

นโยบายสาธารณะ

บทบาท พัฒนาการ และการมีส่วนร่วมของสังคมไทย



ในโอกาส

๑๘ปี

พ.ร.บ. สภภาพแห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๕๐



ภาพจากปก

ชุมชนและสังคมที่น่าอยู่ต้องมีนโยบาย
สาธารณะแบบมีส่วนร่วมที่ดีด้วย



นโยบายสาธารณะ: บทบาท พัฒนาการและการมีส่วนร่วมของสังคมไทย

จัดทำโดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

พิมพ์ครั้งแรก ธันวาคม ๒๕๖๗

ที่ปรึกษา
สุเทพ เพชรมาก
อภิชาติ รอดสม
ปวีดา แต่อารักษ์

บรรณาธิการ
สุทธิพงษ์ วสุโสภาพล

กองบรรณาธิการ
ทิพิชา ไปษยานนท์, สมเกียรติ พิทักษ์กมลพร, นิรชา อัครวีรากุล,
จารึก ไชยรักษ์, ณนุต มธุรพจน์, จุฑามาศ โมหี, นาทยา พรหมทอง,
ยุวลักษณ์ เหมะวิบูลย์, ทรงพล ตู่ละทา, นภินทร ศิริไทย,
ณรงค์ กฤติขจรกรกุล, พรทิพย์ เชื้องาม, พกษา สิ้นลือนาม,
สิริกร คำภูไทย, นันณณัฐ ฤงษ์ปัญญา, ลีติมา สุวัตติ,
นันทิยา ลีวัลักษณ์, ปรางทิพย์ เนตรน้อย, รัฐวรรณ เฮงสีหาพันธ์,
กนกวรรณ รั้วพรดี, รัตนา เอิบกิง

จัดพิมพ์และเผยแพร่ โดย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ เลขที่ ๘๘/๓๘ ซ.ติวานนท์ ๑๔ หมู่ ๔
ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๘๐๐๐

โทรสาร ๐ ๒๘๓๒ ๘๐๐๑

Website www.nationalhealth.or.th

Email nationalhealth@nationalhealth.or.th

ISBN ๘๗๘-๖๑๖-๕๖๙-๐๓๔-๘

ออกแบบโดย
สิริกร จุฑาพฤตมิตร / ชูชาติ ตริวิทย์ยานนท์

พิมพ์ที่
บริษัท วาย.เค.เอช. กราฟิค แอนด์ เพรส จำกัด

๒๖๑/๑ ซอย พระราม ๒ ซอย ๕๑ แขวงท่าข้าม

เขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๕๐

โทรศัพท์ ๐ ๒๐๘๑ ๗๔๕๕

คำนำ

ในช่วงเวลาของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมเป็นไปอย่างรวดเร็วและท้าทาย ระบบสุขภาพของประเทศก็ได้ก้าวสู่มิติใหม่ๆ ตลอดเวลาของการพัฒนาด้วยหัวใจสำคัญที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมระบบสุขภาพเชิงรุกให้แก่ประชาชน เราเชื่อมั่นว่า **“ระบบสุขภาพ คือหัวใจของการพัฒนาที่ยั่งยืน”** และด้วยความเชื่อมั่นนี้ เราได้ร่วมกันวางรากฐานและการพัฒนาระบบสุขภาพที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมไทยไปด้วยกัน โดยมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นเครื่องมือและกระบวนการร่วมกันสร้างระบบ กลไกและกระบวนการนโยบายสาธารณะที่เอื้อให้เกิดการบูรณาการองค์ความรู้ ภูมิปัญญาและทรัพยากรจากทุกภาคส่วน ซึ่งการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่คาดหวังในแต่ละช่วงเวลา จะมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศ

ตลอดระยะเวลา ๑๘ ปี แห่งการมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ จึงเป็น ๑๘ ปีแห่งการสร้างทิศทางการพัฒนานโยบายสาธารณะ ที่มุ่งสู่การสร้างระบบนิเวศทางสุขภาพ ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนทุกกลุ่มโดยตระหนักถึงความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพกับปัจจัยกำหนดทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม เราเชื่อมั่นในการสร้างกลไกและกระบวนการนโยบายสาธารณะที่เปิดกว้าง ซึ่งไม่เพียงแต่เอื้อให้เกิดการบูรณาการองค์ความรู้และภูมิปัญญา แต่ยังเป็นเวทีแห่งการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของทุกภาคส่วนในสังคม ในการพัฒนานโยบายสาธารณะตั้งแต่ระดับชุมชนไปจนถึงระดับประเทศ

หนังสือเล่มนี้ จึงเป็นมากกว่าการบันทึกเรื่องราวบางเรื่องบางตอน แต่เป็นแรงบันดาลใจที่จะจุดประกายให้ทุกคนได้เห็นถึงพลังอันยิ่งใหญ่ของการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสังคมสุขภาวะ ผ่านกรณีศึกษาที่เป็นรูปธรรม เรื่องราวการพัฒนาเหล่านี้จะสร้างความเข้าใจให้ทุกคนตระหนักว่า ไม่ว่าจะอยู่ในฐานะใดในสังคมล้วนมีบทบาทสำคัญในการสร้างสรรค์สุขภาพที่ดีร่วมกันได้

ขอเชิญชวนทุกท่านร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาที่สำคัญนี้ไปด้วยกัน ด้วยการ
“ร่วมกันสานพลังสร้างสรรค์นโยบายสาธารณะเพื่อพัฒนานโยบายใหม่ๆ ที่ตอบ
โจทย์ความท้าทายที่มีต่อระบบสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต” เพื่อสร้างสังคม
สุขภาพที่ทุกคนมีส่วนร่วมและได้รับประโยชน์อย่างเสมอภาคและเป็นธรรม ร่วมกัน
ขอบคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาและจัดทำหนังสือเล่มนี้

หวังว่าหนังสือเล่มนี้จะได้เป็นส่วนหนึ่งที่จะสานพลังการรับรู้และการมีส่วนร่วม
ของทุกภาคส่วน ที่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีในระบบสุขภาพของประเทศ
ต่อไป ด้วยความเชื่อมั่นในพลังของการมีส่วนร่วม



(นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก)
เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

บทบรรณาธิการ

สถานการณ์ที่เป็นบริบทการเปลี่ยนแปลงระดับโลกที่สำคัญ ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพและการพัฒนาในด้านต่าง ๆ ทั้งการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในหลายประเทศ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่ทวีความรุนแรง ได้นำมาซึ่งภัยพิบัติและผลกระทบต่อสุขภาพในวงกว้าง วิกฤตความเหลื่อมล้ำที่ขยายตัว ทั้งในมิติเศรษฐกิจ สังคมและการเข้าถึงบริการสุขภาพ พลวัตทางเทคโนโลยีดิจิทัลปัญญาประดิษฐ์ ที่จะเข้ามามีบทบาทสำคัญในระบบสุขภาพและการตัดสินใจเชิงนโยบายที่เปลี่ยนวิถีชีวิตการทำงานและระบบบริการสุขภาพ ท่ามกลางความท้าทายเหล่านี้ ประชาคมโลกได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) เป็นเข็มทิศนำทาง โดยเฉพาะเป้าหมายด้านสุขภาพที่มุ่งสร้างหลักประกันว่าคนทุกคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกวัย พร้อมกับการสร้างความร่วมมือระดับโลก ระดับประเทศ และระดับพื้นที่ชุมชนท้องถิ่น เพื่อรับมือกับความท้าทายร่วมกัน

บริบทของประเทศไทยก็เช่นกัน ซึ่งขณะนี้กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่สอดคล้องและเชื่อมโยงกับบริบทโลก โดยมีลักษณะเฉพาะที่สำคัญ อาทิ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและสังคม ที่เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์เร็วที่สุดในอาเซียน โดยมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ ๒๐ ขณะที่อัตราการเกิดลดลง ครอบครัวเดี่ยวและครัวเรือนคนเดียวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิม ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและสังคม โดยเฉพาะระหว่างเขตเมืองและชนบท ความท้าทายด้านระบบสุขภาพและสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังเผชิญทั้งการระบาดของโรคอุบัติใหม่และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สะท้อนการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่รุนแรงขึ้น ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในวงกว้าง ทั้งยังท้าทายในการรักษาความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ท่ามกลางภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น สถานการณ์เหล่านี้ทำให้ประเทศไทยต้องเร่งพัฒนาระบบสุขภาพที่ยืดหยุ่น ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงและสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการร่วมแก้ไขปัญหาอย่างบูรณาการพร้อมกับการสร้างนวัตกรรมเชิงนโยบายใหม่ ๆ

สถานการณ์ที่เป็นบริบทการเปลี่ยนแปลงระดับโลกที่สำคัญ ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพและการพัฒนาในด้านต่างๆ ทั้งการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในหลายประเทศ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่ทวีความรุนแรง ได้นำมาซึ่งภัยพิบัติและผลกระทบต่อสุขภาพในวงกว้าง วิกฤตความเหลื่อมล้ำที่ขยายตัว ทั้งในมิติเศรษฐกิจ สังคมและการเข้าถึงบริการสุขภาพ พลวัตทางเทคโนโลยีดิจิทัลปัญญาประดิษฐ์ ที่จะเข้ามามีบทบาทสำคัญในระบบสุขภาพและการตัดสินใจเชิงนโยบายที่เปลี่ยนวิถีชีวิตการทำงานและระบบบริการสุขภาพ ท่ามกลางความท้าทายเหล่านี้ ประชาคมโลกได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) เป็นเข็มทิศนำทาง โดยเฉพาะเป้าหมายด้านสุขภาพที่มุ่งสร้างหลักประกันว่าคนทุกคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกวัย พร้อมทั้งการสร้างความร่วมมือระดับโลก ระดับประเทศ และระดับพื้นที่ชุมชนท้องถิ่น เพื่อรับมือกับความท้าทายร่วมกัน

บริบทของประเทศไทยก็เช่นกัน ซึ่งขณะนี้กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่สอดคล้องและเชื่อมโยงกับบริบทโลก โดยมีลักษณะเฉพาะที่สำคัญ อาทิ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและสังคม ที่เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์เร็วที่สุดในอาเซียน โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ขณะที่อัตราการเกิดลดลง ครอบครัวยุคเดียวและครัวเรือนคนเดียวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิม ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและสังคม โดยเฉพาะระหว่างเขตเมืองและชนบท ความท้าทายด้านระบบสุขภาพและสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังเผชิญทั้งการระบาดของโรคอุบัติใหม่และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สะท้อนการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่รุนแรงขึ้น ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในวงกว้าง ทั้งยังท้าทายในการรักษาความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ท่ามกลางภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น สถานการณ์เหล่านี้ทำให้ประเทศไทยต้องเร่งพัฒนาระบบสุขภาพที่ยืดหยุ่น ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงและสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการร่วมแก้ไขปัญหาย่างบูรณาการพร้อมกับการสร้างสรรคนวัตกรรมเชิงนโยบายใหม่ ๆ

ตลอดระยะเวลา ๑๘ ปี ของการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ นับเป็นช่วงเวลาของการเปลี่ยนผ่านสำคัญ ที่ได้เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนของสังคมได้เข้ามามีบทบาทในการกำหนดทิศทางและร่วมขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในความหมายใหม่ ที่ครอบคลุมถึงภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ใจ สังคม และปัญญา ที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวมและสมดุล

ด้วย ดังนั้นการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม จึงเป็นการพัฒนาเชิงรุกที่สำคัญในการปกป้อง คุ้มครอง และส่งเสริมสุขภาพของประชาชน โดยตระหนักว่าสุขภาพไม่ได้เป็นเพียงเรื่องของการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่เกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่หลากหลาย ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ วิชาชีพ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคมและชุมชน

การจัดทำหนังสือ “นโยบายสาธารณะ: บทบาท พัฒนาการและการมีส่วนร่วมของสังคมไทย” เล่มนี้ ไม่ได้เป็นการบันทึกเรื่องราวอันเป็นผลการพัฒนาในรอบ ๑๘ ปีที่ผ่านมาทั้งหมด แต่เป็นการฉายภาพส่วนหนึ่ง ที่มุ่งนำเสนอบทเรียนและประสบการณ์การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมในรูปแบบต่างๆ ผ่านกรณีศึกษาการพัฒนาที่เป็นรูปธรรมจากพื้นที่และประเด็นที่หลากหลาย เพื่อสะท้อนให้เห็นพลังของการมีส่วนร่วมในการสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และเป็นแรงบันดาลใจให้ทุกภาคส่วนร่วมกันสานต่อเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ในการพัฒนาระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของสังคมไทย ซึ่งจะพาผู้อ่านสัมผัสกับผลที่เกิดขึ้น ทั้งความสำเร็จ ความท้าทาย และบทเรียนสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมในบริบทที่แตกต่างกัน อาทิ การพัฒนานโยบายสาธารณะในชุมชนท้องถิ่นและระดับชาติ ผ่านการใช้ธรรมนูญสุขภาพและสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ เฉพาะประเด็น เป็นเครื่องมือการแสดงเจตนาใช้สิทธิด้านสุขภาพตามกฎหมาย การสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ต่างๆ การจัดการปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนในระดับประเทศ เช่น การควบคุมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการรับมือกับภัยพิบัติภัยคุกคามด้านสุขภาพรูปแบบต่างๆ ตลอดจนกรณีศึกษาที่น่าสนใจ ที่เกิดจากการสร้างการมีส่วนร่วมทางสังคมกับนานาชาติ เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วนได้นำไปประยุกต์ใช้ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมในบริบทของตนเอง

ไม่เพียงแต่นำเสนอผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น แต่ยังแสดงให้เห็นถึงพัฒนาการของแนวคิดกระบวนการพัฒนา และนวัตกรรมทางสังคมที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ การสานพลังระหว่างภาคส่วนต่างๆ ที่มุ่งเน้นการสร้างระบบนิเวศทางสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนทุกกลุ่ม โดยตระหนักถึงความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพกับปัจจัยกำหนดสุขภาพในมิติต่างๆ ซึ่งล้วนเป็นบทเรียนที่มีคุณค่าสำหรับการก้าวต่อไปบนเส้นทางนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมทุกระดับในอนาคตด้วย

นอกจากนี้ ยังมุ่งหวังที่จะจุดประกายความคิด ความหวัง เป็นแรงบันดาลใจให้กันและกัน ร่วมสร้างพลังแห่งการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพที่เป็นธรรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งให้ผู้อ่านทุกคนได้ตระหนักถึงบทบาทและศักยภาพของตนในการร่วมสร้างสรรค์นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาพที่ดีของสังคมไทยไม่ว่าจะเป็นใคร ก็ล้วนแล้วแต่มีส่วนสำคัญในการสร้างการเปลี่ยนแปลงได้ การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ก็เช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นการแสดงความคิดเห็น การร่วมกำหนดนโยบาย หรือการลงมือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ล้วนมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนสังคมไทยไปสู่การมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนทั้งสิ้น สำหรับนักวิชาการ นักบริหาร นักประชาสังคม และผู้สนใจทั่วไปที่มีความรู้ ความเข้าใจ และมีพื้นฐานที่ดีอยู่แล้ว จะได้นำเอากรณีที่น่าสนใจไปวิเคราะห์ สังเคราะห์ เชื่อมโยงกับแนวคิดทฤษฎี รวมทั้งหลักการต่างๆ โดยเฉพาะการนำเสนอแนวทางที่จะทำให้ประสบความสำเร็จในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในบริบทต่างๆ พร้อมทั้งยกตัวอย่างกรณีศึกษาใหม่ๆ ต่อไปด้วย ซึ่งจะเป็นการช่วยกันสร้างเครือข่ายและแนวร่วมในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น อีกทั้งหากผู้อ่านต้องการทราบถึงภาพรวมของนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมที่มาจากกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑-๑๗ และภาพความคืบหน้าการดำเนินงาน ในห้วงเวลาที่จัดทำหนังสือนี้ สามารถสแกน QR Code ที่อยู่ท้ายหนังสือเล่มนี้ ประกอบการเรียนรู้ เพิ่มเติมได้

ในปัจจุบันภูมิทัศน์ของการพัฒนาประเทศ กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมได้ก้าวขึ้นมาเป็นบทบาทสำคัญในการหนุนเสริมการทำงานของรัฐบาล เสมือนสะพานที่เชื่อมโยงระหว่างความต้องการของประชาชนกับการตัดสินใจเชิงนโยบายของภาครัฐ ไม่ว่าจะเป็นการเตรียมความพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การพลิกโฉมการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแนวใหม่ ที่มีความเป็นพลเมืองร่วมรับผิดชอบด้วยการปรับตัวในโลกยุคดิจิทัลที่เป็นนวัตกรรมทางสังคมและเทคโนโลยี ซึ่งได้เปิดมิติใหม่แห่งการมีส่วนร่วม สร้างพื้นที่เสมือนจริงที่ทุกเสียงสามารถถูกได้ยิน ทุกความคิดสามารถถูกแบ่งปัน และทุกการกระทำสามารถถูกติดตามได้ ฯลฯ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างรัฐกับภาคส่วนในสังคม ที่จะนำไปสู่การเป็นหุ้นส่วนและความเป็นเจ้าของการพัฒนาาร่วมกัน สร้างคลื่นแห่งการเปลี่ยนแปลงจากชุมชนเล็กๆ สู่ระดับประเทศ เป็นพลังที่จะนำพาประเทศสู่อนาคตที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนด และเป็นกุญแจสำคัญในการออกแบบและขับเคลื่อนนโยบายซึ่งตอบโจทย์ที่อยากได้มากขึ้น ช่วยให้การกำหนดนโยบายของรัฐบาลมีมุมมองที่รอบด้านและลึกซึ้งมากขึ้น นำไปสู่การตัดสินใจที่สมดุลและเป็นที่ยอมรับของสังคมทำให้การแก้ไขปัญหาและการ

พัฒนาประเทศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากขึ้น ส่งผลให้การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นไปอย่างราบรื่นและได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่าย เสริมสร้างความ เป็นธรรมาภิบาลและยังเป็นการพัฒนาศักยภาพของพลเมืองในการอภิบาลระบบ สุขภาพ ที่ก้าวข้ามข้อจำกัดที่ไม่ใช่เพียงเข้าใจกระบวนการนโยบายสาธารณะ แต่ยังสามารถวิเคราะห์ปัญหา เสนอทางออก และร่วมตัดสินใจอย่างมีพลังร่วมกำหนดอนาคตของประเทศไปด้วย

ในทำนองนี้ เรายังมีความหวังร่วมกันว่า การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาวะของสังคมไทย ไม่เพียงแต่เป็นเครื่องมือในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่มีประสิทธิภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมที่จะนำไปสู่การสร้าง **ความเข้มแข็งของประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในระดับต่างๆ** ตั้งแต่ชุมชนท้องถิ่นจนถึงระดับชาติ ด้วยความเชื่อมั่นว่า **“ระบบสุขภาพ คือหัวใจของการพัฒนาที่ยั่งยืน”** และ **“สุขภาพดีเป็นสิทธิที่กำหนดได้ ไม่ใช่โชคชะตา”**

จึงขอเชิญชวนทุกท่านได้ร่วมกันสานพลังสร้างสรรค์และขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ประเทศก้าวไปสู่การเป็นสังคมสุขภาวะที่ยั่งยืน ที่ทุกคนมีส่วนร่วมและได้รับประโยชน์จากการพัฒนาระบบสุขภาพที่เป็นธรรมอย่างแท้จริง ร่วมกันต่อไปด้วย

นายสุทธิพงษ์ วสุโสภภาพ
บรรณนาธิการ

สารบัญ

หน้า

คำนำ

ข

บทบรรณาธิการ

ง

สารบัญ

ณ

การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม บนเส้นทางการพัฒนาระบบสุขภาพในสังคมไทย

บทที่ ๑ นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม บนเส้นทางการพัฒนาระบบสุขภาพในสังคมไทย

๒

การพัฒนาธรรมณูสุขภาพแห่งชาติและพื้นที่ ผู้การพัฒนาระบบสุขภาพของประชาชน

บทที่ ๒ เด็กและเยาวชนเรียนดี มีความสุข คุณภาพชีวิตดี ด้วยธรรมณูสุขภาพสถานศึกษา

๙

บทที่ ๓ ธรรมนำโลก: นโยบายสาธารณะบนพื้นฐานพระธรรมวินัย

๑๒

บทที่ ๔ การพัฒนาธรรมณูสุขภาพแห่งชาติ ผู้การพัฒนาระบบสุขภาพของประชาชน

๑๖

บทที่ ๕ พลังความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ในการสร้างธรรมณูสุขภาพพื้นที่

๒๐

บทที่ ๖ นโยบายสาธารณะของคนเขาพัง โดยคนเขาพัง เพื่อคนเขาพังสุภาวดี

๒๕

การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม จากกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ / พื้นที่ และประเด็น

บทที่ ๗ ส่งเสริมสังคมไทยให้ “ปลอดภัย” จากการใช้ “ยา” ที่ไม่เหมาะสม

๓๑

บทที่ ๘ การขับเคลื่อนเพื่อแก้ปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

๓๘

บทที่ ๙ อาหารกลางวันปลอดภัย เด็กไทยสุขภาพดี

๔๔

บทที่ ๑๐ ลดปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพิ่มความปลอดภัยทางอาหาร

๕๒

บทที่ ๑๑ การขับเคลื่อนเพื่อปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า

๕๘

บทที่ ๑๒ ควบคุมการตลาดนมผง...ส่งเสริมให้เด็กไทยได้กิน “นมแม่”

๖๕

- บทที่ ๑๓ สร้างระบบนิเวศ เพื่อปรับพฤติกรรมลดโรค NCDs ๗๑
- บทที่ ๑๔ อยากรู้เห็นคนไทยมีรอยยิ้ม ด้วยสุขภาพช่องปากที่ดี ๗๗
- บทที่ ๑๕ กลไกการมีส่วนร่วมในระดับเขตสุขภาพ เพื่อประชาชน ๘๔

การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ด้วยการประเมินผลกระทบ ด้านสุขภาพ

- บทที่ ๑๖ การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ขององค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น ด้วยการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ๙๑

การพัฒนาการเข้าถึงสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพของประชาชน

- บทที่ ๑๗ e-Living Will: กฎหมายสำคัญสู่การตายอย่างมีศักดิ์ศรี ๙๗
- บทที่ ๑๘ การดูแลสุขภาพปฐมภูมิระหว่างโรงพยาบาลไปถึงชุมชนท้องถิ่น
กรณีการดูแลสุขภาพระยะท้ายของชีวิต ๑๐๑
- บทที่ ๑๙ การจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผ่านระบบบริการสุขภาพ
ปฐมภูมิในชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด้านซ้าย จังหวัดเลย ๑๐๔

การพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมด้วยกลไกคณะกรรมการเขตสุขภาพ เพื่อประชาชน

- บทที่ ๒๐ คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน กับนโยบายสาธารณะแบบ
มีส่วนร่วม ๑๑๑

การสร้างการมีส่วนร่วมทางสังคมระหว่างประเทศ ผ่านกลไกกระบวนการ สมัชชา องค์การอนามัยโลก

- บทที่ ๒๑ สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กับบทบาทการสร้างการมี
ส่วนร่วมทางสังคมกับนานาชาติ ๑๑๗

การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายนักสานพลังนโยบายสาธารณะแบบมี ส่วนร่วมและสุขภาพะในพื้นที่

- บทที่ ๒๒ นักสานพลังสร้างสรรค์นโยบายสาธารณะ ๑๒๒

บทส่งท้ายสู่การพัฒนาความร่วมมือในอนาคต

- บทที่ ๒๓ การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม: พลังความร่วมมือ
เพื่อการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมสุขภาพะ ๑๓๓



การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม
บนเส้นทางการพัฒนาระบบสุขภาพในสังคมไทย



บทที่ ๑

นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม บนเส้นทางการพัฒนาระบบสุขภาพในสังคมไทย

ในช่วงเวลา 18 ปีที่ผ่านมา นับตั้งแต่การประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ นับเป็นช่วงเวลาแห่งการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพและการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ โดยบทบาทของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่มีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยงานเลขานุการ ได้สนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานองค์กรภาคียุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนงาน และสร้างความเป็นเจ้าของร่วมกัน โดยมีรูปแบบและกลไกการทำงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม สนับสนุนให้เกิดการใช้กลไกและเครื่องมือต่าง ๆ ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ รวมถึงเครื่องมืออื่น ๆ ในการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีพันธมิตรความร่วมมือทั้งระดับชาติ ระดับองค์กรและพื้นที่ ตลอดจนระดับนานาชาติ อันจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมและเป็นประโยชน์ต่อประชาชนส่วนใหญ่ ถือเป็น การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญของระบบสุขภาพไทย ที่มุ่งสู่การพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน กฎหมายฉบับนี้ไม่เพียงแต่วางรากฐานการปฏิรูประบบสุขภาพที่มองสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมเท่านั้น แต่ยังสร้างกลไกและเครื่องมือสำคัญในการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมที่เป็นรูปธรรมเปิดพื้นที่ให้ทุกภาคส่วนในสังคมได้ร่วมกันกำหนดทิศทางและอนาคตของระบบสุขภาพไทยในทุกระดับ

แนวคิดและหลักการพื้นฐาน พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ อยู่บนฐานคิดสำคัญที่มองสุขภาพในมิติที่กว้างและลึกกว่าการไม่มีโรคหรือความเจ็บป่วย แต่ยังครอบคลุมสุขภาพะที่สมบูรณ์ทั้ง ๔ มิติ ได้แก่ กาย จิต สังคม และปัญญา ที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวมและสมดุล การมองสุขภาพในลักษณะนี้ นำไปสู่การเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการพัฒนาระบบสุขภาพ จากเดิมที่เน้นการรักษาพยาบาลเป็นหลัก มาสู่การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในทุกมิติ

หลักการสำคัญประการหนึ่งที่สะท้อนผ่านพระราชบัญญัติฉบับนี้คือ **การให้ความสำคัญกับสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน** ซึ่งไม่ใช่เพียงสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพเท่านั้น แต่รวมถึงสิทธิในการมีส่วนร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะที่อาจมี



ผลกระทบต่อสุขภาพ สิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และสิทธิในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพด้วยกลไกและเครื่องมือในการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติได้สร้างนวัตกรรมทางสังคมผ่านการพัฒนา กลไกและเครื่องมือที่หลากหลาย เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบาย สาธารณะแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย

สมัชชาสุขภาพ ซึ่งมี**สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ** ที่เป็นกระบวนการระดับชาติ มีการจัดขึ้นเป็นประจำทุกปี เพื่อพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ แบบมีส่วนร่วม **สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่** กลไกพัฒนานโยบายสาธารณะที่ตอบสนอง ต่อความต้องการเฉพาะของแต่ละพื้นที่ และ**สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น** เป็นการ พัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ที่มุ่งเน้นการพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพ เฉพาะด้านหรือเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นกรอบทิศทางและแนวทางการ พัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ ที่เป็นข้อตกลงร่วมของสังคมที่วางแนวทางการสร้าง สุขภาวะแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งมิติกาย จิต สังคม และปัญญา โดยยึดหลักความ เป็นธรรมและความยั่งยืน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม เปรียบเสมือน พืชม์เขียวหรือแผนที่เดินทาง ที่ชี้ทิศทางและเป้าหมายให้ทุกภาคส่วนร่วมกันขับเคลื่อน ระบบสุขภาพไทยไปสู่สังคมสุขภาวะที่พึงประสงค์

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม ในการคาดการณ์และประเมินผลกระทบทั้งเชิงบวกและลบที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพของ

ประชาชน จากนโยบาย แผนงาน หรือโครงการพัฒนาต่าง ๆ และเป็นเครื่องมือสำคัญ ในการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน ในการร่วมกันพิจารณา และตัดสินใจเชิงนโยบายบนฐานของข้อมูลและความรู้ที่รอบด้าน ซึ่งมุ่งเน้นการป้องกัน และลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพ ควบคู่กับการแสวงหาทางเลือกในการพัฒนา ที่เป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย ภายใต้หลักการสร้างนำซ่อมและความรับผิดชอบต่อ เป็นธรรมต่อสังคม

สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ เป็นการสร้างความตระหนักและการรับรู้ของ ประชาชนในการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพที่พึงมี ทั้งสิทธิในการรับบริการสาธารณสุข สิทธิในการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และสิทธิในการมีส่วนร่วมกำหนดนโยบาย สาธารณะด้านสุขภาพควบคู่ไปกับการส่งเสริมให้ตระหนักถึงหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ ของตนเอง ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อระบบสุขภาพ ของสังคมโดยรวม อีกทั้งยังเป็นกระบวนการเสริมพลังให้ประชาชนสามารถใช้สิทธิและ ทำหน้าที่ด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การพัฒนาาระบบสุขภาพที่เป็นธรรม และยั่งยืน

สัมฤทธิ์ผลและการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ (พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๖๘)

การพัฒนาภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ตลอดระยะเวลา ๑๘ ปีที่ผ่านมา เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบที่สำคัญในสังคมไทย จากแนวคิดสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการรักษาโรค สู่การมองสุขภาพแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งมิติกาย จิต สังคม และปัญญา กฎหมายฉบับนี้ได้สร้างนวัตกรรมทางสังคมผ่านกระบวนการนโยบาย สาธารณะแบบมีส่วนร่วม พร้อมกลไกและเครื่องมือสำคัญต่าง ๆ ซึ่งจะขอหยิบยกผล ที่เกิดขึ้นให้เห็นเป็นกรณีเฉพาะที่สำคัญ ๆ ดังนี้

๑. การพัฒนากลไกและเครื่องมือเชิงนโยบายในระดับชาติ อาทิ ธรรมนูญ ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ๓ ฉบับ (พ.ศ. ๒๕๕๒, ๒๕๕๙, ๒๕๖๕) มติสมัชชา สุขภาพแห่งชาติ ๖๙ มติ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนโยบายสำคัญ มีการประเมิน ผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) มากกว่า ๑๐๐ กรณี ส่วนในระดับพื้นที่จะมีกลไกกระบวนการ สมัชชาสุขภาพจังหวัด ๗๗ จังหวัด มีธรรมนูญสุขภาพพื้นที่กว่า ๒,๐๐๐ ฉบับ มีการ พัฒนากลไกเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ๑๓ เขต ฯลฯ

๒. การเปลี่ยนแปลงนโยบายสาธารณะที่สำคัญ ทั้งการพัฒนากฎหมายและ นโยบายสาธารณะระดับชาติ อาทิ การจัดทำพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริม การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ๒๕๖๐ การควบคุมการตลาดและ การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นโยบายการจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ที่ผิดกฎหมาย มีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ๒ ฉบับ (พ.ศ. ๒๕๖๐, ๒๕๖๕) ที่ทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์ทั่วประเทศ มีการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ฯลฯ ส่วนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ อาทิ การจัดการระบบสุขภาพชุมชนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อมโดยชุมชน การจัดการภัยพิบัติโดยชุมชนท้องถิ่น ฯลฯ

๓. การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายกำลังคนเพื่อสังคมสุขภาวะ โดยมีการพัฒนากำลังคนที่มีความหลากหลายพื้นฐานและศักยภาพมาทำงานร่วมกัน จนเกิดเครือข่ายและกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างภาคประชาสังคม ภาควิชาการ และภาครัฐ ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม อาทิ นักสานพลังขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมในรูปแบบต่าง ๆ มีเครือข่ายวิชาการและผู้เชี่ยวชาญที่สนับสนุนกระบวนการนโยบายสาธารณะ มีแกนนำนักพัฒนาที่สนับสนุนนโยบายสาธารณะ มีแกนนำชุมชนด้านการจัดการสุขภาพที่ครอบคลุมทุกจังหวัด มีการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้วยหลักสูตรการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม การพัฒนาศักยภาพด้านการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ การพัฒนาทักษะการจัดการกระบวนการนโยบายสาธารณะ ฯลฯ

๔. การพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมเชิงนโยบาย เกิดรูปแบบและแนวทางใหม่ ๆ ในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ เช่น ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ การจัดการระบบสุขภาพชุมชน มีเครื่องมือและกลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์สุขภาพองค์รวม การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิโดยชุมชน การสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ ฯลฯ

๕. การสร้างวัฒนธรรมการมีส่วนร่วม หรือการพัฒนาระบบการประชาธิปไตยแบบปรึกษาหารือ เกิดการพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา (Participatory Public Policy Process based on Wisdom: 4P-W) ที่เน้นการใช้ความรู้การนำหลักฐานทางวิชาการและความรู้จากประสบการณ์มาใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย ผ่านกระบวนการที่เปิดกว้างและโปร่งใส และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เสริมสร้างธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพแบบเครือข่าย

๖. การสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับนานาชาติ ในการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม การเป็นต้นแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพให้กับประเทศต่าง ๆ และเครือข่ายความร่วมมือระหว่างประเทศด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะ จนได้รับการยอมรับในเวทีนานาชาติในฐานะนวัตกรรมทางสังคม องค์การอนามัยโลกได้ยกย่องกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ของประเทศไทยเป็นนวัตกรรมทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย สุขภาพ และการพัฒนานโยบายที่ลดช่องว่างและความเหลื่อมล้ำทางสังคม ตลอดจน การพัฒนากลไกการอภิบาลแบบมีส่วนร่วม สร้างความเชื่อมั่นและยอมรับระหว่าง ชุมชนและสถาบันของรัฐ ซึ่งจะช่วยแก้ไขปัญหานี้ในภาวะวิกฤตได้

นอกจากนี้ ในการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก (World Health Assembly) ครั้งที่ ๗๗ พ.ศ. ๒๕๖๗ ได้เป็นแกนนำร่วมกับนานาประเทศในการผลักดันการพัฒนา การมีส่วนร่วมทางสังคม จนเป็นมติที่ประชุมของประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลก เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการมีส่วนร่วมในบริบทของประเทศต่าง ๆ ต่อไป

๗. การเชื่อมโยงกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) การดำเนินงาน ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อน เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนหลายประการ อาทิ เป้าหมายที่ ๓ การมีสุขภาพและ ความเป็นอยู่ที่ดี เป้าหมายที่ ๑๐ ลดความเหลื่อมล้ำ เป้าหมายที่ ๑๖ สังคมสงบสุข ยุติธรรม ไม่แบ่งแยก และเป้าหมายที่ ๑๗ ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งผล การขับเคลื่อนการดำเนินงาน ตามเป้าหมายการพัฒนาเหล่านี้ได้ส่งผลต่อเป้าหมายอื่น ๆ ไปพร้อมกันด้วย

ผลการพัฒนาและแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่าง ๆ ทั้งที่กล่าวมาข้างต้น เป็นเพียงส่วนหนึ่ง ที่มาจากการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในสังคม จะมีความเข้มแข็งและต่อเนื่องได้ มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับกำลังของการมีส่วนร่วม ตลอดจนสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง การพัฒนาที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา ไม่เป็นเพียงแสดงให้เห็นความสำเร็จในเชิงปริมาณ แต่ยังสะท้อนการเปลี่ยนแปลงเชิงคุณภาพที่เกิดขึ้นในสังคมไทยทั้งในแง่ของวัฒนธรรม การมีส่วนร่วม การใช้ความรู้ในการพัฒนานโยบายสาธารณะ และการสร้างความเข้มแข็ง ให้กับชุมชนและภาคประชาสังคม อันเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพ ที่ยั่งยืน

มองไปข้างหน้า: บทบาท ความท้าทายและโอกาส

บทบาทและความคาดหวังในการพัฒนาสังคมไทย พระราชบัญญัติสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้มีส่วนสนับสนุนการวางรากฐานสำคัญในการปฏิรูประบบ สุขภาพไทยผ่านการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมและการใช้ปัญญาในการพัฒนานโยบาย สาธารณะแบบมีส่วนร่วม ในอนาคตบทบาทของกฎหมายฉบับนี้จะยิ่งทวีความสำคัญ ในการเป็นเครื่องมือขับเคลื่อนการพัฒนาสังคมไทยในหลายมิติมากขึ้น ได้แก่ **การสร้างสังคมประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม** โดยเปิดพื้นที่ให้ประชาชนและภาคส่วน ต่าง ๆ ร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะที่มีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง **การลด**

ความเหลื่อมล้ำในสังคม ผ่านการพัฒนานโยบายที่คำนึงถึงความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการสุขภาพของทุกกลุ่มประชากรต่าง ๆ **การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น** ด้วยการส่งเสริมให้ชุมชนมีศักยภาพในการจัดการระบบสุขภาพของตนเอง ฯลฯ

ในส่วนของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติในฐานะฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ปรับบทบาทเพื่อรองรับความท้าทายมาโดยตลอดในอนาคต โดยมุ่งเน้นทิศทางหลัก กล่าวคือ**การเป็นองค์กรนวัตกรรมทางสังคม** มีการพัฒนาเครื่องมือและกลไกใหม่ ๆ ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคม การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อขยายการมีส่วนร่วมและเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนานโยบายสาธารณะ การสร้างแพลตฟอร์มดิจิทัลสำหรับการมีส่วนร่วมพัฒนานโยบายสาธารณะ การพัฒนาระบบวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย **การเป็นผู้เอื้ออำนวยกระบวนการเชื่อมประสานข้ามภาคส่วน** โดยการสร้างพื้นที่กลางในการสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการร่วมแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนพร้อมกับการพัฒนาศักยภาพคนรุ่นใหม่ สร้างนักพัฒนานโยบายสาธารณะรุ่นใหม่ ที่มีทักษะและความเข้าใจในการทำงานแบบมีส่วนร่วม **การเป็นองค์กรจัดการความรู้** พัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะในยุคดิจิทัล การพัฒนาต่อยอดในอนาคต เพื่อรับมือกับความท้าทายในอนาคต การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ที่มุ่งเน้น **การบูรณาการข้ามศาสตร์และข้ามภาคส่วน** เพื่อรับมือกับปัญหาที่ซับซ้อนและเชื่อมโยงมากขึ้น **ตลอดจนการขยายความร่วมมือระดับนานาชาติ** แลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาความร่วมมือกับนานาชาติในการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม โดยมีความคาดหวังร่วมกับสังคมในการที่จะให้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนสังคมไทยไปสู่สังคมสุขภาพะที่เป็นธรรมและยั่งยืน ด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบต่ออนาคตของประเทศไปด้วยกัน



