางคนรับปากแต่พอถึงเวลาก็ไม่ขึ้นเวที บางคนพูดบนเวทีแบบหนึ่งซึ่งเป็นข้อมูลที่ดี แต่พูดออกอากาศอีกแบบหนึ่ง ส่วนข้าราชการจะมีความระวังตัวสูง คือจะดูทิศทางของรัฐ นโยบายผู้ว่าฯ ผู้ใหญ่ในบ้านเมืองคิดอย่างไร พูดแล้วจะขัดใครหรือไม่ ทำให้เนื้อหาสาระที่ได้ไม่สามารถนำไปแก้ปัญหาได้
 - ต่อมาจึงได้มีการตัดแปลงจากเวที “ใสเหล่ ฮักแพง” เป็น “เวทีร่วมทุกข์ร่วมสุข” โดยได้ทุนมาจากสสส.จัดอยู่ประมาณ ๑ ปี พบว่า หลังจบเวทีไปแล้วคนที่ได้รับหน้าที่ไปนั้นงานไม่เดิน

เพราะหน่วยงานที่รับผิดชอบต่อเนื่องไม่ประสานต่อ ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ กลายเป็นเพียงแค่เวทีโศกเศร้าหรือพูดเอาอารมณ์

ศิริพร ปัญญาเสน จากสมัชชาสุขภาพ จังหวัดลำปาง

• บทเรียนการจัดเวที Forum ของจังหวัดลำปาง

- ลำปางมีเวที ๒ ระดับ คือ **สภาภาพ** (เวทีภาครัฐ) และสภาประชาชน (เวทีภาคประชาสังคม ในจังหวัด) สภาภาพ เป็นสภาที่มีหน่วยงานจากภาครัฐทั้งหมดและภาคประชาสังคมมาร่วม จะมีการรายงานว่าในแต่ละวันใครได้ทำอะไรบ้าง ลักษณะวงพูดคุยจะแข็ง วงนี้มีทั้ง ตัวบุคลากร ตัวแผนงาน และงบประมาณ **ส่วนสภาประชาชน** จะมีพี่น้องภาคประชาสังคม ในจังหวัดมาคุยกัน เป็นภาคที่ได้รับผลกระทบ
- บทเรียนที่ได้จากการจัดเวที ๒ ระดับ คือ จำเป็นจะต้องมีเวทีที่เป็น Forum ซึ่งทั้งสองภาคส่วนจะต้องมาคุยกัน เพราะเวลาภาคประชาชนคุยกันได้ข้อสรุปแล้วจะวิ่งไปประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ได้เข้ามาพูดคุยทำความเข้าใจ ร่วมกันตั้งแต่แรกทำให้ต้องใช้เวลาในการประสานงานและทำความเข้าใจร่วมกันอีกครั้ง
- เวที Forum ที่ลำปางใช้กลไกสมัชชาสุขภาพ แต่ไม่ได้พูดถึงสุขภาพเรื่องเดียว แต่พูดทุกเรื่องที่เกิดในจังหวัดลำปาง แล้วมาตัดสินใจร่วมกัน
- ใช้กระบวนการสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาช่วยเสริมการจัดเวที Forum ว่าระดับไหนจะจัดคนอย่างไร โดยแยกเป็นระดับตัดสินใจ และระดับใช้พลังร่วมกันลงพื้นที่ปฏิบัติการ ดังนั้นเวลาเวที ๒ ระดับ สุดท้ายต้องดูว่าทั้งสองระดับคือระดับคิดและระดับปฏิบัติจะเจอกันอย่างไร เพื่อให้ความคิดได้ถูกกระทำ คือเป็นเวทีรวม ซึ่งปีนี้ลำปางเปลี่ยนจากการคิดคนละฝ่ายแล้ววิ่งไปหารัฐ เป็นเวทีมานั่งคุยกันแล้วช่วยกัน
- รูปธรรมที่เกิดขึ้นในปีที่ ๔ คือ ภาคี ๖๘ ภาคีในจังหวัดลำปางที่เป็นกลไก มีภาครัฐเพิ่มจำนวนขึ้น ทั้งหมด ๒๑ องค์กร เป็นระดับยุทธศาสตร์จังหวัด นโยบายสาธารณะ ปัญหาประชาชนได้ถูกยกระดับ พอยกระดับแล้วภาครัฐเห็นว่าเป็นหน้าที่ สิ่งที่เกิดขึ้นคือเวทีกลางให้ได้มาวางความคิดด้วยกัน วางทรัพยากรร่วมกัน เป็นหัวใจสำคัญเรื่องการขับเคลื่อนนโยบาย
- สิ่งหนึ่งที่ยากให้เกิดขึ้นคือ ระดับยุทธศาสตร์ของชาติจะหนุนเสริมได้อย่างไร เวลาประสานภาครัฐบางเรื่องภาครัฐอยากช่วยแต่ระเบียบไม่เอื้ออำนวย ระเบียบอยู่ที่สำนัคนายก เพราะฉะนั้นจะขับเคลื่อนกันอย่างไรในระดับนโยบาย

ครมูกตา จากพะเยา

สิ่งสำคัญเป็นยุทธศาสตร์เข้าไปสนับสนุนยุทธศาสตร์จังหวัดแล้วได้ขับเคลื่อน อยู่ที่การร่วมไม่ร่วมมือกันทุกภาคส่วน และเป็นแบบอย่างที่จะเป็นเวทีสาธารณะต่อในพื้นที่ได้

- อย่าคิดว่าทำโครงการเป็นโครงการ อย่าทำกิจกรรมเป็นแค่กิจกรรม แต่ต้องใช้ชีวิตของคนในพื้นที่ซึ่งบริบทแตกต่างกันมาก นั่นคือเรื่องสวัสดิการชุมชนซึ่งใช้เป็นเครื่องมือรัฐกับผู้คน ทุกกลุ่มทุกเครือข่ายในพื้นที่ตำบลจะดูแลร่วมกัน และใช้เรื่องนี้เปิดเวทีสาธารณะ