การพัฒนาธรรมเนียมคุณภาพแห่งชาติ และพื้นที่
สู่การพัฒนา ระบบคุณภาพของประชาชน

บทที่ ๒

เด็กและเยาวชนเรียนรู้ มีความสุข คุณภาพชีวิตดี ด้วยธรรมาภิบาลคุณภาพสถานศึกษา

เด็ก เยาวชน และสถานศึกษา ถือเป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนไทยให้มีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา และมีสุขภาวะที่ดีภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย เพื่อเติบโตเป็นพลเมืองที่ดี มีคุณภาพตามทิศทางการพัฒนาประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การทำสภาพแวดล้อมและระบบนิเวศให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีและการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในทุกกลุ่มวัยและทุกระดับเพื่อนำไปสู่เป้าหมายระบบสุขภาพและสังคมที่เป็นธรรม

กระทรวงศึกษาธิการและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จึงได้ร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ จับมือสานพลังขับเคลื่อนระบบสุขภาพสถานศึกษาและสุขภาพ ๔ มิติ (กาย จิต ปัญญา และสังคม) ของผู้เรียนผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมด้วยเครื่องมือธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา โดยได้มีการร่วมมือขับเคลื่อนระบบสุขภาพสถานศึกษาผ่านกระบวนการและเครื่องมือธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา ระหว่างกระทรวงศึกษาธิการและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ผ่านการลงนาม **“บันทึกความร่วมมือการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา”** ร่วมกัน เมื่อวันที่ ๑๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ภายใต้จุดประสงค์เพื่อการดำเนินงานในลักษณะหุ้นส่วนการพัฒนาที่เน้นแนวทาง **“จับมือกันไว้ แล้วยไปด้วยกัน”** เพื่อนำไปสู่เป้าหมายสำคัญ คือ **“เรียนดี มีความสุข คุณภาพชีวิตดี”**



หลังจากที่มีการลงนาม กระทรวงศึกษาธิการและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ก็ได้ร่วมกันดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ในหลากหลายรูปแบบความร่วมมือ ได้แก่

๑. การเสวนาแลกเปลี่ยนทิศทาง ยุทธศาสตร์ เป้าหมาย การพัฒนา การศึกษาลงสู่การปฏิบัติในพื้นที่ สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ร่วมเสวนาแลกเปลี่ยนผ่านเวทีวิชาการของกระทรวงศึกษาธิการ เพื่อกำหนดทิศทาง การขับเคลื่อน การบริหารการศึกษาของประเทศไทย

๒. การทำงานร่วมกันในกลไกคณะกรรมการและคณะทำงานของทั้ง ๒ หน่วยงาน ได้แก่ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุน และติดตามการขับเคลื่อนธรรมนูญ ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ ลงวันที่ ๒๙ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยการทำงานร่วมกันภายใต้คณะกรรมการและคณะทำงาน ของทั้ง ๒ หน่วยงานนี้ ถือเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่ทำให้มีกลไกและรูปแบบการดำเนินงาน เพื่อขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพของกระทรวงศึกษาธิการสู่การปฏิบัติ มีการส่งเสริม สุขภาพแบบองค์รวมต่อการสร้างภูมิคุ้มกันและความเข้มแข็งทางด้านปัญญา ร่างกาย จิตใจ และสังคม ตามเป้าหมายและแนวคิดของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ รวมไปถึงแนวทางและกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมด้วยเครื่องมือ ธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา

๓. การประกาศนโยบาย “ศึกษา Take care ดูแลใจ มอบความรัก เต็มเต็ม ความสุข” ภายใต้การดำเนินงานของคณะทำงานขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพของ กระทรวงศึกษาธิการ

๔. การประกาศจุดเน้นด้านสุขภาพองค์รวมของกระทรวงศึกษาธิการ ภายใต้ นโยบาย “เรียนดีมีความสุข” กระทรวงศึกษาธิการได้ประกาศจุดเน้นด้านสุขภาพ องค์รวมของกระทรวงศึกษาธิการ ภายใต้นโยบาย “เรียนดีมีความสุข” เพื่อเป็นกรอบ ทิศทางในการขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพของกระทรวงศึกษาธิการ

๕. การมอบนโยบายการพัฒนาและขับเคลื่อนระบบสุขภาพของสถานศึกษา ให้ทุกส่วนงานภายใต้กระทรวงศึกษาธิการ บูรณาการความร่วมมือในระดับพื้นที่: เรียนดี มีความสุข คุณภาพชีวิตดี ในการประชุมสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาติ ได้นำเสนอถึงคุณค่าและความสำคัญของการพัฒนาสุขภาพทั้ง ๔ มิติ ได้แก่ กาย จิต ปัญญา และสังคม ของผู้เรียน โดยใช้กรอบแนวคิดของธรรมนูญว่าด้วย ระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นต้นแบบในการพัฒนาเพื่อนำไปสู่สุขภาพที่ดีของผู้เรียนและ สถานศึกษา

๖. การจัดทำคู่มือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพสถานศึกษาด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม: ธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา ซึ่งเป็นความร่วมมือของสำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการและสำนักวิชาการและนวัตกรรม สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ โดยสาระสำคัญของคู่มือฉบับนี้ มุ่งเน้นการอธิบายหลักการสำคัญและแนวทางการจัดทำธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา เพื่อให้สถานศึกษาสามารถนำไปประยุกต์หรือใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบสุขภาพของสถานศึกษาในแต่ละบริบทได้ตามความเหมาะสม

๗. การเสริมศักยภาพแกนนำขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษาในสถานศึกษานำร่อง โดยความร่วมมือของกระทรวงศึกษาธิการและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สำหรับประเด็นด้านสุขภาพที่สำคัญที่สถานศึกษาทั้ง ๔ ภาค นำมาพัฒนาเป็นธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา ได้แก่ (๑) สุขภาพกาย เช่น ทูพโภชนาการ การออกกำลังกาย ปัญหาอบายมุข ยาเสพติด บุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า อุบัติเหตุทางถนนและโรคติดต่อ (๒) สุขภาพจิต เช่น โรคซึมเศร้า การทำร้ายตัวเอง ติดเกม ติดโทรศัพท์ (๓) สุขภาพทางปัญญา เช่น ทักษะชีวิตและการจัดการปัญหาด้วยสติรู้เท่าทัน (๔) สุขภาพทางสังคม เช่น วินัยและมารยาททางสังคมของนักเรียนนักศึกษา (๕) ด้านสภาพแวดล้อมสถานศึกษา เช่น น้ำเน่าเสีย ขยะ ป่ารอบสถานศึกษา สภาพแวดล้อมในสถานศึกษา ห้องน้ำในสถานศึกษา และความเสี่ยงอุบัติเหตุโดยรอบสถานศึกษา

ในความคืบหน้าของการยกร่างธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษานั้น สถานศึกษาต่างอยู่ระหว่างการดำเนินการยกร่างธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา โดยมีตัวอย่างธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษาที่ดำเนินการยกร่างธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษาแล้ว ได้แก่ ธรรมนูญปัจจัยเสี่ยงด้านอบายมุขและสารเสพติดรอบสถานศึกษา โรงเรียนสมาราขินี จังหวัดตรัง พ.ศ. ๒๕๖๗ ธรรมนูญปัจจัยเสี่ยงของบุหรี่ไฟฟ้าในสถานศึกษา โรงเรียนเซนต์โยเซฟแม่ระมาด จังหวัดตาก พ.ศ. ๒๕๖๗ ธรรมนูญว่าด้วยการป้องกันและควบคุมการใช้ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้าในสถานศึกษาโรงเรียนอนุบาลเขलगค์ร์ตันอนุสรณ์ พ.ศ. ๒๕๖๗ ธรรมนูญปัจจัยเสี่ยงด้านอบายมุขรอบสถานศึกษา โรงเรียนนริทัตต์วิทยา จังหวัดสกลนคร พ.ศ. ๒๕๖๗ ธรรมนูญสุขภาพอาหารปลอดภัยโรงเรียนบุญวาทย์วิทยาลัย จังหวัดลำปาง พ.ศ. ๒๕๖๗ ธรรมนูญปัจจัยเสี่ยงโรคที่มีเยุงเป็นพาหะของสถานศึกษา โรงเรียนบ้านแม่อกผากรู จังหวัดตาก พ.ศ. ๒๕๖๗ ธรรมนูญสุขภาพ โรงเรียนหนองหินวิทยาคม จังหวัดเลย พ.ศ. ๒๕๖๗ เป็นต้น

บทที่ ๓

รรมนำโลก: นโยบายสาธารณะ-บนพื้นฐานพระธรรมวินัย

การออกมาสะท้อนปัญหาสุขภาพพระสงฆ์ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ภายใต้กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ โดยผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่นำเสนอโดยเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนาได้ก่อให้เกิดแรงกระเพื่อมของภาคีเครือข่ายในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจนกระทั่งได้รับฉันทมติเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๕ พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ

เส้นทางการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ได้เกิดการประชุมมหาเถรสมาคม ครั้งที่ ๕/๒๕๕๙ เมื่อวันที่ ๒๙ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙ เรื่อง รายงานการประชุมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ มติ ๗ พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ จากนั้นก็ได้มีการจัดทำแนวทางการพัฒนาและขับเคลื่อนงานสุขภาพพระสงฆ์

ในการประชุมมหาเถรสมาคม ครั้งที่ ๗/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๒๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ กรรมการมหาเถรสมาคม มีมติรับทราบ แนวทางการพัฒนาและมอบหมายให้ดำเนินการ ดังนี้ (๑) ให้ดำเนินการวัดส่งเสริมสุขภาพและธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ เข้าสู่แผนงานสาธารณสุขสงเคราะห์ของคณะสงฆ์ (๒) ให้มีการตั้งคณะทำงานพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพที่ครอบคลุมการทำงานพัฒนาและขับเคลื่อนวัดส่งเสริมสุขภาพและธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ โดยสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ เจ้าคณะภาค และหน่วยงานองค์กร ภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องสนับสนุนการดำเนินงาน (๓) ให้วัดเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพของพระสงฆ์ จากนั้นฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคมก็ได้นำคณะสงฆ์ พุทธศาสนิกชน หน่วยงาน องค์กร ภาคีเครือข่ายและสมาชิกสมัชชาสุขภาพในทุกระดับ ร่วมประกาศธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ได้มีการประชุมคณะกรรมการมหาเถรสมาคม ครั้งที่ ๑๔/๒๕๖๖ มติที่ ๓๓๖๖/ ๒๕๖๖ เรื่องร่างธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๖ และแนวทางการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (๑) รับทราบร่างและแนวทางการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๖ (๒) ให้คณะกรรมการฝ่ายต่าง ๆ ของมหาเถรสมาคมให้การอนุเคราะห์สนับสนุนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๖ (๓) มอบสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติให้ส่งเสริมสนับสนุนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ



พระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๖ สู่การปฏิบัติ (๔) รับทราบการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ

จากการสานพลังภาคีเครือข่ายในกระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมจากการขับเคลื่อน ได้แก่

๑. เกิดกลไกร่วมในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์

โดยการขับเคลื่อนเพื่อบรรลุเป้าหมายสำคัญ ๓ ประการ ได้แก่ (๑) พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย (๒) ชุมชนและสังคมกับการอุปถุฏฐากพระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัย และ (๓) บทบาทพระสงฆ์กับการเป็นผู้นำด้านสุขภาพของชุมชนและสังคม มีความจำเป็นต้องมีกลไกการขับเคลื่อนที่ดัดองมีองค์ประกอบที่ครอบคลุมจาก ๓ ภาคส่วน คือ ภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคเอกชน ในทุกระดับ ดังนี้

การขับเคลื่อนฯ โดยกลไกระดับชาติ คือ คณะกรรมการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๖ ซึ่งเกิดขึ้นจากการร่วมกันพิจารณาสานพลังขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๖ ของหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ประกอบด้วยหน่วยงานองค์กรที่ร่วมพิจารณาถึง ๑๘ หน่วยงาน ได้แก่ (๑) คณะกรรมการฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม และคณะกรรมการฝ่ายต่าง ๆ ของมหาเถรสมาคม (๒) มหาวิทยาลัยมหจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (๓) มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย (๔) เครือข่ายพระสงฆ์สาธารณสุขสงเคราะห์ (๕) สำนักนายกรัฐมนตรี (๖) สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ (๗) กระทรวงสาธารณสุข (๘) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (๙) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (๑๐) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (๑๑) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (๑๒) สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (๑๓) กรมอนามัย

(๑๔) กรมการแพทย์ (๑๕) กรมการศาสนา (๑๖) กรมการปกครอง (๑๗) สถาบันบรมราชชนก และ (๑๘) แพทยสภา

การขับเคลื่อนฯ โดยกลไกระดับพื้นที่ โดยที่ผ่านมาจากกรดำเนินการดำเนินงานจับคู่ วัดและสถานพยาบาล จำนวน ๑๐,๔๙๑ แห่งทั่วประเทศ ส่งผลให้เกิดการดำเนินงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่จำนวนมาก เช่น ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธเชิงบูรณาการ ศูนย์ประสานงานสุขภาพวิถีพุทธ เครือข่ายพระคิลานุปัฏฐากระดับจังหวัด นอกจากนี้ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพพื้นที่ ได้มีการพัฒนาธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์พื้นที่ เช่น จังหวัดสุโขทัย ล้านนา รวมถึงธรรมนูญโรงเรียนพระปริยัติธรรม เป็นต้น

๒. เกิดการขับเคลื่อนภายใต้เป้าประสงค์ “พระแข็งแรง” โดยมีแนวทางดังนี้

๑) พระภิกษุและสามเณรได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ มีพระภิกษุและสามเณรที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ จำนวน ๘๑,๕๔๒ รูป ด้านความร่วมมือเพื่อการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ สามารถจับคู่ ๑ วัด ๑ สถานพยาบาลได้ จำนวน ๙,๖๒๒ แห่ง โดยมีพระสงฆ์เข้ารับการรักษาเบาหวาน จำนวน ๑๙,๖๙๔ รูป

๒) มีพระภิกษุและสามเณรเข้ารับการอบรมหลักสูตรพระคิลานุปัฏฐาก โดยมีพระภิกษุและสามเณรที่ผ่านการอบรมแล้ว จำนวนทั้งสิ้น ๑๕,๑๕๖ รูป ครอบคลุม ๕,๑๖๙ ตำบล

๓) การขับเคลื่อนโครงการสงฆ์ไทยไกลโรค โดยการสนับสนุนของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

๔) การตรวจสอบสิทธิเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ มีพระภิกษุและสามเณรที่ได้รับการตรวจสอบสิทธิเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข จำนวน ๑๖๔,๐๐๔ รูป

๓. การขับเคลื่อนภายใต้เป้าประสงค์ “วัดมั่นคง”

(๑) เกิดการพัฒนาภูมิชีวภิบาล เพื่อการอุปัฏฐากดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้าย จำนวน ๒๔ แห่ง รวม ๗๔ เตียง

(๒) การพัฒนายกระดับสถานชีวภิบาลในวัดและชุมชน จากที่มีจำนวน ๑๗๙ แห่ง ในจำนวนนี้เป็นสถานชีวภิบาลในวัด จำนวน ๑๓๘ แห่ง โดยมีวัดที่ผ่านการประเมินตามมาตรฐานสถานชีวภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนาแล้ว ๑๓๙ แห่ง

(๓) มีวัดส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์การประเมินรับรอง ๒๑,๗๒๗ แห่ง

ซึ่งจะมีการยกระดับเป็นวัดรอบรู้สุขภาพ รวมถึงการพัฒนาโรคนิเวศวิทยา หรือ Health Station @Temple เพื่อการส่งเสริมการปฏิบัติศาสนกิจของพระคิลานุปัฏฐากประจำวัด

๔. การขับเคลื่อนภายใต้เป้าประสงค์ “ชุมชนเป็นสุข”

(๑) มีวัดร่วมพัฒนาชุมชนคุณธรรม ตามโครงการชุมชนคุณธรรมขับเคลื่อนด้วยพลังบวร จำนวน ๔,๙๑๑ แห่ง

(๒) การสร้างเสริมสุขภาพผ่านการสนับสนุนโดยกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยได้มีการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในด้านต่าง ๆ เช่น การขับเคลื่อนโครงการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์สาธารณสงเคราะห์และสนับสนุนกลไกศูนย์ประสานงานเพื่อสร้างสังคมสุขภาวะ

ปัจจุบันภายใต้การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๖ ให้ความสำคัญกับความร่วมมือด้านการจัดการข้อมูลพระสงฆ์ การสร้างเสริมสุขภาพ การรองรับการดูแลอุปัฏฐากพระสงฆ์อาพาธระยะท้าย รวมถึงการสานพลังการพัฒนาและขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการร่วมของหน่วยงานภาคี (Collective Action Plan) ที่จะเชื่อมโยงและการส่งเสริมบทบาทวัดและพระสงฆ์ให้เป็นผู้นำด้านสุขภาวะในทุกมิติและทุกระดับ ซึ่งจะเป็นการเปลี่ยนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ จากภาพพจน์ประสงค์สู่การสานพลังการขับเคลื่อนสุขภาวะโดยมีองค์กรพระพุทธศาสนาเป็นแกนหลักของสังคม ตามแนวทาง “ใช้ทางธรรม นำทางโลก”

บทที่ ๔

การพัฒนาธรรมนุญสุภาพแห่งชาติ สู่การพัฒนาระบบสุภาพพอประชาชน

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ สำนักคณะกรรมการสุภาพแห่งชาติ ได้ขับเคลื่อน “ธรรมนุญสุภาพพื้นที่” ผ่านความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและหน่วยงานต่าง ๆ โดยได้มีการสนับสนุนและผลักดันการนำธรรมนุญสุภาพแห่งชาติไปประยุกต์ใช้แล้วมากกว่า ๑,๐๐๐ ฉบับ ซึ่งได้ผลักดันให้เกิดธรรมนุญสุภาพที่สำคัญ เช่น ธรรมนุญสุภาพกรุงเทพมหานคร ธรรมนุญระดับเขตในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ธรรมนุญสุภาพเมืองพัทยา ธรรมนุญสุภาพพื้นที่ตำบลและธรรมนุญสวัสดิการชุมชน เป็นต้น

“ธรรมนุญสุภาพพื้นที่” เป็นการดำเนินการตามกรอบทิศทางธรรมนุญว่าด้วยระบบสุภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งเป็นกรอบแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุภาพของประเทศไปสู่เป้าหมาย “ระบบสุภาพที่เป็นธรรม” ตามมาตรา ๔๖-๔๘ แห่งพระราชบัญญัติสุภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นธรรมนุญว่าด้วยระบบสุภาพแห่งชาติใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงระบบสุภาพที่พึงประสงค์ของไทย โดยเป็นข้อตกลงร่วมและเป็นแนวคิดในการไปสู่ทิศทางการพัฒนาระบบสุภาพที่นำไปอ้างอิงเพื่อประยุกต์ใช้ภายในองค์กรหรือในชุมชน

ในการสนับสนุนการขับเคลื่อนธรรมนุญสุภาพพื้นที่ สำนักคณะกรรมการสุภาพแห่งชาติได้ร่วมมือกับหลายภาคส่วนในการดำเนินงานสำคัญ ๆ ดังนี้

๑) สนับสนุนการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนุญสุภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา “ท้องถิ่น” หรือ “พื้นที่” ถือเป็นนวัตกรรมที่สำคัญในระบบสุภาพของประเทศไทยในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลสุภาพของประชาชนจากหลายภาคส่วนในสังคม ซึ่งการประกาศใช้ธรรมนุญสุภาพในเขตเมือง (Urbanization) เปรียบเสมือนแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ด้านสุภาพ ที่ผ่านกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมของคน กลไกและเครือข่ายภายในพื้นที่

ช่วงที่ผ่านมา กรุงเทพมหานครได้มีการประกาศใช้ธรรมนุญสุภาพระดับเขตจำนวน ๒๒ ฉบับ ซึ่งเป็นการขับเคลื่อนผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร โดยมีกรุงเทพมหานครซึ่งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกการประสานหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่าย เพื่อร่วมค้นหาปัญหาและความต้องการของ



ประชาชน ตลอดจนร่วมวางแผนและส่งเสริมให้เกิดการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ และมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้ประชาชนเกิดความตระหนักต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพและสามารถพึ่งตนเองได้

จากการดำเนินการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระดัดเขตผ่านกองทุนสุขภาพเขต ในช่วงที่ผ่านมาได้รับการอนุมัติโครงการจำนวน ๔๒๑ โครงการ ซึ่งกำลังจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านบวกต่อสุขภาพของประชาชนอย่างประเมินค่ามิได้

ในขณะเดียวกัน พื้นที่เมืองพัทยา ก็ได้มีการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวน ๔ ฉบับ ได้แก่ (๑) ธรรมนูญสุขภาพเมืองพัทยา (๒) ธรรมนูญสุขภาพชุมชนเกาะล้าน (๓) ธรรมนูญกลุ่มอาชีพ ร่มเตียง ริมชายหาด และ (๔) ธรรมนูญกลุ่มอาชีพ นวดแผนไทยริมชายหาด

๒) สนับสนุนการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพรับมือสังคมสูงวัย
ตำบล สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้เดินหน้ารณรงค์สนับสนุนและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพรับมือสังคมสูงวัยตำบลอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อใช้ธรรมนูญสุขภาพเป็นกรอบทิศทางการเตรียมความพร้อมรับมือสังคมสูงวัยในพื้นที่ตำบล เชื่อมโยงกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับท้องถิ่น รวมถึงกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยสนับสนุนการดำเนินการสนับสนุนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่รับมือสังคมสูงวัย จำนวน ๖๘ พื้นที่ (ตำบล) ครอบคลุมแล้ว ๑๘ จังหวัด

๓) สนับสนุนการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพการจากระบบอาหารและโภชนาการ และการดูแลสุขภาพในมิติต่างๆ ของกลุ่มเปราะบางทางโภชนาการ สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติร่วมกับหน่วยงานสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร (องค์การมหาชน) กรมอนามัย และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สนับสนุนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพใน ๕ พื้นที่ ประกอบด้วย ตำบลแม่สา จังหวัดเชียงใหม่ ตำบลค้อใหญ่ จังหวัดอุดรธานี ตำบลวังน้ำเขียว จังหวัดนครปฐม ตำบลท่าเรือ จังหวัดนครศรีธรรมราช และตำบลบ่อทราย จังหวัดสงขลา โดยมีการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพพร้อมกันทั้ง ๕ แห่ง

๔) สนับสนุนการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญสร้างวัฒนธรรมชุมชนสุจริต สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสภาองค์กรชุมชน สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) และสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ เขต ๕ และ ๖ สนับสนุนการจัดธรรมนูญสร้างวัฒนธรรมชุมชนสุจริตในภาคเหนือ เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยได้สนับสนุนการขับเคลื่อนรวม ๘๓ พื้นที่ ครอบคลุม ๙ จังหวัด โดยมีเป้าหมายเพื่อใช้ธรรมนูญในการสร้างการมีส่วนร่วมและสร้างเครือข่ายในการต่อต้านการทุจริต และส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนมีวัฒนธรรมสุจริต

๕) สนับสนุนการจัดทำและขับเคลื่อนการจัดทำธรรมนูญสวัสดิการชุมชน สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติร่วมกับเครือข่ายสวัสดิการชุมชนจังหวัดกำแพงเพชร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัดกำแพงเพชร จัดทำธรรมนูญสวัสดิการชุมชนสีขาว โดยมีเป้าหมายเพื่อใช้ธรรมนูญเป็นกรอบทิศทางการขับเคลื่อนสวัสดิการชุมชนให้เกิดการยอมรับ โปร่งใส เกิดการมีส่วนร่วม และชุมชนทุกกลุ่มได้เข้าถึงสวัสดิการชุมชนได้อย่างเท่าเทียม ในปัจจุบันมีการสนับสนุนการจัดทำธรรมนูญฯ นำร่องในจังหวัดกำแพงเพชรใน ๓ ตำบล ได้แก่ ตำบลทรวงธรรม อำเภอเมือง ตำบลระหาน อำเภอบึงสามัคคี และตำบลหนองคล้า อำเภอไทรงาม

๒) สนับสนุนการจัดทำและขับเคลื่อนการจัดทำธรรมนูญพระสงฆ์ สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดแพร่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย เครือข่ายคณะสงฆ์ภาค ๖ คณะสงฆ์ภาค ๗ คณะสงฆ์จังหวัดแพร่ เครือข่ายพระคิลานุปัฏฐาก ภาคเหนือ คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขตพื้นที่ ๑ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑ จังหวัดเชียงใหม่ ศูนย์อนามัยที่ ๑ จังหวัดเชียงใหม่ เครือข่ายมหาวิทยาลัยมหจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เครือข่ายโรงเรียนพระปริยัติธรรม โรงพยาบาลแพร่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ รวมถึงจังหวัดในภาคเหนือตอนบน ประกอบด้วยเชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง เชียงราย พะเยา แพร่ น่าน และแม่ฮ่องสอน โดยมีเป้าหมายเพื่อใช้ธรรมนูญดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ที่มีสัญชาติไทย และพระสงฆ์ที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน รวมถึงกลุ่มภิกษุณี เข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาล และสิทธิด้านอื่น ๆ

ทั้งนี้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์จะเอื้อให้มีการใช้ภูมิปัญญาด้านสุขภาพของพื้นที่ในการดูแลคณะสงฆ์ที่ครอบคลุมกับบริบทของภาคเหนือมากขึ้น และยังจะเป็นการส่งต่อความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพจากพระสงฆ์ไปสู่ชุมชนและญาติโยมที่มาวัดต่อไป เพื่อให้ทุกคนมีสุขภาพที่ดีขึ้นด้วย



บทที่ ๕

พลังความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ในการสร้างธรรมณูสุขภาพพื้นที่

“ท้องถิ่น” หรือ “พื้นที่” ล้วนแล้วแต่มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของประชาชน ในการดำเนินงานขับเคลื่อนธรรมณูสุขภาพพื้นที่ สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้ความร่วมมือกับหน่วยงานและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ได้สะท้อนถึงความสำเร็จของการนำธรรมณูสุขภาพพื้นที่ไปใช้เป็นกรอบกำหนดทิศทางในการสร้างระบบสุขภาพพื้นที่ตำบลหลายแห่งครอบคลุมในหลายจังหวัด ซึ่งได้สะท้อนให้เห็นถึงพลังความร่วมมือของภาคีเครือข่ายรวมถึงการมีส่วนร่วมของคนในพื้นที่ ที่ร่วมกันผลักดันจนสามารถเกิดเป็นธรรมณูสุขภาพพื้นที่ที่จับต้องได้ ได้แก่

๑) ธรรมณูสุขภาพตำบลท่าเรือ จังหวัดนครศรีธรรมราช

องค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ดำเนินงานจัดทำนโยบายสาธารณะเรื่องภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์และเด็ก รวมไปถึงการรองรับสังคมสูงวัย



ในการดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนธรรมณูสุขภาพตำบลท่าเรือ ได้มีการจัดทำงบประมาณจากกองทุนหมู่บ้านและดำเนินการผ่านความร่วมมือของทุกภาคส่วนในพื้นที่เพื่อดำเนินโครงการต่าง ๆ ได้แก่ โครงการปรับสิ่งแวดล้อมรองรับสังคมสูงวัย โครงการก่อสร้างอาคารฟื้นฟูผู้สูงอายุ โครงการเตรียมการอย่างสุขใจ สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ตลอดจนการดำเนินงานได้มีความร่วมมือกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

นครศรีธรรมราช มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ยังมีภาคประชาสังคมและเอกชนในพื้นที่ร่วมสนับสนุนและผลักดันด้วย จากการดำเนินงานโครงการดังกล่าว ทำให้มีการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพเมื่อวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗ โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานมิติด้านต่าง ๆ ได้แก่ (๑) มิติด้านสุขภาพและบริการสุขภาพ (๒) มิติด้านสังคมและสวัสดิการ (๓) มิติด้านเศรษฐกิจ และ (๔) มิติสภาพแวดล้อมและบริการสาธารณะ



๒) ธรรมนูญสร้างสุขทุกช่วงวัยตำบลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

ตำบลบ่อพลอย อีกหนึ่งพื้นที่ในจังหวัดกาญจนบุรี ได้ร่วมมือในการสนับสนุนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่

ภายใต้กรอบการทำงาน ดังนี้ (๑) บรรลุเป็นข้อบัญญัติท้องถิ่นและแผนพัฒนาท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนตำบลบ่อพลอย (๒) จัดตั้งคณะศึกษาดูงานที่ศูนย์เรียนรู้ชุมชน (๓) จัดทำเพชฌัญญูและประชาสัมพันธ์ข้อมูลต่าง ๆ ผ่านเพชฌัญญู “ศูนย์เรียนรู้รองรับสังคมสูงวัยตำบลบ่อพลอย” (๔) ลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือกับสำนักงานพัฒนาสังคม ในการสร้างอาชีพเพื่อรองรับสังคมสูงวัย และประกาศวาระ “ตำบลเข้มแข็งตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” (๕) สนับสนุนงบประมาณขับเคลื่อนงานผ่านโครงการต่าง ๆ เช่น โครงการจัดการฝึกอบรมทักษะการประกอบอาชีพตามถนัดในหลักสูตรการเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์จากผ้าเพื่อการพาณิชย์ โครงการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบ่อพลอย และโครงการบ้านนออยู่ หน้าบ้านน้อมอง



๓) ธรรมนูญสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงวัยเทศบาลตำบลหนองบอน จังหวัดตราด

ตำบลหนองบอน อำเภอโป่งไร่ จังหวัดตราด เป็นอีกหนึ่งพื้นที่ที่มีการขับเคลื่อนทั้งหมด ๑๒ หมวด ๔๓ ข้อ ในปี ๒๕๖๖ ได้มีแผนพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและสร้างเสริมการดูแลสุขภาพทุกช่วงวัย โดยได้รับการสนับสนุนผ่านงบประมาณของท้องถิ่นส่งผลให้เกิดโครงการต่างๆ ดังนี้ (๑) โครงการส่งเสริมกิจกรรมของผู้สูงอายุ เพื่อให้สุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ (๒) โครงการส่งเสริมสุขภาพคนในชุมชน โดยมีการขับเคลื่อนผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมตรวจคัดกรองโรคตามกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งประเมินสภาวะสุขภาพของคนในชุมชน (๓) โครงการส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพใจ เพื่อสนับสนุนให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

๔) ธรรมนูญสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงวัยตำบลแสนสุข อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ได้มีการดำเนินการจัดทำแผนงานรองรับสังคมสูงวัย แผนงานการยกระดับการพัฒนาเมืองรองรับสังคมสูงวัยด้วยกระบวนการธรรมนูญสุขภาพ และแผนปฏิบัติการโครงการจัดตั้งศูนย์ One Stop Service ตำบลแสนสุข เพื่อให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่

๕) ธรรมนูญรองรับสังคมสูงวัยภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอสรรพพยา จังหวัด ชัยนาท

ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ หลังจากที่ได้มีการประกาศใช้ธรรมนูญรองรับสังคมสูงวัยภายใต้วิถีชีวิตใหม่ในอำเภอสรรพพยา จังหวัดชัยนาท จากนั้นภาคีเครือข่ายและหน่วยงานต่าง ๆ ในจังหวัด ก็ได้ร่วมกันขับเคลื่อนการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ตลอดจนพื้นที่สาธารณะในชุมชน เพื่อปรับสร้างสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่บนพื้นฐานความเป็นประชาธิปไตย โดยได้มีการผลักดันให้เกิดความร่วมมือเพื่อปรับสภาพบ้านประเภท “ทำร่วม” จำนวน ๓๒๙ หลังคาเรือน ได้มีการจัดอบรมหลักสูตร “ช่างชุมชน” เพื่อเพิ่มสมรรถนะการปรับสภาพบ้านและพื้นที่สาธารณะในชุมชนให้รองรับสังคมสูงวัยประจำตำบล รวมไปถึงการช่วยเหลือในการซ่อมแซม ปรับปรุง และขับเคลื่อนการจัดตั้งศูนย์อยู่ดีระดับตำบลร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

นอกจากนี้ หน่วยงานด้านสาธารณสุขในจังหวัดยังได้ร่วมกันขับเคลื่อนโมเดลการมีส่วนร่วมสร้างเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เป็นกลไกขับเคลื่อนทั้งในระดับตำบลและหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยมีองค์ความรู้และทักษะเพื่อให้สามารถปรับบทบาทการดูแลภาวะความดันโลหิตสูงของกลุ่มเป้าหมายได้ ซึ่งจากเดิมเป็น “อสม. Family based” ก็ได้มีการพลิกโฉมใหม่เป็น “อสม. Case problem based” เพื่อวางแผนการพัฒนาสุขภาพ และสนับสนุนทุนสำหรับพัฒนาร่วมกัน โดยมี Node Flagship จังหวัดชัยนาท เป็นศูนย์กลางสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้และพัฒนา

๖) ธรรมนูญสร้างวัฒนธรรมชุมชนสุจริต

ธรรมนูญสร้างวัฒนธรรมชุมชนสุจริต เปรียบเสมือนเครื่องมือในการผลักดันการสร้างวัฒนธรรมสุจริต สู้การป้องกันและปราบปรามการทุจริตในชุมชน ตลอดจนการดำเนินงานที่ผ่านมาได้มีการขยายผลไปสู่การจัดทำธรรมนูญสร้างวัฒนธรรมสุจริตชุมชน โดยเครือข่ายสภาองค์กรชุมชน ๘๓ พื้นที่ ครอบคลุมใน ๗ จังหวัด โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้มีการดำเนินงานร่วมกับชุมชนต่าง ๆ ดังนี้

ตำบลศาลาแดง อำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ ได้มีการจัดทำธรรมนูญการจัดการน้ำวัดกระเจิงาม และธรรมนูญสร้างวัฒนธรรมชุมชนสุจริตตำบลหนองกระเจา อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ โดยได้ใช้ธรรมนูญเป็นกรอบในการสร้างการมีส่วนร่วม

ของชุมชนในการสนับสนุนการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพจิตชุมชน

ตำบลทุ่งพง อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี เป็นอีกหนึ่งพื้นที่ที่ให้การสนับสนุนและเป็นแกนสำคัญในการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงาน โดยได้รับรางวัล “เครือข่ายพื้นที่สีขาวต้นแบบในการป้องกันและเฝ้าระวังการทุจริต” ซึ่งจัดโดยสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตภาครัฐ

๗) ธรรมนูญรองรับสังคมสูงวัยอำเภอศรีมาศ

จังหวัดสุโขทัย เป็นอีกหนึ่งพื้นที่ที่ได้ร่วมผลักดันธรรมนูญรองรับสังคมสูงวัยอย่างเข้มข้น โดยได้รับรางวัลหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ ๒ ประเภท Poster Presentation “การพัฒนารูปแบบและกลไกระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยใช้ธรรมนูญชุมชน พัฒนานโยบายสาธารณสุขรองรับสังคมสูงวัยสู่ Model Healthy city model’s อำเภอศรีมาศ จังหวัดสุโขทัย” ในงานมหกรรมระบบสุขภาพปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ ๒ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๗

แม้ว่า “ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่” จะเป็นกรอบกำหนดทิศทางในการสร้างระบบสุขภาพของท้องถิ่นและพื้นที่ แต่ความสำเร็จในการขับเคลื่อนนั้น จะเกิดขึ้นไม่ได้เลย หากขาดการมีส่วนร่วมของคนในพื้นที่ที่รู้ปัญหา รู้ความต้องการ และร่วมกันผลักดัน จนเกิดเป็นธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ที่จับต้องได้ เจกเช่นตัวอย่างความสำเร็จข้างต้น ซึ่งสะท้อนพลังของคนในพื้นที่ภายใต้ความต้องการของคนในพื้นที่อย่างแท้จริง

บทที่ ๖

นโยบายสาธารณะของคนเขาพัง โดยคนเขาพัง เพื่อคนเขาพังสุขภาพะดี

การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy: PHPP) เป็นทิศทางและกระบวนการที่สำคัญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพและความเข้มแข็งของพื้นที่ โดยแต่ละพื้นที่ที่มีความซับซ้อนและแตกต่างหลากหลายตามบริบท สำหรับที่ตำบลเขาพัง พวกเขา “ร่วมกันทำ” สิ่ง que เรียกว่า “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผ่านธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุเขาพัง เพื่อสุขภาพะดี ที่ดี ตำบลเขาพัง อำเภอบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี” โดยความร่วมมือจากหลากหลายภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการกำหนดกติกาชุมชนที่เรียกว่า “ธรรมนูญสุขภาพ” ซึ่งได้มีกรรขัยยับขับเคลื่อนอย่างเป็นทางการ นับตั้งแต่ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๖ หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของ Covid-19 ในประเทศไทย โดยตำบลเขาพัง มีช่วงเวลาการสร้างการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

๑) สร้างทีมร่วมทำงานนโยบายสาธารณะ

ก่อนการแพร่ระบาดของ Covid-19 ภายในตำบลเขาพัง มีหลากหลายภาคีเครือข่ายที่ทำงานเพื่อสังคมในพื้นที่อยู่แล้ว โดยมีลักษณะไม่เป็นทางการ เป็นการรวมกลุ่มกันหลวม ๆ เพื่อทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งร่วมกัน



เวทีประชุมคณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลจึงเป็นจุดเริ่มต้นของ “การรวมคน” และ “สร้างทีมร่วมทำงานนโยบายสาธารณะ” โดยเชิญภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่มาร่วมให้ข้อมูล ถอดบทเรียนการทำงานที่ผ่านมาของพื้นที่ฉายให้เห็นภาพโอกาสการพัฒนาพื้นที่ซึ่งเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ของจังหวัด และได้ร่วมจัดตั้งเป็นภาคีร่วมพัฒนา ปัจจุบันทีมร่วมทำงานนโยบายสาธารณะของตำบลเขาพัง มีมากกว่า ๑๖ ภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วน และมีทีมสนับสนุนการทำงานมากกว่า ๓๑ ภาคีเครือข่าย

จากนั้น ได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานธรรมนูญสุขภาพ ตำบลเขาพัง อำเภอตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย คณะทำงานธรรมนูญสุขภาพ ตำบลเขาพัง และคณะอนุกรรมการ ๕ อ. ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้ ๑) กำหนดแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานจัดทำธรรมนูญสุขภาพ ๒) สนับสนุนและส่งเสริมให้ท้องถิ่นและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ๓) เสนอแนะและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องการจัดธรรมนูญสุขภาพต่อหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ๔) ประสานงานกับทุกหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการบูรณาการในการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ๕) ติดตามและประเมินผลงานจัดทำธรรมนูญสุขภาพในตำบล ๖) ปฏิบัติการในพื้นที่จัดทำธรรมนูญสุขภาพให้เป็นไปตามแผนที่เสนอไว้ให้คณะกรรมการทุกท่านที่ได้รับการแต่งตั้ง ปฏิบัติหน้าที่โดยเคร่งครัด ด้วยความวิริยะอุตสาหะ เพื่อให้งานมีประสิทธิภาพสูงสุด บรรลุตามวัตถุประสงค์ ตามโครงการที่กำหนดไว้

๒) สื่อสารเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง

ตลอดกระบวนการทำธรรมนูญสุขภาพของตำบลเขาพัง มีการสื่อสารเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงให้กับผู้รับสารทั้งด้านของทัศนคติเชิงบวกต่อกระบวนการทำงาน การสร้างภาคีเครือข่ายร่วม โดยมีการสื่อสารทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การสื่อสารในการประชุมต่าง ๆ ของหมู่บ้าน ประกาศของหน่วยงานหรือแม้แต่การสื่อสารในวงน้ำชาตอนเช้าในตลาด วิชุมชน การลงพื้นที่เยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุข การสื่อสารผ่านช่องทาง Social Media เช่น กลุ่มไลน์ต่าง ๆ Facebook ของหน่วยงาน คลิปสั้น โดยเน้นความร่วมมือจากคนในชุมชน

๓) สร้างกระบวนการมีส่วนร่วม

ธรรมนูญสุขภาพของผู้สูงอายุเขาพัง เพื่อสุขภาวะที่ดี ตำบลเขาพัง เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วม ได้แก่ **ร่วมคิด** โดยทุกคนได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาของพื้นที่โดยมีทีมวิชาการทั้งในและนอกพื้นที่ช่วยสรุปสาระสำคัญ

และทำข้อมูลเพื่อให้เห็นภาพร่วมกัน จากนั้นจึง **ร่วมวางแผน** สร้างภาพฝัน ภาพ
พึงประสงค์ของพื้นที่ต่อประเด็น “ผู้สูงอายุ” ร่วมกัน ทั้งนี้ ธรรมนูญฉบับนี้จะครอบคลุม
ถึงประชาชนทุกคน ทุกกลุ่มวัยในตำบล เนื่องจากการจะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข
จำเป็นต้องเริ่มเตรียมตัวและเตรียมพร้อมในทุก ๆ ด้าน ตลอดจน **ร่วมตัดสินใจ** โดย
ประชาชนเขาพังทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่นำไปสู่ข้อปฏิบัติร่วมใน **“๕ อ.”**
ซึ่งผ่านการระดมสมองในเวทีกว้างธรรมนูญสุขภาพและรับฟังความคิดเห็น จึงนำไป
สู่การร่วมดำเนินการ ในทุกข้อตกลงจะมีเจ้าภาพหลักในการดำเนินการ อีกทั้งสามารถ
นำไปปฏิบัติได้จริง สุดท้ายแล้วทุกหน่วยงาน ทุกภาคีเครือข่าย และประชาชนเขาพัง
ทุกคน **ร่วมรับประโยชน์** จากธรรมนูญสุขภาพฉบับนี้ เหนือสิ่งอื่นใด ทุกคนรับรู้ถึง
“ความเป็นเจ้าของร่วม”

๔) สานพลังสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

หลังจากประกาศใช้ **รัฐธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุเขาพัง เพื่อสุขภาวะที่
ตำบลเขาพัง** ก็ได้มีการนำไปขับเคลื่อน โดยแต่ละข้อตกลงในธรรมนูญสุขภาพมี
เจ้าภาพหลักดำเนินการร่วมกับภาคีสนับสนุน และประชาชนในพื้นที่ จนเกิดรูปธรรม
ความสำเร็จ ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุเขาพัง เพื่อสุขภาวะ
ที่ดี เป็น “นโยบายสาธารณะที่จับได้ต้องได้” โดยได้ดำเนินการภายใต้ข้อปฏิบัติ **“๕ อ.”**
ดังนี้

๑) **อ.อาหาร** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านเขี้ยวหวาน-
ไกรสร ได้มีการลงพื้นที่สำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภค หวาน มัน เค็ม กินผักในครัวเรือน
นอกจากนี้ ชมรมผู้สูงอายุบ้านเขี้ยวหวานยังได้ส่งเสริมการจัดปิ่นโตสุขภาพในการ
ตักบาตรและร่วมกิจกรรมทางศาสนา

๒) **อ.อโรคยา** สำนักงานเกษตรจังหวัดสุราษฎร์ธานี ร่วมกับกลุ่มวิสาหกิจ
ผู้ปลูกพืชสมุนไพร พัฒนาผลิตภัณฑ์ชาชงผักเชียงดา เพื่อเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพ
ทางเลือกสำหรับทุกช่วงวัย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สนับสนุน
โครงการพัฒนาอาชีพผู้สูงอายุในชั่วโมงโรงเรียนผู้สูงอายุ เช่น การผลิตลูกประคบ
การทำยาหม่องไหล

๓) **อ.ออกกำลังกาย** เทศบาลตำบลเขี้ยวหวาน ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุข
อำเภอบ้านตาขุน จัดกิจกรรม Chiewlarn Healthy เพื่อให้คนในชุมชนมีพื้นที่สำหรับ
ออกกำลังกาย รวมทั้งมีกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจสำหรับครอบครัว

๔) **อ.อนามัยสิ่งแวดล้อม** สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สนับสนุน
โครงการพัฒนาอาชีพผู้สูงอายุในชั่วโมงโรงเรียนผู้สูงอายุ เช่น การผลิตกระดาษผ้าจากถั่ว

ข่าวสาร Recycle นอกจากนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านเขี้ยวหลาน-ไกรสร ยังได้ร่วมกับสถานประกอบการในพื้นที่และชมรมผู้สูงอายุ จัดทำโครงการธนาคารขยะ

๕) อ.อุบัติเหตุ เทศบาลตำบลเขี้ยวหลาน จัดทำระบบเมืองสุขภาพดิจิทัล โดยมีการออกแบบนโยบายสุขภาพด้วยฐานข้อมูลดิจิทัลของชุมชน (Smart Policy) การแจ้งเตือนภาวะวิกฤตอัตโนมัติตลอด ๒๔ ชั่วโมง (Smart Alert) การติดตามสัญญาณชีพและข้อมูลสุขภาพรายบุคคลผ่าน Smart Device (Smart Monitoring) การออกแบบแผนการรักษารายบุคคลด้วย Digital Platform (Smart Careplan) การออกเหตุรวดเร็วแม่นยำด้วย GPS (Smart Response) และการเชื่อมโยงดูแลทุกระดับตั้งแต่จุดเกิดเหตุถึงที่หมายอย่างปลอดภัย (Smart Transfer) พร้อมด้วยเทศบาลตำบลเขี้ยวหลานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านเขี้ยวหลาน-ไกรสรและอาสาสมัครสาธารณสุข ก็ได้มีการสำรวจบ้านและจัดการบ้านกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ



๕. เสริมพลัง สร้างกำลังใจ

ทีมร่วมทำงานนโยบายสาธารณะและคณะทำงานธรรมนูญสุขภาพ ตำบลเขาพัง มีการพัฒนา ทบทวน การทำธรรมนูญสุขภาพตลอดกระบวนการ โดยใช้แนวคิดการประเมินผลเพื่อพัฒนา (Development Evaluation: DE) เกิดวงพูดคุยหรือเปิดพื้นที่ กลางสำหรับการทำงานร่วมกัน สิ่งที่เขาเขาพังร่วมดำเนินการกำลังผลิตดอกออกผล หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกพื้นที่ “เห็นความสำคัญ ให้การยอมรับและ ยกย่อง” ต่อการมีส่วนร่วมผลิตนโยบายสาธารณะของคนเขาพัง โดยคนเขาพัง เพื่อ คนเขาพังสุขภาพะดี ซึ่งเป็นการเสริมพลังคนเขาพัง สร้างกำลังใจให้คนทำงาน

สุขภาพผู้สูงอายุเขาพัง เพื่อสุขภาพะดี ตำบลเขาพัง อำเภอบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นเพียงหนึ่งตัวอย่างของการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ การจัดการปัญหาภายในชุมชนได้ด้วยตนเอง ซึ่งสร้างการเปลี่ยนแปลงในมิติด้านต่าง ๆ ที่คนเขาพังสามารถใช้กระบวนการนโยบายสาธารณะผ่านธรรมนูญสุขภาพได้ด้วย ตนเอง ส่งผลให้คนเขาพังมีสุขภาพะดีและยั่งยืน ซึ่งอาจจะเป็นแรงบันดาลใจให้กับ ชุมชนอื่น ๆ ในการร่วมมือร่วมใจเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงได้เช่นกัน



ใหม่ สร้างสุขภาวะไทยยั่งยืน

New Wealth for Health



การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม
จากกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
/ พื้นที่และประเด็น

บทที่ ๗

ส่งเสริมสังคมไทยให้ “ปลอดภัย” จากการใช้ “ยา” ที่ไม่เหมาะสม

การบริโภคยาของผู้ป่วยในประเทศไทยมีอัตราที่เติบโตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีมูลค่าการบริโภคยาสูงถึงร้อยละ ๔๑ ของค่าใช้จ่ายสุขภาพ ซึ่งสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว ร้อยละ ๑๐ - ๒๐ โดยหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มสูงขึ้นนั้น เกิดจากการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมหรือการใช้ยาเกินความจำเป็นในทุก ๆ ระดับ ซึ่งมีสาเหตุหนึ่งมาจากการขาดความรู้และผลจากการโฆษณาและส่งเสริมการขายเกินจริงที่ผิดกฎหมาย

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ได้มีการผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จนเกิดเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ “**มติวิกฤตการณ์เชื้อแบคทีเรียดื้อยาและการจัดการปัญหาแบบบูรณาการ**” ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ที่ชีวิตมนุษย์ สัตว์ พืช และสิ่งมีชีวิตต่าง ๆ เกี่ยวเนื่องกัน โดยเราไม่สามารถมองปัญหาและการแก้ไขแบบแยกส่วนได้อีกต่อไป ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้เกิด “**มติการจัดการเชิงระบบสู่ประเทศไทยใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง**” เพื่อมุ่งให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความรอบรู้ และสามารถดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างปลอดภัย ซึ่งทั้งสองมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้ มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันที่สำคัญคือ การทำให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและปลอดภัยจากการใช้ยานั่นเอง

องค์การอนามัยโลกชี้ว่า “ปัญหาแบคทีเรียดื้อยา” เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นในคน สัตว์ หรือสิ่งแวดล้อม นับเป็นหนึ่งในภัยคุกคามทางสุขภาพที่สำคัญ สะท้อนถึงการเข้าสู่ยุคที่การรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียด้วยยาต้านแบคทีเรียไม่ได้ผล จนเกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพและเศรษฐกิจ ขณะเดียวกัน การใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม การใช้ยาคิดเกินจำเป็น การใช้ยาหลายขนานร่วมกัน การสั่งยาไม่เป็นไปตามแนวทางการรักษาและการใช้ยารักษาด้วยตนเองที่ไม่เหมาะสม ฯลฯ ทำให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยา ส่งผลต่อความสูญเสียต่อผู้ป่วย ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศ สูงถึงร้อยละ ๑๐-๔๐ ของงบประมาณสุขภาพของประเทศทั่วโลก

สำหรับสถานการณ์และแนวโน้มในประเทศไทย ทางศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยา ด้านจุลชีพแห่งชาติ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ระบุว่า อัตราการเกิดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาเพิ่มสูงขึ้นและรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่เป็นการเฝ้าระวังในโรงพยาบาล

เป็นหลัก จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สะท้อนให้เห็นว่า ก่อนหน้านี้ เมื่อประชาชนเจ็บป่วยเล็กน้อย มักซื้อยารักษาตนเองมากถึงร้อยละ ๖๐-๘๐ อย่างไรก็ดี ยังพบว่า มีประชาชนบริโภคยาบำรุงและอาหารเสริมเพิ่มมากขึ้น เมื่อประชาชนไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลของรัฐมากขึ้น หรือการไปรับการรักษาและซื้อยาจากแหล่งต่างๆ จึงทำให้เกิดปัญหายาเหลือใช้ที่เกิดจาก ๖ สาเหตุหลัก คือ ๑) ไม่กินยาตามแพทย์สั่ง ๒) หยุดกินยาเองเมื่ออาการดีขึ้น ๓) ปรับลดขนาดยาเอง ๔) ลืมกินยา ๕) รับยาจากหลายแหล่ง และ ๖) ไม่ยอมแจ้งแพทย์ว่ามียาเหลือ นอกจากนี้ ยังพบว่า ร้อยละ ๕๐ ของร้านชำ ขายยาบรรจุเสร็จและยาสามัญประจำบ้าน รองลงมาคือการขายยาปฏิชีวนะ ทำให้มูลค่ายาเหลือใช้เฉลี่ยประมาณ ๓,๐๐๐ บาท/คน

ยังมีข้อมูลที่น่าสนใจในการสำรวจการกระจายยาในหมู่บ้านจำนวน ๑๙๕ หมู่บ้าน เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๓ พบการจำหน่ายยาอันตรายในทุกหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) และยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ สถานการณ์ยังคงเหมือนเดิม โดยพบร้านชำมากถึงร้อยละ ๕๐-๘๐ ขึ้นกับแต่ละพื้นที่ ยังคงมีการจำหน่ายยาที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน เช่น ยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ ยาชุด ยาผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอมปนสเตียรอยด์ ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยในที่สุด

การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้วยกระบวนการแบบมีส่วนร่วม

จากสถานการณ์ปัญหาด้านการใช้ยาของประชาชนในประเทศไทยข้างต้น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในฐานะหน่วยงานหลักที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบเรื่องนี้ ได้ร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการเพื่อป้องกันและลดปัญหาดังกล่าว โดยการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้วยกระบวนการแบบมีส่วนร่วมผ่านเครื่องมือสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ จนเกิดเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ ๘.๕ วิฤตการณ์เชื้อแบคทีเรียดื้อยาและการจัดการปัญหาแบบบูรณาการ และได้แต่งตั้งคณะกรรมการยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ เป็นกลไกดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ฯลฯ

โดยตามข้อมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ ๘.๕ วิฤตการณ์เชื้อแบคทีเรียดื้อยา และการจัดการปัญหาแบบบูรณาการได้ขอให้หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการดังนี้

๑) ขอให้กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เสนอคณะรัฐมนตรีผ่านคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาอนุมัติให้การจัดการปัญหาแบคทีเรียดื้อยาเป็นวาระแห่งชาติ เพื่อให้หน่วยงาน องค์กร และภาคีที่เกี่ยวข้องสามารถประสานงานอย่างบูรณาการอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

๒) ขอให้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกระทรวงศึกษาธิการ ร่วมเป็นเจ้าภาพหลัก ประสานกับหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งภาคประชาสังคมและภาคธุรกิจด้านสุขภาพ ดำเนินการให้มีกลไกกลางระดับชาติเพื่อจัดการปัญหาวิกฤตการณ์แบคทีเรียดื้อยา

๓) ขอให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นกลไกติดตาม สนับสนุน และร่วมดำเนินการผลักดันในส่วนที่เกี่ยวข้อง ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ รวมทั้งการร่วมดำเนินการขับเคลื่อนแผนดังกล่าวสู่การปฏิบัติ

๔) ขอให้สมัชชาสุขภาพจังหวัด ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและส่วนราชการระดับจังหวัด อำเภอ และภาคประชาสังคม โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น ติดตามสนับสนุนและร่วมดำเนินการขับเคลื่อนในพื้นที่เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้เกิดการใช้ยาต้านแบคทีเรียอย่างสมเหตุผลและการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ร่วมสร้างความตระหนักรู้ในหมู่ประชาสังคม รวมทั้งร่วมเฝ้าระวังปัญหาการใช้และการจ่าย จำหน่ายยาต้านแบคทีเรียที่ไม่สมเหตุผลหรือผิดกฎหมาย ทั้งนี้ให้ครอบคลุมการป้องกันและการรักษาพยาบาลในคน สัตว์ และการใช้ในภาคเกษตรกรรม

๕) ขอให้หน่วยงานที่รับผิดชอบการควบคุมตามกฎหมายด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับแบคทีเรียดื้อยาและยาต้านแบคทีเรียร่วมกันบังคับใช้และปรับปรุงกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง เพื่อรองรับการจัดการวิกฤตการณ์แบคทีเรียดื้อยาตลอดวงจรชีวิตของผลิตภัณฑ์ทั้งในส่วนของยามนุษย์ ยาสัตว์ และสารเคมีที่ใช้ในพืช

๖) ขอให้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการประชาสัมพันธ์ร่วมกันสร้างความตระหนักรู้และความเข้มแข็งแก่ภาคประชาชนและเกษตรกร ผ่านการฝึกอบรมและการพัฒนาชุดความรู้ที่เกี่ยวข้องและการดูแลตนเอง การใช้ยาต้านแบคทีเรียอย่างสมเหตุผล การรู้เท่าทันการโฆษณา การใช้สมุนไพรทางเลือก

๗) ขอให้กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข และสภาวิชาชีพ พัฒนาหลักสูตรหรือการจัดการเรียนการสอนเรื่องสุขอนามัย การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดความเจ็บป่วยและสามารถดูแลตนเองในโรคพื้นฐานได้โดยไม่ต้องใช้ยาต้านแบคทีเรีย

๘) ขอให้หน่วยงานประสานหรือสนับสนุนการวิจัยและพัฒนา ร่วมกันกำหนดวาระสำคัญของ การวิจัยและพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเชื้อแบคทีเรียดื้อยา พร้อมทั้งสนับสนุนงบประมาณเพื่อการศึกษาวิจัยและพัฒนาดังกล่าว รวมทั้งต้องมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในวงกว้างให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย

๙) ขอให้กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กำหนดให้มีการพัฒนาระบบงานในสถานพยาบาลและภาคเกษตรกรรม ทั้งนี้หมายรวมถึงบุคลากรสถานที่และทรัพยากร เพื่อเร่งรัดและสนับสนุนการจัดการปัญหาเชื้อแบคทีเรียดื้อยา

๑๐) ขอให้สภาวิชาชีพด้านสุขภาพ องค์การวิชาชีพด้านสุขภาพและภาคการศึกษา ร่วมดำเนินการในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการใช้ยาต้านแบคทีเรียในระดับต่าง ๆ เพื่อสร้างความตระหนักในหมู่บุคลากรด้านสุขภาพ พร้อมทั้งสนับสนุนข้อมูลเชิงวิชาการ และหลักฐานเชิงประจักษ์แก่บุคลากรสุขภาพและประชาชน

๑๑) ขอให้องค์กรธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับยาต้านแบคทีเรีย จัดทำแนวปฏิบัติขององค์กรและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการผลิต นำเข้า ขาย โฆษณาหรือส่งเสริมการขายยา เพื่อลดปัญหาเชื้อแบคทีเรียดื้อยาที่สอดคล้องกับเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาและมีการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง รวมถึงเสนอหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดระบบเพื่อติดตามและเฝ้าระวังการปฏิบัติขององค์กรและบุคลากรอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

สำหรับการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ มติ ๑๒.๔ การจัดการเชิงระบบสู่ประเทศไทยอย่างสมเหตุผลโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง นั้น ได้รับฉันทามติจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๒ พ.ศ. ๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๒๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ มีกลไกหลักในการขับเคลื่อนด้านการจัดการเชิงระบบสู่ประเทศไทยอย่างสมเหตุผลคือ คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติและคณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ได้ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ รวมถึงผู้แทนองค์กรวิชาชีพและตัวแทนผู้บริโภค ซึ่งตามข้อมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ ๑๒.๔ การจัดการเชิงระบบสู่ประเทศไทยอย่างสมเหตุผลโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ได้ขอให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการ ดังนี้

๑) ขอให้กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกระทรวงที่เกี่ยวข้อง สถานพยาบาลและสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทย ผู้นำทางศาสนา อาสาสมัคร ดำเนินการและสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรต่าง ๆ ในชุมชน รวมทั้งร้านค้าเอกชน ในการออกแบบระบบสุขภาพชุมชนและสร้างความตระหนัก สร้างความรู้ เพื่อขับเคลื่อนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดย

คำนึงถึงระบบเทคโนโลยีที่ทันสมัยและวัฒนธรรมประเพณีวิถีชีวิตของประชาชน

๒) ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ ร่วมมือกับหน่วยงานและภาคีที่เกี่ยวข้องสนับสนุนองค์ความรู้และงบประมาณแก่ชุมชนต้นแบบให้มีระบบการเฝ้าระวัง เตือนภัย ตลอดจนสนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน สมุนไพร และแพทย์แผนไทย รวมถึงการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

๓) ขอให้กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และกระทรวงสาธารณสุข ร่วมมือกับหน่วยงานและภาคีในระดับชาติและท้องถิ่น พัฒนาและเผยแพร่ชุดความรู้ที่เข้าถึง เข้าใจ และปฏิบัติได้ง่าย รวมถึงให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับชุมชน โดยมีองค์ประกอบของทุกภาคส่วนให้มีส่วนร่วมในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างสอดคล้องกับบริบทวิถีชุมชน

๔) ขอให้กระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกากระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ รวมถึงกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ดำเนินการควบคุมกำกับติดตามบังคับใช้กฎหมาย ควบคุมโฆษณาที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการใช้ยา พร้อมทั้งสนับสนุนองค์ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักแก่ประชาชนทุกช่วงวัย ทุกกลุ่มประชากร และผู้ประกอบการ

๕) ขอให้หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชน ดำเนินการให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในทุกกลุ่มประชากร

๖) ขอให้หน่วยงานที่ดูแลระบบหลักประกันสุขภาพทั้งรัฐและเอกชน พิจารณาสับสนุนระบบการกำกับดูแลติดตามการเบิกจ่ายยาให้เป็นไปตามแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

๗) ขอให้กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกระทรวงที่เกี่ยวข้อง กำหนดหน่วยงานที่มีภารกิจเฉพาะในการจัดการเชิงระบบที่มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทุกระดับ โดยเป็นกลไกระดับประเทศ

๘) ขอให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ร่วมมือกับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พัฒนารฐานข้อมูลเฝ้าระวังและแจ้งเตือนภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพสำหรับชุมชน เพื่อใช้เป็นแหล่งข้อมูลอ้างอิงที่น่าเชื่อถือและเข้าถึงง่าย

๙) ขอให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยร่วมมือกับผู้ผลิต ผู้นำเข้ายาเร่งพัฒนากลไกการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์ยา โดยคำนึงถึงการใช้จ่ายของประชาชนและนำไปใช้ในระบบสุขภาพ รวมถึงการติดตาม ตรวจสอบเอกลักษณ์ยาที่ถูกต้อง

๑๐) ขอให้กระทรวงสาธารณสุข ร่วมมือกับกระทรวงการต่างประเทศ ดำเนินการในเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในจังหวัดรอยต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน รวมถึงความร่วมมือกับองค์กรระหว่างประเทศในการดูแลผู้ลี้ภัยในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

รูปธรรมความสำเร็จของความร่วมมือในการดำเนินการป้องกันและลดปัญหา

ตามแนวทางการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานมติดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ยังได้มียุทธศาสตร์การขับเคลื่อนโดยการสานพลังความร่วมมือ เน้นการเสริมพลังทางบวก เกิดการต่อยอดและสร้างคุณค่าในการทำงานที่เป็นประโยชน์ร่วมกัน จึงทำให้เกิดการเชื่อมการทำงานกันในระดับพื้นที่ผ่านกลไกต่าง ๆ เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัด คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนที่จัดตั้งขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. ๒๕๕๙ เพื่อทำหน้าที่บูรณาการภารกิจและอำนาจหน้าที่ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมในการพัฒนาและขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน ครอบครัวและชุมชนในระดับพื้นที่ ซึ่งในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๑๐ ได้มีแนวทางสนับสนุนการติดตามและขับเคลื่อนมติดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเชื่อมโยงสู่พื้นที่

โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ ได้พยายามดำเนินการป้องกันและลดปัญหาดังกล่าวร่วมกับทุกภาคส่วน ภายใต้ได้กลไกหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนทั้งในระดับนโยบาย ระดับยุทธศาสตร์ และระดับพื้นที่ ทำให้เกิดผลการดำเนินงานต่าง ๆ มากมาย



สำหรับผลดำเนินการจัดการเชิงระบบสู่ประเทศไทยอย่างสมบูรณ์โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ในระดับนโยบายนั้น คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยได้มีแผนปฏิบัติการด้านการ

พัฒนาระบบยาของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐ ภายใต้วิสัยทัศน์ “ระบบยาที่มั่นคง บนพื้นฐานของการวิจัยและพัฒนา ยา ประชาชนเข้าถึงยาคุณภาพอย่างทั่วถึง และปลอดภัย” เพื่อให้มีการขับเคลื่อนการใช้อย่างสมเหตุสมผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหนึ่งในเป้าหมายสำคัญ คือการพัฒนาคลัง “การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล” หรือ “Rational Drug Use: RDU” เพื่อประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยาและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ ยังได้บรรจุเรื่อง “การพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU province)” ซึ่งเป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข โดยความร่วมมือของกรมในส่วนกลาง ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กองบริหารการสาธารณสุข) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เพื่อนำนโยบายประเทศไทยใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลสู่การปฏิบัติ ในการยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพทั้งรัฐและเอกชน เพื่อแก้ปัญหาภายในชุมชนทั้งด้านการกระจายยาในร้านชำหรือออนไลน์ และการให้ความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

ขณะที่ผลการดำเนินงานระดับพื้นที่ ทำให้มีแผนงานคลังเภรีระวังและพัฒนา ระบบยาระดับภาค โดยมีคลังเภรีระวังและการเฝ้าระวังระบบยาในระดับภาค ๔ ภาค ของศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนา ระบบยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รวมทั้งหมด ๔๐ จังหวัด นอกจากนี้ คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๑๐ ยังได้ขับเคลื่อนการพัฒนาจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลและการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (RDU Province & AMR) โดยพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังระดับชุมชนในพื้นที่นำร่อง ๕ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดมุกดาหาร จังหวัดอำนาจเจริญ และจังหวัดยโสธร ทำให้เกิดการพัฒนาระบบยาในการสร้างความร่วมมือของหน่วยงานเพื่อบูรณาการเครื่องมือ ทรัพยากรและกลไกต่าง ๆ สู่การพัฒนาจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU Province)

ความพยายามในการแก้ปัญหาการบริโภคนยาของผู้ป่วยในประเทศไทย ที่ผ่านการผลักดันให้เกิดเป็นนโยบายสาธารณะ ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ที่ชีวิตมนุษย์ สัตว์ พืช และสิ่งมีชีวิตต่าง ๆ เกี่ยวเนื่องกันนั้น สะท้อนให้เห็นว่า ประเทศไทยไม่อาจแก้ปัญหาดังกล่าวได้เลย หากขาดความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยมีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๘ นั้น ได้ทำให้เกิดการสานพลังของทุกภาคส่วนที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน เพื่อดำเนินงานขับเคลื่อนภายใต้จุดมุ่งหมายเดียวกัน คือการทำให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความรอบรู้ และสามารถดูแลตนเองเบื้องต้น เมื่อประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก็จะปลอดภัยจากการใช้ยา แม้ความร่วมมือของหน่วยงานต่าง ๆ จะยังคงดำเนินต่อไป แต่จะบรรลุผลสำเร็จได้นั้น ประชาชนต้องให้ร่วมมือ

บทที่ ๘

การขับเคลื่อนเพื่อแก้ปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

พยาธิใบไม้ตับมีรูปร่างแบนคล้ายใบไม้ ซึ่งพบในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือของไทย และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวในบริเวณลุ่มแม่น้ำโขง การป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเรื้อรังของประเทศไทย ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยมีกระจายตัวทั่วประเทศ แต่พบอัตราผู้ป่วยมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ เนื่องจากประชาชนนิยมการบริโภคปลาที่ปรุงไม่สุก เมื่อมีพยาธิใบไม้ตับเข้าไปเจริญเติบโตที่ท่อน้ำดีภายในตับ จึงนำไปสู่การเกิดมะเร็งของท่อน้ำดีได้

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีทั่วโลกพบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยที่สูงมากที่สุดในโลก จากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า อัตราผู้ป่วยสะสมในระยะ ๑๐ ปี มีจำนวน ๒๐๐,๐๐๐ ราย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในเขตสุขภาพที่ ๑, ๗, ๘, ๙ และ ๑๐ โดยเฉลี่ยมีผู้ป่วยประมาณ ๒๓,๐๐๐ รายต่อปี คิดเป็นอัตรา ๓๘ ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นอัตราที่สูงที่สุดในโลก

สาเหตุการป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในทั่วโลกยังไม่มีคำตอบชัดเจนว่าเกิดมาจากสาเหตุอะไร แต่ในภูมิภาคลุ่มน้ำโขงและประเทศไทยมีสาเหตุหลักมาจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ หากเชื้อพยาธิใบไม้ตับเข้าไปอยู่ในท่อน้ำดีจะก่อให้เกิดการอักเสบจนเป็นมะเร็ง ซึ่งกระบวนการนี้ใช้เวลาประมาณ ๒๐-๓๐ ปี และสาเหตุของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคปลาน้ำจืดแบบดิบหรือแบบสุก ๆ ดิบ ๆ

ในการแก้ปัญหาเพื่อลดอัตราการป่วยและการตายด้วยมะเร็งท่อน้ำดีนั้น จึงเป็นประโยชน์ต่อประชาชนอย่างยิ่ง หากมีการค้นพบและกำจัดไข่หรือตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับในคน หรือการค้นพบและรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในระยะแรก ๆ ในการป้องกันนั้น ยังต้องบูรณาการการทำงานในด้านต่าง ๆ ไปพร้อมกันด้วย ไม่ว่าจะเป็นการควบคุมทั้งพฤติกรรมเสี่ยง การจัดการสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมการกินที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม ด้วยเหตุนี้ จึงมีการผลักดันให้การนำประเด็นการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน เข้าสู่ระเบียบวาระในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗ พ.ศ. ๒๕๕๗

การขับเคลื่อนเพื่อแก้ปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

สถาบันวิจัยมะเร็งท่อน้ำดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ดำเนินการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้เป็นระยะเวลากว่า ๔๐ ปี โดยมีผลวิจัยพบว่า ทั้งพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งสามารถป้องกันได้ หากตรวจพบมะเร็งท่อน้ำดีในระยะแรกสามารถรักษาให้หายขาดได้ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ สถาบันวิจัยมะเร็งท่อน้ำดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น จึงได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเพื่อดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational Research) ภายใต้ชื่อโครงการนำร่องการพัฒนาาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ปีงบประมาณ ๒๕๕๕ - ๒๕๕๘)

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ได้มีการผลักดันปัญหาดังกล่าวไว้ในระเบียบวาระในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗ พ.ศ. ๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๒๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ ต่อมาได้รับงบประมาณจากสำนักงานประมาณผ่านมหาวิทยาลัยขอนแก่นเพื่อจัดทำโครงการแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (CASCAP) ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๖๑ และได้รับทุนวิจัยจากสำนักงานวิจัยแห่งชาติดำเนินโครงการวิจัยท้าทายประเทศไทยไร้พยาธิใบไม้ตับ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๔

หลังจากมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรคได้จัดทำยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๘ มีการดำเนินงานตั้งแต่ระดับชาติจนถึงระดับพื้นที่ กำหนดวิสัยทัศน์ให้ในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ ประชาชนในทุกหมู่บ้านปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มีจำนวนผู้ป่วยที่ลดลงและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีหน่วยงานที่เข้ามาหนุนเสริมการขับเคลื่อนมติ ดังนี้

๑) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนและกองสุขศึกษา ได้มีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อนำไปเผยแพร่ให้ความรู้กับประชาชน มีการจัดทำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการบริโภค และสนับสนุนเครือข่ายภาคประชาชนในระดับพื้นที่เพื่อพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ “ตำบลวิถีใหม่ปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี”

๒) กรมอนามัย โดยสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำและสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้จัดคู่มือแนะนำสำหรับการทำปลาร้า ปลาส้ม ปล่าจ่อม ที่ถูกสุขลักษณะ ในส่วนกิจการที่เข้าข่ายโรงงานจะต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ ต้องทำให้โรงงานถูกสุขลักษณะตามมาตรฐาน GMP (Good Manufacturing Practice)

โดยได้ออกกฎหมายเพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำไปจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อ
การจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อมในระดับจังหวัด และการก่อสร้างระบบกำจัดสิ่งปฏิกูล
ในระดับพื้นที่

๓) **กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก** โดยสถาบันการแพทย์
แผนไทย ได้จัดทำโครงการขยายผลและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะสุดท้าย
แบบประคับประคองด้วยการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการ เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี
พ.ศ. ๒๕๖๒

๔) **สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์** มีบทบาทในการพัฒนาแนวทาง
การตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ได้มีการจัดทำแนวทาง
การตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี และมีการจัดทำโครงการ
พัฒนาศักยภาพศัลยแพทย์ด้านมะเร็งตับในเขตบริการสุขภาพ

ผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรมในการขับเคลื่อนเพื่อแก้ปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็ง ท่อน้ำดี

จากความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนเพื่อแก้ปัญหาพยาธิใบไม้ตับ
และมะเร็งท่อน้ำดี มีผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งใน “ระดับนโยบาย” และ “ระดับ
พื้นที่” ดังนี้

การผลักดันในระดับนโยบาย

๑) วันที่ ๖ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ กระทรวงสาธารณสุข มีคำสั่งแต่งตั้ง
คณะกรรมการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ “กำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็ง
ท่อน้ำดี” และได้กำหนดการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและลดมะเร็งท่อน้ำดีเป็นนโยบาย
กระทรวงฯ

๒) วันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๕๙ ที่ประชุมคณะรัฐมนตรี มีมติอนุมัติและเห็นชอบ
ตามที่กระทรวงสาธารณสุข เสนอแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับ
และมะเร็งท่อน้ำดี ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๘ ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การป้องกัน
โรคและคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ทั่วถึงและครอบคลุม ยุทธศาสตร์
ที่ ๒ การพัฒนา การวินิจฉัย ดูแลรักษา ส่งต่อให้พัฒนาคุณภาพการวินิจฉัยให้ถูกต้อง
โดยมีระบบส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาคุณภาพชีวิต ต้องพัฒนา
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีทั้งในระดับสถานบริการ ครอบคลุมชุมชน ผสมผสาน
ด้วยการแพทย์แผนไทย และ ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การวิจัยและการจัดการข้อมูล มีการ
ศึกษาวิจัยด้านการแพทย์ใหม่ๆ มีการจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบและใช้ฐานข้อมูล

เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยมีมาตรการเชิงรุกเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน
ควบคุมโรค

จากการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ ได้ก่อให้เกิดนวัตกรรมในการทำงาน ดังนี้

๑) เกิด Isan Cohort เป็นระบบข้อมูลเพื่อติดตามการทำงานในการคัดกรอง
เฝ้าระวังและรักษากลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยถือว่าเป็น
พื้นฐานข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) ที่เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
อันแรกและอันเดียวของโลก

๒) เกิดระบบ Teleradiology Consultation System เป็นระบบที่ใช้ในการ
คัดกรองกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีการลงทะเบียนกลุ่มเสี่ยงมาจากโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลและทำอัลตราซาวนด์จากโรงพยาบาลชุมชน ภาพของการ
ตรวจอัลตราซาวนด์แต่ละครั้งจะถูกส่งเข้าระบบ Cloud สามารถตรวจสอบและยืนยัน
ผลการตรวจโดยแพทย์เฉพาะทางรังสีวิทยา ซึ่งระบบนี้จะช่วยลดปัญหาการขาดแคลน
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและลดค่าใช้จ่ายคนไข้ในการที่จะเดินทางมารับการตรวจทางรังสีวิทยา
ที่ไม่จำเป็น

๓) เกิดชุดตรวจพยาธิใบไม้ตับสำเร็จรูปชนิดเร็ว (OV-RDT) จากปัสสาวะ
สถาบันวิจัยมะเร็งท่อน้ำดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น ภายใต้ความร่วมมือกับสำนักงาน
การวิจัยแห่งชาติ ได้คิดค้นและพัฒนาวัตกรรมการตรวจวินิจฉัยพยาธิใบไม้ตับด้วย
วิธีใหม่ โดยใช้ตัวตรวจจับจำเพาะหรือโมโนโคลนอลแอนติบอดี (Monoclonal antibody)



ที่มีความจำเพาะต่อพยาธิใบไม้ตับและ
เป็นสารตรวจจับสิ่งคัดหลั่งหรือแอนติเจน
ของพยาธิใบไม้ตับในปัสสาวะ

ชุดตรวจปัสสาวะสำเร็จรูปดังกล่าวเป็นการพัฒนาต่อยอดจากการ
ตรวจวิธี ELISA ให้มีรูปแบบที่ง่ายขึ้น
ใช้เวลาสั้นลง เพียง ๑๐ นาที ซึ่งสะดวก
ในการใช้ในภาคสนาม

๔) มีการพัฒนากล้องจุลทรรศน์
แบบ Automatic เพื่อพัฒนาการตรวจ
วินิจฉัยพยาธิใบไม้ตับและหนอนพยาธิ
เพื่อให้มีความสะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น
มีการพัฒนา Stage ให้ทำงานด้วย

Motor พร้อมแท่นวางกล้องสำหรับถ่ายภาพเพิ่มเติมด้วยระบบถ่ายภาพอัตโนมัติ และทำการประมวลผลภาพที่จะนำไปใช้ในการวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็ว