- ครั้งแรกที่ นพ.พลเดช เปิดเวทีสาธารณะให้ได้มานำเสนอเรื่องราว ท้ายที่สุดได้นำเรื่องเหล่านี้กลับไปทำในเวทีต่อเนื่องจนกระทั่งผลักดันให้อยู่ในรัฐธรรมนูญมาตรา ๔๔ (๓) เรื่องรับการส่งเสริมสนับสนุนระบบสวัสดิการของชุมชน และต่อไปคือจะเคลื่อนร่วมกันอย่างไรทั้งพื้นที่ให้ฐานตำบลท้องถิ่นร่วมไม่ร่วมมือโดยไม่แยกทุกภาคส่วนออกจากกัน และอย่ามองเป็นส่วนๆ ให้คนในพื้นที่ลุกขึ้นมาดูแลร่วมกันเพราะทุกคนจะเห็น และที่เห็นได้ชัดที่สุดคือพื้นที่ระดับตำบล พื้นที่การมีส่วนร่วมของอปท. จังหวัดช่วยหนุน/เติมเต็ม การเปิดเวทีตามประเด็นเรื่องราวที่เป็นบริบทของพื้นที่นั้นๆ อย่างแท้จริงจะนำไปสู่การจัดการชีวิตที่เหมาะสม และท้ายที่สุดนโยบายสาธารณะจะไปเติมหนุนทุกคนไม่ให้เหลื่อมล้ำ

คุณลักษณะ เทียนถนอม จากสมาชิกรัฐสภาแม่ฮ่องสอน

- ขอสนับสนุนวง Forum เพราะถือว่าการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ดี โดยเฉพาะทำให้เราออกจากความคิดความเชื่อของตัวเอง
- วง Forum จะเกิดประโยชน์จริง ๆ เมื่อผู้เข้าร่วมเข้าใจเรื่อง **การอ่อนโยนกับตัวเอง และอ่อนน้อมกับผู้อื่น “อ่อนโยนกับตัวเอง”** คือการไม่แข็งขืนดึงดันว่าความคิดของตัวเองเท่านั้นที่ถูกต้อง ส่วน **“อ่อนน้อมกับผู้อื่น”** คือเคารพความคิดเห็นของผู้อื่น นอกจากนี้อีก ๒ อย่างคือ **“แลกเปลี่ยน”** และ **“เปลี่ยน”** **“การแลกเปลี่ยน”** คือการเอาออกจากตัวเอง มีของอะไรก็แลกเปลี่ยน และ **“เปลี่ยน”** คือการรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นแล้วเอามาเปลี่ยนตัวเอง ๒ คู่นี้เป็นหัวใจของการแลกเปลี่ยนในวง Forum ทั้งวงเล็กและวงใหญ่
- แลกเปลี่ยนวิธีการดึงคนในพื้นที่ให้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาและพัฒนาพื้นที่ของตนเอง
 - อยู่ที่ปายประมาณ ๑๐ กว่าปี และพอมาร่วมกับสมาชิกรัฐสภา ก็ได้ทำเรื่องเกษตรอินทรีย์ปายเป็นเมืองเล็ก ๆ ตั้งรับการเป็นเมืองท่องเที่ยวไม่ทัน เมื่อนักท่องเที่ยวทะลักเข้ามาคนพื้นที่ก็ขายที่ดินแล้วหลบเข้าป่าไป กลายเป็นสภาพที่อ่อนแอ
 - เคยรู้สึกสิ้นหวัง แต่เมื่อมาร่วมกับสมาชิกรัฐสภาแล้วมีกำลังใจ สิ่งที่เกิดขึ้นคือ **มองผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใหม่** โดยถือว่าทุกคนเป็นคนปาย จากนั้นก็คัดคนที่อยู่ปายเกิน ๑๐ ปี มานั่งคุย โดยใช้ ๒ ประโยคคือ **“คุณอยู่ปาย ๑๐ กว่าปี มีความสุขไหม”** ถ้าตอบว่ามีความสุขก็ตามด้วยประโยคที่ ๒ ว่า **“แล้วจะทำอย่างไรให้มีความสุขดำรงต่อไป คุณจะทำอะไรกับปาย”** ปรากฏว่าได้กลุ่มนักธุรกิจที่ทำรีสอร์ทและร้านอาหาร มาร่วมวงคุย
 - ระหว่างที่คุยทำให้รู้ว่า นี่คือกระบวนการทำให้เขาร่วมเป็นเจ้าของปาย และพบว่านักธุรกิจเหล่านี้กำลังคิดเรื่องใหญ่เกี่ยวกับอุบัติเหตุ คือมองว่าถนนที่มาจากปายซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวควรเป็นถนนปลอดภัย จึงเกิดความคิดว่าควรทำเรื่องถนนปลอดภัย เช่นเอาต้นไม้ไปเบรกตรงทางโค้งที่เป็นอันตราย ผมนำแนวคิดไปสานต่อและพยายามเสนอส่วนราชการต่าง ๆ เข้ามาร่วมวง
 - ในส่วนภาคประชาสังคม มองว่าต้องสร้างสำนึกของคนท่องเที่ยว เพราะบางครั้งนักท่องเที่ยวขับเลนขวา รถที่บรรทุกของไปขายขับไม่ระมัดระวัง จึงต้องพยายามสร้างสำนึกให้ทุกคนมีสำนึกเป็นส่วนหนึ่งของปายที่เป็นเมืองท่องเที่ยว

- ความพยายามทำเรื่องอุบัติเหตุนี้ไม่ได้มองเรื่องเมาเหล้าหรือเรื่องอื่น ๆ แต่พยายามให้เกิดสำนึกแก่ทุกคนว่าปายเป็นเมืองท่องเที่ยว ดังนั้นเราควรอาหารต่อนักท่องเที่ยว และอาหารต่อทุกสิ่งทุกอย่างที่เกี่ยวกับเมืองท่องเที่ยว

คุณพฤษ์ ตัวแทนกลุ่มชาติพันธุ์ จากเชียงใหม่

- o ชุมชนมีลักษณะเป็นองค์กรรวม ดังนั้นรัฐไม่ควรแยกส่วนเรื่องการแก้ปัญหาหรือพัฒนาชุมชน ทุกกระทรวงทุกหน่วยงาน/องค์กร ควรรวมกันเป็นอันหนึ่งอันเดียวแล้วมาพัฒนาชุมชนจึงจะแก้ปัญหาสุขภาพและเรื่องอื่น ๆ ได้ ถ้าแต่ละองค์กรทำแต่ในมุมของตนเอง คนที่เหนื่อยคือประชาชน เพราะประชาชนต้องเกี่ยวข้องกับทุกกระทรวง