๕) เกิดโรงพยาบาลเครือข่ายคัดกรอง ผู้ระวัง รวมทั้งการวินิจฉัยและรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขเข้าร่วมเป็นเครือข่ายในการดำเนินงาน

๓) วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๐ ได้มีการบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ เรื่องการจัดการเรียนการสอนพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้กับนักเรียนตั้งแต่ระดับปฐมวัยถึงระดับมัธยมศึกษาปีที่ ๓ ในโรงเรียนพื้นที่เสี่ยงอีก ๔๕๙ แห่ง ๒๐๙ ตำบล ๑๓๘ อำเภอ ๒๗ จังหวัด กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงศึกษาธิการ และมหาวิทยาลัยขอนแก่นได้ร่วมจัดทำหลักสูตรสำหรับการเรียนการสอนในระดับชั้นอนุบาล ประถมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนต้น

การขับเคลื่อนในระดับพื้นที่

คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๗ ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๗ มูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี สมัชชาสุขภาพจังหวัด แกนนำโครงการของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ ร่วมขับเคลื่อนประเด็นพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีใน ๔ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยดำเนินการผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอกำหนดเป้าหมาย ๑ จังหวัด ๑ อำเภอ โดยเลือกพื้นที่ที่มีความรุนแรงของปัญหาพยาธิใบไม้ตับมาขับเคลื่อน มีผลการดำเนินงานมีดังนี้ ๑) เกิดความร่วมมือในการรณรงค์ให้ความรู้ในการคัดกรอง Training for the Trainer: Mister and Miss OV CCA “ศรีสมเด็จโมเดล” โดยโครงการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเชิงบูรณาการ ๒) เกิดการบูรณาการการทำงานกับกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ จัดทำแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี แบบบูรณาการ ๓) เกิดแผนขับเคลื่อน “อำเภอต้นแบบกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (District health model)” ๘ อำเภอ ครอบคลุม ๔ จังหวัดในภาคอีสาน

นอกจากนี้ สถาบันวิจัยมะเร็งท่อน้ำดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น ยังร่วมกับภาคีเครือข่ายคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๗-๑๐ พร้อมด้วยสำนักงาน

เขตสุขภาพที่ ๑๐ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๐ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี และคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ ๑๐ อุบลราชธานี ทวีหรือการขับเคลื่อนป้องกันกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และมีมติร่วมกันที่จะร่วมผลักดันให้ประเด็นการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยเฉพาะการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ การตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวนด์



โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี นับเป็นหนึ่งในปัญหาเรื้อรังด้านสาธารณสุขของประเทศไทย การผลักดันปัญหานี้เข้าสู่ระเบียบวาระในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗ พ.ศ. ๒๕๕๗ จึงนับเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการผลักดันเพื่อแก้ไขปัญหา จนนำไปสู่การพัฒนาด้านนวัตกรรมต่าง ๆ เพื่อใช้ในการคัดกรองและเฝ้าระวังตลอดจนการรักษาผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ไม่เพียงเท่านั้น จากการทำดำเนินการเพื่อสร้างการรับรู้ให้แก่ประชาชนและการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารดิบของประชาชนผ่านความร่วมมือกันทั้งเครือข่ายของระบบบริการสาธารณสุขไทย ยังสะท้อนให้เห็นถึงความหวังที่จะยุติ หรือหยุดปัญหาเรื้อรังนี้ได้ในอนาคตอันใกล้อย่างแน่นอน

บทที่ ๙

อาหารกลางวันปลอดภัย เด็กไทยสุขภาพดี

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๘ ถึง พ.ศ. ๒๕๕๒ มีเด็กที่น้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้นถึง ๑.๕ เท่า นอกจากนี้ ยังพบเด็กร้อยละ ๔.๔ เตี้ยกว่าเกณฑ์ อย่างไรก็ตาม ในช่วง ๒ ทศวรรษ (พ.ศ. ๒๕๓๘ - ๒๕๕๗) สัดส่วนของเด็กไทยอายุ ๑ - ๕ ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วน โดยพิจารณาด้วยเกณฑ์น้ำหนักตามส่วนสูงของเด็กไทยก็ยังไม่ลดลงเลย แต่กลับเพิ่มขึ้นจาก ๕.๘% เป็น ๑๑.๔% และภาวะอ้วนในเด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี ก็มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก ๕.๘% เป็น ๑๓.๙% และคาดว่าเด็กไทยจะมีภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนจะเพิ่มสูงขึ้นอนาคต

โดยการคาดประมาณสัดส่วนของเด็กไทยที่มีภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนจะเพิ่มจาก ๒๗% ในปี ๒๕๖๓ เป็น ๓๒.๐% ในปี ๒๕๗๓ (มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๖๒) ซึ่งการจัดการกับปัญหาโภชนาการ คุณภาพอาหาร ความปลอดภัย และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมกรบริโภคที่ดี จึงเป็นปัจจัยสำคัญของระบบอาหารในโรงเรียนที่มีการดำเนินงานมากกว่า ๗ ทศวรรษ (ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๙๕)

การพัฒนานโยบายสาธารณะเรื่องระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน

จากปัญหาสุขภาพโภชนาการดังกล่าว ทำให้การพัฒนานโยบายสาธารณะเรื่องระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนมีความเคลื่อนไหวในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมามากหลายครั้ง อาทิ การจัดประชุมวิชาการในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔ ในประเด็น “ขนมขยแดน” โดยมีกลุ่มทันตแพทย์จัดประชุมวิชาการเกี่ยวกับขนมรอบรั้วโรงเรียนชายขอบหรือโรงเรียนในถิ่นทุรกันดาร นอกจากนี้ยังมีการจัดประชุมวิชาการในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ ในประเด็น “อาหารในโรงเรียนเด็กไทย คุณภาพ ความปลอดภัย ใครกำหนด?” โดยมีการรวบรวมข้อมูลเป็นหนังสือที่สรุปกระบวนการจัดการอาหารโรงเรียน ที่ชี้ให้เห็นว่ากระบวนการจัดอาหารในโรงเรียนจำเป็นต้องอาศัยการทำงานจากหลายภาคส่วน ต่อมาจึงมีการเสนอเรื่องระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนเข้าสู่การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖

จากนั้น ได้มีการขับเคลื่อนและการติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสังคมและสุขภาวะร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้ร่วมกันจัดทำ

แนวทางการขับเคลื่อนและได้กำหนดพื้นที่โรงเรียนต้นแบบที่จะพัฒนาให้เกิดเป็นรูปธรรม โดยได้เริ่มต้นในพื้นที่นำร่องจังหวัดสุรินทร์ ทั้งในระดับโรงเรียนและการขับเคลื่อนเชิงนโยบายระดับพื้นที่ตำบลที่เชื่อมโยงกับผลผลิตทางการเกษตรในชุมชนของกลุ่มเกษตรกรอินทรีย์ซึ่งเป็นต้นทุนของจังหวัดสุรินทร์ โดยมีภาคีเครือข่ายความร่วมมือที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาหารในโรงเรียนดำเนินอยู่แล้วในจังหวัด อาทิ โครงการเด็กไทยแก้มใส เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานและเครือข่ายตลาดนัดสีเขียวเมืองสุรินทร์

ข้อจำกัดการพัฒนานโยบายสาธารณะเรื่องระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน

ถึงแม้ว่าโครงการอาหารกลางวันสำหรับนักเรียนประถมศึกษาได้มีการดำเนินการมากกว่า ๖ ทศวรรษ ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๙๕ แต่การดำเนินการที่ผ่านมายังมีข้อจำกัดเฉพาะที่นโยบายนี้ยังเข้าไม่ถึงการแก้ปัญหาให้กับเด็กและเยาวชนในบางพื้นที่ ประกอบกับการดำเนินการที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมตามยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทยที่คณะกรรมการอาหารแห่งชาติกำหนดไว้ ๔ มิติ คือ ความมั่นคงด้านอาหาร ความปลอดภัยด้านอาหาร คุณภาพอาหาร และอาหารศึกษา จึงทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาทุกโภชนาการ คุณภาพอาหาร ความปลอดภัย รวมทั้งการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมกรบริโภคที่ดี สิ่งเหล่านี้นับเป็นปัจจัยสำคัญของระบบอาหารในโรงเรียน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความไม่มีประสิทธิผลในการจัดการปัญหาสุขภาพของเยาวชนไทยที่สะท้อนจากวิกฤตภาวะโภชนาการสองด้าน (Double burden) คือ การมีโภชนาการที่เกินและขาดพร้อมกัน

ผลจากการตรวจร่างกายในกลุ่มเด็ก ยังสะท้อนว่า ถึงแม้ว่าปัญหาภาวะขาดแคลนอาหารเริ่มลดลง โดยเฉพาะการขาดแคลนสารอาหารแบบมหภาค อย่างเช่น พลังงาน และโปรตีน และยังขาดแคลนสารอาหารแบบจุลภาค อย่างเช่น แร่ธาตุและวิตามิน โดยสอดคล้องกับพฤติกรรมกรบริโภคผักและผลไม้ของเด็กไทยในสัดส่วนที่ต่ำกว่าเกณฑ์ตามที่องค์การอนามัยโลกได้แนะนำ อันส่งผลต่อพัฒนาการและศักยภาพของประชากรตั้งแต่วัยเด็ก ที่สืบเนื่องมาจากการมีลักษณะโภชนาการที่เกินและขาดดังกล่าว

จากการคาดการณ์ พบว่าจำนวนเด็กไทยที่มีภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนจะเพิ่มสูงขึ้นในอนาคต นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านโภชนาการอาหารอื่น ๆ รวมทั้งยังไม่มีนโยบายที่เอื้อต่อการส่งเสริมพฤติกรรมกรบริโภคที่ดีในโรงเรียนที่มีประสิทธิภาพ เช่น การได้รับน้ำตาลล้นเกินจากการบริโภคขนมและเครื่องดื่ม ทำให้ส่งผลเสียต่อสุขภาพและทันตสุขภาพของเด็ก

ปัญหาดังกล่าว ทำให้เกิดความคิดที่จะพัฒนาระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และนโยบายด้านสุขภาพหลายประการ รวมถึงธรรมนูญ

ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ทั้งในหมวดที่ ๔ ที่ระบุถึงการสร้างเสริมสุขภาพต้องเป็นไปเพื่อให้เกิดสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวมทั้งทั้งสังคม โดยมีการดำเนินงานในทุกระดับอย่างครบวงจรตั้งแต่ครรภ์มารดาจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและการดำเนินงานด้วยยุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และในหมวดที่ ๕ ว่าด้วยระบบป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ นอกจากนี้ ยังเกี่ยวข้องกับมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมามากหลายวาระ เช่น มติ ๑.๕ เกษตรและอาหาร ในยุควิกฤต มติ ๒.๘ การจัดการภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

ความเคลื่อนไหวของการพัฒนานโยบายสาธารณะเรื่องระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน

การพัฒนานโยบายสาธารณะเรื่องระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน มีความเคลื่อนไหวในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอีกหลายครั้ง โดยได้มีการจัดประชุมวิชาการ มีการเก็บข้อมูลจากอาหารในโรงเรียน มีเวลาเสวนาแลกเปลี่ยน รวมไปถึงมีการรวบรวมข้อมูลเป็นหนังสือที่สรุปกระบวนการจัดการอาหารโรงเรียน เช่น กระบวนการให้ได้มาซึ่งอาหาร กระบวนการเก็บอาหาร ซึ่งชี้ให้เห็นว่า กระบวนการจัดอาหารในโรงเรียน จำเป็นต้องอาศัยการทำงานจากหลายภาคส่วน ซึ่งต้องเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าช่วยพัฒนาระบบอาหารในโรงเรียนทุกระดับทั่วประเทศ ทำให้ข้อเสนอเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเรื่องระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนมีความชัดเจนมากขึ้น

ในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ ได้มีการเสนอแผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้กระบวนการพัฒนาเอกสารและร่างข้อเสนอเชิงนโยบายประเด็นระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนสามารถดำเนินงานบนหลักการมีส่วนร่วม คณะอนุกรรมการวิชาการยังได้แต่งตั้งคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นระบบการจัดการอาหารโรงเรียนเพื่อพัฒนาเอกสารและร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย พร้อมกันนี้ ยังมีองค์กรที่สนับสนุนประเด็นระบบการจัดการอาหารโรงเรียน

โดยระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนได้รับฉันทมติจากที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ เมื่อวันที่ ๑๘ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๗ หลังจากมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติแล้ว คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ก็ได้มอบหมายให้อนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสังคมและสุขภาวะรับไปดำเนินการเพื่อประสานการขับเคลื่อนร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อให้เกิดผลอย่างเป็นรูปผลสัมฤทธิ์ การขับเคลื่อนการพัฒนานโยบายสาธารณะเรื่องระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนอย่างเป็นรูปธรรม

๑) ผลสัมฤทธิ์ในระดับนโยบาย

มีการพัฒนาระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนให้ได้ตามมาตรฐาน พร้อมทั้งผลิตคู่มือการดำเนินงานให้โรงเรียนได้ใช้เป็นแนวทางการดำเนินงาน นอกจากนี้ ยังได้สร้างความเข้าใจให้เกิดขึ้นกับภาคีที่เข้าร่วมอย่างต่อเนื่อง เช่น การถ่ายทอดและสนับสนุนความรู้ สื่อ นวัตกรรมด้านอาหารปลอดภัย รวมทั้งขยายผลแหล่งเรียนรู้ด้านการจัดการอาหารและโภชนาการในชุมชน ศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียน จาก ๗๐๖ แห่ง ในปี ๒๕๕๖ เป็นอย่างน้อย ๓,๐๐๐ แห่งทั่วประเทศ และยังได้สนับสนุนให้เกิดจังหวัดต้นแบบการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านอาหารและโภชนาการ อย่างน้อยภาคละ ๑ จังหวัด

หลังจากที่กระทรวงศึกษาธิการได้อนุมัติงบประมาณค่าอาหารกลางวันสำหรับนักเรียน จาก ๑๓ บาท เป็น ๒๐ บาท ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๒๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ ต่อเมื่อวันที่ ๘ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ในที่ประชุมคณะรัฐมนตรี ได้มีการอนุมัติปรับเพิ่มค่าอาหารกลางวันให้แก่นักเรียนระดับชั้นเด็กเล็กถึงระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ ๖ เป็น ๔ ระดับ ตามขนาดโรงเรียน ได้แก่ นักเรียน ๑ - ๔๐ คน เงินค่าอาหารกลางวัน ๓๖ บาท/คน/วัน นักเรียน ๔๑ - ๑๐๐ คน เงินค่าอาหารกลางวัน ๒๗ บาท/คน/วัน นักเรียน ๑๐๑ - ๑๒๐ คน เงินค่าอาหารกลางวัน ๒๔ บาท/คน/วัน และนักเรียน ๑๒๑ คนขึ้นไป เงินค่าอาหารกลางวัน ๒๒ บาท/คน/วัน

นอกจากนี้ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานเอง ก็ยังได้ขับเคลื่อนเรื่องการจัดอาหารกลางวันในสถานศึกษาให้มีคุณภาพมาอย่างต่อเนื่อง โดยเมื่อวันที่ ๒๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ ได้มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อรณรงค์และพัฒนาการสร้างเครือข่ายโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษาให้มีประสิทธิภาพด้วย

๒) ผลสัมฤทธิ์ในระดับพื้นที่

ได้นำร่องพื้นที่จังหวัดสุรินทร์เพื่อพัฒนาไปสู่พื้นที่ต้นแบบ โดยมีการแต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนและชุมชนจังหวัดสุรินทร์ นอกจากนี้ ยังได้ดำเนินการบันทึกตกลงความร่วมมือ (MOU) ว่าด้วย “ความร่วมมือด้านการขับเคลื่อนสนับสนุนระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนและชุมชนจังหวัดสุรินทร์” ระหว่าง คณะผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้นำชุมชน จำนวน ๑๒ ตำบล

ในการดำเนินงานขับเคลื่อนระดับนโยบาย ได้เร่งรัดให้มีการพัฒนาระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนให้ได้ตามมาตรฐาน พร้อมทั้งผลิตคู่มือการดำเนินงานให้โรงเรียนได้ใช้เป็นแนวทางการดำเนินงาน นอกจากนี้ ยังได้สร้างความเข้าใจให้เกิดขึ้น

กับภาคีที่เข้าร่วมอย่างต่อเนื่อง โดยได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการวิชาการขับเคลื่อนระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนและชุมชน ได้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและวางแผนพัฒนาการขับเคลื่อนอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในพื้นที่เป้าหมาย โดยได้กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน ๓ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การพัฒนาบุคคล ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การบริหารจัดการวัตถุดิบ ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การบริหารจัดการงบประมาณ โดยแต่ละพื้นที่จะร่วมนำไปผลักดันให้บรรลุเป็นแผนงานโครงการในระดับตำบล

ในการดำเนินงานตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๗ ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๙ คณะทำงานการขับเคลื่อนแผนงานโครงการระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนและชุมชนจังหวัดสุรินทร์ ได้ร่วมกันติดตามสถานการณ์การดำเนินงานและ



แนวทางการพัฒนาในอนาคต เพื่อขับเคลื่อนระบบการจัดการอาหารของโรงเรียนในชุมชนในพื้นที่ทั้ง ๑๒ แห่ง โดยประเด็นที่ทำการติดตามประเมินผล ได้แก่ ๑) การจัดหาวัตถุดิบในพื้นที่ ๒) การใช้โปรแกรม Thai School Lunch ในโรงเรียนประถมศึกษาและในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ๓) สุขภาพโภชนาการ ๔) การบริหารจัดการงบประมาณ ๕) การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการจัดการระบบอาหารในโรงเรียน เช่น ผู้ปกครอง แม่ครัว แม่ค้า เกษตรกรในพื้นที่ ภาคีเครือข่ายที่เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการอาหารเด็ก ๖) ประเด็นอื่นๆ ที่เป็นจุดเด่นของตำบล ๗) ประเด็นข้อค้นพบ และข้อเสนอเพื่อขอรับคำแนะนำ ๘) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย พบว่า พื้นที่ตำบลรูปธรรมแต่ละแห่งมีความพร้อมและศักยภาพแต่ละด้านแตกต่างกัน โดยได้สรุปการขับเคลื่อนการจัดการอาหารในโรงเรียนและข้อค้นพบสำคัญของแต่ละพื้นที่ตามลำดับความก้าวหน้า ดังนี้

๑. พื้นที่รูปธรรม ระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนและชุมชน พื้นที่ตำบล ตาดานี อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ในรูปแบบโรงเรียนกับการใช้โปรแกรม Thai School Lunch

โปรแกรม Thai School Lunch (TSL) หรือระบบแนะนำสำหรับอาหารกลางวัน
สำหรับโรงเรียนแบบอัตโนมัติพัฒนาโดยศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์
แห่งชาติ NECTEC เป็นโปรแกรมที่ช่วยวิเคราะห์เมนูอาหารที่เหมาะสมให้กับโรงเรียน
โดยช่วยในการวิเคราะห์หาปริมาณวัตถุดิบที่จะใช้ประกอบอาหารให้มีคุณภาพทาง
โภชนาการ เหมาะสมกับความต้องการของเด็กวัยเรียนรวมทั้งช่วยวิเคราะห์ต้นทุน
ค่าอาหารกลางวัน จึงช่วยในการบริหารจัดการงบประมาณค่าอาหารกลางวันให้กับ
โรงเรียนได้ชัดเจนมากขึ้น โปรแกรมดังกล่าวได้รับการออกแบบให้ใช้งานผ่านอินเทอร์เน็ต



ข้อมูลต่างๆ จึงเชื่อมโยงและมีความทันสมัยตลอดเวลา สามารถติดตามการใช้งาน
ของแต่ละโรงเรียนได้ ผู้ใช้งานสามารถวางแผนจัดการสำหรับอาหารกลางวันล่วงหน้า
และเผยแพร่สำหรับอาหารต่างๆ ที่ๆ ได้จัดไว้แล้วให้โรงเรียนอื่นๆ นำไปปรับใช้ได้ทันที
จึงเท่ากับเป็นการส่งเสริมให้ทุกโรงเรียนจัดอาหารกลางวันสำหรับนักเรียนได้อย่างมี
คุณภาพ

โรงเรียนบ้านโคกจำเริญ ซึ่งอยู่ในพื้นที่ตำบลตาดานี อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์
ซึ่งเป็นพื้นที่ต้นแบบในการขับเคลื่อนระบบการจัดการอาหาร มีนโยบายและการวางแผน
กระบวนการผลิตวัตถุดิบที่ปลอดภัยในโรงเรียนผ่านการสร้างการมีส่วนร่วมร่วมกับชุมชน

และผู้ปกครองในการจัดหาวัตถุดิบที่ปลอดภัย โดยโรงเรียนได้มีการใช้โปรแกรม Thai School Lunch อย่างเต็มระบบ ทำให้สามารถปรับใช้ มีความยืดหยุ่นในการใช้โปรแกรม ให้สอดคล้องกับวัตถุดิบพืชผัก ผลไม้ตามฤดูกาล ทำให้เกิดการเชื่อมกับชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนตามเป้าหมาย “การศึกษาคือชีวิต ชีวิตคือการศึกษา” มีการเก็บข้อมูล และประเมินผลภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนอย่างเป็นระบบ และพัฒนาการระบบสุขภาพให้ได้มาตรฐานอย่างจริงจังต่อเนื่อง

๒. พื้นที่รูปธรรมระบบการจัดการอาหารปลอดภัยในโรงเรียนและชุมชน ในรูปแบบการจัดการครัวกลาง โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลตำบลเมืองแก อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์

เทศบาลตำบลเมืองแก อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ อีกหนึ่งตัวอย่างที่มีการจัดการโภชนาการที่เรียกว่า “ครัวกลาง” ซึ่งเป็นโครงการที่สนับสนุนการสร้างระบบโภชนาการอาหารที่เหมาะสมของเด็ก ๆ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่อยู่ในความรับผิดชอบของเทศบาล โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครูและชุมชนเป็นที่ตั้ง วัตถุดิบที่ทำอาหารเกือบทั้งหมดกว่าร้อยละ ๘๐ มาจากชุมชน โดยมีโปรแกรม Thai School Lunch หรือระบบแนะนำสำรับอาหารกลางวันสำหรับโรงเรียน ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการเรียนรู้ของแม่ครัวและเจ้าหน้าที่กองการศึกษา เทศบาลตำบลเมืองแก ใช้ในการกำกับการจัดการอาหาร

เทศบาลตำบลเมืองแก เป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อน โดยมีกระบวนการเรียนรู้ ขับเคลื่อนและพัฒนาร่วมกันระหว่างโรงเรียนและชุมชนอย่างต่อเนื่อง จนเป็นต้นแบบการเรียนรู้ในระบบการจัดการอาหาร ต้นแบบครัวกลางสำหรับการจัดการ



อาหารกลางวันของคุณัยพัฒนาเด็กเล็กตำบลเมืองแกที่มีระบบสุขาภิบาลอาหารดีและถูกสุขลักษณะ โดยนำโปรแกรม Thai School Lunch มาใช้อย่างเต็มระบบ ซึ่งทำให้เกิดระบบบริหารจัดการที่ดี นอกจากนี้ ยังเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนผ่านกระบวนการจัดหาวัตถุดิบที่ปลอดภัยภายในชุมชน ส่งผลให้เด็ก ๆ ได้รับประทานอาหารปลอดภัยถูกสุขลักษณะอนามัยและชุมชนมีอาชีพเสริมและมีรายได้เพิ่ม

ระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน ถือเป็นมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มีขอบเขตของสาระสำคัญ ครอบคลุมไปถึงการให้เด็กนักเรียนมีอาหารบริโภคที่ปลอดภัยและถูกต้องตามหลักโภชนาการ นอกจากนี้ยังเป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างอาหาร สุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน โดยเน้นการจัดการคุณภาพและความปลอดภัยของอาหาร รวมทั้งเชื่อมโยงวัฒนธรรมอาหารชุมชน ตลอดห่วงโซ่การผลิต

แม้จะดำเนินการมาเป็นระยะเวลายาวนาน แต่ระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนยังต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานส่วนกลางและท้องถิ่นอีกมาก ทั้งในแง่ของการวางแผนการผลิตอาหารในชุมชนให้เพียงพอต่อการรับซื้อของโรงเรียนและขอบเขตของการจัดสรรงบประมาณที่ยังไม่ครอบคลุมกับการจัดสภาพแวดล้อมของสถานที่ประกอบอาหารให้ถูกสุขลักษณะ รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบการผู้ปกครอง และชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลการบริโภคของเด็กทั้งในขณะที่อยู่โรงเรียนและกลับไปอยู่ที่บ้าน



บทที่ ๑๐

ลดปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพื่อความปลอดภัยทางอาหาร

การแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็นนโยบายสาธารณะที่มุ่งแก้ไข ปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทั้งระบบ โดยมีจุดเน้นที่การจัดการที่ต้นทางโครงสร้าง และเจตนารมณ์ของกฎหมายและการกำกับ รวมถึงการสนับสนุนเกษตรกรที่ปลอดภัย โดยมีเป้าหมายสำคัญของการขับเคลื่อน คือ “สุขภาพของเกษตรกรและผู้บริโภค”

ประเทศไทยเป็นประเทศเกษตรกรรม โดยประชากรในประเทศกว่าร้อยละ ๓๘ ของประชากรทั้งหมดประกอบอาชีพเกษตรกรรม จึงส่งผลให้ประเทศไทยมีการใช้ สารเคมีทางการเกษตรเพื่อควบคุมการระบาดของโรคและแมลงศัตรูพืชได้ระดับหนึ่ง ซึ่งสารเคมีเหล่านั้นได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเกษตรกร ผู้บริโภค สิ่งแวดล้อม และ สังคม ตลอดจนสร้างความสูญเสียมหาศาลทางเศรษฐกิจทั้งในระยะสั้นและยาว

โดยผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรมีความรุนแรงมาก จากผลการสำรวจผักยอดที่นิยมในหมู่ผู้บริโภค ๗ ชนิด ได้แก่ กะหล่ำปลี คะน้า ถั่วฝักยาว ผักกาดขาว ผักบุ้งจีน ผักชี และพริกจินดา ที่ขายในห้างสรรพสินค้าขนาดใหญ่ ตลาดสดและรถเร่ของเขตกรุงเทพมหานคร พบว่ามีปริมาณสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตกค้างเกินมาตรฐานของสหภาพยุโรปถึงร้อยละ ๔๐ โดยประกอบด้วยคาร์โบฟูราท เมโทมิล ไดโครโตพอส และอีพีเอ็น ขณะที่ผลสำรวจของสำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยา ก็พบว่าผักสดในกรุงเทพฯ และปริมาณซลจากจำนวน ๓๕๙ ตัวอย่าง มีอัตราการพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชร้ายแรงตกค้างในผักที่มีเครื่องหมายปลอดภัย และผักที่ไม่มีเครื่องหมายปลอดภัย ปริมาณร้อยละ ๕๑.๘ และ ๖๓.๗ ตามลำดับ

นอกจากนั้น ผลจากการตรวจเลือดในเกษตรกร ยังพบว่า ร้อยละ ๔๐ มีสารเคมี กำจัดศัตรูพืชในเลือดในระดับที่เสี่ยงและไม่ปลอดภัย เช่นเดียวกับผลตรวจในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ที่พบว่ามีเกษตรกร มีผลตรวจเลือดอยู่ในเกณฑ์ไม่ปลอดภัยและเสี่ยงต่อการเกิดพิษ อันเนื่องมาจากการใช้ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงถึงร้อยละ ๑๖.๓๕ หรือ ๘๙,๙๒๖ คน จากจำนวน ๕๖๓,๓๕๓ คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ผลการสุ่มตรวจ พบว่ามีเกษตรกรถึงร้อยละ ๓๘ มีความเสี่ยงทางสุขภาพดังกล่าวด้วย

สถานการณ์ความไม่ปลอดภัยทางอาหารจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและดัชนี เรื่องคุณภาพและความปลอดภัยทางอาหารของไทยได้คะแนนต่ำ ซึ่งถูก Economist Impact Global Food Security Index จัดให้อยู่ในอันดับที่ ๑๐๒ จากทั้งหมด ๑๑๓

ประเทศทั่วโลก ในขณะที่ผลการเฝ้าระวังของ Thai-PAN ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ พบว่าร้อยละ ๖๗ ของตัวอย่างผักผลไม้มีสารพิษตกค้างเกินค่า MRL โดยจากสถานการณ์การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีอันตรายสูง (HHPs) พบว่ามีวัตถุอันตรายทางการเกษตรชนิดที่ ๓ ในจำนวน ๒๓๐ รายการ ที่เข้าเกณฑ์เป็นสาร HHPs ในจำนวนนี้เป็นสารที่ Not Approved ในสหภาพยุโรปถึง ๑๖๘ รายการ

ผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมของประเทศไทยจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรอยู่ในระดับอันตรายร้ายแรง เนื่องจากการผลิตและการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่เป็นอันตรายและมีความเป็นพิษสูงซึ่งตกค้างอยู่ในสิ่งแวดล้อมเป็นเวลานาน โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขก็รายงานการตรวจพบสารเคมีทางการเกษตรในแหล่งน้ำผิวดินในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ โดยพบว่ามีสารเอ็นโดซัลแฟนตกค้างในตัวอย่างแม่น้ำเจ้าพระยาและน้ำประปาในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อมก็ได้รายงานการตรวจพบสารเคมีทางการเกษตรในกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในตัวอย่างดิน อากาศ และแหล่งน้ำผิวดินบริเวณลุ่มน้ำฝาง โดยความเข้มข้นของสารเคมีที่ตรวจพบทั้งหมดยังไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน

การขับเคลื่อนในประเด็นความปลอดภัยทางอาหาร

เนื่องจากการผลิตในภาคการเกษตรปัจจุบันได้มีการใช้สารเคมีกันอย่างแพร่หลายทั้งในรูปของปุ๋ยและยาปราบศัตรูพืช โดยสารเคมีกำจัดศัตรูพืชบางตัวส่งผลเสียร้ายแรงต่อทั้งสุขภาพมนุษย์ ระบบนิเวศและสิ่งแวดล้อม สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย บริษัทห้องปฏิบัติการกลาง (ประเทศไทย) จำกัด สถาบันอาหาร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิชยาเขตกำแพงแสน ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหานี้ รวมทั้งผลกระทบที่จะเกิดต่อสุขภาพทั้งของผู้บริโภคและผู้ผลิต ตลอดจนการปนเปื้อนของสารเคมีอันตรายในสิ่งแวดล้อม จึงได้เสนอ**ประเด็นความปลอดภัยทางอาหาร: การแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช** เป็นระเบียบวาระสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๕ ซึ่งสมัชชาสุขภาพก็ได้ให้การรับรอง เมื่อวันที่ ๒๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๕

ภายหลังการมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติขึ้นแล้ว คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๕ และมอบหมายให้

- ๑) เลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติแจ้งมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ ให้หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ เพื่อพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องตามที่เห็นสมควรต่อไป และ
- ๒) มอบคณะกรรมการขับเคลื่อนติดตามการ

ดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาแสวงหาวิธีการผลักดันและขับเคลื่อน
มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ เพื่อให้บรรลุผลตามควรแก่กรณี

สำหรับหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องต่างๆ มีการดำเนินการขับเคลื่อนมติฯ
หลายส่วน อาทิ การขับเคลื่อนของภาคประชาชน โดยมูลนิธิชีววิถีและเครือข่าย
เตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (Thai PAN) ได้เรียกร้องให้ยกเลิกการใช้สารเคมีอันตราย
๔ ชนิดนี้ โดยขอให้กระทรวงอุตสาหกรรมเร่งออกประกาศพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย
ฉบับปรับปรุงแก้ไข พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งต่อมา คณะกรรมการวัตถุอันตรายได้พิจารณา
เรื่องนี้จนถึงที่สุด และมีมติให้เปลี่ยนระดับการควบคุมสารเคมี ๒ ชนิดคือ อีพีเอ็นกับ
ไดโครโตฟอส จากวัตถุอันตรายชนิดที่ ๓ เป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๔ ห้ามมิให้มีการผลิต
การนำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครอง ส่วนอีก ๒ ชนิดคือ คาร์โบฟูรานและเมโทมิล
ได้ปรับระดับจากวัตถุอันตรายชนิดที่ ๓ เป็น ๔ ยกเว้นสารเมโทมิลสูตร ๔๐% SP และ
สารคาร์โบฟูรานสูตร ๓% GR ให้เป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๓ ยังสามารถใช้ในการเกษตร
ได้ แต่ต้องได้รับอนุญาตขึ้นทะเบียนจากกรมวิชาการเกษตรนอกจากการผลักดันด้าน
กฎหมายแล้ว

นอกจากนี้ การกำหนดค่ามาตรฐานสารพิษตกค้าง และการรณรงค์สร้างความ
ความเข้าใจให้กับสาธารณะก็เป็นเรื่องสำคัญ โดยได้ดำเนินการรณรงค์อย่างสินค้าเกษตร
เพื่อตรวจหาสารตกค้างและเผยแพร่ให้สาธารณะได้รับรู้อยู่เป็นระยะๆ จนหน่วยงานรัฐ
ต้องออกมาชี้แจง และพบว่าแม้หน่วยงานรัฐด้วยกันเอง ก็มีข้อมูลไม่ตรงกันเรื่อง
ค่ามาตรฐานปริมาณสารพิษตกค้างสูงสุด จึงได้จัดเสวนาเรื่องนี้ขึ้น เพื่อประมวล
องค์ความรู้จากแต่ละหน่วยงาน ให้เกิดความเข้าใจตรงกัน รวมทั้งยังได้มีการเสนอให้
มีมาตรการการลดสารตกค้างดังกล่าว เพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภคในระยะยาว
อีกด้วย

สำหรับหน่วยงานภาครัฐกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ได้ร่วมกับกระทรวง
สาธารณสุข กำหนดค่าปริมาณสารพิษตกค้างสูงสุด (Maximum Residue Limit: MRL)
ตามมาตรฐานสากล และส่งเสริมการเผยแพร่ความรู้แก่สังคม นอกจากนี้ ยังได้
มีการหารือกันระหว่างกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวง
อุตสาหกรรม เรื่องการกำหนดมาตรฐานสินค้าเกษตรเพื่อการบริโภค ที่วางจำหน่าย
ภายในประเทศ ให้มีความปลอดภัยและทัดเทียมสินค้าที่ส่งออกจำหน่ายต่างประเทศ
ด้วย โดยสามารถดำเนินการผ่านกลไกที่มีอยู่แล้วของภาคเอกชน ร่วมกับสถาบัน
วิชาการ

ในด้านการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เมื่อวันที่ ๑๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๘
สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงาน

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดการประชุมกับภาคีที่เกี่ยวข้องทั้งรัฐและภาคประชาสังคม เพื่อจัดทำแผนการขับเคลื่อนอาหารปลอดภัยระดับประเทศ เพื่อพัฒนาระบบการส่งเสริม สนับสนุน การสื่อสาร และบูรณาการอาหารปลอดภัยกับหน่วยงาน



ภาครัฐ รวมถึงภาคีเครือข่ายของประเทศ โดยจัดขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙ รวมทั้งการเผยแพร่ข้อมูลด้านความปลอดภัยตลอดห่วงโซ่อาหาร และจัดทำระบบการแจ้งเตือนผลการตรวจสอบการปนเปื้อนของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อสาธารณะ

เพื่อสนับสนุนแผนการขับเคลื่อนนี้ กองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค ก็ได้มีการจัดทำโครงการสายสืบผักสด โดยร่วมกับทางกรมวิชาการเกษตร เครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (Thai PAN) และมูลนิธิผู้บริโภค เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการบริโภคผักและเพื่อสร้างกลไกเฝ้าระวังสารเคมีกำจัดศัตรูพืชภาคประชาชนขึ้น ซึ่งถือเป็นมาตรการเชิงรุกในการป้องกันตัวเองของประชาชนจากการบริโภคผักที่ปนเปื้อนสารเคมีอันตรายด้วย

ส่วนมาตรการการตั้งรับในระดับพื้นที่นั้น กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งคลินิกบริการเกษตรกรภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในชุมชนที่มีความเสี่ยง เพื่อให้ความรู้แก่เกษตรกรในเรื่องการใช้สารเคมีและเพื่อการป้องกันตัวเอง

ดังนั้นสามารถสรุปให้เห็นภาพรวมของการขับเคลื่อนมิติ นี้ โดยหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันผลักดัน ซึ่งได้วางแนวทางออกเป็น ๓ ระยะ ได้แก่ **ระยะต้นน้ำ** ได้มีการจัดทำข้อเสนอแก้ไขปรับปรุงพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ และข้อเสนอจัดทำโครงการศึกษาเพื่อจัดทำร่างกฎหมายสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพื่อคุ้มครองสุขภาพของเกษตรกร ผู้บริโภค และการทำการเกษตรที่ดี **ระยะ**

กลางน้ำ ได้มีการขับเคลื่อนมาตรฐาน แนวทางและการดำเนินการเพื่อให้เกิดการผลิตอาหารที่ปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตลอดจนกระบวนการทั้งห่วงโซ่อาหาร และ **ระยะปลายน้ำ** มีรูปแบบการจัดการประสานความร่วมมือในการผลักดันระบบอาหารปลอดภัย โดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย จนถึงระดับชุมชนที่มีกระบวนการจัดทำระบบรับรองให้ อาหารปลอดภัย

รูปธรรมในการขับเคลื่อนเพื่อจัดการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

เนื่องจากประเทศไทยผลิตถือเป็นแหล่งอาหารที่และเป็นแหล่งอาหารโลก และประชาชนทุกคนควรมีสิทธิพื้นฐานและเสมอภาคในการได้รับบริโภคอาหารที่ปลอดภัย ผลกระทบที่รุนแรง นโยบายการใช้สารเคมีเกษตรขณะนี้ ไม่คุ้มค่าและไม่ใช้ทางเลือกที่ยั่งยืน ถึงเวลาที่ภาครัฐต้องเปลี่ยนแปลงโดยใช้มาตรการทางกฎหมายให้ผู้ผลิตอาหารทั้งระบบมีส่วนร่วมรับผิดชอบและสามารถตรวจย้อนกลับไปสู่ผู้ปกครองได้ เช่น เจ้าของตลาดหรือซูเปอร์มาร์เก็ต พ่อค้าคนกลาง เกษตรกร ผู้ขายสารเคมี ฯลฯ พร้อมหรือเพื่อสร้างความร่วมมือภาคเอกชนสร้างข้อตกลง “สัญญาความปลอดภัยทางอาหาร” โดยองค์กรธุรกิจให้เงินและสนับสนุนการทำงานของภาครัฐและเอ็นจีโอในการตรวจสอบสินค้าและอำนวยความสะดวกในการตรวจสอบพร้อมเปิดเผยข้อมูลสู่สาธารณะ สร้างครัวและอาหารของโลกที่ปลอดภัย ในส่วนของการขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ มีเครือข่ายสมาชิกสุขภาพจังหวัดร่วมกันขับเคลื่อน ดังนี้

๑) เครือข่ายสมาชิกสุขภาพจังหวัดลพบุรี ร่วมกับสำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดลพบุรี สนับสนุนโครงการเสริมสร้างความมั่นคงทางด้านอาหาร “บ้านนี้มีรักปลูกผักกินเอง” ในทุกครัวเรือนและขยายผลโครงการ “ทางนี้มีผล ผู้คนรักกัน” ในพื้นที่ศาลากลางจังหวัดลพบุรี

๒) เครือข่ายสมาชิกสุขภาพจังหวัดสุราษฎร์ธานี ร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ดังนี้

- ๑) ร่วมกับโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์และสมาคมเกษตรอินทรีย์สุราษฎร์ธานี ดำเนินการนโยบายสาธารณะเรื่อง สุราษฎร์ธานีสู่ครัวโลก: เพียงพอ ปลอดภัย สมวัย สร้างเศรษฐกิจฐานราก โดยเกิดการส่งเสริมการกระจายผลผลิตทางการเกษตรโดยมีการขยายพื้นที่แผงจำหน่ายผักปลอดภัยที่ผ่านมาตรฐาน GAP ในโรงพยาบาล ๒) สภานโยบายอาหาร (โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ หรือ UNDP) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ถือเป็นพื้นที่ต้นแบบในการขับเคลื่อนนโยบายอาหารตั้งแต่ต้นน้ำ-กลางน้ำ-ปลายน้ำ ๓) สถาบันนโยบายสาธารณะ ได้มีการจัดทำโครงการชุมชนสีเขียว โดยความร่วมมือกับมูลนิธิป่า-ทะเลเพื่อชีวิต เสนอพื้นที่ปากน้ำท่าม่วง ตำบลวัง อำเภอกำแพง จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นต้นแบบในการนำร่องพัฒนาศักยภาพชุมชนสู่การขับเคลื่อนเศรษฐกิจฐานราก

๓) **เครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดพัทลุง** ร่วมกับภาคีเครือข่ายจัดตั้ง “สภาพัฒนาเมืองลุง” เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนความมั่นคงด้านอาหาร โดยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาด้านการทำแผนงานงบประมาณให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดพัทลุง จนเกิดเป็นแผนชุมชนสู่การพัฒนาท้องถิ่นแบบบูรณาการจังหวัดพัทลุง ประเด็นที่ ๔ จังหวัดอาหารปลอดภัยและรักษาพันธุ์พืช และสร้างจุดเด่นด้านสมุนไพรและการดูแลสุขภาพชุมชน

๔) **คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๒** ร่วมกับห้างเทสโก้ โลตัสจำหน่ายอาหารปลอดภัยในศูนย์อาหาร และร่วมกับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตรในการขับเคลื่อนเกษตรปลอดภัย โดยมีพื้นที่ต้นแบบที่อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก

๕) **คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๓** ร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ จัดทำโครงการพัฒนานวัตกรรมเกษตร มีการสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๘ โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนากลุ่มเยาวชนคนรุ่นใหม่ที่มีความสนใจในการทำเกษตรสมัยใหม่และพัฒนาให้เกิดตลาดชุมชน

๖) **คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๔** ร่วมกับกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบ้านนา สาธารณสุขจังหวัดนครนายก และสมัชชาสุขภาพ จังหวัดนครนายก เสริมสร้างศักยภาพภาคีเครือข่ายในการเสริมสร้างอาหารปลอดภัย ด้วยวิถีชุมชนคนบ้านนา

จากการขับเคลื่อนประเด็นความปลอดภัยทางอาหาร ผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๕ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๕ นั้น นับเป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาการใช้สารเคมีในหลายมิติ ซึ่งทำให้เกิดความร่วมมือในการขับเคลื่อนของภาคีเครือข่ายตั้งแต่ระยะต้นน้ำ ระยะกลางน้ำ และระยะปลายน้ำ แม้จะยังไม่สามารถยุติปัญหานี้ได้ แต่ก็ได้มีรูปธรรมการขับเคลื่อนที่มุ่งให้ประชาชนทุกคนได้รับสิทธิพื้นฐานและเสมอภาคในการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย ลดผลกระทบที่รุนแรงจากนโยบายการใช้สารเคมีเกษตรตลอดจนเกิดการเปลี่ยนแปลงในการกำหนดมาตรการทางกฎหมายให้ผู้ผลิตอาหารทั้งระบบมีส่วนร่วมรับผิดชอบด้วย หากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือในการผลักดันเรื่องนี้ ประเทศไทยจะสามารถลดผลกระทบร้ายแรงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ส่งผลต่อสุขภาพมนุษย์และส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศและสิ่งแวดล้อมได้อย่างแน่นอน

บทที่ ๑๑

การขับเคลื่อนเพื่อปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า

ประเทศไทยเป็น ๑ ใน ๔๐ กว่าประเทศ ที่ปัจจุบันมีกฎหมายห้ามนำเข้า ห้ามจำหน่าย ห้ามให้บริการบุหรี่ไฟฟ้าหรือผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ สอดคล้องกับมติการประชุมรัฐภาคีของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก ครั้งที่ ๗ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ที่ได้เสนอให้รัฐภาคีภายใต้กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO-FCTC) ที่ยังไม่ได้อำนาจห้ามนำเข้าและห้ามจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าให้พิจารณากำหนดนโยบายมาตรการห้ามหรือจำกัดการใช้ รวมถึงการผลิต จำหน่าย บริโภค หรือการโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า

ในช่วง ๑๐ กว่าปีที่ผ่านมา ที่บุหรี่ไฟฟ้าและผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดใหม่ ๆ เริ่มมีการใช้อย่างแพร่หลายในหลายประเทศ รายงานหลักฐานการวิจัยถึงผลกระทบต่อสุขภาพจากบุหรี่ไฟฟ้าเริ่มมีมากขึ้น ซึ่งล้วนสรุปว่าบุหรี่ไฟฟ้าและผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดใหม่ ๆ มีสารเสพติดและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และมีแนวโน้มผลกระทบในระดับทำให้ผู้เสพติดนิโคตินมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

“เด็กและเยาวชน” เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของการทำตลาดผลิตภัณฑ์เหล่านี้ โดยบุหรี่ไฟฟ้าและผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดใหม่ ๆ ไม่เพียงแต่ทำให้เกิดการเสพติดนิโคตินอย่างรุนแรง แต่ยังส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางสมองและสุขภาพร่างกายในระยะยาว สถานการณ์นี้ไม่เพียงเป็นปัญหาส่วนบุคคล แต่ยังมีผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง โดยเฉพาะการขาดมาตรการควบคุมและป้องกันที่มีประสิทธิภาพ การควบคุมและป้องกันการใช้นิโคตินจึงกลายเป็นภารกิจที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการปกป้องสุขภาพของเด็กและเยาวชนในท้องถิ่น

ยังมีการศึกษาที่พบว่า การใช้นิโคตินเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะชักและพิษของนิโคติน เด็กและเยาวชนที่ใช้นิโคตินมีแนวโน้มที่จะเริ่มสูบบุหรี่ธรรมดามากขึ้นและมีความเสี่ยงต่อการติดสารเสพติดอื่น ๆ ดังนั้น การป้องกันและควบคุมการใช้นิโคตินในกลุ่มเด็กและเยาวชนจึงเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่ง

การขับเคลื่อนเพื่อปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า

ในการขับเคลื่อนเพื่อแก้ปัญหาบุหรี่ไฟฟ้าจำเป็นต้องใช้การสานพลังระหว่างภาครัฐ วิชาการ ประชาสังคม และธุรกิจ เพื่อให้ได้ผลที่ดีที่สุด ภาครัฐควรมีบทบาท

ในการกำหนดนโยบายและมาตรการควบคุมที่เข้มงวด ในขณะที่ภาควิชาการต้องช่วยในการวิจัยและให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ส่วนภาคประชาสังคมควรมีส่วนร่วมในการสร้างความตระหนักรู้และให้ความรู้แก่ประชาชน ขณะที่ภาคธุรกิจที่ไม่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมยาสูบต้องร่วมมือในการสนับสนุนมาตรการเหล่านี้

หลังจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๑๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ มีมติเห็นชอบการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะประเด็นการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า โดยมีหน้าที่ในการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าโดยสร้างการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการและภาคประชาสังคม รวมถึงพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนนโยบายโดยความร่วมมือจากหน่วยงานองค์กร ภาคเครือข่ายเพื่อให้เกิดการดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นอย่างเป็นรูปธรรม โดยได้ดำเนินการผ่านกระบวนการดำเนินงานในหลายลักษณะ หนึ่งในภารกิจที่สำคัญคือ การเสนอมาตรการการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย



ผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นรูปธรรมของการขับเคลื่อน

จากความร่วมมือของทุกภาคส่วน ส่งผลให้เกิดนโยบายสาธารณะตามมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น “การปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า” และยังได้มีการดำเนินงานของหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการควบคุมจัดการการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งเกิดขึ้นคู่ขนานระหว่างกระบวนการพัฒนานโยบาย

โดยมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น “การปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า” มีกรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement) ในการปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนจากภัยอันตรายและการเสพติดของบุหรี่ไฟฟ้า โดยดำเนินการตามที่คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ เห็นชอบตาม “**มาตรการการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย**” เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเด็กและเยาวชน ประกอบไปด้วย ๕ มาตรการที่สำคัญ คือ **มาตรการที่ ๑** พัฒนาและจัดการองค์ความรู้ **มาตรการที่ ๒** สร้างการรับรู้ภัยอันตรายและการเสพติดของบุหรี่ไฟฟ้าแก่เด็กเยาวชนและสาธารณชน **มาตรการที่ ๓** ฝึกระวังและบังคับใช้กฎหมายควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า **มาตรการที่ ๔** พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายเพื่อสนับสนุนมาตรการป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า และ**มาตรการที่ ๕** ยืนยันนโยบายและมาตรการป้องกันและปราบปรามการแพร่ระบาดบุหรี่ไฟฟ้า โดยคำนึงถึงพันธสัญญาที่ประเทศไทยได้ร่วมเป็นสมาชิก และต้องดำเนินการตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก และเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน โดยองค์การสหประชาชาติ และพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖ โดยมีสาระสำคัญประกอบกรอบทิศทางนโยบาย ดังนี้

๑) เพื่อสร้างความตระหนักรู้ถึงภัยอันตรายและการเสพติดของบุหรี่ไฟฟ้า **ให้ถูกต้องและทันเหตุการณ์** โดยกำหนดให้สถานศึกษาในสังกัดเป็นสถานศึกษาปลอดบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าตามกฎหมายอย่างเข้มงวด ฝึกระวัง กำกับ ติดตามเด็กและเยาวชนไม่ให้ยุ่งเกี่ยวกับบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า รวมถึงมีนโยบายสนับสนุนให้มีการรณรงค์ให้สถานศึกษาปลอดบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า โดยบูรณาการการเรียนการสอนและกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนให้รู้เท่าทันพิษภัยรวมถึงกลยุทธ์ทางตลาดของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าให้สอดคล้องกับระดับการเรียนรู้ของแต่ละช่วงวัย สร้างความตระหนักรู้ถึงภัยอันตรายและการเสพติดของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าหรือผลิตภัณฑ์ที่มีนิโคตินรูปแบบใหม่และดำเนินการพัฒนาศักยภาพครูและผู้บริหาร

๒) เพื่อฝึกระวังและการกำหนดมาตรการทางกฎหมาย หรือมาตรการอื่นใด เพื่อกำกับการนำเสนอเนื้อหาสาระและการผลิตสื่อภาพยนตร์หรือสื่อวีดิทัศน์อื่นหรือหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของแต่ละหน่วยงาน โดยให้หน่วยงานดำเนินการดังต่อไปนี้

๒.๑ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ กำหนดมาตรการทางกฎหมาย ตลอดจนระเบียบต่าง ๆ เพื่อกำกับดูแลการประกอบกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคม ให้มีการเผยแพร่และนำเสนอประเด็นที่บิดเบือนเกี่ยวกับบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า

๒.๒ กรมประชาสัมพันธ์ ดำเนินการผลิต เผยแพร่และประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชน มีโอกาสรับรู้ เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภัยอันตรายและการเสพติดของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าหรือผลิตภัณฑ์ที่มีนิโคตินรูปแบบใหม่ ๆ ที่ไม่ใช่ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ผ่านช่องทางที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกรมประชาสัมพันธ์ รวมถึงสื่อทุกแขนงภายใต้การกำกับดูแลของรัฐ โดยมีการสื่อสารที่คำนึงถึงความทั่วถึงและเท่าเทียม

๒.๓ กระทรวงวัฒนธรรม ดำเนินการจัดทำคู่มือหรือแนวทางในการผลิตสื่อภาพยนตร์ วิทยุทัศน์หรือสื่ออื่นใดที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงวัฒนธรรม โดยหลีกเลี่ยงไม่ให้มีบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า รวมถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบอยู่ในองค์ประกอบส่วนหนึ่งของฉาก

๒.๔ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม และกระทรวงสาธารณสุข มีการสำรวจความชุกของการใช้บุหรี่ไฟฟ้า อย่างน้อยทุก ๒ ปี

๒.๕ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมร่วมกับหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาสังคม จัดตั้งคณะทำงานเพื่อเฝ้าระวังในสื่อดิจิทัล เพื่อนำไปสู่การบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงมีมาตรการติดตามและเฝ้าระวังการใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่เป็นปัจจุบัน อีกทั้งมีการพิจารณา กำหนดนโยบาย มาตรการ และแนวทางที่เหมาะสมในอนาคต



๓) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและยกระดับการบังคับใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพ และจริงจังมากขึ้น โดยให้หน่วยงานดำเนินการดังต่อไปนี้

๓.๑ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กรมศุลกากร กระทรวงมหาดไทย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องบังคับใช้กฎหมายในปัจจุบันอย่างเคร่งครัดและเด็ดขาด

๓.๒ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม สมุดดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนาเครื่องมือเฝ้าระวังโฆษณาบนสื่อดิจิทัลและนำนวัตกรรมรูปแบบใหม่ เพื่อสนับสนุนการเฝ้าระวัง และยกระดับการบังคับใช้กฎหมายต่อไป

๓.๓ กระทรวงมหาดไทย โดยกรมการปกครอง กรมศุลกากร กรมสอบสวนคดีพิเศษ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และสำนักงานป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน ร่วมมือกันให้มีการดำเนินคดีเพื่อจับกุมผู้กระทำความผิดรายใหญ่ด้วยการสืบหาต้นตอและดำเนินการกับทรัพย์สินของผู้กระทำความผิด

๓.๔ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงการคลัง โดยกรมศุลกากร กรมสรรพสามิต สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานนายกรัฐมนตรีและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ร่วมทบทวนนโยบาย ตลอดจนมาตรการทางกฎหมายและปัญหาการบังคับใช้มาตรการ การปราบปรามบุหรี่ไฟฟ้าเป็นระยะ เพื่อให้การปราบปรามบุหรี่ไฟฟ้ามีประสิทธิภาพมากที่สุด

๓.๕ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ร่วมกับบริษัทไปรษณีย์ไทย จำกัด และบริษัทขนส่งพัสดุเอกชนอื่น ๆ จัดทำแนวปฏิบัติการขนส่งโดยระบุให้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าต้องห้ามส่ง เพื่อป้องกันการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าในช่องทางการซื้อขาย โดยเฉพาะทางออนไลน์

๔) เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐ ภาคสังคม และภาควิชาการที่เกี่ยวข้องกับกลไกในระดับชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมและสนับสนุนการ ป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศ โดยขอให้หน่วยงาน ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

๔.๑ หน่วยงานภาครัฐ กำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนดำเนินกิจกรรมในการสร้างความตระหนักรู้และร่วมปกป้องเด็ก และเยาวชนจากการเสพติดบุหรี่ไฟฟ้า

๔.๒ องค์กรหรือเครือข่ายภาคสังคม และสถาบันภาควิชาการ ร่วมกัน ส่งเสริมและสนับสนุน การดำเนินงานของกลุ่ม/องค์กร/ชุมชน/สมัชชา/ภาคีเครือข่าย/

เด็กและเยาวชน/อาสาสมัคร สร้างความตระหนักรู้และร่วมปกป้องเด็กและเยาวชนจากการเสพติดบุหรี่ไฟฟ้า

๕) เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีในการไม่สูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า รวมถึงปกป้องไม่ให้เด็กและเยาวชนสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า โดยขอให้เจ้าหน้าที่ของรัฐ ครู อาจารย์ รวมทั้งฝ่ายนิติบัญญัติ ศิลปินดารา ผู้มีอิทธิพลทางความคิดในทุกวงการเป็นแบบอย่างที่ดีในการไม่สูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า และมีการเชิดชูบุคคลต้นแบบ

๖) เพื่อการคงไว้ซึ่งนโยบายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า และการป้องกันการแทรกแซงนโยบายด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบจากผลประโยชน์ทางการค้าและผลประโยชน์อื่น ๆ ของอุตสาหกรรมยาสูบ โดยขอให้รัฐบาลตลอดจนกระบวนการทางนิติบัญญัตินำหลักการ แนวปฏิบัติ (Guideline) และกฎหมายภายใต้พันธกรณีระหว่างประเทศว่าด้วยกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกกำหนดเป็นมาตรการภายในประเทศ เพื่อยกระดับการควบคุมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบให้มีประสิทธิภาพ

ผลสัมฤทธิ์การดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม

ภายใต้ความร่วมมือขององค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการควบคุมจัดการการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า มีรูปธรรมสำเร็จของการดำเนินงาน ดังนี้

๑) บริษัทไปรษณีย์ไทย กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม จัดทำแนวปฏิบัติการขนส่งโดยระบุให้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าต้องห้ามส่ง เพื่อป้องกันการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าในช่องทางการซื้อขายโดยเฉพาะทางออนไลน์ และติดป้ายคำเตือน ณ ที่ทำการไปรษณีย์ “การฝากส่งบุหรี่ผิดกฎหมาย (บุหรี่ปลอม/บุหรี่ไฟฟ้า) ถือเป็นสิ่งของผิดกฎหมายและต้องห้ามส่งทางไปรษณีย์” เริ่มวันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ โดยมีมาตรการตรวจสอบการขนส่งบุหรี่ไฟฟ้า นำมาสู่การจับกุมการขนส่งบุหรี่ไฟฟ้าทางไปรษณีย์ได้

๒) กระทรวงศึกษาธิการ โดยสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน จัดทำหนังสือถึงผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาทุกเขต เรื่องเน้นย้ำแนวทางการป้องกันและควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน เพื่อเป็นการป้องกัน ควบคุมและแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในสถานศึกษา

๓) กระทรวงสาธารณสุข แต่งตั้งคณะทำงานบูรณาการเพื่อปราบปรามและบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า

๔) สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค มีคำสั่งคณะกรรมการว่าด้วยความปลอดภัยของสินค้าและบริการ เรื่อง ห้ามผลิตเพื่อขาย ห้ามขายหรือให้บริการ สินค้า บารากู บารากูไฟฟ้า หรือบุหรี่ไฟฟ้า หรือตัวยาบารากู น้ำยาสำหรับเติมบารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้า

๕) กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ดำเนินการปิดกั้นเว็บไซต์บุหรี่ไฟฟ้า

๖) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับหน่วยงาน องค์การภาคี จัดเวทีสนทนานโยบายสาธารณะ (Policy dialogue) หัวข้อ บุหรี่ไฟฟ้า ฆ่าเยาวชนไทย “อย่าปล่อยให้...มาตรการลอยนวล” โดยวัตถุประสงค์ ๑) เพื่อให้ทุกภาคส่วนและประชาชน ร่วมวิเคราะห์และเสนอทางออกรับมือกับปัญหาของบุหรี่ไฟฟ้า ๒) เพื่อสื่อสารสังคม สร้างการรับรู้และตระหนักถึงปัญหา ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ รวมทั้งมาตรการรับมือปัญหาของบุหรี่ไฟฟ้า

๗) สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้ดำเนินการประสานข้อมูลเบาะแสร้านขาย บุหรี่ไฟฟ้าใกล้สถานศึกษา ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทั้ง ๗๒ แห่ง เพื่อตรวจสอบหากพบการกระทำความผิดให้ดำเนินการบังคับใช้กฎหมายโดยเคร่งครัด โดยเป็นเรื่องสืบเนื่องจากการจัดเวทีสนทนานโยบายสาธารณะ ครั้งที่ ๕ หัวข้อ บุหรี่ไฟฟ้า ฆ่าเยาวชนไทย “อย่าปล่อยให้...มาตรการลอยนวล”

แม้ว่าการปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้าจะเป็นความท้าทายของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แต่หลังจากการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะประเด็นการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า เมื่อวันที่ ๑๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ นั้น ก็ได้เกิดเป็นความร่วมมือของทุกภาคส่วนในสังคม ที่สะท้อนความจริงจึ่งในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาผ่านการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า ที่มาจากความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม ตลอดจนได้เกิดการพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนนโยบายที่เกิดการดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม

บทที่ ๑๒

ควบคุมการตลาดนมผง... ส่งเสริมให้เด็กไทยได้กิน “นมแม่”

“นํ้านมแม่” เปรียบเสมือนวัคซีนหยดแรกของทารก นั่นเพราะในนํ้านมแม่มีสารอาหารที่มีคุณค่าที่สูงที่สุด ที่จะช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้ลูกน้อยแข็งแรงสมบูรณ์ ซึ่งข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO) และยูนิเซฟ (UNICEF) เองก็ได้ตอกย้ำให้ว่า ลูกน้อยควรได้รับนมแม่อย่างเดียวดังแต่แรกเกิดจนถึง ๖ เดือน และควรกินต่อเนื่องไปจนลูกอายุ ๒ ขวบ ควบคู่กับอาหารตามวัยที่เหมาะสม และยิ่งเด็กที่กินนมแม่นาน ๖ เดือนหรือมากกว่า จะยิ่งทำให้มีเด็กฉลาดทั้งด้านร่างกาย ปัญญา และอารมณ์ นอกจากนี้ ยังมีข้อมูลวารสารการแพทย์ The Lancet และองค์การยูนิเซฟ (UNICEF) ระบุว่า การกินนมแม่จะช่วยป้องกันการตายของเด็กอายุน้อยกว่า ๕ ปี ได้ถึง ๘๐๐,๐๐๐ คนทั่วโลกต่อปี ป้องกันเด็กไทยตายได้ ๒๖๐ คนในแต่ละปี และประหยัดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพปีละกว่า ๒๐๐ ล้านบาทในไทย

ทว่าแนวโน้มการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แต่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย ๖ เดือนในประเทศไทยมีอัตราที่ต่ำมากจนน่ากังวลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ๑๐๙ ประเทศ ประเทศไทยเป็นอันดับที่ ๑๐๕ ขณะที่สถานการณ์การแข่งขันด้านการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก กลับมีความรุนแรงหรือมีความหลากหลายซับซ้อนมากขึ้น และยังมีข้อมูลยืนยันถึงอุบัติการณ์พฤติกรรมกรรมการตลาดในลักษณะที่ฝ่าฝืนหลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก รวมถึงผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องดังกล่าวอย่างแพร่หลาย

โดยมีผู้ประกอบการธุรกิจนมผงจำนวนมากใช้กลยุทธ์การโฆษณาและการตลาดที่ละเมิดประกาศสาธารณสุข ตามหลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารทดแทนนมแม่ (International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes) ของสมัชชาอนามัยโลก ส่งผลให้แม่หลายคนเข้าใจผิดว่านมผงดีเท่านมแม่ หรือการบริโภคนมแม่อย่างเดียวไม่เพียงพอ ต้องมีนมผงเสริมด้วย ขณะเดียวกัน แม่หลายคนอาจประสบปัญหานํ้ามน้อยหรือไม่มีนํ้านมให้ลูก จึงจำเป็นต้องใช้ทางเลือกคือ “ผลิตภัณฑ์นมผง” หรือ “อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก”

เกิดพลังหนุน ส่งเสริมให้เด็กไทยได้กิน “นมแม่”

สมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ จึงได้กำหนดให้แต่ละประเทศปรับปรุงหลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องให้เป็นกฎหมาย ประเทศไทยจึงรับนโยบายและได้มีการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม จนทำให้เกิดมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ **มติการควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก** โดยสาระสำคัญของมตินี้เป็นการมุ่งให้ประเทศไทยมีมาตรการในการควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กที่เหมาะสมและสอดคล้องกับมาตรฐานสากลสำหรับพัฒนาการที่สมวัยของทารกและเด็กเล็ก โดยมีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินงานผ่านกลไกต่าง ๆ เช่น การพัฒนาไก้จัดการ การออกกฎระเบียบควบคุมที่มีประสิทธิภาพ การรณรงค์และสร้างความตระหนักในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และลดพฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมผสม รวมถึงการจัดสภาวะแวดล้อมให้เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานประกอบกิจการ เป็นต้น

หลายภาคส่วนได้ร่วมกันขับเคลื่อนมติการควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก จนเกิดเป็นพลังหนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคมไทย ซึ่งมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ๒๕๖๐ ในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๐ โดยกฎหมายนี้มีผลให้แนวทางการส่งเสริมการตลาดที่บริษัทนมผงเคยดำเนินการอยู่เดิมไม่สามารถดำเนินการได้อีก เช่น การติดต่อกับแม่ที่ตั้งครรภ์โดยตรงหรือการให้บุคลากรสาธารณสุขช่วยประชาสัมพันธ์ แจกชุดของขวัญที่ประกอบด้วยตัวอย่างนมสูตรดัดแปลงสำหรับทารก ซึ่งกลยุทธ์การตลาดดังกล่าว นับเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้นมแม่ให้แม่ใช้นมผสมในการเลี้ยงดูลูกและเป็นอุปสรรคต่อการปกป้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ยังได้มีการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. ๒๕๖๐ อย่างต่อเนื่อง โดยได้แต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ตามมาตรา ๕ แห่งพระราชบัญญัติฯ เพื่อเป็นกลไกหลักในการดำเนินงาน เช่น การจัดทำแนวทางและมาตรการดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนให้พระราชบัญญัติฯ มีผลบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดทำหลักเกณฑ์ แนวทาง และคู่มือต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นแนวทางและเกณฑ์ในการพิจารณาความแตกต่างที่ชัดเจนของฉลากอาหารสำหรับทารกและฉลากอาหารอื่นตามมาตรา ๑๕ แนวทางและเกณฑ์ในการพิจารณาความแตกต่างอย่างชัดเจนและสามารถมองเห็น หรือแยกแยะได้โดยง่าย ของฉลากอาหารเสริมสำหรับทารกจากฉลากอาหารสำหรับทารกและฉลากอาหารอื่นตามมาตรา ๒๖ แนวทางคู่มือปฏิบัติงานสำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่พระราชบัญญัติฯ

เพื่อเป็นคำอธิบายให้แก่พนักงานเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้งตามพระราชบัญญัติฯ และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนกฎหมาย การส่งต่อข้อร้องเรียนและ เฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายที่อาจจะเกิดขึ้นได้

นอกจากนี้ ยังได้ทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลเอกชนและ สาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ซึ่งรับผิดชอบงานด้านส่งเสริมสุขภาพและคุ้มครอง ผู้บริโภค เพื่อให้มีความเคร่งครัดในการปฏิบัติตามกฎหมายและมีการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจ อบรมให้ความรู้ที่ตรงกัน รวมทั้งมีมาตรการเฝ้าระวังเพื่อบังคับใช้กฎหมาย ด้วย โดยดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่ายภายใต้แผนขับเคลื่อนพระราชบัญญัติควบคุม การส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ๒๕๖๐ (พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕) ปัจจุบันใช้แผนขับเคลื่อนฯ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) เพื่อเป็นทิศทางการทำงานของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการผลักดันให้กฎหมายมีผลบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

เส้นทางของการผลักดันให้สังคมไทยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ประเทศไทยมีหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับ ทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งเป็นหลักเกณฑ์ที่มีได้ บังคับและไม่มีบทลงโทษหากฝ่าฝืน แต่ก็ยังไม่พอเพียงในการควบคุมกลยุทธการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข และเครือข่ายเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้เสนอระเบียบวาระ “การควบคุม กลยุทธการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก” เข้าสู่กระบวนการสมัชชาสุขภาพ แห่งชาติ โดยมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยงานกลางในการ สานพลังความร่วมมือของทุกภาคส่วน จนกระทั่งเกิดนโยบายสาธารณะที่มาจากสมัชชา สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ คือ **มติ ๓.๓ การควบคุมกลยุทธการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก** ซึ่งสาระสำคัญของมตินี้มุ่งให้ประเทศไทยมีมาตรการ ในการควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กที่เหมาะสมและ สอดคล้องกับมาตรฐานสากล สำหรับพัฒนาการที่สมวัยของทารกและเด็กเล็ก

โดยที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔ มีมติเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ ซึ่งสอดคล้องกับสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ ๖๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ ได้กำหนดให้แต่ละประเทศปรับปรุงหลักเกณฑ์สากล ว่าด้วย การตลาดอาหารทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องให้เป็นกฎหมายในสมัชชา อนามัยโลก ครั้งที่ ๖๙ พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยได้มีการแนะนำให้แต่ละประเทศออกกฎหมาย ควบคุมการส่งเสริมการตลาดที่ไม่เหมาะสมในผลิตภัณฑ์นมผสม อาหารเสริมสำหรับ

ทารกและเด็กเล็กรวมถึงเครื่องดื่มจนถึง ๓ ปี โดยครอบคลุมตั้งแต่การโฆษณา การลด แลก แจก แถม การประชาสัมพันธ์ การให้ข้อมูลที่ไม่เหมาะสมโดยตัวแทนบริษัทและการส่งเสริมการตลาดผ่านการจัดกิจกรรมต่าง ๆ

หลังจากมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติดังกล่าว สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้รับมอบหมายโดยคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้สนับสนุนให้กรมอนามัยและภาคีที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการขับเคลื่อนมติซึ่งมีเป้าหมายเพื่อบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก รวมถึงการสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้น

การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก

สำหรับข้อมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ ๓.๓ การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ได้ระบุความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

๑. ขอให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการ

(๑) ดำเนินการควบคุมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ตามหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยใช้พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ เป็นเครื่องมือและสร้างการมีส่วนร่วมที่นำไปสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะการให้ความรู้ การสร้างกระแสและการเฝ้าระวังการตลาดจากภาคส่วนต่าง ๆ

(๒) พัฒนาและผลักดันร่างพระราชบัญญัติการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก โดยจัดให้มีกลไกดำเนินการและใช้หลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นหลักเกณฑ์พื้นฐานขั้นต่ำ ภายใต้พระราชบัญญัติดังกล่าวให้มีการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยพิจารณาทุนการดำเนินงานจากเงินภาษีการนำเข้าหรือรายได้จากการจำหน่ายผลิตภัณฑ์นมผสมจากต่างประเทศในลักษณะเดียวกับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นแบบอย่างความสำเร็จของไทยและเป็นที่ยอมรับในต่างประเทศ

(๓) พัฒนากลไกการปฏิบัติ ระบบการติดตามประเมินผลและระบบรายงานผล โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งระดับท้องถิ่น จังหวัด ประเทศและองค์กรระหว่างประเทศ

๒. ศึกษาเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการขยายสิทธิการลาคลอด

ได้ศึกษาเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการขยายสิทธิการลาคลอดและพิจารณาปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิการลาคลอดให้เป็น ๑๘๐ วัน รวมถึงการได้รับค่าจ้าง

ระหว่างลาในกรณีนี้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และยังให้จัดมาตรการหรือสวัสดิการในการส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่สตรีที่คลอดบุตรและอยู่ระหว่างการให้นมบุตรในสถานประกอบกิจการและสถานที่ทำงาน รวมทั้งพิจารณามาตรการการลดหย่อนภาษีและการประกาศเกียรติคุณให้แก่สถานประกอบกิจการที่เป็นแบบอย่างของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

๓. ความร่วมมือในการสนับสนุนร่างพระราชบัญญัติการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก

สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จะให้ความร่วมมือในการสนับสนุนร่างพระราชบัญญัติการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก และส่งเสริมจิตสำนึกแก่สังคมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งเสริมขยายสิทธิการลาคลอดบุตรของพนักงานหญิงในสถานประกอบกิจการโดยความสมัครใจ

ผลสัมฤทธิ์ของการขับเคลื่อนที่ยาวนาน

บนเส้นทางการขับเคลื่อนที่ยาวนาน ในที่สุดก็เกิดการประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ๒๕๖๐ ในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๑๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นต้นมา จากนั้นกรมอนามัยได้แต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมการส่งเสริม



การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ตามมาตรา ๕ แห่งพระราชบัญญัติฯ เพื่อเป็นกลไกหลัก โดยมีการแต่งตั้งอนุกรรมการ ๔ ชุด ในการดำเนินงานด้านต่าง ๆ

๑) จัดทำแนวทางและมาตรการดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนให้พระราชบัญญัติฯ มีผลบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการยกร่างประกาศกระทรวงฯ และจัดรับฟังความคิดเห็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงให้มีการออกเป็นประกาศกระทรวงสาธารณสุข

๒) จัดทำหลักเกณฑ์ แนวทางและคู่มือ ได้แก่ แนวทางและเกณฑ์ในการพิจารณาความแตกต่างที่ชัดเจนของฉลากอาหารสำหรับทารกและฉลากอาหารอื่นตามมาตรา ๑๕ แนวทางและเกณฑ์ในการ

พิจารณาคความแตกต่างอย่างชัดเจนและสามารถมองเห็นหรือแยกแยะได้โดยง่ายของ
ฉลากอาหารเสริมสำหรับทารก จากฉลากอาหารสำหรับทารกและฉลากอาหารอื่น
ตามมาตรา ๒๖ คำชี้แจงเรื่องการสนับสนุนจัดประชุม อบรม หรือสัมมนาด้านวิชาการ
อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ตามมาตรา ๒๑ คู่มือคำอธิบายพระราชบัญญัติควบคุม
การส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ๒๕๖๐ จัดทำแนวทางคู่มือ
ปฏิบัติงานสำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่พระราชบัญญัติฯ เพื่อเป็นคำอธิบายให้แก่พนักงาน
เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้งตามพระราชบัญญัติฯ และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการ
เพื่อขับเคลื่อนกฎหมายการส่งต่อข้อร้องเรียนและเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายที่อาจ
จะเกิดขึ้นได้

๓) การพัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่และบุคลากรสาธารณสุข รวมถึง
นิตกรที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้มีความรู้ ทักษะ และมีการ
ปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับข้อกำหนดในพระราชบัญญัติฯ โดยกรมอนามัยสำนักส่งเสริม
สุขภาพ ศูนย์อนามัยเขต และสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง

๔) การติดตามเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายในพื้นที่ โดยศูนย์อนามัยเขตได้มี
การติดตามเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายเชิงรุก โดยการลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมการปฏิบัติ
ตามพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก
พ.ศ. ๒๕๖๐ อย่างน้อย ๒ ครั้งต่อปี

๕) การจัดทำแผนขับเคลื่อนพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหาร
สำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ๒๕๖๐ (พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕) โดยปัจจุบันใช้แผน
ขับเคลื่อนฯ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) เพื่อให้การทำงานร่วมกันของทุก
ภาคส่วนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

แม้ว่าประเทศไทยจะมีกฎหมายควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับ
ทารกและเด็กเล็ก ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้ควบคุมการส่งเสริมการตลาดนมผง แต่
หัวใจสำคัญที่จะทำให้กฎหมายใหม่ฉบับนี้มีประโยชน์มากที่สุดต่อทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
คือ การให้ความรู้ความเข้าใจ ไม่ว่าจะป็นต่อแม่ ครอบครัว ภาครัฐและภาคธุรกิจ
เอกชน โดยการสร้างความเข้าใจเนื้อหาในกฎหมายและทำให้แม่มั่นใจว่า “การเลี้ยงลูก
ด้วยนมแม่” คืออาหารที่ดีที่สุดในการเสริมสร้างพัฒนาการของทารกและเด็กเล็ก

บทที่ ๑๓

สร้างระบบนิเวศ เพื่อปรับพฤติกรรมลดโรค NCDs

Noncommunicable Disease หรือที่เรียกกันว่าโรค NCDs เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคและไม่สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ แต่เป็นโรคที่เกิดจากนิสัยหรือพฤติกรรม การดำเนินชีวิต ซึ่งจะมีการดำเนินโรคอย่างช้า ๆ ค่อย ๆ สะสมอาการอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการของโรคแล้วมักจะเกิดการเรื้อรังของโรคด้วย จึงอาจจัดว่าโรค NCDs เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังได้ ตัวอย่างของโรค NCDs ที่พบมากในสังคมไทย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็ง และปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดคือ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การสูบบุหรี่/ยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

ในประเทศไทย พบข้อมูลว่าผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs สูงถึงร้อยละ ๘๑ ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือมากกว่า ๔๐๐,๐๐๐ รายต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในรอบสิบปีที่ผ่านมา ซึ่งเมื่อรวมมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ประมาณ ๑.๖ ล้านล้านบาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ ๙.๗ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) โดยส่วนใหญ่เป็นความสูญเสียด้านผลิตภาพในวัยแรงงาน โดยคิดเป็นร้อยละ ๙๑ และมีค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลคิดเป็นร้อยละ ๙ และจะยังมีความสูญเสียเพิ่มมากขึ้นเพราะพบว่า คนที่เป็นกลุ่มโรคนี้เริ่มเป็นในช่วงอายุที่ต่ำลงเรื่อย ๆ

การจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อในอดีตที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการจัดการปัญหาที่ปลายเหตุ คือการรักษาอาการป่วย แต่ที่จริงแล้วกลุ่มโรคนี้มีข้อมูลจากการศึกษาวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดกว่าร้อยละ ๖๐ คือพฤติกรรม การดำรงชีวิตที่ทำให้เสี่ยงต่อการมีสุขภาพไม่ดี ทั้งการกิน การนอน การออกกำลังกาย และความเครียด รวมไปถึงการสัมผัสสภาพแวดล้อมและอากาศที่ดีหรือไม่ดี

ที่ผ่านมา แม้ว่าจะมีความพยายามจัดการปัญหาที่ต้นเหตุ แต่ยังไม่สามารถทำได้ไม่บรรลุเป้าหมาย ในระดับสากลได้มีการกำหนด NCDs ไว้ในเป้าหมายการขับเคลื่อน SDGs และองค์การอนามัยโลกได้กำหนดกรอบการติดตามการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อภายใต้ ๙ เป้าหมายระดับโลก (Global NCD Targets) ที่ต้องบรรลุภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ และประเทศไทยก็ให้ความสำคัญต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

มาอย่างต่อเนื่อง มีการจัดทำกฎหมาย ยุทธศาสตร์ และแผนระดับประเทศเกี่ยวของหลายฉบับเพื่อจัดการกับโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง รวมถึงมีการพัฒนานโยบายสาธารณะผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาและสร้างความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ในการจัดการปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม

จากความท้าทาย สู่การร่วมมือขับเคลื่อนการลดปัญหาโรค NCDs

ในการขับเคลื่อนการลดปัญหาโรค NCDs พบว่า ประเทศไทยยังมีความท้าทายมากมาย เช่น ๑) ประเทศไทยยังขาดนโยบายสำคัญที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า และในทางปฏิบัติเชิงพื้นที่ ประเทศไทยยังมีช่องว่าง จุดอ่อน และความท้าทายในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อหลายประการ ๒) การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอย่างรวดเร็วที่ส่งผลต่อสภาพแวดล้อม วิถีชีวิต และความเสียหายทางสุขภาพต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อที่เพิ่มขึ้น ซึ่งการจัดการสภาพแวดล้อมและปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงใดเพียงกระทรวงหนึ่ง หรือภาครัฐเท่านั้น ๓) การขาดการจัดการระบบนิเวศ (Ecosystem) ที่เอื้อต่อการป้องกันจัดการโรคไม่ติดต่อของประเทศในระดับต่างๆ ๔) การขาดระบบบริหารงานกำกับติดตามสถานะแวดล้อม และระบบการประเมินผลลัพธ์ในระดับประเทศจากแผนงานต่างๆ

จากความท้าทายดังกล่าว คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เห็นความสำคัญต่อการรับมือกับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อ (NCDs) ที่เพิ่มขึ้น ประกอบกับประเทศไทยได้ให้การรับรองกรอบการติดตามการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ ๙ เป้าหมายในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ ๖๖ นับตั้งแต่มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้มีการสนับสนุนการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อมาอย่างต่อเนื่อง และเมื่อวันที่ ๑๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ มีมติเห็นชอบแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะว่าด้วยการสานพลังสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ เพื่อทบทวนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและพัฒนาพร้อมทั้งขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะว่าด้วยการสานพลังสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ ต่อมาที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะว่าด้วยการสานพลังสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๖ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ได้มีมติเห็นชอบต่อร่างกรอบและขอบเขตของสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs Ecosystem)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นพื้นที่กลางสานพลังความร่วมมือกับหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องโดยมีแผนการทำงานร่วมและมีจุดเน้นสำคัญในการสร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีการดำเนินงานที่เป็นการลด NCDs ใน ๒ เรื่องหลัก คือ การขับเคลื่อนมติ ๘.๔ นโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs) และมติ ๖.๒ เป้าหมายในการป้องกันและควบคุม NCDs ของประเทศไทยมีการทำงานแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อน โดยมีผลการดำเนินงานผ่านมติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องดังนี้

๑) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๕๖ มติที่ ๖.๒ เป้าหมายในการป้องกันและควบคุม NCDs ของประเทศไทย มีการแต่งตั้งคณะกรรมการกว้างแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ ๕ ปี

๒) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ พ.ศ. ๒๕๕๘ มติที่ ๘.๔ นโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลด NCDs

๓) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๖๑ มติที่ ๑๑.๓ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา NCDs ซึ่งมีผลให้กรมควบคุมโรคได้บรรจุเรื่องนี้ไว้ในแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย ๕ ปี

ผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม ที่เกิดการขับเคลื่อนของหน่วยงานและมติสมัชชาชาติ

๑) ตกลงความร่วมมือ Calories Credit Challenge: CCC

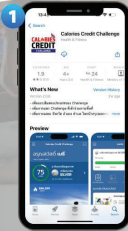
การขับเคลื่อน PA เกิดการบูรณาการกับหน่วยงาน ๒๐ กระทรวง เปิดตัวโครงการและพิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ Calories Credit Challenge: CCC ซึ่งจัดโดยกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา โดยได้สนับสนุนให้ใช้ออปพลิเคชัน Calories Credit Challenge หรือแอปพลิเคชัน CCC ในการออกกำลังกาย ติดตามและวัดผล การออกกำลังกาย

ภายหลังจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ.๒๕๖๕ ได้มีฉันทมติ ในประเด็นการขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC) ภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy: BCG Model) มีการขับเคลื่อนโดยภาคีเครือข่ายที่มีการใช้เทคโนโลยีเข้ามาเป็นเครื่องมือในรูปแบบ Platform การส่งเสริมการออกกำลังกายของประชาชนและการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ได้อย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการส่งเสริมให้คนไทย มีกิจกรรมทางกายเพื่อลดโรค NCDs ด้วย



5 ขั้นตอน

โครงการพัฒนาแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูล
สถิติการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาของประชาชน



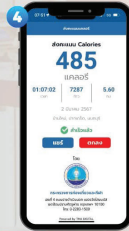
ดาวน์โหลด
แอป CCC



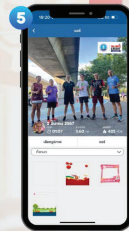
เลือกวิธีการสมัครสมาชิก
E-Mail หรือ Line



กรณีนอกกำลังกาย



สะสมแต้ม



ชมผลออกกำลังกาย

Scan Now



สุขภาพที่ดี
คือความมั่งคั่งที่ยั่งยืน



ในปัจจุบัน CCC ถือเป็นอีกหนึ่งเครื่องมือและช่องทางการ “สร้างนำซ่อม” ให้สุขภาพ และการใช้แอปพลิเคชัน CCC กับหน่วยงานราชการ หรือการดำเนินงานร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีการจัดเตรียมพื้นที่ที่จะเอื้อให้ประชาชนมีการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น และในสถานประกอบการเป็นการสนับสนุนและส่งเสริมการออกกำลังกายให้เพิ่มขึ้น อาทิ ในโรงงาน บริษัท โรงเรียน และห้างสรรพสินค้า

๒) การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ดำเนินงานร่วมกับกรมควบคุมโรค กรมอนามัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ได้ร่วมกันสร้างความร่วมมือกับภาคธุรกิจเอกชน สมาคมและชมรมที่เกี่ยวข้อง จนทำให้เกิดการลงนามความร่วมมือ “การลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ระหว่างหน่วยงานภาครัฐและผู้ประกอบการร้านอาหาร” ภายใต้งานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยมีเป้าหมายในการร่วมกันสนับสนุนและดำเนินงานให้เกิดการลดบริโภคเกลือและโซเดียมทั้งในระดับนโยบาย มาตรการป้องกันระดับประเทศ มาตรการของผู้ประกอบการธุรกิจร้านอาหาร และมาตรการระดับท้องถิ่น ชุมชน รวมถึงการส่งเสริมบทบาทผู้ประกอบการยกระดับศักยภาพและคุณภาพ มาตรฐานให้เกิดการบริการร้านอาหาร จากร้านอาหารปลอดภัย (Safety food) สู่อาหารสุขภาพ (Healthy food) โดยผู้ประกอบการได้ร่วมเป็นภาคีดำเนินการและรณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้และมีความเข้าใจในการเข้าถึงอาหารที่ลดเกลือและโซเดียมลง



นโยบายสาธารณะ : บทบาท พัฒนาการ
และการมีส่วนร่วมของสังคมไทย

๓) แผนการทำงานร่วมและมีจุดเน้นสำคัญในการสร้างระบบนิเวศร่วมกัน ในการสร้างระบบนิเวศเพื่อปรับลดพฤติกรรมลดโรค NCDs นั้น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ทำหน้าที่เป็นส่วนประสานให้หน่วยงานองค์กรภาคีต่าง ๆ มาร่วมกันสร้างและร่วมผลักดันทั้งผ่านบทบาทหน่วยงานองค์กรและแผนงานร่วม โดยมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นกรรมการขับเคลื่อนในชุดนี้ด้วย

๔) สร้างสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการการพัฒนานโยบายสาธารณะว่าด้วยการสานพลังสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ โดยมีเป้าหมายในการจัดการ NCDs โดยการสร้างสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ซึ่งได้ดำเนินกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นพัฒนานโยบายจนได้มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น “การสานพลังสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ” ที่มีหลากหลายหน่วยงานเข้าร่วมพัฒนานโยบายด้วยกัน และคณะกรรมการได้ร่วมกันวางแนวทางการขับเคลื่อนมติสมัชชาฯ เพื่อให้หน่วยงานและภาคีต่าง ๆ ร่วมกันสร้างสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี โดยมี ๓ หลักการสำคัญ ได้แก่ ๑) หลักเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม ๒) กลไกการคลังสร้างแรงจูงใจ ๓) ระบบเครดิตทางสังคม เพื่อให้เกิดการสร้างมาตรการเพื่อสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคม ๕ มาตรการ ได้แก่ ๑) การจัดระเบียบและลดการเข้าถึงสินค้าทำลายสุขภาพ ๒) ส่งเสริมการผลิต กระจายพัฒนามาตรฐาน



เพื่อเพิ่มการเข้าถึงสินค้าและบริการที่ดีต่อสุขภาพ ๓) สร้างสภาวะแวดล้อมสรรค์สร้าง (Built Environment) และพื้นที่สภาวะ (Healthy Space) ๔) สร้างความตระหนักรู้ ความรอบรู้และสื่อสารข้อมูลข่าวสารส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและจำกัดสื่อโฆษณา ๕) สร้างโอกาส ประสบการณ์ กิจกรรม ส่งเสริมการมีวิถีชีวิตสุขภาพดีและพัฒนา ศักยภาพทรัพยากรมนุษย์

โดยหน่วยงานภาคีต้องร่วมกันพัฒนาระบบและกลไกหนุนเสริม ๕ ด้านที่เอื้อ และสนับสนุนให้เกิดมาตรการดังกล่าวข้างต้น ได้แก่ ๑) การพัฒนาเครื่องมือนโยบาย/ มาตรฐาน (Policy instruments) ๒) การออกแบบ พัฒนานวัตกรรม โมเดล และขยาย ผลเชิงระบบ ๓) การสนับสนุนการเฝ้าระวังสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคม ๔) การพัฒนาระบบกำกับ ติดตามและประเมินผลลัพธ์ ๕) การพัฒนาระบบตัดสินใจ บริหาร และสนับสนุนการลงทุน (Governance)

นอกจากบทบาทกรรมการในชุดต่างๆ ที่ร่วมขับเคลื่อนประเด็นโรคไม่ติดต่อ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติยังทำหน้าที่เป็นส่วนกลางในการผลักดัน ทั้ง ในส่วนของการออกแบบกำหนดประเด็นเพื่อวางแนวทาง โดยมีประเด็นเน้นสำคัญ ใน เรื่อง PA เรื่องอาหาร ตลาดอาหารเด็ก โดยมีการจัดทำร่างพระราชบัญญัติควบคุมการ ตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กและการตลาดอาหารเด็กด้วย



กรอบพัฒนาระบบนิเวศ (Ecosystem) เพื่อสนับสนุนการสร้างสภาวะแวดล้อมทางสุขภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ



บทที่ ๑๔

อยากเห็นคนไทยมีรอยยิ้ม ด้วยสุขภาพช่องปากที่ดี

ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนให้ทั่วถึงและครอบคลุม จึงได้มีกลไกในการขับเคลื่อน เช่น การเพิ่มจำนวนบุคลากรผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม สร้างแรงจูงใจให้ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมคงอยู่ในระบบราชการ การสร้างความร่วมมือกับสถานบริการเอกชนเพื่อเพิ่มความสะดวกต่อการเข้ารับบริการของประชาชนมากขึ้นตามภารกิจหน้าที่หลักของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบประกันสังคม เปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิได้ทั้งในสถานบริการของรัฐและเอกชน ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐร่วมกับเอกชนในการให้บริการทางทันตกรรมในหลายจังหวัดที่มีความพร้อม ฯลฯ

ขณะเดียวกัน สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเองก็ได้สานพลังความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการพัฒนาและขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพช่องปากผ่านกระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม จนทำให้เกิดมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๖๑ “มติการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการทันตกรรม” นอกจากนี้ ในปี ๒๕๖๔ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติยังได้แต่งตั้ง “คณะกรรมการประสานและพัฒนาระบบสุขภาพช่องปากสำหรับประเทศไทย” เพื่อเป็นกลไกประสานความร่วมมือในการกำหนดทิศทางการพัฒนาและบูรณาการการขับเคลื่อนงานระบบสุขภาพช่องปากของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพ ตลอดจนสนับสนุนให้เกิดการวิจัยเพื่อใช้เป็นฐานในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายที่จะนำไปสู่การขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรม

บนเส้นทางของการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะดังกล่าวของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ดำเนินโครงการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและการดำเนินการระดับพื้นที่ในพื้นที่สำคัญหลายเรื่อง เช่น การดำเนินงานร่วมกันภายใต้บริบทการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ทำให้มีการจัดตั้งอนุกรรมการสุขภาพช่องปากภายใต้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่เพิ่มขึ้นจาก ๕ จังหวัด เป็น ๓๑ จังหวัด

เกิดระบบข้อมูลสุขภาพช่องปาก โดยเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพในรูปแบบ OHSP Dashboard เพื่อให้ทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสามารถนำข้อมูลไปใช้จัดทำนโยบายหรือแผนพัฒนาบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากและแผนสนับสนุนทรัพยากรในระดับพื้นที่ การพัฒนาการจัดระบบนิเวศการเรียนรู้ เพื่อลดปัญหาฟันผุในศูนย์เด็กเล็ก ด้วยการพัฒนาหลักสูตรสร้างศักยภาพครูพี่เลี้ยงและผู้ดูแลเด็กในการจัดระบบนิเวศการเรียนรู้ในศูนย์เด็กและที่บ้านเพื่อสร้างสุขนิสัยที่ดี นำร่องศูนย์เด็กเล็ก จำนวน ๔๘ แห่งครอบคลุม ๔ จังหวัด ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาเป็นแผนดำเนินงานและแผนการจัดการเรียนรู้ (Learning Areas: LA) โดยใช้ชุดการเรียนรู้เชิงรุกที่สะท้อนผลผ่านกิจวัตรประจำวัน (Reflective Active Learning) รวมถึงการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายการขับเคลื่อนการแก้ไขนิยามและลักษณะฉลากนมเพื่อลดปัญหาฟันผุในเด็กต่ำกว่า ๕ ปีด้วย



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติยังได้สานพลังความร่วมมือกับหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง พัฒนาและขับเคลื่อนบริการรถทันตกรรมเคลื่อนที่ระดับท้องถิ่น พร้อมยกระดับบริการรถทันตกรรมเคลื่อนที่ไฟฟ้า (EV) เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่โดยเฉพาะกลุ่มคนเปราะบางสามารถเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมได้มากขึ้น ตลอดจนมีการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เช่น ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินโครงการ “๓๐ บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”

สิทธิประโยชน์พื้นฐานในการรับบริการทางทันตกรรม

หากเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพช่องปากกับปัญหาเศรษฐกิจ หรือเรื่องปากท้อง ความเป็นอยู่ของประชาชน หลายๆ คนอาจจะมองว่าปัญหาช่องปากเป็นเรื่องเล็ก ๆ ของแต่ละคน เมื่อเป็นแล้วก็ไม่ถึงแก่ชีวิต ทว่าปัญหานี้กลับเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงวัยและยังส่งผลกระทบต่อภาวะโรคคุณภาพชีวิต รวมไปถึงระบบสาธารณสุขและระบบเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ

แม้จะประสบความสำเร็จในการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชน ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๔ การให้สิทธิประโยชน์ด้านบริการทางทันตกรรมใน ๓ กองทุนหลัก ได้แก่ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ และประกันสังคม ทำให้ประชากรไทยมีสิทธิประโยชน์พื้นฐานในการรับบริการทางทันตกรรม แต่ด้วยกลไกการจ่ายเงิน ขาดสิทธิประโยชน์และข้อกำหนดในการใช้บริการที่แตกต่างกัน จึงส่งผลต่อแรงจูงใจในการจัดบริการ ทำให้ผู้รับบริการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการด้านการรักษาทางทันตกรรมอย่างจำกัดและไม่เท่าเทียม หรือเหลื่อมล้ำกันระหว่าง ๓ สิทธิสวัสดิการ

เหตุผลหลักที่ประชาชนไม่สามารถเข้ารับบริการทางทันตกรรมตามสิทธิที่มีของประชาชนในทุกสิทธิ คือ ไม่มีเวลาไปรับบริการ คิวรักษาที่ยาวทำให้ต้องรอนาน เดินทางไม่สะดวกและไม่มีเงินจ่ายค่าบริการ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการใช้บริการที่ประชาชนกว่าร้อยละ ๔๐ เลือกเข้ารับบริการในสถานพยาบาลเอกชน โดยยินยอมจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง ซึ่งสะท้อนว่า สิทธิสวัสดิการในปัจจุบันที่มีสถานพยาบาลของรัฐเป็นหลักนั้น ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ รวมถึงข้อจำกัดในการใช้สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการในบางระบบนั้น ไม่ครอบคลุมความจำเป็นในการรับบริการของประชาชน นอกจากนี้ ยังพบสถานการณ์ปัญหาบริการด้านทันตกรรมที่ไม่ปลอดภัย การรักษาและใช้สินค้าทางทันตกรรมที่ไม่ถูกต้องตามหลักการแพทย์ เช่น บริการจัดฟันเถื่อน มีการโฆษณาหรือขายเครื่องมือ อุปกรณ์ วัสดุทางทันตกรรมและสินค้าอันตรายทางทันตกรรมอื่น ๆ ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแผลเรื้อรังในช่องปาก

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันมีการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อจัดการปัญหาสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ จึงถือเป็นโอกาสสำคัญในการพัฒนางานสาธารณสุขด้านบริการทันตกรรมของระดับท้องถิ่น ซึ่งจะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมที่เป็นธรรมและเท่าเทียม มีมาตรฐาน ปลอดภัยในราคาเหมาะสมให้กับประชาชน ทั้งผู้ที่มีสิทธิสวัสดิการและผู้ที่ไม่มีสิทธิสวัสดิการในการรักษา เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพฟันและช่องปากที่ดี การพัฒนานโยบายสาธารณะเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการทันตกรรม

การพัฒนานโยบายสาธารณะเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการทันตกรรม เริ่มถูกนำเสนอเข้าสู่กระบวนการพิจารณาในที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยทันตแพทย์สภา ศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค วิทยาลัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพแห่งประเทศไทยและสภาเภสัชกรรมทันตกรรม โดยตามข้อมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้

ขอความร่วมมือจากหน่วยงานและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

ต่อมา ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้แต่งตั้ง “คณะกรรมการประสานและพัฒนาระบบสุขภาพช่องปากสำหรับประเทศไทย” ซึ่งมีหน้าที่และอำนาจสำคัญในการประสานความร่วมมือเพื่อร่วมกำหนดทิศทาง การพัฒนาและบูรณาการการขับเคลื่อนงานระบบสุขภาพช่องปากของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ปัจจุบันได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการจำนวน ๒ ชุด ได้แก่ ๑) คณะอนุกรรมการประสานและพัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ เพื่อดำเนินการโครงการขับเคลื่อนการพัฒนาสร้างเสริมสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้้องค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และ ๒) คณะอนุกรรมการประสานและพัฒนาระบบบริการทันตกรรมเคลื่อนที่พระราชทาน โดยดำเนินการพัฒนาและขับเคลื่อนระบบรถทันตกรรมเคลื่อนที่ในระดับท้องถิ่น ซึ่งเน้นการสร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในทุกระดับ เพื่อให้บริการด้านทันตกรรมกับประชาชนในพื้นที่โดยเฉพาะกลุ่มคนเปราะบาง

ผลการดำเนินงานพัฒนาและขับเคลื่อนระบบสุขภาพช่องปาก

การดำเนินงานพัฒนาและขับเคลื่อนระบบสุขภาพช่องปากจากความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีผลสำเร็จและได้สร้างการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

๑) เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบสุขภาพช่องปาก โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ได้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบสุขภาพช่องปาก ๓ ประเด็นสำคัญที่ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและได้ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือ ๑) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ โดยมีเป้าหมายสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากทั้งในเขตเมืองและชนบท ด้วยการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพช่องปากภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๒) การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพช่องปากทุกด้าน ครอบคลุมการรับบริการ พฤติกรรมการดูแลและปัจจัยเสี่ยงและสภาวะสุขภาพช่องปาก รายนุคคล โดยเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพ และ ๓) การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปาก ซึ่งกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง ให้ดำเนินการจัดเก็บภาษีระยะที่ ๓ ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. ๒๕๖๐ เพราะมาตรการภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสนับสนุนให้คนไทยลดบริโภคน้ำตาลจากเครื่องดื่ม ส่งผลดีต่อสุขภาพช่องปากและสุขภาพโดยรวม และได้งบประมาณจากภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลกว่าปีละสองหมื่นล้าน

๒) เกิดการขับเคลื่อนโครงการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ จากข้อเสนอข้างต้น ได้ถูกนำไปสู่การขับเคลื่อนโครงการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๖๘ ทำให้เกิดผลการดำเนินงานที่สำคัญหลายประการ ได้แก่

(๑) เกิดระบบข้อมูลสุขภาพช่องปากในทุกด้านโดยเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพในรูปแบบ OHSP Dashboard เพื่อให้ทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด สามารถใช้ข้อมูลเพื่อนำไปยกวางแผนและแผนพัฒนาบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากและแผนสนับสนุนทรัพยากรในระดับพื้นที่

(๒) เกิดการพัฒนาฐานข้อมูลที่สามารถแสดงผลพัทธ์การให้บริการและปรับพฤติกรรมดูแลได้ต่อเนื่องบนเว็บไซต์ Child Oral Health (ระบบบันทึกข้อมูลช่องปากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (dentdata.net) และมีการจัดทำคู่มือการใช้งานระบบเพื่อให้ทันตภิบาลและครูพี่เลี้ยงของศูนย์เด็กเล็กสามารถดึงข้อมูลจากเว็บไซต์ไปกำกับติดตามประเมินผลสุขภาพช่องปากรายบุคคลและจัดบริการสุขภาพช่องปากแบบมุ่งผลลัพธ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พื้นที่ต้นแบบ (Sandbox) ๔ จังหวัด เพื่อลดปัญหาฟันผุในเด็ก

(๓) เกิดการพัฒนาหลักสูตรการสร้างความรักที่เลี้ยงและผู้ดูแลเด็กในการจัดระบบนิเวศการเรียนรู้ในศูนย์เด็กเล็กและที่บ้านเพื่อสร้างสุนทรีย์ที่ดี ในศูนย์เด็กเล็ก ๔๘ แห่งครอบคลุม ๔ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดสระบุรี ทำให้เกิดเป็นแผนการดำเนินงานและแผนการจัดการเรียนรู้ (Learning Areas : LA) โดยใช้ชุดการเรียนรู้เชิงรุกและสะท้อนผลผ่านกิจวัตรประจำวัน (Reflective Active Learning)

(๔) เกิดการสนับสนุนการดำเนินการต่าง ๆ เช่น การทบทวนสถานการณ์การจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อได้แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิประเทศ รวมถึงการสำรวจตลาดนมสำหรับเด็กต่ำกว่า ๕ ปี เพื่อปรับปรุงสภาพผลิตภัณฑ์ “นม” และนิยามประเภท “นม” เพื่อการสื่อสารที่ชัดเจน และป้องกันนมหวานที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อฟันผุในกลุ่มเด็ก ๐-๕ ปี

(๕) การสนับสนุนให้กลุ่มเยาวชนและคนรุ่นใหม่ มีส่วนร่วมในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายหรือนวัตกรรมสังคม ด้วยกระบวนการ Policy Initiative จากการแข่งขันออกแบบระดมสมองของเยาวชนและคนรุ่นใหม่ ภายใต้ธีม (Theme) เกี่ยวกับ “คุณค่า ความงาม และสุขภาพภายในช่องปาก” เพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน ที่อาจนำไปสู่การสร้างเปลี่ยนแปลงในสังคมได้ในที่สุด

๓) **ความร่วมมือในการพัฒนาและขับเคลื่อนบริการรถทันตกรรมเคลื่อนที่ระดับท้องถิ่น** มีการสร้างความร่วมมือในการพัฒนาและขับเคลื่อนบริการรถทันตกรรมเคลื่อนที่ระดับท้องถิ่น โดยเน้นเสริมบทบาทของท้องถิ่นทุกระดับ เพื่อให้บริการประชาชนในพื้นที่โดยเฉพาะกลุ่มคนเปราะบางสามารถเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

๔) **ควบคุมบริการทันตกรรมให้มีความปลอดภัยต่อผู้บริโภค** มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการขายเครื่องมือแพทย์ทางทันตกรรม พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อควบคุมบริการทันตกรรมให้มีความปลอดภัยต่อผู้บริโภค

๕) **โครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว** สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการดำเนินโครงการ “๓๐ บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ ๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ โดยแบ่งเป็นบริการทันตกรรมในหน่วยบริการและบริการทันตกรรมสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ

๖) **เพิ่มสิทธิทางทันตกรรมในคลินิกทันตกรรมเอกชน** สำนักงานประกันสังคม ได้มีการเพิ่มสิทธิทางทันตกรรมในคลินิกทันตกรรมเอกชนจาก ๙๐๐ บาท เป็นเงิน ๑,๒๐๐ บาทต่อปี และเพิ่มสิทธิการตรวจฟัน การเอกซเรย์ฟัน และมีจำกัดวงเงินอุดหนุนน้ำลายไม่เกิน ๙๐๐ บาท มีการคืนสิทธิให้การรักษาทางทันตกรรมในโรงพยาบาลรัฐให้เป็นไปตามโรคในช่องปากที่จำเป็น โดยไม่จำกัดวงเงิน เบิกจ่ายกับกองทุนในอัตรากรมบัญชีกลาง

นอกจากนี้ ยังมีการเพิ่มการเข้าถึงบริการด้วยรถทันตกรรมเคลื่อนที่โดยมีคลินิกเอกชนออกให้บริการแก่ผู้ประกันตน ณ บริษัทหรือโรงงาน ซึ่งประชาชนผู้เข้ารับบริการสามารถเบิกจ่ายตามข้อตกลงความร่วมมือกับสำนักงานประกันสังคม และยังมีบริการรถทันตกรรมเคลื่อนที่ที่ออกให้บริการกับเด็กนักเรียนในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร รวมถึงในสถานพินิจและเรือนจำ โดยเบิกจ่ายกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นรูปธรรมในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพช่องปากของประเทศไทย

จากผลการดำเนินงานดังกล่าวข้างต้น ทำให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมมากมาย ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพช่องปากของประเทศไทย ไม่ว่าจะเป็นการดำเนินโครงการ “๓๐ บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ ๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ เป็นต้นมา โดยแบ่งเป็นบริการทันตกรรมในหน่วยบริการ และบริการทันตกรรมสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ ซึ่งในเฟส ๑ และ ๒ มีประชาชนเข้าถึงบริการทันตกรรมประมาณ ๑๔,๐๐๐ คน ใช้บริการประมาณ ๑๔,๐๐๐ ครั้ง คิดเป็นงบประมาณเบิกจ่ายรวม ๑๒ ล้านบาท ซึ่งมี

คลินิกทันตกรรมที่เข้าร่วมโครงการ แบ่งเป็นรายเขต รวมทั้งหมด ๘ จังหวัด โดยได้
ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประมาณ ๑๗๒ แห่ง ซึ่งมีคลินิก
ที่ดำเนินการให้บริการไปแล้วจำนวน ๑๐๙ แห่ง นอกจากนี้ ยังมีบริการรถทันตกรรม
เคลื่อนที่ในเรือนจำและสถานพินิจด้วย ประกอบด้วย ในเรือนจำ ได้แก่ จังหวัดแพร่
จังหวัดนราธิวาส และจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งภาพรวมการให้บริการตามที่เบิกจ่ายแล้วกว่า
๑,๐๐๐ คน

ในด้านชุดสิทธิประโยชน์ในการให้บริการด้านทันตกรรมของประชาชนนั้น ทาง
สำนักงานประกันสังคมได้เพิ่มสิทธิทางทันตกรรมในคลินิกทันตกรรมเอกชนจาก
๙๐๐ บาท เป็นเงิน ๑,๒๐๐ บาทต่อปี และเพิ่มสิทธิการตรวจฟัน การเอกซเรย์ฟัน
และมีจำกัดวงเงินชุดหินน้ำลายไม่เกิน ๙๐๐ บาท โดยมีการคืนสิทธิให้การรักษาทาง
ทันตกรรมในโรงพยาบาลรัฐให้เป็นไปตามโรคในช่องปากที่จำเป็นโดยไม่จำกัดวงเงิน
เบิกจ่ายกับกองทุนในอัตรากรมบัญชีกลาง

รูปธรรมการขับเคลื่อนงานระดับพื้นที่ผ่านโครงการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบ
สร้างเสริมสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิมิระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด ทั้งหมด ๔๙ แห่ง
เกิดการดำเนินงานร่วมกันของทันตบุคลากรและภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่ ทำให้เกิดระบบ
ข้อมูลสุขภาพช่องปากในทุกด้านโดยเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพ ในรูปแบบ OHSP
Dashboard โดยทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดองค์การบริหารส่วน
จังหวัด สามารถใช้ข้อมูลเพื่อนำไปยกวางนโยบายและแผนพัฒนาบริการส่งเสริม
ป้องกันสุขภาพช่องปากและแผนสนับสนุนทรัพยากรในระดับพื้นที่ เพื่อเสนอเป็นแผน
ของคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ต่อไปได้รวมถึงการพัฒนาหลักสูตรการ
สร้างศักยภาพครูพี่เลี้ยงและผู้ดูแลเด็กในการจัดระบบนิเวศการเรียนรู้ในศูนย์เด็กเล็ก
และที่บ้านเพื่อสร้างสุขนิสัยที่ดี ในศูนย์เด็กเล็ก ๔๘ แห่งครอบคลุมใน ๔ จังหวัด

แม้จะมีการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับระบบสุขภาพ
ช่องปาก ที่ทุกภาคส่วนร่วมมือกันอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังมีความท้าทายอีกหลายมิติ
โดยเฉพาะการสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการทันตกรรม รวมถึงการลดปัญหา
จากบริการด้านทันตกรรมที่ไม่ปลอดภัยในรูปแบบใหม่ๆ โดยปัญหาเหล่านี้ ล้วนแต่
เป็นโจทย์สำคัญที่ทุกฝ่ายจะต้องร่วมมือในการขับเคลื่อนต่อไป เพื่อให้ประชาชนได้รับ
บริการด้านทันตกรรมที่มีคุณภาพ มีมาตรฐาน ปลอดภัย และสามารถเข้าถึงได้อย่าง
เท่าเทียม พร้อมทั้งนี้ จำเป็นต้องขับเคลื่อนการจัดการเชิงระบบควบคู่กัน เพื่อให้
ทันตบุคลากรได้รับการพัฒนาด้านศักยภาพ ตลอดจนได้รับขวัญกำลังใจในการ
ทำงานจากนโยบายที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย

บทที่ ๑๕

กลไกการมีส่วนร่วมในระดับเขตสุขภาพ เพื่อประชาชน

สำนักสนับสนุนการพัฒนาาระบบสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้ให้นิยามของ “ชุมชนเข้มแข็งด้านสุขภาพ” ว่ามีคุณลักษณะของชุมชนที่มีการจัดการตนเองด้านสุขภาพ มีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ๑) สร้างการเรียนรู้ มีกระบวนการเรียนรู้ และสร้างความเข้าใจร่วมกัน ๒) มีองค์กรที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนให้เกิดการแก้ปัญหาและพัฒนาครอบคลุมทุกด้าน ๓) สร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลง ๔) สร้างโอกาสให้ทุกภาคส่วนร่วมแก้ปัญหาและพัฒนา ๕) สามารถระดมเงินและทรัพยากรเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนา ๖) มีข้อตกลงและกติกาของชุมชน ๗) สร้างความร่วมมือกับองค์กร หน่วยงานภายในและภายนอกพื้นที่ได้

เพื่อพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม ภาควิชาการ ภาคเอกชนและประชาชน ให้เข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมในการสร้างนโยบายสาธารณะ รวมถึงการเข้าร่วมขับเคลื่อนนวัตกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพในเขตพื้นที่ โดยอ้างอิงธรรมนูญสุขภาพเพื่อเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ซึ่งมีรูปธรรมความสำเร็จที่เกิดขึ้นของโครงการยกระดับการพัฒนาวิถีและขับเคลื่อนสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗ ดังนี้

๑. การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพระดับเขต ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและพื้นที่เมืองพัทยา เปรียบเสมือนแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ที่ผ่านกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมของคน กลไก เครือข่าย ภายในพื้นที่และได้ประกาศใช้สู่การปฏิบัติระหว่างภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาชน ในการร่วมสนับสนุนทิศทางด้านสุขภาพในพื้นที่ รวมทั้งสิ้น ๑๑ ฉบับ โดยประกาศใช้ในพื้นที่ ดังนี้ (๑) เขตจตุจักร (๒) เขตหลักสี่ (๓) เขตมีนบุรี (๓) เขตคลองเตย (๕) เขตพระโขนง (๖) เขตดุสิต (๗) เขตหนองแขม (๘) เขตตลิ่งชัน (๙) เขตยานนาวา (๑๐) เขตคลองสามวา รวมถึงธรรมนูญสุขภาพชุมชนเกาะล้าน เมืองพัทยา ๑ ฉบับ

๒. การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพระดับเขตกรุงเทพมหานคร ๑๒ พื้นที่เขต การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพผ่านเขตการปกครองส่วนท้องถิ่นหรือพื้นที่ ถือเป็นนวัตกรรมที่สำคัญในระบบสุขภาพของประเทศไทย เช่นกัน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของประชาชนจากหลายภาคส่วนในสังคม ขับเคลื่อนผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร โดยมีกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นองค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่นผ่านกลไกการประสานหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ก็ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนสร้างการมีส่วนร่วมที่เกิดจากความต้องการของประชาชน เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและส่งเสริมให้เกิดการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ โดยมีการติดตามประเมินผลดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ในการขับเคลื่อนนี้ ได้ดำเนินการร่วมกับพื้นที่เขตต่างๆ ในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ (๑) เขตวังทองหลาง (๒) เขตลาดพร้าว (๓) เขตบึงกุ่ม (๔) เขตธนบุรี (๕) เขตทวีวัฒนา (๖) เขตบางบอน (๗) เขตดอนเมือง (๘) เขตลาดกระบัง (๙) เขตทุ่งครุ (๑๐) เขตคลองสาน (๑๑) เขตบางคอแหลม และ (๑๒) เขตสายไหม

ทั้งนี้ การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระดัตถ์เขตจะสำเร็จลุล่วงมิได้โดย หากขาดบุคลากรด้านสาธารณสุขและทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องสนับสนุนให้ประชาชนเกิดความตระหนักต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กระตุ้นให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพ โดยผลลัพธ์จากการดำเนินการดังกล่าว ส่งผลให้การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระดัตถ์เขต ผ่าน กองทุนสุขภาพเขต ได้รับการอนุมัติโครงการจำนวน ๔๒๑ โครงการ

ในเวทีพัฒนายุทธศาสตร์การขับเคลื่อนกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ได้มีการกำหนดเป้าหมายร่วมโดยใช้ธรรมนูญสุขภาพเป็นเครื่องมือในการพัฒนากลไกสุขภาพฯ โดยได้มีการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เพื่อร่วมขับเคลื่อนการใช้งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เกิดความยั่งยืนและมีแผนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระดัตถ์เขตให้ครอบคลุมทั้ง ๕๐ เขต อีกทั้งกำหนดให้มีการดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยง (Coaching) เพื่อการขับเคลื่อนกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ให้กับบุคลากรของกรุงเทพมหานคร จำนวน ๒๕๐ คน ครอบคลุมทั้ง ๕๐ เขต โดยสนับสนุนให้สถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นกลไกจัดการสำคัญร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๑๓ กรุงเทพมหานคร และสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร

๓. การจัดตั้ง “ศูนย์วิชาการสุขภาพะเขตเมือง ๕ แห่ง” เป็นการพัฒนาเครือข่ายวิชาการสถาบันอุดมศึกษาและมหาวิทยาลัยราชภัฏกลุ่มรัตนโกสินทร์ ซึ่งประกอบด้วย มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยามหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร และมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา โดยได้มีการลงนามความร่วมมือพัฒนาเครือข่ายวิชาการสถาบันอุดมศึกษา เพื่อร่วมกันสนับสนุนกิจกรรม ดังต่อไปนี้

๓.๑ สนับสนุนการพัฒนาธรรมนูญสุขภาพพระดัตถ์เขตใน ๑๐ พื้นที่ กรุงเทพมหานคร

๓.๒ สนับสนุนการดำเนินงานขับเคลื่อนกลไกและธรรมนูญสุขภาพพระดัตถ์เขตเพื่อสร้างชุมชนเข้มแข็ง ๑๒ พื้นที่ธรรมนูญสุขภาพเขต (พื้นที่นำร่อง)