กล่าวสรุปและปิดการประชุม

คุณสุทธิพงษ์ วสุโสภาพล ผู้ดำเนินรายการ ได้กล่าวสรุปและปิดการประชุมว่า Forum เป็นโอกาสหนึ่งในการที่จะทำให้เกิดการทำงานในอีกรูปแบบหนึ่ง บางอย่างที่ดีชัดเราอาจจะมีพื้นที่ที่จะช่วยสร้างทางเลือก ท้ายสุดสำหรับในวงนี้เราพบว่า จะมีก้าวที่สำคัญในเรื่องของ Forum ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญคือ (๑) คนที่จะมาเข้า Forum ต้องมีสำเนิกร่วม มีเป้าหมายร่วมกัน มีใจร่วมกัน (๒) ต้องมีพื้นที่ (๓) ต้องมีประเด็นที่จะทำ หรือจะเคลื่อนด้วยกัน (๔) ต้องมีกระบวนการ (๕) ต้องมีคนนำ และสามารถทำให้เกิดการยอมรับ (๖) ต้องมีข้อมูลวิชาการ (๗) ต้องมีส่วนร่วมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต้องวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้เกี่ยวข้อง (๘) ต้องทำอย่างต่อเนื่อง ไม่ได้คุยครั้งเดียว (๙) ทำแล้วต้องเห็นความสำเร็จ แม้จะเล็ก ๆ เมื่อนำมารวมกันเป็นความสำเร็จที่ยิ่งใหญ่ ถ้ามองไม่เห็นความสำเร็จก็ท้อหรือไม่เกิดแรงบันดาลใจ

ข้อมูลทั้งหมดที่ได้คุยกัน ทั้งในส่วนของเวทีเสวนาเปิดตัว Forum และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การติดตามมติทั้ง ๘ ประเด็นก่อนหน้านี้นี้ ทางทีมจะนำไปประมวลและจัดทำ Proceeding ออกมาเป็นเอกสารสรุปท้ายการประชุมทุกเรื่อง และจะนำไปสู่การเผยแพร่ต่อไป

ต้องขอขอบพระคุณท่านผู้บริหารระดับสูงทุกท่าน รวมทั้งผู้แทนภาควิชาการ และภาคประชาสังคม และพวกเราสมาชิกที่ร่วมรับฟังแลกเปลี่ยนในครั้งนี้ ขอเชิญปรบมือให้แก่กันและกัน และขอเป็นการเปิดตัว Forum เพื่อนโยบายสาธารณะต่อไป

๒.๕ คำกล่าวประกาศขึ้นชมรูปธรรมการขับเคลื่อนมิติสุขภาพแห่งชาติ
วันที่ ๒๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ เวลา ๑๔.๐๐ – ๑๔.๓๐ น.
ณ ห้องประชุม ๑ อิมแพ็ค ฟอรั่ม เมืองทองธานี จ.นนทบุรี

เรียน สมาชิกสมาชิกรัฐสภาแห่งชาติ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้สังเกตการณ์ ที่เคารพทุกท่าน
นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา

การประกาศขึ้นชมรูปธรรมการขับเคลื่อนมิติสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้ มีขึ้นเป็นครั้งแรก เพื่อแสดงความชื่นชม ยินดี ให้กำลังใจ ต่อภาคี เครือข่าย ที่ได้ร่วมกันดำเนินงาน สนับสนุนในลักษณะต่าง ๆ ทำให้มิติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นนโยบายสาธารณะที่เกิดจากการมีส่วนร่วม เป็นฉันทมติของสมาชิกรัฐสภาสุขภาพนั้น ถูกนำไปปฏิบัติจนเกิดผลเป็นรูปธรรม คำว่า “รูปธรรม” ในที่นี้ แม้ยังไม่ใช่ผลของการแก้ปัญหาได้อย่างเสร็จสมบูรณ์ แต่ก็ป็นรูปธรรมสำคัญที่แสดงให้เห็นความก้าวหน้าและความเป็นไปได้ที่จะไปถึงผลลัพธ์ของการแก้ปัญหาที่ต้องการ ก่อนอื่น ขอเรียนว่า คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมิติสุขภาพแห่งชาติ (คมส.) ได้มีการจัดกลุ่มมิติสุขภาพ เพื่อให้สามารถสนับสนุนและวางแนวทางการขับเคลื่อนได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะขอให้ นพ.พลเดช ในฐานะฝ่ายเลขานุ คมส. ได้นำเสนอในส่วนนี้



นพ.พลเดช ปิ่นประทีป

การขับเคลื่อนมตีสมาชิกสภาฯ แห่งชาติ มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเพิ่มความเข้มข้นขึ้นเป็นลำดับ คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมตีสมาชิกสภาฯ แห่งชาติ (คตส.) ได้มีการจัดกลุ่มของมตีสมาชิกสภาฯ ออกเป็น ๓ กลุ่ม เพื่อให้ คตส. อนุกรรมการขับเคลื่อนมตีสมาชิกสภาฯ ทั้ง ๒ ชุด รวมถึง สช. ในฐานะฝ่ายเลขานุการ สามารถวางแนวทางการสนับสนุน การขับเคลื่อนมตีสมาชิกสภาฯ ต่างๆ ได้อย่างสอดคล้อง เหมาะสม กับความก้าวหน้า กลไกที่เกี่ยวข้องของแต่ละมติ ซึ่งได้มีการจัดกลุ่มมติ เป็น ๓ กลุ่ม ดังนี้

๑. มตีสมาชิกสภาฯ ที่มีการขับเคลื่อนโดยกระบวนการและกลไกนโยบายอื่นๆ คือ มตีสมาชิกสภาฯ ที่ คตส. จะทำการติดตามสถานการณ์การขับเคลื่อนอย่างห่างๆ และหากเกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อขับเคลื่อนมตีสมาชิกสภาฯ ภาควิชาฯ จึงจะนำมาขับเคลื่อน/ทบทวนมติ มติในกลุ่มนี้ มีจำนวน ๑๖ มติ โดยมีเกณฑ์ของกลุ่มมตินี้ ได้แก่

- ๑.๑) มติที่มีการขับเคลื่อนจนครบทุกข้อมติ
- ๑.๒) มติที่มีการขับเคลื่อนจนเกิดผลลัพธ์ปัจจัยสำคัญ (key success) ที่มีแนวโน้มนำไปสู่การบรรลุตามเป้าประสงค์รวมของมติ
- ๑.๓) มตินั้นไปเป็นนโยบายของหน่วยงาน มีแผนงานรองรับที่ทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างชัดเจน
- ๑.๔) มีมตีสมาชิกสภาฯ ใหม่ที่ครอบคลุมมติเดิม (เกิดจากการทบทวนมติและขึ้นเป็นมติใหม่)

๒. มตีสมาชิกสภาฯ ที่ขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง คือ มตีสมาชิกสภาฯ ที่ คตส. จะขับเคลื่อนและติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดลำดับความสำคัญในการขับเคลื่อน แบ่งเป็น ๒ กลุ่มย่อย ได้แก่ (๑) มตีสมาชิกสภาฯ ที่ขับเคลื่อนแบบเร่งด่วน มีจำนวน ๑๔ มติ และ (๒) มตีสมาชิกสภาฯ ที่ขับเคลื่อนต่อเนื่อง มีจำนวน ๓๔ มติ

๓. มตีสมาชิกสภาฯ ที่ทำการทบทวนมติ คือ มตีสมาชิกสภาฯ ที่ต้องทำการทบทวนปรับปรุงให้เข้ากับสถานการณ์ ซึ่งมติที่จะจัดเข้าในกลุ่มนี้ ได้แก่ มติที่มีข้อจำกัดในเนื้อหาของข้อมติ เช่น เนื้อหาของข้อมติเดิมไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน เนื้อหาข้อมติไม่ตรงกับบทบาทของหน่วยงานที่ถูกระบุในข้อมติ สถานการณ์ปัญหาที่มีความซับซ้อนมากขึ้นเกินกว่าข้อมติจะทำให้เกิดผลได้ ฯลฯ

นางทิพย์รัตน์ นพดลารมย์

จากการที่ คตส. และ สช. ได้ร่วมขับเคลื่อนและติดตามการขับเคลื่อนของภาควิชาฯ จากมตีสมาชิกสภาฯ ทั้ง ๖๙ มติ ได้พิจารณานำมตีสมาชิกสภาฯ มาประกาศชื่นชม โดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

๑. การเกิดผลลัพธ์สำคัญ (Key Success) ที่มีแนวโน้มให้เกิดผลลัพธ์ (outcome) ได้ในที่สุด เช่น การเกิดกฎหมายหลัก แผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการของเรื่องนั้นๆ
๒. การมีกลไกที่เป็นเจ้าภาพขับเคลื่อนมติที่ชัดเจน และมีการทำงานต่อเนื่อง

๓. การมีผลที่เป็นรูปธรรมจากปฏิบัติการที่เห็นได้ชัดเจน และมีแผนงาน โครงการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนถึงการมีความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีแผนและปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง

จึงขอแสดงความชื่นชมต่อรูปธรรมการขับเคลื่อนมิติสุขภาพฯ จำนวน ๑๐ มติ โดยตัวแทนอนุกรรมการขับเคลื่อนมิติสุขภาพฯ ทั้งสองชุด ดังนี้

- ▶ **มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข**
ประกาศโดย นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์
- ▶ **มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสังคมและสุขภาวะ**
ประกาศโดย ดร.วณิ ปิ่นประทีป

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข
ประกาศโดย นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์

๑) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ มติ ๖ โรคติดต่ออุบัติใหม่

ขอแสดงความชื่นชม กรมควบคุมโรค กรมปศุสัตว์ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช เป็นแกนประสานคณะกรรมการอำนวยการเตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ ที่ได้จัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ ฉบับที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) ดำเนินการจัดการแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แบบบูรณาการและมีส่วนร่วมทุกระดับมาอย่างต่อเนื่อง เป็นกลไกสำคัญ และพัฒนาบทบาทของหน่วยงานภาคส่วนต่าง ๆ ในการเตรียมความพร้อมรับมือโรคติดต่ออุบัติใหม่ และภัยพิบัติต่าง ใช้กระบวนการขับเคลื่อนกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ ยุทธศาสตร์โรคติดต่ออุบัติใหม่ภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกและกรอบความร่วมมือในปฏิญญาสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เป็นกลไกเสริมการพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเทศ และพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ และใช้ระบบการติดตามและประเมินผลปฏิบัติราชการ เป็นกลไก กำกับ ติดตาม และประเมินผลการทำงานตามแผนยุทธศาสตร์ในภาครัฐ

นอกจากนี้ ยังมีการลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เรื่องการดำเนินงานด้านสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) เพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศ ระดับปลัดกระทรวง ๘ องค์กร เพื่อเป็นการพัฒนากลไกความร่วมมือของทุกภาคส่วน ในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพสำหรับสุขภาพคนสัตว์ สัตว์ป่าและสิ่งแวดล้อม

๒) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ มติ ๖ มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ

ขอแสดงความชื่นชมต่อกระทรวงสาธารณสุข ในการตั้งคณะกรรมการอำนวยการ และคณะกรรมการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๗

ที่เป็นกลไกหลัก จัดทำกฎหมาย ระเบียบ และประสานความร่วมมือไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ให้มีการประชาสัมพันธน์ เฝ้าระวังมิให้มีการละเมิดการห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๑๙)

และ กรมควบคุมโรค ที่มีการออกระเบียบกรมควบคุมโรค ว่าด้วยการติดต่อกับผู้ประกอบการ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๕๕

ชื่นชมต่อ กระทรวงศึกษาธิการ ที่ออกประกาศ เรื่องแนวทางการปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์ การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ ที่มีให้หน่วยงานสถานศึกษาเข้าร่วมกิจกรรม หรือ รับการสนับสนุนใด ๆ จากผู้ประกอบการธุรกิจยาสูบ หรือกิจกรรมภายใต้นโยบาย ความรับผิดชอบ ต่อสังคมของบริษัท (CSR) รวมถึงการห้ามสูบบุหรี่และรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ในสถานศึกษา

แสดงความชื่นชมต่อ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ และภาคี เครือข่าย ทั้งองค์กรเอกชน และภาควิชาการ ในการรณรงค์ พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง เตือนภัยจากการสูบบุหรี่ และการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างเข้มข้น จนเกิดเป็นสมัชชาเครือข่ายแห่งชาติเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ที่มีสมาชิกกว่า ๔๐๐ องค์กรจากทั่วประเทศ

สุดท้าย ต้องขอแสดงความชื่นชม ต่อ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงาน ภาคี เครือข่าย ที่ร่วมกันผลักดันจนร่าง พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ... ได้ผ่านความเห็นชอบจาก คณะรัฐมนตรี และเสนอเข้าสู่สภานิติบัญญัติแห่งชาติ อันจะทำให้มีการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ การป้องกันกลยุทธ์การตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ ซึ่งจะมีผลต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ ของประชาชนไทยได้ดียิ่งขึ้น

๓) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ มติ ๑ นโยบายการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม สำหรับประชาชน

ขอแสดงความชื่นชมต่อ “คณะทำงานติดตามการขับเคลื่อนนโยบายการตรวจสุขภาพ ที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน” ที่ได้ผลักดัน และประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่าย ในการขับเคลื่อนมติฯ

ชื่นชมต่อ กรมการแพทย์ ที่กำหนดให้เรื่องนี้ เป็นนโยบายสำคัญของกรม มีการพัฒนาแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน ใน ๓ กลุ่มวัย ได้แก่ วัยเด็ก วัยทำงาน และ ผู้สูงอายุ และใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการจัดบริการตรวจสุขภาพ ในสถานบริการสังกัดกรมการแพทย์ ทั้ง ๓๑ แห่ง และกำลังจะขยายผลไปสู่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคม ที่นำแนวทางการตรวจสุขภาพฯ ไปพิจารณาบูรณาการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค ให้มีความเท่าเทียม และเหมาะสม

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่สนับสนุนการวิจัยในเรื่องของกลไกในระดับชาติที่มีบทบาท หน้าที่ในการพัฒนาระบบบริการที่เหมาะสมในการตรวจสุขภาพ

และสุดท้าย ต้องขอชื่นชมต่อ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.)

ที่ช่วยพัฒนาสื่อ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ในรูปแบบที่ประชาชนเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ ร่วมกับกระทรวง สาธารณสุข มูลนิธิหมอชาวบ้าน และหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ

ความสำเร็จของมตินี้ มีรูปธรรมที่เห็นได้อย่างชัดเจน และกำลังขยายผลในวงกว้างขึ้นทุกขณะ ซึ่งพวกเราคงต้องร่วมกันเรียนรู้และสื่อสารความเข้าใจกันต่อไป เพื่อให้การขับเคลื่อนที่ผ่านมาเป็นประโยชน์ ต่อสังคมได้มากที่สุด

๔) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ มติ ๗ การสร้างความร่วมมือทุกภาคส่วนเพื่อ “สุขภาพ หนึ่งเดียว” ของคน-สัตว์-สิ่งแวดล้อม

ขอแสดงความชื่นชมต่อ “ศูนย์ประสานงานเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียว (Coordination Unit for One Health) และคณะทำงานฯ (กรมควบคุมโรค กรมปศุสัตว์ กรมอุทยานฯ)” ที่เป็นกลไกหลัก ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานทุกภาคส่วน ทั้งภาคคน สัตว์ สัตว์ป่าและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้การดำเนินงานภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

มีการดำเนินการภายใต้ “คณะกรรมการอำนวยการเตรียมความพร้อม ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ” ที่มีรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน

และชื่นชมต่อ ๘ องค์กร ได้แก่ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและ สิ่งแวดล้อม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข และสภาเกษตรกรไทย ที่ได้ ร่วมลงนามบันทึกข้อตกลง ความร่วมมือ (MOU) “การดำเนินงานด้านสุขภาพหนึ่งเดียวเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของ ประเทศ (One Health)”

เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ สำหรับสุขภาพคน สัตว์ สัตว์ป่า และสิ่งแวดล้อม ที่จะส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างเป็นเอกภาพ และเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของทุกชีวิตและ เพื่อแก้ปัญหาด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่และโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนที่มีความสัมพันธ์กันอย่างซับซ้อน ซึ่งมีผลกระทบต่อสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยอาศัยกรอบแผนยุทธศาสตร์ เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ พระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้อง และมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

๕) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗ มติ ๓ การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในประชาชน

“ขอแสดงความชื่นชมต่อ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค และภาคีเครือข่าย ที่ได้ร่วมกันดำเนินการและสนับสนุน จนคณะรัฐมนตรีอนุมัติ “แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหา พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๘” เพื่อให้ส่วนราชการ หน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน ใช้เป็นกรอบการดำเนินงานเมื่อ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๕๙

และขอชื่นชมต่อ กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้ร่วมกับทุกภาคส่วน อาทิ มูลนิธิสำนักงานทรัพย์สิน ส่วนพระมหากษัตริย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นผ่านโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและบริการจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (CASCAP) ขับเคลื่อน

“โครงการรณรงค์การกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายพระกุศลแด่ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ภูมิพลอดุลยเดชเสด็จขึ้นครองราชย์ครบ ๗๐ ปี พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๔ พรรษา” ดำเนินงานใน ๒๗ จังหวัด ๘๔ อำเภอ และ ๘๔ ตำบล มกราคม ๒๕๕๙ จนประชาชนจะได้รับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ๗๖,๐๐๐ คน กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองด้วยอัลตราซาวด์ ๑๓๕,๐๐๐ คน ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดี จะได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเกินเป้าหมาย ๖๐๐ คน เป็นการช่วยผู้ยากไร้ที่ได้รับการดูแล อย่างทันเวลา และมีชีวิตรอดสูงถึง ๖๑๖ คน และยังคงดำเนินการต่อไปในปี ๒๕๖๐

กระทรวงศึกษาธิการมีการจัดการเรียนการสอนในสถานศึกษา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และหน่วยงานต่าง ๆ อีกมากมายทั้งในระดับนโยบายและระดับพื้นที่ **ด้วยพระบารมีของ ทั้งสองพระองค์จากโครงการเฉลิมพระเกียรติฯ** ดังกล่าว ทำให้ภาคีเครือข่ายที่สำคัญเข้าร่วมขับเคลื่อน แผนยุทธศาสตร์ฯ อย่างเป็นกัลยาณมิตรเรียกได้ว่าทุกภาคส่วนเข้ามาช่วยเหลือขับเคลื่อนให้การแก้ปัญหา โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นไปตามยุทธศาสตร์ที่วางไว้

มติสมัชชสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสังคมและสุขภาวะ
ประกาศโดย ดร.วณิ ปิ่นประทีป

๑) มติสมัชชสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ มติ ๙ ผลกระทบจากสื่อต่อเด็กเยาวชนและครอบครัว

“ขอแสดงความชื่นชมต่อ **กระทรวงวัฒนธรรม และภาคีเครือข่าย** ที่ได้ร่วมกันดำเนินการและ สนับสนุน จนพระราชบัญญัติกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ ได้มีผลบังคับใช้เมื่อ เดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ ทำให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการกองทุนสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ ขึ้นมา ซึ่งจะเป็นกลไกหลัก ในการสนับสนุนการพัฒนาสื่อที่สร้างสรรค์และปลอดภัย มีการเฝ้าระวังสื่อ การรณรงค์ ส่งเสริม ให้เด็ก เยาวชนและครอบครัวรู้เท่าทันสื่อ เลือกับเลือกใช้สื่อที่ปลอดภัยและสร้างสรรค์ได้

นอกจากนี้ **ยังต้องชื่นชมต่อ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ไทยพีบีเอส** องค์การเอกชนต่างๆ เช่น คณะกรรมการเพื่อการปฏิรูปสื่อ มูลนิธิอินเตอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค รวมถึง หน่วยงาน เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ ที่ได้มีบทบาทสำคัญทำให้มีโครงการเฝ้าระวังด้านสื่อ โครงการพัฒนาการใช้สื่อ อย่างสร้างสรรค์ และการสร้างการมีส่วนร่วมของเด็ก เยาวชนเกี่ยวกับสื่อ ทำให้เกิดปฏิบัติการขึ้นใน ระดับพื้นที่อย่างมากมาย

ขอชื่นชมต่อ องค์กรวิชาชีพสื่อ ที่มีจรรยาบรรณ มีความตระหนักถึงบทบาทสำคัญของตนเอง จึงมีมาตรการกำกับกันเองในกลุ่มวิชาชีพ และตอบสนองต่อเสียงของสังคมมาโดยตลอด

และสุดท้าย **ต้องขอชื่นชมต่อ เด็กและเยาวชนเอง** ที่ได้ลุกขึ้นมารวมตัวกันเป็นกลุ่มเครือข่าย ร่วมสะท้อนปัญหา ตลอดจนเข้ามามีบทบาทเป็นเครือข่ายในการเฝ้าระวังและร่วมพัฒนาสื่อปลอดภัย และสร้างสรรค์ที่เหมาะสมกับเด็ก เยาวชนในสังคม และจะเป็นกำลังสำคัญของสังคมต่อไปในอนาคต

ภาคีเครือข่ายที่กล่าวมาเป็นกำลังสำคัญที่จะช่วยกันเปลี่ยนแปลงให้สื่อที่สร้างผลกระทบต่อเด็ก

เยาวชน และสังคม เป็น สื่อที่สร้างประโยชน์ให้กับสังคม ต่อไปในอนาคต ”

๒) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ มติ ๑๐ สุขภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมและเรื่องเพศกับเอดส์/ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมติสมัชชาสุขภาพ ครั้งที่ ๓ มติ ๘ การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

ขอแสดงความชื่นชม ต่อ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่าย ในการขับเคลื่อนเชิงนโยบายเพื่อสุขภาวะทางเพศ ได้รับการยกระดับขึ้นมาจนสามารถจัดตั้งกลไกระดับชาติ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนางานอนามัยเจริญพันธุ์แห่งชาติ ที่มีรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน เพื่อกำหนดนโยบายด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ประสานงาน พัฒนา และติดตามประเมินผล การดำเนินงาน ตลอดจนสนับสนุนให้มีการจัดตั้งคณะทำงานแก้ไขปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ระดับจังหวัดขึ้น อีกทั้งยังดำเนินงานต่อเนื่องเพื่อสนับสนุนการเสนอ ร่างพระราชบัญญัติการแก้ไขปัญหาและป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และได้ประกาศให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๕๙ ซึ่งจะมีกลไกระดับชาติที่จะดำเนินการในเรื่องนี้ต่อไป

นอกจากนั้นในด้าน การให้ความรู้ ความตระหนัก และการสร้างเสริมทักษะชีวิต ให้เด็กและเยาวชนได้เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกตัวเอง มีพฤติกรรมทางเพศและการดูแลตัวเองอย่างเหมาะสม โดยกระทรวงศึกษาธิการ ร่วมกับองค์กรแพท (PATH) และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาหลักสูตรเพศศึกษารอบด้าน เพื่อใช้ในการเรียนการสอนตั้งแต่ระดับประถมจนถึงมหาวิทยาลัย รวมถึงการศึกษาตามอัธยาศัย นอกจากนี้ ยังมีหน่วยงานอื่นๆ เช่น กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข รวมทั้ง สปสช.และ สวรส. เป็นต้น ที่สนับสนุนเรื่องการให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องเพศศึกษาในรูปแบบต่างๆ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ ให้การสนับสนุนการดำเนินงานที่หลากหลายในรูปแบบโครงการต่างๆ ให้กับหน่วยงาน องค์กร และภาคประชาสังคม ทำให้เกิดปฏิบัติการในระดับพื้นที่ทั่วประเทศ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในฐานะหน่วยงานสำคัญในการแก้ปัญหาเรื่องนี้ ได้ปรับปรุงหลักสูตรการฝึกอบรมพนักงานเจ้าหน้าที่ในการสงเคราะห์และคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก ให้มีความรู้ความเข้าใจต่อสถานการณ์ปัญหา เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการตรวจสอบสุขภาพจิต ในกระบวนการคัดสรรเจ้าหน้าที่ที่จะมาทำงานด้านนี้ นอกจากนี้ ใน พ.ศ. ๒๕๕๘ ยังได้สนับสนุนงบประมาณจากกองทุนคุ้มครองไปยังจังหวัดต่างๆ เพื่อให้มีการขับเคลื่อน ป้องกันแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นให้ได้ผลยิ่งขึ้น

๓) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ มติ ๑๒ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาวะของแรงงานนอกระบบ

ขอแสดงความชื่นชม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ลงนามข้อตกลงความร่วมมือ MOU ๑๔ องค์กร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน สำนักงานประกันสังคม กรุงเทพมหานคร กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมการแพทย์ และกรมควบคุมโรค ร่วมดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบ ตั้งเป้า ๒๒.๑ ล้านคน ภายในปี ๒๕๖๔ “สุขภาพความปลอดภัยของ

แรงงานนอกระบบสู่คุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจที่ดี”

ขึ้นชมต่อ กระทรวงแรงงาน ที่เป็นหน่วยงานหลักขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับนโยบาย และกลไกการดำเนินงานระดับชาติ วางยุทธศาสตร์การบริหารจัดการแรงงานนอกระบบ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ เพื่อสร้างแนวทางในการส่งเสริม ค้ำครอง และพัฒนาแรงงานนอกระบบให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี พร้อมทั้งผลักดันยุทธศาสตร์ดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง โดยมีคณะกรรมการส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงาน ผลักดันร่างระเบียบวาระแห่งชาติ “แรงงานปลอดภัยและสุขภาพอนามัยดี” ระยะที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) และร่างแผนแม่บทความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐- ๒๕๖๔) สำหรับนำเสนอคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาประกาศนโยบายระเบียบวาระแห่งชาติ “แรงงานปลอดภัยและสุขภาพอนามัยดี” เพื่อใช้ประกอบการและแนวทางการดำเนินงานความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ของกระทรวงแรงงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ขอชื่นชมต่อ กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบการบังคับใช้ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้รับงานไปทำที่บ้าน พ.ศ. ๒๕๕๓ ทำให้มีการคุ้มครองผู้รับงานไปทำที่บ้านให้ได้รับการปฏิบัติจากผู้จ้างงานอย่างเป็นธรรม มีมาตรฐานด้านความปลอดภัยในการทำงาน และการเยียวยาผู้รับงานไปทำที่บ้านเมื่อประสบอันตรายจากการทำงาน การขับเคลื่อนทั้งหมดที่กล่าวมา จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัย พลังจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาสังคม เครือข่ายแรงงานนอกระบบ เพื่อช่วยในการติดตาม การดำเนินงาน ประเมินผลความสำเร็จ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การพัฒนาเชิงระบบ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๔) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ มติ ๑๑ การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

อันดับแรกต้องขอแสดงความชื่นชมต่อ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ที่ได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ระยะ ๓ ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๕๖ และประสานให้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยมีกองทุนผู้สูงอายุสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการตามแผนฯ

ขอแสดงความชื่นชมต่อ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จัดทำแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด โดยร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด จัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพขึ้นทุกจังหวัดเพื่อดูแลคนพิการและผู้สูงอายุ ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ขอแสดงความชื่นชมต่อกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย ที่ได้ดำเนินงานเรื่องต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว มีการพัฒนาบุคลากรประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสนับสนุนให้มีศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุในชุมชน นอกจากนี้ ได้พัฒนาคู่มือและหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) มีการพัฒนาหลักสูตรสำหรับอบรมผู้ดูแลผู้สูงวัย และหลักสูตรผู้จัดการศูนย์ดูแลฯ และจัดอบรมให้เจ้าหน้าที่ของ อปท. รวมทั้งมีการสร้างทีมหมอครอบครัว นำร่อง ๒๕๐ อำเภอ ที่จะมีส่วนดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

ขอชื่นชมต่อ **กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์** ที่มีการดูแลผู้สูงอายุ อย่างเป็นรูปธรรมในหลายมิติ อาทิ **การจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ** สถานการณ์ปัญหา ความต้องการ ของผู้สูงอายุ เพื่อส่งต่อให้ องค์การปกครองท้องถิ่น (อปท.) ใช้ดำเนินการในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ด้านการจัดสวัสดิการให้ผู้สูงอายุ มีการตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ จำนวน ๘๗๘ แห่งทั่วประเทศ โดยบูรณาการงบประมาณกับ อปท. และมียุทธศาสตร์ในการใช้ครอบครัว และชุมชนเป็นหลัก โดยทำการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของ อปท.ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ พึ่งตนเองไม่ได้ ให้กับ อปท. ๑๕๓๙ แห่ง รวม ๗,๙๖๑ คน ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขที่อบรม การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

จะเห็นได้ว่า มติสมัชชาสุขภาพฯ นี้ มีการขับเคลื่อนตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงการปฏิบัติในพื้นที่ ทั่วประเทศ มีความก้าวหน้าเกินไปกว่าข้อมติสมัชชาไปแล้ว ซึ่งทิศทางของสังคมพัฒนาไปสู่การดำเนินงาน เรื่องสังคมสูงวัย ที่ครอบคลุมเรื่องผู้สูงอายุในทุกมิติ

๕) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ มติ ๒ ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ของคนพิการ

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ มติ๑๐ เร่งรัดการสร้างเสริมความเป็นธรรมในการเข้าถึง บริการสุขภาพของคนพิการ

“ขอแสดงความชื่นชมต่อ คณะกรรมการสุขภาพคนพิการ ที่ได้วางแนวทางการทำงานขับเคลื่อน มติสมัชชาสุขภาพฯ และได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการ ติดตามความคืบหน้าการดำเนินงานด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง อาทิ ๑) การพัฒนาระบบบริการเครื่องช่วยฟัง ๒) การวิจัยการทบทวนชุดสิทธิประโยชน์และการเข้าถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ๓) การพัฒนา ตัวแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตของวัยรุ่นตอนต้นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ๔) การดำเนินงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพคนพิการทางสติปัญญา ออทิสติก และการเรียนรู้ ๕) การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์การเข้าถึงบริการปรับสภาพบ้านสำหรับ คนพิการและผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ **ยังต้องชื่นชมต่อ** สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุนการจัดตั้ง กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการระดับจังหวัด ร่วมกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เพื่อดูแลช่วยเหลือ คนพิการอย่างครบวงจรโดยใช้กลไกท้องถิ่นในพื้นที่

ขอชื่นชมต่อ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง ที่ได้ร่วมกันสนับสนุนให้ผู้พิการสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างมีศักดิ์ศรี มีคุณภาพและเป็นธรรม โดยการเร่งรัดค้นหาและขึ้นทะเบียนคนพิการ จัดงบประมาณสนับสนุนในเรื่องของกายอุปกรณ์ ให้เพียงพอ ตอบสิทธิด้านการเบิกจ่ายค่ากายอุปกรณ์ทุกกองทุนให้เท่าเทียมกัน พัฒนาเทคโนโลยีและ นวัตกรรมด้านกายอุปกรณ์ของไทยเพื่อลดต้นทุนและเพิ่มการเข้าถึงกายอุปกรณ์ของผู้พิการ รวมถึง การฝึกอบรมคนพิการและรับเข้าทำงานในโรงงานกายอุปกรณ์

และสุดท้าย **ต้องขอชื่นชมต่อ** สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ ที่ได้ทำการศึกษาวิจัย สร้างองค์ความรู้เพื่อสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ อีกทั้ง **สถาบันสิรินธร เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ** ได้มีการจัดทำแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพ

คนพิการ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔)

ภาคีเครือข่ายที่กล่าวมาเป็นกำลังสำคัญที่จะช่วยกันเปลี่ยนแปลง การสร้างเสริมความเป็นธรรม ในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการต่อไป

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา (กล่าวปิดท้าย)

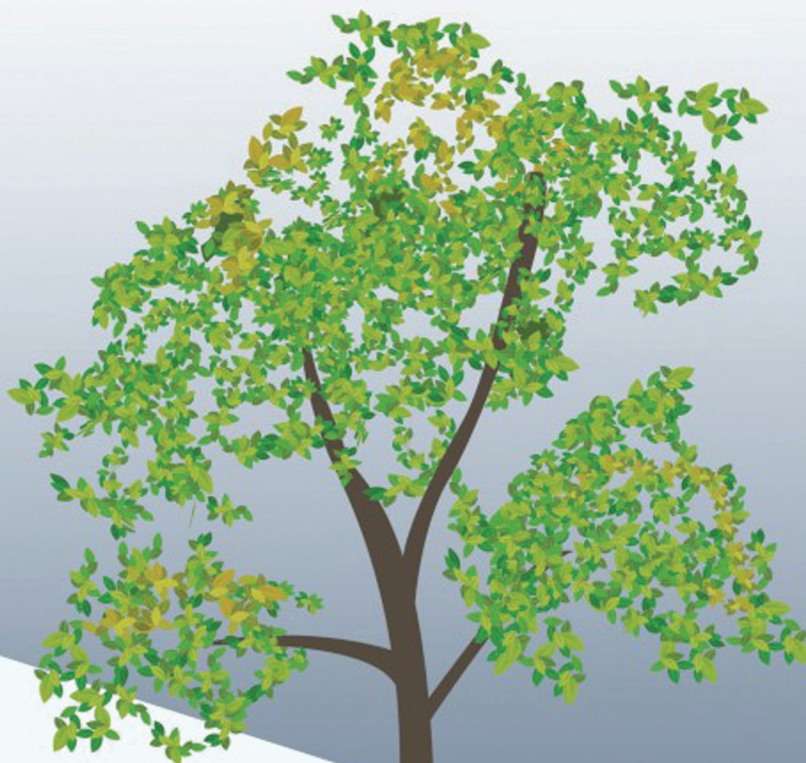
ในฐานะ คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสมส.) และ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ต้องขอชื่นชม และขอบคุณ หน่วยงาน องค์กร ภาคีเครือข่าย ที่ได้สานพลังกัน ดำเนินการ สนับสนุนและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน จนทำให้มติสมัชชาสุขภาพฯ ดังที่กล่าวมา เกิดผลเป็นรูปธรรมสำคัญ อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาด้านสุขภาพ และสร้าง สังคมสุขภาพะต่อไปเพื่ออนาคตของลูกหลานไทย

ขอให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพทุกท่าน ลุกขึ้นยืนเพื่อเป็นเกียรติ และปรบมือแสดงความชื่นชม ต่อภาคี เครือข่ายที่ร่วมกันขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพจนเกิดรูปธรรมดังที่กล่าวมาแล้ว

บรรณานุกรม

๑. จุมพล หนีมพานิช (๒๕๕๒) การวิเคราะห์นโยบาย ขอบข่าย แนวคิด ทฤษฎี และกรณีตัวอย่างนนทบุรี โครงการเอกสารตำรา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
๒. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐
๓. สنجิบัตรสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙, เอกสารประกอบงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ วันที่ ๒๑ - ๒๓ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๕๙. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

"สามพลังปัญญา สร้างสรรค์นโยบายสาธารณะ"



www.nationalhealth.or.th

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ๘๘/๓๙ ถนนวิภาวดี ๑๔ หมู่ที่ ๔ ต.จตุรพักตรพิมาน อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทร. ๐ ๒๕๓๒ ๕๐๐๐ โทรสาร ๐ ๒๕๓๒ ๕๐๐๑

www.nationalhealth.or.th และ www.samatcha.org

www.facebook.com/HealthAssembly

ISBN 978-616-7697-64-2



9 786167 697642