โดยการทำงานร่วมกันในระยะแรกของการจัดตั้งศูนย์วิชาการสุขภาพเขตเมือง ได้มีการประสานงานกับเขตพื้นที่และทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยงให้แก่คณะทำงานร่วมเพื่อให้มหาวิทยาลัยราชภัฏกลุ่มรัตนโกสินทร์ทั้ง ๕ แห่ง ได้เรียนรู้กระบวนการพัฒนาธรรมนุญสุขภาพ ร่วมกันขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร รวมถึงการดำเนินงานด้านขับเคลื่อนกลไกและธรรมนุญสุขภาพ

๔. การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร เสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง เพื่อให้เกิดการยกระดับการพัฒนากลไกและขับเคลื่อนสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ผ่านการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การใช้งบกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ที่เชื่อมร้อยการทำงานแผนงานที่ ๑ - ๓ เข้าด้วยกัน ผ่านการดำเนินงาน ๓ ระดับ ได้แก่

๔.๑ การพัฒนากลไกความร่วมมือระดับนโยบาย มีการหารือเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์การใช้งบกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็งในระดับนโยบายระหว่างองค์กรยุทธศาสตร์ร่วมกัน เพื่อร่วมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การใช้งบกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง จนเกิดเป็นนโยบายผู้ว่ากรุงเทพมหานครส่งเสริมกลไกภาคประชาชนสุขภาพดีผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

๔.๒ การพัฒนาแกนประสานงานวิชาการ (Node) ขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพระดับเขตผ่านการใช้งบกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง โดยทำงานร่วมกับมหาวิทยาลัยราชภัฏกลุ่มรัตนโกสินทร์ ๕ แห่ง เพื่อเป็นภาคีวิชาการหนุนเสริมการสร้างความเข้มแข็งพัฒนาโครงการจากธรรมนุญสุขภาพระดับเขตเพื่อขอรับการสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

๔.๓ การพัฒนากลไกความร่วมมือระดับพื้นที่เขต โดยมีการทำงานร่วมกับสำนักงานเขต ศูนย์บริการสาธารณสุข คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ



กรุงเทพมหานครระดับเขตและสภาองค์กรชุมชน ในการสร้างเสริมศักยภาพชุมชน พัฒนาโครงการจากธรรมนูญสุขภาพพระระดับเขต เพื่อขอรับการสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครให้กับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครและผู้แทนชุมชน ตลอดจนติดตามและให้การสนับสนุนชุมชนในการนำเสนอโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

จากบทเรียนและข้อค้นพบสำคัญของการทำงานระหว่างปี พ.ศ.๒๕๖๓ - ๒๕๖๗ ซึ่งเป็นระยะเวลา กว่า ๕ ปี สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและภาคียุทธศาสตร์ ๙ หน่วยงาน ได้แก่ ๑) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ๒) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร ๓) สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) ๔) กรุงเทพมหานคร ๕) มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี ๖) มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ๗) มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม ๘) มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร และ ๙) มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา พบว่า

๑. กรุงเทพมหานคร เป็นพื้นที่สำคัญเชิงยุทธศาสตร์ มีผู้คนหลากหลายเข้ามาอาศัยอยู่และใช้พื้นที่ร่วมกัน นอกจากความท้าทายเรื่องความเป็นธรรมของการเข้าถึงทรัพยากรที่มีจำกัดแล้ว การพัฒนาเมืองที่ขาดการวางแผนที่ดียังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ ได้แก่ ๑) การเพิ่มขึ้นของอุบัติเหตุโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ๒) ระบบบริการสุขภาพในชุมชนเมืองที่ไม่ตอบสนองกับความต้องการที่หลากหลายและบริบทของสังคมที่ซับซ้อนของวิถีชีวิตคนในชุมชนเมือง ๓) ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ชยะ และมลพิษ ๔) การขาดการมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของร่วมในการบริหารจัดการพื้นที่ ๕) การจัดการระบบสวัสดิการของรัฐที่ต้องสนับสนุนให้เกิดความเท่าเทียมและเป็นธรรม

ทั้งนี้ การพัฒนาระบบเมืองที่ยั่งยืนของกรุงเทพมหานคร ต้องอาศัยนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมและการทำงานของหลายภาคส่วน ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะพื้นที่จังหวัดติดต่อกับที่เรียกว่าปริมณฑล จำเป็นต้องมียุทธศาสตร์เฉพาะหรือมีนโยบายเฉพาะ เพราะมีการเคลื่อนไหวของประชากรแฝงจำนวนมาก จึงเป็นโอกาสที่จะต้องพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อลดช่องว่างของการพัฒนาสุขภาพเขตเมืองให้สามารถเสริมสร้างระบบเดิม ให้ค้ำยันถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องนำไปสู่การจัดการพื้นที่ที่เป็นระบบและยั่งยืนต่อไป

๒. เมืองพัทยา มีความซับซ้อนของกลุ่มประชากรที่เข้ามาอาศัย โดยพบว่าประชากรบางส่วนที่เข้ามาเช่าบ้านอยู่ ไม่ได้เป็นประชากรแฝง ด้วยบางรายได้สิทธิ์โอนชื่อเข้าไปอยู่ในทะเบียนบ้านของผู้ให้เช่า ดังนั้น ผู้เช่าบางส่วนที่ไม่ใช่ประชากรแฝงจึงสามารถใช้สิทธิ์ต่าง ๆ ได้ เช่น สิทธิ์ในการเลือกตั้ง หรือสิทธิ์ในการส่งบุตรหลานเข้าเรียนฟรี ทั้งนี้ อาจจะมีมองได้ว่าพื้นที่เมืองพัทยามีกลุ่มประชากร ๓ กลุ่ม ที่ช่วยขับเคลื่อนเศรษฐกิจในพื้นที่ ได้แก่ (๑) กลุ่มนักท่องเที่ยว (ชาวต่างชาติ) ที่เข้ามาจับจ่ายใช้สอย

ทำให้มีเงินหมุนเวียนในระบบ (๒) กลุ่มประชากรแฝงที่เข้ามาทำหน้าที่กระจายรายได้ไปยังส่วนต่าง ๆ ในระดับล่าง และ (๓) คนเมืองดั้งเดิม

ดังนั้น การพัฒนาสุขภาพของพื้นที่เมืองพัทยา จึงมีความซับซ้อนในมิติของประชากรแฝงกลางวันและแฝงกลางคืน ซึ่งมีมิติของเวลาแตกต่างกันออกไป การเสริมสร้างระบบสุขภาพของพื้นที่จึงจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชากรทุกภาคส่วนในพื้นที่ รวมถึงหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนที่ออกแบบบริการที่สอดคล้องกับสถานการณ์ในระดับพื้นที่ ซึ่งการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพเมืองพัทยาถือเป็นผลผลิตหนึ่งที่ได้สร้างบรรยากาศ เปิดวงพูดคุย ทำให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบเมือง

๓. ปริมณฑล การขยายตัวของ “ความเป็นเมือง” เป็นการแบ่งแยกเมืองกับชนบท ตามเขตการปกครองหรือความหนาแน่นของประชากร แต่ยังเชื่อมโยงกับวิถีชีวิต บริบทสังคม วัฒนธรรม และโครงสร้างทางเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตาม ยังสะท้อนถึงความท้าทายของการจัดการปัญหาาระบบสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ที่ต้องมีการทบทวนระบบบริการ ระบบจัดการ นโยบาย และกฎหมาย เพื่อให้ครอบคลุมพื้นที่ด้วย

๔. ศูนย์วิชาการสุขภาพเขตเมือง ดอกผลจากกระบวนการสานพลัง กลไกเชื่อมปัญหา “ระดับเขต” เข้ากับกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ทำให้ภาควิชาการเข้ามาหนุนเสริมการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพระดับเขตของแต่ละชุมชนและเข้ามามีส่วนร่วมในการยกระดับคุณภาพชีวิต ซึ่งตรงกับเป้าหมายของสถานศึกษาที่ต้องการให้เป็นส่วนหนึ่งในสังคม เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาด้านต่าง ๆ ทั้งร่วมถ่ายทอดองค์ความรู้ เกิดความช่วยเหลือให้มีการขับเคลื่อนแผนงาน หรือการแนะนำในการทำข้อเสนอเพื่อขอรับงบประมาณในการขับเคลื่อนงาน โดยเฉพาะงบประมาณใน “กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร” ที่พร้อมสนับสนุนภาคประชาชนในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพ ซึ่งภาควิชาการจะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้กับชุมชนในเขตเมือง เพื่อให้สามารถเข้าถึงงบประมาณและนำมาขับเคลื่อนงานในพื้นที่ รวมไปถึงร่วมกันผลักดันให้มีธรรมนูญสุขภาพระดับเขตเพิ่มขึ้นครบ ๕๐ เขตภายในปี ๒๕๖๙ ซึ่งจะทำให้ภาพรวมของสุขภาพผู้คนดีขึ้น

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เห็นความสำคัญของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมในเขตเมือง ทั้งพื้นที่การปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษอย่าง กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา และเมืองในเขตปริมณฑล จึงได้มีการยกระดับการทำงานเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นพื้นที่สำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของคนเมือง (Urbanization) ที่จะสามารถดำเนินไปอย่างคล่องตัวมีประสิทธิภาพมากขึ้นสอดคล้องกับสถานการณ์ สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล นโยบายของกรุงเทพมหานครและของเมืองพัทยา ทั้งนี้ สำนักงานคณะกรรมการ

สุขภาพแห่งชาติและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จึงได้ร่วมจัดตั้ง “ศูนย์ขับเคลื่อนสุขภาวะเขตเมือง (ศสม.)” ให้เป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงาน สนับสนุนการทำงานพัฒนาทั่วโลก เครือข่ายและกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมสืบต่อไป

จะเห็นได้ว่า ธรรมนูญสุขภาพระดับเขตจะสำเร็จลุล่วงมิได้โดย หากขาดกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนในเขต ขณะเดียวกัน ความร่วมมือของประชาชนในการจัดการตนเองด้านสุขภาพ ก็ไม่สามารถเกิดได้เช่นกัน หากขาดบุคลากรด้านสาธารณสุข และทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องสนับสนุนให้ประชาชนเกิดความตระหนักต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพระดับเขต ที่เปรียบเสมือนแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ซึ่งผ่านกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมของคน ทั่วโลก เครือข่าย ภายในพื้นที่ ที่ทุกคนได้เข้ามามีส่วนร่วม นอกจากนี้จะช่วย เพื่อลดช่องว่างของการพัฒนาสุขภาวะเขตเมืองแล้ว ยังจะนำไปสู่การจัดการพื้นที่ที่เป็นระบบและยั่งยืนต่อไปได้อีก



HIA

10+

การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม
ด้วยการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

บทที่ ๑๖

การพัฒนาโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

HIA หรือ Health Impact Assessment คือการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งหมายถึงการคาดการณ์ถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบาย แผนงานและโครงการ ที่มีต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน ทั้งทางลบ ทางบวก และความเป็นธรรมจากการได้รับผลกระทบจากนโยบายสาธารณะ ซึ่งถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ที่ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อให้เกิดกระบวนการที่ทุกภาคส่วนในสังคมได้มีส่วนร่วมในการตั้งคำถามและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ รวมถึงช่วยป้องกันและจัดการกับความเสียหายต่อสุขภาพจากนโยบายหรือโครงการพัฒนาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่

เป้าหมายของการทำการประเมินผลกระทบสุขภาพอยู่ที่การมุ่งค้นหาว่า นโยบายหรือโครงการพัฒนาประเทศในรูปแบบต่าง ๆ จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม สังคม และสภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนอย่างไร โดยได้มีการเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้ถกเถียงถึงข้อดี-ข้อเสีย รวมทั้งเสนอทางเลือกในการพัฒนาหรือมาตรการในการแก้ไขปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้น เพื่อให้เป็นการพัฒนาที่ควบคู่ไปกับการคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของประชาชน

โดย HIA สามารถทำได้ทั้งในระยะก่อน ระหว่างหรือหลังการดำเนินงานนโยบายหรือโครงการ มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องหลัก ๆ ได้แก่ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๓๕ และพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ ทำให้เกิดการขับเคลื่อนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของประเทศไทย ๒ แนวทางที่สำคัญ คือ แนวทางที่ ๑ เพื่อบูรณาการไว้ในระบบการประเมินผลกระทบรูปแบบอื่น เช่น การทำ EIA และ EHIA รวมถึงการออกหลักเกณฑ์ในการอนุญาตดำเนินโครงการในระดับท้องถิ่น ซึ่งต้องทำตามกฎหมายกำหนดเพื่อการอนุมัติและการอนุญาตโครงการ แนวทางที่ ๒ เพื่อเป็นเครื่องมือเพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของคนในสังคม ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนานโยบายสาธารณะ

นับว่า HIA เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดทฤษฎีนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies: HiAP) และทำให้ประชาชนเข้าถึงสิทธิในการดำรงอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ

ต่อสุขภาพ ตามที่กำหนดในมาตรา ๕ มาตรา ๑๐ และมาตรา ๑๑ โดยที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกประกาศหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ฉบับที่ ๓) เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงาน/องค์กร และภาคีเครือข่าย รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการนำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพไปใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ซึ่งจะทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันบนฐานของความรู้ในกระบวนการนโยบายสาธารณะ ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพะของประชาชนและชุมชน โดยมุ่งพัฒนาระบบสนับสนุนและพัฒนาความรู้ เพื่อเป็นคู่มือการดำเนินงานและการเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อน การพัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่นที่เปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

การพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

การพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เพื่อขยายผลให้เกิดการขับเคลื่อนการทำ HIA ของหน่วยงานองค์กรต่าง ๆ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายในวงกว้างนั้น ยังมีประเด็นที่ท้าทายอีกหลายประการ ซึ่งยังจำเป็นต้องขยายเครือข่ายภาคีและสร้างกลไกกระบวนการในการทำงานร่วมกัน ตลอดจนพื้นที่กลางที่เอื้อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และการเรียนรู้ร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

ในการขับเคลื่อนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพนั้น สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้มุ่งเน้นพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนให้เกิดการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมวงกว้าง โดยที่หน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ รวมถึงชุมชนและท้องถิ่น สามารถใช้การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเป็นเครื่องมือในการ



ดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่หรือการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายของตน ซึ่งจากการถอดบทเรียนการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้มีข้อเสนอไปในทิศทางเดียวกันคือ จำเป็นต้องพัฒนากลไกหนุนเสริมศักยภาพและการเรียนรู้ HIA ที่ทุกฝ่ายสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจึงมุ่งสร้างความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์เพื่อพัฒนากลไกหนุนเสริมศักยภาพในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ทั้งในเชิงพื้นที่และเชิงประเด็น เพื่อเสริมพลังให้กับภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่สนใจ สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวทางการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

๑) สร้างความร่วมมือภาคียุทธศาสตร์และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง การสร้างความร่วมมือภาคียุทธศาสตร์และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนในมิติต่าง ๆ เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนในมิติต่าง ๆ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาาระบบและกลไกสนับสนุนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงไปด้วยกัน

๒) ขับเคลื่อนหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ฉบับที่ ๓) การขับเคลื่อนหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ฉบับที่ ๓) ไปสู่การปฏิบัติและการติดตามสนับสนุน รวมถึงวางแนวทางการทบทวนและพัฒนาหลักเกณฑ์ทุก ๆ ๕ ปี

๓) สร้างเครือข่ายวิชาการ สนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ในการพัฒนาเครือข่ายวิชาการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เพื่อเป็นกลไกสนับสนุนการสร้างและจัดการความรู้ หนุนเสริมศักยภาพและให้คำปรึกษาการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพแก่ภาคีเครือข่ายและชุมชนท้องถิ่น โดยมีศูนย์วิชาการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ภายใต้สถาบันต่าง ๆ ๖ แห่ง ครอบคลุมทุกภาคทั่วประเทศ

๔) สนับสนุนการสร้างและจัดการความรู้ เพื่อการขับเคลื่อนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในระดับต่าง ๆ โดยทำงานร่วมกับเครือข่ายวิชาการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการพัฒนาองค์ความรู้ที่จำเป็นในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ การดำเนินการวิจัยในการพัฒนาาระบบและกลไกการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายวิชาการและการดำเนินการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในระดับท้องถิ่นร่วมกัน

๕) หนุนเสริมศักยภาพของภาคีเครือข่ายและบุคลากรของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยจัดกระบวนการฝึกอบรมและสนับสนุนกลไกที่เลี้ยงให้คำปรึกษาปฏิบัติการ HIA ในพื้นที่การจัดกิจกรรมสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA Forum) ซึ่งกำหนดจัดเป็นประจำทุกปี โดยมีเครือข่ายสถาบันวิชาการ HIA ภาค ผลิตเปลี่ยนหมุนเวียนกันเป็นเจ้าภาพหลักในการจัดงาน

โดยการขับเคลื่อนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนานโยบาย สาธารณะที่เอื้อต่อการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ตามมาตรา ๕ มาตรา ๑๐ และมาตรา ๑๑ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีเป้าหมายสำคัญ เพื่อมุ่งพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนให้หน่วยงานและองค์กรรวมถึงเครือข่ายต่างๆ ให้สามารถดำเนินการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน ตามบทบาทหน้าที่และเพื่อขับเคลื่อนหลักเกณฑ์ รวมถึงวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๔ ไปสู่การปฏิบัติ โดยมี คณะกรรมการ HIA Commission และเครือข่ายวิชาการ HIA Consortium เป็นกลไกหลักในการเชื่อมโยงความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกัน

ผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นรูปธรรมของการทำ HIA

ในช่วงที่ผ่านมา ได้มีการดำเนินงานต่อยอดจากการขับเคลื่อนการดำเนินงาน อย่างเป็นรูปธรรมในหลายพื้นที่ และมีความสำเร็จและสามารถต่อยอดขับเคลื่อนการดำเนินงาน อย่างเป็นรูปธรรมในหลายพื้นที่ เช่น

เทศบาลตำบลศรีบัวบาน อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน ซึ่งมีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพและพัฒนานโยบายสาธารณะที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกันของเทศบาลและชุมชนในพื้นที่ในการจัดการการท่องเที่ยวโดยชุมชน โดยในส่วนของเทศบาลสามารถต่อยอดไปสู่การพัฒนาระบบงานตามมาตรฐานการให้บริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และได้รับการประเมินและรับรองมาตรฐาน EHA8000 จากกรมอนามัย



การทำ HIA เพื่อพัฒนาระบบการจัดการระบบอาหารตลอดห่วงโซ่อาหาร (Food Chain) ของ**เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา** ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อการพัฒนากระบวนการจัดการที่จะทำให้เกิดทั้งความมั่นคงทางอาหาร อาหารปลอดภัยและโภชนาการที่ดีของเด็กและเยาวชน รวมถึงประชาชนในพื้นที่ โดยมีการนำผลจากการทำ HIA ไปต่อยอดในการของบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพท้องถิ่นของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อขับเคลื่อนปฏิบัติการในพื้นที่ให้เป็นรูปธรรมต่อไป

การทำ HIA เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการปัญหาโรคทางเดินหายใจของผู้ทำงานในอุตสาหกรรมเครื่องประดับเงินและทองคำในพื้นที่**เทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัย** ที่มีการพัฒนางานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานและครอบครัว ผู้ประกอบอาชีพช่างทำเครื่องประดับทองคำโบราณ เพื่อแก้ไขปัญหาโรคทางเดินหายใจจากการรับสัมผัสฝุ่นแร่ใยหิน มีการขับเคลื่อนในพื้นที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนเครื่องมือในการทำงานให้เป็นอุปกรณ์ที่ปลอดภัยใยหิน เพื่อให้แรงงานในอุตสาหกรรมทำเครื่องประดับเงินและทองคำในพื้นที่ ซึ่งทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนเครื่องมือและการพัฒนาทักษะการทำงานรวมถึงพฤติกรรมการทำงานให้ปลอดภัย ทำให้ไม่ต้องรับความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการสัมผัสแร่ใยหินอีกต่อไป

นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาเครื่องมือและกระบวนการมีส่วนร่วม ในการดำเนินการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชนและท้องถิ่น ที่สามารถนำไปพัฒนาต่อยอดและประยุกต์ใช้ในบริบทอื่น ๆ ได้ เช่น การพัฒนา Mobile Application สำหรับชุมชน ในการร่วมกันเก็บข้อมูลการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพเพื่อการจัดการความมั่นคงทางอาหารในพื้นที่**เทศบาลตำบลคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ** และการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบสร้างพลังร่วม โดยมีการพัฒนาครูและสร้างพื้นที่เรียนรู้กลางในการติดตามและเรียนรู้ร่วมกันตลอดกระบวนการ เพื่อสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วทั้งจังหวัด ในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา เป็นต้น

การขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ปฏิบัติการ HIA ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากจะทำให้เกิดการเรียนรู้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนในระดับพื้นที่แล้ว ยังเกิดความร่วมมือระหว่างเครือข่ายสถาบันวิชาการและเครือข่ายนักวิชาการในเชิงประเด็น เกิดพื้นที่กรณีตัวอย่างที่สามารถพัฒนาต่อยอดเป็นพื้นที่เรียนรู้แนวทางการทำ HIA ในระดับต่าง ๆ รวมทั้งยังสามารถ “การประเมินประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” หรือ “Local Performance Assessment” (LPA) ได้ด้วย



การพัฒนาการเข้าถึงสิทธิและหน้าที่
ด้านสุขภาพของประชาชน

บทที่ ๑๗

e-Living Will: ภัยแห่งสำคัญสู่การตายอย่างมีศักดิ์ศรี

จากมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่ระบุไว้ว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน” สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ดำเนินการจัดทำหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดและประกาศในราชกิจจานุเบกษา ลงวันที่ ๒๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ เป็นกฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๓ ลงวันที่ ๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ และประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎกระทรวงฯ ดังกล่าว พร้อมตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนา มีผลบังคับใช้ ๒๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๔

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต ตามมาตรา ๑๒ ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นหลักการสำคัญในการส่งเสริมสิทธิหน้าที่ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนหรือบุคคลหรือมนุษย์ทุกคนได้แสดงถึงสิทธิในการแสดงเจตนาการไม่รับบริการที่ไม่ต้องการในวาระท้ายของชีวิต ทั้งการใส่ท่อ การเจาะคอ การยืดชีวิตด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่พัฒนามากขึ้นเรื่อยๆ ด้วยสารอาหาร ยา ยามุ่งเป้า นานับชนิด ด้วยการดูแลรักษาในหลากหลายรูปแบบ ทั้งแบบองค์รวม แบบเจาะจงต่อโรค โดยอาจจะลืมนึกถามความต้องการของคนไข้หรือผู้ป่วย ซึ่งอาจได้รับความทรมานจากการรักษาหรือการบริการเหล่านั้น

ตลอด ๑๘ ปีที่ผ่านมา สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดพิมพ์และเผยแพร่ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุข โดยแทรกไว้ในเอกสารที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข และเอกสารในรูปแบบที่หลากหลายเพื่อเผยแพร่ให้ประชาชนได้นำไปใช้เป็นตัวอย่างในการเขียนหรือจัดทำ Living Will ของตัวเอง

การพัฒนาการจัดเก็บข้อมูลจาก Living Will สู่ e-Living Will บนระบบของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

เมื่อมีการเริ่มต้นจัดทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขในรูปแบบของ Living Will แล้ว สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ยังได้พัฒนาสู่ระบบ e-Living Will เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามเจตนาการในระยะท้ายของชีวิต ดังนี้ ๑) ผู้ป่วยสามารถแก้ไข เรียกดูข้อมูลได้ทุกที่ ทุกเวลา ๒) ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาล จากศูนย์ชีวิธาภิบาลหรือศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Unit) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตรงตามเจตนาของผู้ป่วยที่ "ได้แสดงไว้" ๓) ผู้ป่วยไม่ต้องทนทรมานจากการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ใด ๆ ๔) ช่วยลดความขัดแย้งหรือความเห็นที่ไม่ตรงกันของญาติ เกี่ยวกับวิธีการรักษาผู้ป่วย ๕) ลดความกังวลของแพทย์ พยาบาลในการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย ๖) ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการใช้ทรัพยากรที่เกินความจำเป็น ไม่เป็นภาระแก่ลูกหลานหรือคนในครอบครัว ๗) สามารถแจ้งความประสงค์ด้านอื่น ๆ ได้เพิ่มเติม เช่น ด้านการแพทย์ การบริจาคดวงตา อวัยวะ และร่างกาย ด้านสังคม สถานที่ที่ต้องการเสียชีวิต หัวใจของการใช้ประโยชน์ e-Living Will

e-Living Will นอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นไปตามเจตนา ที่แสดงถึงการเคารพศักดิ์ศรีของเพื่อนมนุษย์ มากกว่าการรักษาคนไข้ด้วยการยื้อชีวิตแล้ว ยังส่งผลดีต่อระบบสุขภาพในประเทศไทยในมิติต่าง ๆ

ระบบ e-Living Will

เพื่ออำนวยความสะดวกให้ประชาชนจัดทำ Living Will ทั้งในระบบและนอกบริการสาธารณสุข รวมถึงสถานพยาบาลยังได้มีการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน และให้การดูแลรักษาตรงตามเจตนาของผู้จัดทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียง เพื่อยุติการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ (ตามมาตรา ๑๒)

scan เข้าระบบ

ยินดีต้อนรับเข้าสู่ระบบ e-Living Will

ThaiID ThaiID

หรือ

ลงทะเบียนประจำตัวประชาชน

รหัสผ่าน

e-livingwill.nationalhealth.or.th

ดังนี้ **๑) ประชาชน** ได้สร้างหนังสือแสดงเจตนาฯ จัดเก็บ เข้าถึง และได้รับบริการตามเจตนาที่แสดงไว้ **๒) สถานพยาบาล** ได้ให้บริการ ดูแลสุขภาพระยะท้ายให้ผู้ป่วยได้ตรงตามเจตนาและเคารพศักดิ์ศรีของมนุษย์ **๓) ภาคเครือข่ายภาคประชาสังคม** ได้ให้บริการ แนะนำการดูแล ส่งเสริมให้เกิดการเตรียมตัวตาย และการตายดี **๔) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ** ได้ส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้ประชาชนเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพ เรื่องการแสดงเจตนาตามมาตรา ๑๒ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (รวดเร็ว มั่นคงปลอดภัยและเชื่อถือได้) **๕) ระบบสุขภาพ** ลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นลงได้โดยไม่ลดคุณภาพและมาตรฐานการดูแล **๖) สังคม** มีสุขภาพะทางปัญญา มีการวางแผนและเตรียมความพร้อมของชีวิตไว้ล่วงหน้าเพื่อการตายดี

การเชื่อมโยงของระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีด้านข้อมูล

ในการเก็บข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคอง (Palliative Care: PC) และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advanced Care Planning: ACP) ตามระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) ในปัจจุบัน มีการรายงานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคอง มีข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา Intermediate & Palliative Care ในตัวชี้วัดเกี่ยวข้อง ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว

นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาาระบบตรวจสอบประวัติผู้ป่วย การรับบริการข้ามหน่วยงาน ซึ่งเป็นระบบที่บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นผู้ให้บริการ สามารถเรียกดูประวัติการรับบริการของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ จากสถานบริการสาธารณสุขที่ส่งข้อมูลตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้กับระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพได้ทั่วประเทศ โดยที่ต้องผ่านการยินยอมจากผู้ป่วยก่อน

เพื่อรองรับนโยบายระบบบริการก้าวหน้าและการขับเคลื่อนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ซึ่งถ้าระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพสามารถระบุตัวชี้วัดเรื่องการจัดทำ e-Living Will ของคนไข้ไว้ในระบบด้วย จะทำให้คนไข้ได้รับการรักษาตามที่แสดงเจตนาไว้ จะสามารถให้การรักษาตามเจตนาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว เคารพการตัดสินใจของคนไข้และให้การรักษาตรงตามเจตนา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเห็นเป็นมนุษย์และการเคารพศักดิ์ศรีของเพื่อนมนุษย์มากกว่าการรักษาคนไข้ให้หายจากโรคหรือยืดชีวิตไว้ให้นานในในระบบบริการสาธารณสุข

ผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นรูปธรรมของ e-Living Will

๑) การใช้ประโยชน์หนังสือแสดงเจตนาฯ e-Living Will ของสถานพยาบาล
ระบบ e-Living Will ที่พัฒนาขึ้น สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนสามารถใช้ประโยชน์จากสารสนเทศที่ระบบออกแบบไว้ให้ตามสิทธิดังนี้ **๑)** สามารถเรียกดู ค้นหา ประชาชนที่จัดทำ e-Living Will ในระบบฯ ได้ **๒)** สามารถเพิ่มคนไข้/ผู้ป่วยที่สถานพยาบาลให้

คำแนะนำในการจัดทำ e-Living Will หรือถ้ามีการวางแผนล่วงหน้าโดยการประชุมร่วมกันระหว่างแพทย์ ญาติ ผู้ดูแล ๓) ให้การรักษาตามเจตนาของผู้ป่วย ติดตามการรักษา และนำมาคิดวิเคราะห์ถึงการให้การรักษาที่เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม

๒) การใช้ประโยชน์หนังสือแสดงเจตนา e-Living Will ของภาคประชาสังคม

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้เชิญชวนและขอความร่วมมือให้ภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคมมาขึ้นทะเบียนการใช้ระบบ เพื่อได้ใช้ประโยชน์จากระบบร่วมกัน ดังนี้ ๑) สามารถเรียกดู ค้นหา ประชาชนที่จัดทำ e-Living Will ในระบบฯ ได้ ๒) สามารถเพิ่ม/นำเข้าเอกสารที่เกี่ยวข้องของสมาชิก จิตอาสา และประชาชนที่องค์กรให้คำแนะนำ ในระบบ e-Living Will ได้ ๓) ให้คำแนะนำ ประสานงาน สร้างการรับรู้ สร้างความเข้าใจ สนับสนุนให้การสร้างเสริมสุขภาวะในระยะสุดท้ายเป็นไปตามธรรมชาติ ไม่มีการยื้อการรักษา หรือเป็นการรักษาแบบประคับประคองตามเจตนาของผู้ป่วย หรือผู้ใช้สิทธินั้น

๓) การใช้ประโยชน์หนังสือแสดงเจตนา e-Living Will ของมูลนิธิพุทธ วิถีดูแลพระสงฆ์อาพาธและผู้ป่วยยากไร้ระยะท้าย วัดป่าโนนสะอาด จังหวัดนครราชสีมา

ศูนย์พุทธวิถีดูแลผู้ป่วยระยะท้าย วัดป่าโนนสะอาด จังหวัดนครราชสีมา นอกจากจะให้การดูแลพระสงฆ์อาพาธและผู้ป่วยเรื้อรังไร้ที่พึ่งในระยะสุดท้ายแล้ว ยังได้พัฒนาโครงการต้นแบบการขับเคลื่อนสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตและการตายดีเชิงบูรณาการวิถีทางพระพุทธศาสนา การแพทย์ และหลักกฎหมาย ในผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังของจังหวัดนครราชสีมา เพื่อสร้างพุทธจิตอาสา Caregiver และภาคีเครือข่ายสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา ให้มีความรู้ความเข้าใจงานขับเคลื่อนนวัตกรรม “อาจารย์ใหญ่ให้ธรรมทาน” ต้นแบบ “การตายดีวิถีพุทธ” ซึ่งถือว่าเป็นการยกระดับการดูแลตัวเองในมิติจิตวิญญาณ หรือมิติสุขภาวะทางปัญญาอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม

การจัดทำหนังสือแสดงเจตนาการรักษาตัวในระยะสุดท้ายของชีวิต นอกจากจะช่วยทุเลาความทุกข์ทรมานความเจ็บปวดทางกาย ลดความไม่สบายใจ ความหงุดหงิดดิ้นรนทรมานทรมานจากพันธนาการทั้งปวงทางใจ และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกันระหว่างญาติ พี่น้อง ครอบครัวแล้ว ยังเป็นการเตรียมตัว เตรียมความพร้อม ในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะ ถือเป็น การเจริญภาวนาในอีกรูปแบบหนึ่งขณะที่มีสติ และสติจดจ่ออยู่กับ การตัดสินใจเลือกการให้บริการทางการแพทย์แบบที่เหมาะสมกับตัวเอง และถือเป็นการเจริญปัญญาในมิติสุขภาวะทางปัญญาว่าด้วยความไม่ประมาท ในความตายหรือมรณานุสติด้วย

โดยประชาชนสามารถจัดทำหนังสือแสดงเจตนาการรักษาตัวในระยะสุดท้ายของชีวิตได้ด้วยตนเองที่ <https://e-livingwill.nationalhealth.or.th/>

บทที่ ๑๘

การดูแลสุขภาพปชชภูมิระหว่างโรงพยาบาลไปถึงชุมชนท้องถิ่น กรณีการดูแลสุขภาพระยะท้ายของชีวิต

สิทธิในการแสดงเจตนาตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ถือเป็นารับรองสิทธิของผู้ป่วยตามปฏิญญาสิทธิสอนว่าด้วย “สิทธิผู้ป่วย” ค.ศ. ๑๙๘๑ ที่ได้รับการแก้ไขปรับปรุงในปี ค.ศ. ๒๐๐๕ ซึ่งรับรองสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายอย่างมีศักดิ์ศรีและมนุษยธรรม นับเป็นการยอมรับสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (The Right to Self-Determination) โดยทั่วไปแพทยสมาคมโลกและนานาประเทศต่างให้การยอมรับว่าการยึดชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ อาจทำให้เกิดการตายอย่างไว้ศักดิ์ศรีและลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ลง ดังนั้น มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ได้บัญญัติรับรองสิทธิของบุคคลในการทำหนังสือเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบทั้งปวง จึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลสุขภาพระยะในวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อให้สามารถมีการตายอย่างสงบตามธรรมชาติได้

การดูแลระยะสุดท้าย คือ การดูแลที่ให้แก่วัยที่ใกล้จะสิ้นสุดชีวิต โดยเกี่ยวข้องกับบริการทั้งหมดที่ให้การสนับสนุนทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แก่บุคคลที่กำลังจะเสียชีวิตรวมถึงการจัดการความเจ็บปวดและความทุกข์ทางร่างกาย การสนับสนุนทางอารมณ์และการดูแลความสูญเสียสำหรับครอบครัวของผู้ที่กำลังจะเสียชีวิตก็เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลเมื่อสิ้นสุดชีวิตเช่นกัน ปัจจุบันมีผู้ที่ต้องการการดูแลระยะสุดท้ายที่เข้าสู่ระบบบริการดูแลแบบประคับประคองยังมีน้อยกว่าที่ควรจะเป็น นั่นหมายความว่ามีความเสี่ยงจำนวนมากเสียชีวิตโดยไม่ได้รับการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตในวาระสุดท้ายที่เหมาะสม ส่งผลให้การรักษามากเกินความจำเป็นไม่เกิดประโยชน์ ได้รับความทุกข์ทรมานและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

การจัดบริการชีวาภิบาลเพื่อดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นหนึ่งในนโยบายหลักของรัฐบาลไทย ที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ทางสุขภาพที่

เปลี่ยนแปลงตามโครงสร้างประชากรที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ การเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์โรคเรื้อรังและโรคที่คุกคามชีวิตทำให้ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีมากขึ้น และการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรนี้เป็นสัญญาณของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) ซึ่งท้าทายระบบสุขภาพของไทย ในการปรับตัวและพัฒนาการให้บริการที่เหมาะสม การจัดบริการชีวภิบาลในระดับชุมชนหรือนอกโรงพยาบาลในประเทศไทยยังเป็นเรื่องที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพราะมีความเชื่อมโยงทั้งในด้านระบบบริการทางการแพทย์ ระบบสนับสนุนทางสังคม และระบบบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดการพัฒนาาระบบบริการที่มีความพร้อมสามารถเข้าถึงของผู้ที่ต้องการได้อย่างทั่วถึง และเกิดประสิทธิผลของระบบบริการดูแลใน ระยะสุดท้าย โดยความร่วมมือขององค์กรภาคีเครือข่ายในพื้นที่ของชุมชนท้องถิ่น โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการจัดบริการสุขภาพ ในระดับที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพของประชาชนที่ผสมผสานการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพด้วยแนวคิดแบบองค์รวมให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลรวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น

ความท้าทายของประเทศไทย ในการจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในชุมชนท้องถิ่น แม้จะมีกฎหมายที่รองรับสิทธิของบุคคลในการทำหนังสือเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตมาตรา ๑๒ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ แต่ประชาชนหรือสังคมไทยยังขาดการรับรู้และเข้าใจในสิทธิ ด้านสุขภาพ และขาดการให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมในระยะสุดท้ายของชีวิต กฎหมายที่มีก็ยังไม่สร้างสรรคิให้เกิดการนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างทั่วถึง **การมีนโยบายของรัฐบาลในการจัดบริการชีวภิบาล** เพื่อดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต มีข้อจำกัดของการจัดบริการที่ยังอยู่ในสถานบริการเป็นหลัก จึงเป็นการยากที่ประชาชนจะสามารถเข้าถึง เพราะแต่ละบุคคลมีความต้องการที่หลากหลาย นอกเหนือจากการดูแลความเจ็บป่วยทางกาย ก็มีมิติความต้องการในด้านวัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อของชุมชนท้องถิ่นที่มีความแตกต่าง **สถานบริการมีระบบบริการการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล** ที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสากล ยังคงมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร บุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงระบบส่งต่อการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้คุณภาพและการให้การดูแลผู้ป่วยไม่ทั่วถึง และครอบคลุมไปถึงสุขภาวะแบบองค์รวมใน ๔ มิติที่สำคัญ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงไม่ใช่เรื่องของหน่วยงานด้านสุขภาพ (Health Sector) เท่านั้น

การจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แนวคิดและหลักการสำคัญต่อการจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในชุมชนท้องถิ่นที่ประสบความลำบาก คือ การสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดบริการโดยองค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชนท้องถิ่นตามบทบาทหน้าที่และภารกิจของตน ที่ส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชนที่เชื่อมประสานกันด้วยวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อของท้องถิ่นที่อยู่ร่วมกัน การพัฒนาและออกแบบระบบบริการที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ศักยภาพ และความเข้มแข็งของชุมชน จึงเป็นการสร้างความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพ โดยมีต้นทุนในพื้นที่ที่จะใช้ในการบริหารจัดการร่วมกัน ส่งเสริมให้ระบบบริการมีประสิทธิภาพ นอกเหนือจากเรื่องระบบสุขภาพแล้วยังขยายไปยังเรื่องอื่น ๆ ได้อีก

ประเทศไทย มีพื้นที่ต้นแบบการจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายผ่านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในชุมชน คือ **โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย** และการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยองค์กรศาสนา (วัด) โดยศูนย์พุทธวิจิตรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อดูแลพระสงฆ์อาพาธ ผู้ป่วยยากไร้ระยะสุดท้าย ด้วยบริบทและศักยภาพของชุมชน ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างแท้จริง ด้วยความเข้มแข็งของชุมชน ทำให้ระบบบริการมีความต่อเนื่องและยั่งยืน โดยการบูรณาการผ่านความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่ร่วมกันรับผิดชอบและร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการจัดบริการที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางบนพื้นฐานความเข้าใจ และการยอมรับความแตกต่างในความเป็นปัจเจก ในการจัดการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย จำเป็นต้องใช้เทคนิคและวิธีการดูแลอย่างเหมาะสม

ในการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ที่**โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย** (จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน) ได้มีการออกแบบระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งในโรงพยาบาลและเชื่อมโยงสู่การดูแลที่บ้านโดยมีการพัฒนานักบริบาลชุมชนจากคนในท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญในการประสานการดำเนินงานให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชนของตน ร่วมกับโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบและมีคุณภาพ ซึ่งเป็นการหนุนเสริมจากหน่วยงานองค์กรภาคีเครือข่ายในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้ ศูนย์พุทธวิจิตรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (องค์กรศาสนา) วัดป่าโนนสะอาด อำเภอไชยชัย จังหวัดนครราชสีมา ยังได้ใช้พื้นที่ภายในวัดจัดตั้งเป็นศูนย์พุทธวิจิตร ให้บริการดูแลพระสงฆ์อาพาธและผู้ป่วยยากไร้ระยะสุดท้ายที่เน้นให้การดูแลทางด้านจิตวิญญาณ นำหลักคำสอนเรื่องการตายดีทางพุทธศาสนาและการฝึกสติที่เรียกว่า สติปัฏฐาน ๔ ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พัฒนาศักยภาพคนในชุมชนเพื่อร่วมเป็นจิตอาสา



การดูแลสุขภาพพระยะทั่วยของชีวิตผู้ป่วย นอกจากต้องคำนึงถึงมิติทางร่างกาย แล้ว การดูแลด้านจิตใจ การเข้าใจสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยก็เป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจึงไม่ใช่เรื่องของหน่วยงานด้านสุขภาพ (Health Sector) เท่านั้น ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในชุมชนของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย และศูนย์พุทธวิถีดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (องค์การศาสนา) วัดป่าโนนสะอาด อำเภอโซคชัย จังหวัดนครราชสีมา นับเป็นตัวอย่างของการจัดการที่เข้าใจบริบทของพื้นที่ในประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ และที่สำคัญที่สุดคือ การคำนึงถึงผู้ป่วยหรือประชาชนเป็นศูนย์กลาง

บทที่ ๑๙

การจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผ่านระบบบริการสุขภาพ ปฐมภูมิในชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย เป็นโรงพยาบาลขนาด ๖๐ เตียง ที่ดูแลประชาชนในเขตอำเภอด่านซ้ายกว่า ๕๐,๐๐๐ คน และยังเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ให้กับโรงพยาบาลใกล้เคียงในจังหวัดเลย สามารถให้บริการทางการแพทย์ตามมาตรฐาน ทุติยภูมิระดับ M2 นอกจากนี้ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายยังได้พัฒนา การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต โดยเริ่มพัฒนาอย่างเป็นระบบและมีความแตกต่าง จากการดูแลผู้ป่วยทั่วไปตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ ชีวิตมีเพิ่มขึ้น

ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต มีลักษณะของการดูแลแบบองค์รวม (Holistic) และดูแลด้วยหัวใจ (Mind) ความเป็นมนุษย์ กล่าวคือ สุขภาพไม่ได้ดูแล เฉพาะโรค (Disease) ของผู้ป่วย แต่มีการเปิดใจรับฟังถึงความทุกข์ทางใจ อารมณ์ ความเชื่อส่วนตัวของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วย มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล มีการติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่จำเป็น ตลอดจนมีการ จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตร่วมกันของบุคลากรในโรงพยาบาล ผลผสมผสานกิจกรรมการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีความสอดคล้องกับประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อท้องถิ่น ครอบคลุมไปถึงการพัฒนากระบวนการดูแลระยะสุดท้าย ที่บ้านต่อเนื่องจากโรงพยาบาลอย่างไร้รอยต่อ และยังขยายการดูแลที่ครอบคลุมไป จนถึงผู้ป่วยติดเตียง ผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุ

พัฒนานักบริหารชุมชนเข้าหนุนเสริมการทำงานระหว่างโรงพยาบาล และผู้ป่วย ในชุมชน

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย ยังได้พัฒนานักบริหารชุมชนเข้าหนุน เสริมการทำงานระหว่างโรงพยาบาล และผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งนักบริหารชุมชนมีหน้าที่ ในการประสาน ส่งต่อ ดูแลผู้ป่วยที่บ้านในชุมชนของตนเองให้ได้รับการดูแลรักษาได้ อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความเชื่อมั่น คลายความกังวลใจ โดยการจัดระบบ บริการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล มีมุมมองและความเข้าใจถึงความต้องการของคน ท้องถิ่นในมุมมองต่าง ๆ เช่น ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีการดำรงชีวิตประจำวัน และเมื่อเข้าใจความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย การให้บริการดูแลก็จะเกิดขึ้นมา จากความรักและตามมาด้วยความเห็นอกเห็นใจ

หากค้นหาผู้ป่วยได้เร็ว ก็จะทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองได้เร็วเท่านั้น

คลินิกบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จึงเปิดให้บริการผู้ป่วยทุกวัน ทุกแผนกที่ให้บริการในโรงพยาบาลสามารถส่งต่อผู้ป่วยมารับคำปรึกษาได้ตลอดเวลา เพื่อเริ่มค้นหาผู้ป่วยให้เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองในการเจ็บป่วยระยะเริ่มต้นได้เร็วที่สุด โดยมีแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองรับผิดชอบโดยตรง การให้การดูแลในหอผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายจะจัดให้บริการผู้ป่วยระยะท้ายตามความต้องการและความเชื่อของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสงบและปลอดภัย สิ่งที่น่ากังวลใจ เช่น การทำบุญ การนิมนต์พระมาให้ศีล ถวายสังฆทาน การขอขมา เป็นต้น

บูรณาการแบบไร้รอยต่อ จากโรงพยาบาลสู่การรักษาระยะสุดท้ายที่บ้าน

เมื่อผู้ป่วยเลือกกลับไปดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยยังคงต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การฝึกกำลังและร่วมกันเป็นส่วนหนึ่งเพื่อจัดระบบบริการให้ประชาชนในชุมชนอย่างยั่งยืน เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลในชุมชนอย่างไร้รอยต่อ เกิดการบูรณาการหนุนเสริมการดำเนินงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จิตอาสา ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา นักบริบาลชุมชน เพื่อร่วมกันให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเสมือนการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ไม่ทอดทิ้งให้การดูแลผู้ป่วยต้องตกเป็นภาระของญาติหรือผู้ดูแล นอกจากนี้โรงพยาบาลยังได้มีการออกแบบและวางแผนการลงพื้นที่และชุมชน เพื่อติดตามอาการ ให้ความช่วยเหลือเมื่อมีภาวะวิกฤตของโรค รวมทั้งให้การดูแลช่วยเหลือในด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่งผลต่อกำลังใจของญาติและผู้ดูแลผู้ป่วย ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เข้ามาร่วมดำเนินการด้านต่างๆ ร่วมกัน ดังนี้

- ๑) ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ทำหน้าที่เชื่อมประสานการให้บริการเช่นเดียวกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการตรวจรักษาและคลินิกให้บริการ ตลอดจนการรับ-ส่งข้อมูลจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนการทำงานร่วมกัน
- ๒) เทศบาล ท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ได้มีการจัดทำโครงการต่างๆ เพื่อสนับสนุนให้การช่วยเหลือชุมชน โดยเน้นให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการเสนอโครงการ ร่วมกับโรงพยาบาลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน
- ๓) ผู้นำศาสนา ร่วมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับทางโรงพยาบาลในการรับกิจนิมนต์เพื่อมาทำสังฆทาน ให้ธรรมะ คำสอน ฝึกภาวนา ให้สติ ขอขมา ให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๔) **อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน** คัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยในชุมชน ประสานโรงพยาบาล ให้ความรู้และเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน รวมไปถึงการเข้าร่วมประชุม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกเดือน

๖) **กลุ่มจิตอาสา** แสวงหาแหล่งงบประมาณเพื่อจัดทำโครงการขอรับการสนับสนุน จากหน่วยงาน กองทุนต่าง ๆ เพื่อนำมาจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาชุมชน เช่น การตรวจสุขภาพในชุมชน ให้ความรู้ด้านสุขภาพ ลงพื้นที่เพื่อเยี่ยมชุมชน ให้ความช่วยเหลือมอบสิ่งของที่จำเป็นแก่ผู้ยากไร้และผู้ต้องการความช่วยเหลือในชุมชน

๗) **ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วย** ดูแลผู้ป่วยและเมื่อพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจะ โทรปรึกษาเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหรือนักบริหารชุมชน หากมีความจำเป็นต้องพาผู้ป่วย มาทางโรงพยาบาลจะมีบริการรถรับ-ส่ง เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับญาติและผู้ป่วย

สร้างคนในชุมชนจากคนธรรมดาให้เป็นนักบริหาร

จากโครงสร้างประชากรและวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป พร้อมด้วยข้อจำกัด ของอัตรากำลังของบุคลากรด้านสาธารณสุขและภาระงานการดูแลผู้ป่วยภายใน โรงพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น จึงไม่สามารถดำเนินการให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชนท้องถิ่น ได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้นโรงพยาบาลจึงได้พัฒนาและจัดทำโครงการผลิต นักบริหารชุมชนขึ้นมาในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ภายใต้แนวคิด **“สร้างคนในชุมชนจากคน ธรรมดาให้เป็นนักบริหาร”** เพื่อให้บริการด้านสาธารณสุขดูแลคนในชุมชน โดย เป็นการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด้านซ้าย เพื่อดูแลสุขภาพในชุมชนได้ทั่วถึงเท่าเทียมเสริมสร้างความเสมอภาค มีบทบาทหน้าที่ ประสานงานทำงานร่วมกับครอบครัว ชุมชน ทีมสหวิชาชีพ รายงานอาการและสถาน- การณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วย เยี่ยมบ้านให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ช่วยดูแลผู้ป่วย ตัดบ้าน ตัดเตียง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งในด้านสุขอนามัยพื้นฐาน ตลอดจน



การฟื้นฟูสมรรถภาพ กายภาพบำบัด และนำการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต สร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว

หัวใจของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายผ่านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในชุมชน

ปัจจัยความสำเร็จในการจัดการระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย สะท้อนให้เห็นว่าชุมชนคือกำลังสำคัญ นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่สร้างการเปลี่ยนแปลงนี้ได้แก่

๑) **ผู้บริหาร** สร้างและนำทีมสู่เป้าหมายและวิสัยทัศน์ขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างระบบการทำงานเป็นทีมที่มีความร่วมมือและสนับสนุนกันได้ด้วยดี สร้างและปลูกฝังค่านิยมองค์กรเพื่อยึดถือและปฏิบัติร่วมกัน

๒) **เป้าหมายชัดเจน** โดยที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นำไปสู่การพัฒนาและจัดระบบบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการกลับไปดูแลรักษาและเสียชีวิตที่บ้าน ตลอดจนการพัฒนาระบบบริการเพื่อติดตามการรักษาและเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบไว้รอคอยต่อ

๓) **นโยบายชัดเจน** มีการกำหนดนโยบายและบริหารจัดการองค์กรด้วยความเข้าใจวิถีการดำเนินชีวิต ในบริบทที่สอดคล้องกับชุมชน โดยมีกรศึกษาวิจัยและสังเกตพฤติกรรมของผู้รับบริการ นำไปสู่การกำหนดนโยบายและการจัดบริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณี และวิถีชีวิตของผู้รับบริการได้อย่างแท้จริง

๔) **ยืดหยุ่น ไม่ยึดติดรูปแบบ กฎ ระเบียบ** ที่เป็นข้อจำกัดต่อการจัดระบบบริการให้กับผู้ป่วยที่ไม่สอดคล้องกับประเพณี และวิถีชีวิตของคนในชุมชน เช่น การให้ผู้ป่วยทำพิธีกรรมตามความเชื่อของตนเองร่วมกับการรักษาของแพทย์ การไม่จำกัดเวลาเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และการปรับเปลี่ยนเวลาการตรวจรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล

๕) **บุคลากร** ส่วนใหญ่เป็นคนในชุมชน ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานทำให้มีความผูกพันกับองค์กรและชุมชน ปฏิบัติต่อผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยเสมือนคนในครอบครัวของตนเอง รักในงานที่ทำและมีเป้าหมายที่จะทำงานให้สำเร็จ สร้างบรรยากาศการทำงานและภาพลักษณ์ขององค์กรที่มีพลังและมีศักยภาพ

๖) **แสวงหาช่องทางและโอกาสใหม่ๆ** ประกอบด้วย การประสานแหล่งทุนและองค์ความรู้จากภายนอก เพื่อมาสนับสนุนการพัฒนาและต่อยอดการดำเนินงานของโรงพยาบาล โครงการพัฒนานักบริบาลชุมชนเพื่อสนับสนุนการจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ สามารถดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างทั่วถึง รวมไปถึงการพัฒนาและปรับปรุงระบบบริการอย่างต่อเนื่องและนำเทคโนโลยีสนับสนุนการทำงาน

ผลลัพธ์สุดท้ายที่สำคัญในการจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

หากการวัดผลความสำเร็จจากการจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายผ่านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในชุมชนของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด้านซ้ายจังหวัดเลย คงไม่สามารถวัดเป็นค่าตัวเลขร้อยละของความสำเร็จ หรือความพึงพอใจ แต่หากวัดด้วยมิติความรู้สึทงทางใจของคนที่อยู่ในวงจรรู้ให้บริการ และผู้รับบริการจากกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องมีผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้น ดังนี้

๑) ผู้ป่วย “สบายใจ” จากการได้รับการดูแลบนพื้นฐานความเชื่อ วัฒนธรรม และความต้องการของตนเองและครอบครัว

๒) ญาติและผู้ดูแล “อุ่นใจ” เมื่อพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยสามารถปรึกษา และได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลได้ตลอดเวลา มีนักบริบาลชุมชนที่เป็นลูกหลานในชุมชน (ไว้ใจได้) มาช่วยดูแล ประสานงานให้การดูแลช่วยเหลือ เสมือนญาติพี่น้อง

๓) นักบริบาลชุมชน “สุขใจ” ได้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนของตนเอง รู้สึกมีคุณค่าและภูมิใจในตนเอง

๔) บุคลากรสาธารณสุข “เข้าใจ” เมื่อทีมบุคลากรมีความเข้าใจและมีเป้าหมายเดียวกันในการให้บริการที่ดีที่สุดและเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย การพัฒนา และจัดระบบบริการต่าง ๆ จึงมีเป้าหมายเดียวกันนั่นคือ “ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง”

การจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด้านซ้าย จังหวัดเลย นับเป็นความสำเร็จในการดำเนินการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน ต้องครอบคลุมการดูแลในทุกมิติ คือ กาย จิต สังคม ปัญญา โดยเป้าหมายและทิศทางที่จะไปให้ถึงการดูแลสุขภาพอะองค์รวมของผู้ป่วยคำตอบจึงอยู่ที่การดูแลที่บ้าน หรือชุมชน ที่ต้องการการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ที่ร่วมกันรับผิดชอบและร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการจัดบริการที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางบนพื้นฐานความเข้าใจและการยอมรับความแตกต่างในความเป็นปัจเจก การจัดการผู้ป่วยแต่ละรายจำเป็นต้องใช้เทคนิคและวิธีการดูแลอย่างเหมาะสม ตลอดทั้งสิ่งสนับสนุนหรือความต้องการของผู้ป่วยก็ไม่เหมือนกัน เพราะความจำเป็นและความต้องการต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับความเชื่อและวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล ดังนั้นการกำหนดตัวชี้วัดในระดับนโยบายและการจัดระบบบริการจึงต้องพิจารณามิติต่าง ๆ อย่างรอบด้าน เข้าใจบริบทของพื้นที่ในเรื่องประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ และที่สำคัญที่สุดคือการคำนึงถึงผู้ป่วยหรือประชาชนเป็นศูนย์กลาง



3 ส่วนเสริมเครือข่าย
ความร่วมมือ และสร้างงาน
ในการขับเคลื่อนมิติสังคม
① สร้างองค์ความรู้ / เครื่องมือที่
ใช้ / ไม่ทิ้ง / ต่อกัน / สถานการณ์
มีทั้งบุคคล / องค์กร / และ
สังคม / กลุ่มอาสาสมัคร / กลุ่ม
สถาบัน / เช่น / จิตอาสา / NGO
นัก / ผู้ดูแล
influencer !!
การมีส่วนร่วม

การพัฒนาภาคีการมีส่วนร่วมด้วยกลไก
คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

บทที่ ๒๐

คน-กรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน กับนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม

“เขตสุขภาพเพื่อประชาชน” เป็นเครื่องมือในการสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการกำหนดทิศทางและนโยบายด้านสุขภาพและสุขภาพะ มีรูปแบบการทำงานโดยการเชื่อมร้อยองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาคราชการ ภาควิชาการ กลุ่มวิชาชีพ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมเข้าด้วยกันเพื่อภารกิจในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่อยู่ในเขตพื้นที่เดียวกัน โดยได้มีการบูรณาการการทำงานและแลกเปลี่ยนข้อมูลต่าง ๆ เพื่อก้าวไปข้างหน้าร่วมกันอย่างมีพลัง โดยเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พร้อมทั้งยังเป็นพื้นที่กลางในการส่งเสริมให้ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาชนและเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพและสุขภาพะ เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพและสุขภาพะและเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนด้วย

หลักคิดการทำงานภายใต้การขับเคลื่อนเขตสุขภาพเพื่อประชาชน คือการทำงานแบบมีส่วนร่วม เพื่อแสวงหาแนวทางการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ให้เกิดการเสริมการทำงานซึ่งกันและกัน โดยไม่ใช้อำนาจบังคับเหนือกัน ภายใต้หัวใจสำคัญในการสานพลัง ได้แก่ ๑) พลังปัญญา ๒) พลังสังคม และ ๓) พลังรัฐ ร่วมกันจัดการประเด็นหรือปัญหาทางสุขภาพ เพื่อประโยชน์สุขของประชาชนในพื้นที่เป็นศูนย์กลางอย่างมีพลัง ทุกภาคส่วนรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของและมีส่วนรับผิดชอบต่อภารกิจนี้ร่วมกัน

ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. ๒๕๕๙ กำหนดให้เขตสุขภาพประชาชน มีคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนที่ประกอบด้วยผู้แทนจากหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ผู้ทรงคุณวุฒิและวิชาชีพ และผู้แทนภาคเอกชนและประชาสังคม ประกอบด้วยกรรมการเขต เขตละ ๕๕ - ๖๖ คน ใน ๑๓ เขตพื้นที่ ซึ่งมีองค์กรภาคียุทธศาสตร์หลักทำหน้าที่เป็นกลไกเลขานุการร่วมกัน ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และกรุงเทพมหานคร (เขตสุขภาพที่ ๑๓)

โดยคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน มีบทบาทในการประสานความร่วมมือการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยทำหน้าที่ประสานความร่วมมือให้เกิดการบูรณาการภารกิจการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เป็นไปตามแผนและนโยบายด้านสุขภาพและสุขภาพะที่เขตสุขภาพเพื่อประชาชนกำหนดไว้ รวมถึงส่งเสริมให้ภาคส่วนต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพและสุขภาพะ โดยการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ในแต่ละเขตพื้นที่ จะมีการกำหนด

ประเด็นมุ่งเป้า เขตละ ๑ - ๔ ประเด็น ขึ้นอยู่กับบริบทและปัญหาสุขภาพที่สำคัญในแต่ละเขตพื้นที่ และในช่วงที่ผ่านมา เขตสุขภาพเพื่อประชาชน มีการดำเนินงานมาไม่น้อยกว่า ๔๐ ประเด็นจาก ๑๓ เขตพื้นที่

ที่ผ่านมา ได้เกิดการมีส่วนร่วมจนเกิดผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นรูปธรรม ที่สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานที่ทำให้เกิดการบูรณาการภารกิจระหว่างหน่วยงานเพื่อให้เกิดการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเขต ดังนี้

๑) คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขต ๗ กับการสร้างความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

มะเร็งท่อน้ำดี เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของภาคอีสานที่ตั้งสมมาเป็นเวลานาน เนื่องจากวิถีชีวิตและวัฒนธรรมการบริโภคอาหารดิบ โดยเฉพาะปลาน้ำจืดที่มีพยาธิใบไม้ในตับ จึงทำให้ประชากรที่อาศัยในภาคอีสานต้องเผชิญกับความเสี่ยงของโรคร้ายนี้มาหลายทศวรรษ แม้จะมีความพยายามในการรณรงค์และให้ความรู้มาอย่างต่อเนื่อง แต่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทัศนคติของประชาชนยังคงเป็นความท้าทายที่สำคัญ



ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๗ ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหานี้ และริเริ่มโครงการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหา มะเร็งท่อน้ำดีอย่างจริงจัง โดยมีสถาบันวิจัยมะเร็งท่อน้ำดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นแกนนำสำคัญในการผลักดันแนวคิดและยุทธศาสตร์การทำงานของคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน โดยดำเนินงานครอบคลุมพื้นที่ ๔ จังหวัด ๒๑ อำเภอในภาคอีสานตอนกลาง ผ่านกิจกรรมหลากหลายรูปแบบ เริ่มตั้งแต่การจัดเวทีพัฒนาศักยภาพเครือข่าย เพื่อสร้างความเข้าใจและทักษะในการทำงานร่วมกัน การจัดค่ายอบรมผู้นำการเปลี่ยนแปลง เพื่อสร้างแกนนำในชุมชนที่จะเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนงาน นอกจากนี้ยังมีการจัดมหกรรมรณรงค์ในพื้นที่ เพื่อสร้างความตระหนักและให้ความรู้แก่ประชาชนในวงกว้างด้วย

หนึ่งในเป้าหมายสำคัญภายใต้การจัดกิจกรรมคือการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ซึ่งได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลและหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่นำเทคโนโลยี การตรวจคัดกรองแบบใหม่มาใช้ เช่น การตรวจด้วยอัลตราซาวนด์และการตรวจหา เชื้อพยาธิใบไม้ตับด้วยวิธีการใหม่ที่สะดวกและรวดเร็วขึ้น ทำให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเสี่ยง ได้มากขึ้น

๒) คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขต ๑๐ กับบทบาทการผลักดัน การควบคุม Covid-19 ด้วยธรรมนูญสุขภาพพื้นที่

คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๑๐ เป็นอีกหนึ่งกลุ่มที่มี บทบาทสำคัญในการผลักดันการควบคุม Covid-19 ด้วยการใช้อำนาจธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ เป็นเครื่องมือหลัก โดยในช่วงสถานการณ์เริ่มต้นของการแพร่ระบาด รัฐบาลไทยได้ ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ พร้อมกับ มาตรการต่าง ๆ เช่น การห้ามออกนอกเคหสถานในเวลาที่กำหนด รวมถึงการบังคับใช้ มาตรการด้านสาธารณสุข ซึ่งคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๑๐ ได้เข้ามามีส่วนเสริมในการแก้ปัญหาด้วย

โดยในพื้นที่เขตสุขภาพ ๑๐ ได้มีการพัฒนาและขับเคลื่อน “ธรรมนูญตำบลสู้ Covid-19” โดยเชื่อมโยงกลไกการทำงานตั้งแต่ระดับเขต ตำบล อำเภอ และจังหวัด เพื่อเป็นกระบวนการเรียนรู้ในสังคมเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะในภาวะวิกฤต และ พัฒนาระบบจัดการภาวะสาธารณสุขฉุกเฉินในระยะยาว โดยคณะกรรมการเขตสุขภาพ เพื่อประชาชน เขต ๑๐ ได้ทำงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสถาบันพัฒนา องค์กรชุมชน เพื่อบูรณาการการทำงานระหว่างภาครัฐ ประชาชน และองค์กรต่าง ๆ ในการป้องกันและควบคุมการระบาด โดยใช้ธรรมนูญสุขภาพหมู่บ้านเป็นแกนกลาง

ซึ่งธรรมนูญสุขภาพเป็นเครื่องมือตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่ให้ชุมชนสามารถกำหนดข้อตกลงร่วมกันในการแก้ปัญหาหรือสร้างแนวทางอยู่ร่วมกัน อย่างสันติ ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ทำให้ประชาชนยึดปฏิบัติตามมากกว่ามาตรการ ทางกฎหมาย ในการดำเนินงานของคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขต ๑๐ เพื่อขับเคลื่อนธรรมนูญสู้ Covid-19 นั้น มีการดำเนินการหลายมิติ ทั้งการจัดเวที บริกาหรือเพื่อวางแผนระดับจังหวัด การประเมินสถานการณ์ การแลกเปลี่ยนบทเรียน และการกำหนดแผนงานเป้าหมาย รวมถึงมีการจัดทำข้อตกลงความร่วมมือกับ ๑๔ หน่วยงานในพื้นที่เขต ๑๐ เพื่อบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาวะของประชาชน โดยมี ผลการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ การจัดเวทีพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการขับเคลื่อน ธรรมนูญตำบลสู้ Covid-19 ในทั้ง ๕ จังหวัดของเขตพื้นที่ ๑๐ โดยได้มีการทบทวน และเพิ่มเติมมาตรการชุมชน Covid-19 ในธรรมนูญตำบลของจังหวัดอุบลราชธานีและ ขยายผลพื้นที่ต้นแบบมาตรการชุมชนสู้ภัย Covid-19 ในทุกจังหวัด นอกจากนี้ ยังมี

การจัดทำร่างข้อเสนอเพื่อการบูรณาการงานระหว่างภาคีเครือข่ายต่าง ๆ และมีการลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเขตพื้นที่ ๑๐

๓) คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๑๒ กับระบบสารสนเทศกลางสนับสนุนการสร้างสุขภาวะ

การขับเคลื่อนงานแก้ไขปัญหาสุขภาวะของคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน โดยที่คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๑๒ สะท้อนให้เห็นผ่านการดำเนินงานได้อย่างชัดเจน โดยได้มีการใช้ระบบสารสนเทศกลางสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ๗ จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ประกอบด้วย ๓ แนวทางสำคัญ ดังนี้

๑) ได้มีการใช้เว็บไซต์ www.AHsouth.com เพื่อสนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ผ่านยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสนับสนุนโดยใช้รายงานกิจกรรม อัปเดตข้อมูลข่าวสารและอัปเดตผลการบูรณาการและผลการดำเนินงานรายปี ภายใต้การสนับสนุน ๔ ประเด็นขับเคลื่อน ได้แก่ ๑) บุหรี่และปัจจัยเสี่ยง ๒) สุขภาวะแม่และเด็ก ๓) สุขภาวะกลุ่มเปราะบางทางสังคม ๔) เกษตรและอาหารเพื่อสุขภาพ ได้มีการนำเสนอข้อมูลและรายละเอียดโครงการในภาพของเขต ๑๒ ได้แก่ รายงานจำนวนโครงการระดับจังหวัด ประเภทกิจกรรม จำนวนงบประมาณ และกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์

๒) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางจังหวัดผ่านเว็บไซต์ www.Khon-songkhla.com ร่วมกับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดสงขลา พัฒนาระบบข้อมูลกลางเพื่อคนพิการ ผู้สูงอายุและผู้อยู่ในระยะพักพิง นอกจากนี้ยังมีแผนเชื่อมโยงระบบข้อมูลกลางของงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดในพื้นที่เขต ๑๒ จากจังหวัดสงขลาไปยังจังหวัดปัตตานี จังหวัดสตูล จังหวัดยะลา และจังหวัดพัทลุง ได้มีการเตรียมการเพื่อนำข้อมูลต่าง ๆ เข้าระบบ ได้แก่ ๑) นำข้อมูลเข้าและออกจากหน่วยงานภายนอก ได้แก่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดและกรมการพัฒนาชุมชน ๒) ระบบรายงานข้อมูลการรับบริการและข้อมูลความต้องการ โดยยึดโยงกับสิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านสุขภาพของผู้มารับบริการ ทั้งจากการรับบริการทางการแพทย์และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ รวมถึงสิทธิประโยชน์ในมิติเศรษฐกิจ ๓) การให้บริการข้อมูลผ่าน API ตามความต้องการของเครือข่ายและประสานเชื่อมโยงข้อมูลกับงานแอปพลิเคชันอื่น ๆ ได้แก่ น้องอ้อมปันสุข เบาะลมปันสุข และระบบติดตามบ้านสร้างสุข

๓) การพัฒนาระบบข้อมูลบุคคลเพื่อให้ประชาชนคัดกรองสุขภาพ
ตนเอง ผ่านแอปพลิเคชัน iMed@home ร่วมกับมูลนิธิชุมชนสงขลาในการจัดทำแผน
และธรรมนูญชุมชนรองรับสังคมสูงวัย และการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยการ
ใช้แบบคัดกรองสุขภาพรายคนเก็บข้อมูล เพื่อนำเสนอผลการคัดกรองผ่านระบบกลุ่ม
ที่ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาร่วมนำข้อมูลไปจัดทำแผนเพื่อประสานความช่วยเหลือ
ชุมชนนำข้อมูลไปจัดทำแผนสุขภาพและธรรมนูญชุมชน พร้อมทั้งคัดกรองซ้ำเพื่อ
วัดผลการเปลี่ยนแปลง

จะเห็นได้ว่า ผลงานและความคืบหน้าในการดำเนินงานขับเคลื่อนโดย
คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนนั้น ได้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของการมี
ส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการสร้างสรรค์นวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและ
สุขภาพที่สำคัญของสังคมไทย หากประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง จะเป็นแรง
ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่ระบบสาธารณสุขที่ยั่งยืน มีประสิทธิภาพ และ
ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้ดียิ่งขึ้นในอนาคต

การสร้างการมีส่วนร่วม
ทางสังคมระหว่างประเทศ
ผ่านกลไกกระบวนการสมาชิก
องค์การอนามัยโลก



บทที่ ๒๑

สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กับบทบาทการสร้างการมีส่วนร่วมทางสังคมกับนานาชาติ

หลายทศวรรษที่ผ่านมา ทั้งองค์การอนามัยโลกและประเทศไทย ต่างก็มองหาวิธีการแก้ปัญหาสุขภาพรูปแบบใหม่สำหรับโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ เพราะสาเหตุการเจ็บป่วยมีมากมาย นอกเหนือจากปัจจัยทางพันธุกรรม เช่น ความยากจน อาหารการกิน ที่แพ้อาศัย การศึกษา การทำงาน สภาพแวดล้อมและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น บุคลากรทางการแพทย์จึงกลายเป็นผู้แก้ปัญหาปลายทาง เพราะปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมเหล่านี้ล้วนเกินการจัดการของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง

องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศ Ottawa Charter หรือกฎบัตรออกตตาวา เพื่อการส่งเสริมสุขภาพขึ้นมา ใน พ.ศ. ๒๕๒๙ ตามมาด้วยแนวคิดเรื่อง Social Determinants of Health ว่าด้วยเรื่องปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ ใน พ.ศ. ๒๕๒๑ และแนวทางการทำงานแบบ Health in All Policies ใน พ.ศ. ๒๕๒๖ ซึ่งมองว่าการตัดสินใจเชิงนโยบายของหน่วยงานต่างๆ ควรคำนึงถึงสุขภาพของประชาชนด้วย จึงทำให้เกิดการทำงานข้ามภาคส่วน โดยเฉพาะการประสานความร่วมมือข้ามกระทรวง เพื่อเป้าหมายด้านสุขภาพของประชาชน ไม่นานมานี้ องค์การอนามัยโลกยังได้พยายามในการยกระดับให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายที่มีผลต่อสุขภาพของเขามากขึ้น หรือเรียกว่า Social Participation ใน พ.ศ. ๒๕๖๔ อย่างไรก็ตาม แนวคิดขององค์การอนามัยโลกหาบูรณาการที่แปลงแนวคิดเหล่านี้สู่การปฏิบัติไม่ถนัดนัก จึงเกิดความพยายามของทุกฝ่ายเพื่อให้เป้าหมายนั้นสำเร็จ

ไม่เพียงแต่การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจะจากหลายภาคส่วนภายในประเทศ สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติยังผลักดันแนวคิด “การมีส่วนร่วมของสังคมและการทำงานแบบหลายภาคส่วน” ในเวทีระดับนานาชาติเพื่อสร้างนโยบายโลก ในขณะที่เดียวกันก็นำนโยบายและแนวคิดระดับโลกมายกระดับการทำงานภายในประเทศไทย

เจ้าภาพจัดประชุม Global Network for Health in All Policies ครั้งที่ ๑

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ เมื่อประเทศไทยและประเทศสมาชิกสหประชาชาติรวม ๑๙๓ ประเทศได้ลงนามรับรองวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ประจวบกับมีการจัดประชุม 8th Global Conference on Health Promotion ในชื่อธีม Health in All Policies ในปีเดียวกันนี้เอง สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและองค์กรจากประเทศที่ผลักดันเรื่อง Health in All Policies ก็ได้

รวมตัวกันตั้งเป็นเครือข่ายชื่อ Global Network for Health in All Policies ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ซึ่งอยู่ในช่วงสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๐ โดยมี ๕ ประเทศร่วมก่อตั้ง ได้แก่ ประเทศไทย ประเทศฟินแลนด์ ประเทศแคนาดา ประเทศชูดาน และมลรัฐออสเตรเลียใต้ โดยการประชุมเครือข่ายครั้งแรก ได้ถูกจัดขึ้นที่ประเทศไทยโดยสำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นเจ้าภาพจัด ในปี พ.ศ.๒๕๖๑

Social Participation การมีส่วนร่วมของประชาชน ภาคประชาสังคมและชุมชน

การพัฒนานโยบายแบบขาขึ้นที่สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ผลักดันให้เกิดตามมติสมัชชาอนามัยโลก ริเริ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยสำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเริ่มทำงานหัวข้อใหม่ ๆ กับองค์การอนามัยโลก อย่างเช่น Social Participation เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชน ภาคประชาสังคมและชุมชน ในขั้นตอนการทำแผนของประเทศต่าง ๆ และในขั้นตอนการค้นคว้าวิจัยที่ทำให้กระบวนการมีส่วนร่วมมีความยั่งยืน สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติก็ได้ร่วมกับองค์การอนามัยโลกและมหาวิทยาลัย SciencesPo ของประเทศฝรั่งเศส ศึกษาความเป็นมาและถอดบทเรียนสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในวาระครบ ๙ ปี โดยได้มีการเผยแพร่ในการประชุมคู่ขนานของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๐ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ และในการประชุมคู่ขนานของสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๑ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑

ในการประชุมคู่ขนานของสมัชชาอนามัยโลกนั่นเอง ได้มีการประกาศจัดตั้ง Social Participation Technical Network ขึ้น เครือข่ายนี้เป็นเครือข่ายวิชาการ มีองค์ประกอบทั้งจากภาครัฐ ภาคประชาสังคมและภาควิชาการ โดยเครือข่ายดังกล่าวได้ทำหน้าที่พัฒนาองค์ความรู้และให้ข้อมูลข้อคิดเห็นในการพัฒนาคู่มือว่าด้วยเรื่องการมีส่วนร่วมของสังคม ชื่อ Handbook on Social Participation for Universal Health Coverage โดยมีสำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นสมาชิกของเครือข่ายนี้ด้วย จึงทำให้มีโอกาสดำเนินการเผยแพร่การทำงานของสำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้แนวคิดการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมไปยังสมาชิกเครือข่ายและสมัชชาสุขภาพ ซึ่งเป็นหนึ่งในตัวอย่างของรูปแบบการมีส่วนร่วมของสังคมในคู่มือดังกล่าว จากนั้นสำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ยังได้ทำงานร่วมกับเครือข่ายนี้อย่างใกล้ชิดในการจัดประกายให้องค์การอนามัยโลก รวมถึงสมาชิกเครือข่ายค่านึงถึงแผนระยะยาวในการผลักดัน Social Participation ให้ประเทศต่าง ๆ นำแนวทางนี้ไปปฏิบัติ และเมื่อเป็นมติของสมัชชาอนามัยโลกแล้ว การขับเคลื่อนเรื่องนี้ในระดับนานาชาติจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วยเช่นกัน

ความสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรมของการมีส่วนร่วมในเวทีโลก

หลังจากนั้น การดำเนินการวางยุทธศาสตร์และความคืบหน้าในการผลักดันเรื่องนี้ก็ได้เกิดขึ้น ประจวบกับเกิดการระบาดใหญ่ของ Covid-19 ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ที่ทำให้เห็นโอกาสการผลักดัน Social Participation ให้เป็นกระแสโลกและเป็นนโยบายได้ เนื่องจากพบว่าสถานการณ์การจัดการแก้ปัญหาโควิดทั่วโลกนั้นจะเลยความคิดเห็นของประชาชนและภาคประชาสังคมในการมีส่วนร่วมเพื่อแก้ปัญหา ขณะที่ประเทศไทยเองกลับได้รับการยกย่องจากองค์การอนามัยโลกว่า ทั้งสังคม (Whole-Of-Society Approach) ร่วมกันแก้ไขวิกฤต Covid-19



ด้วยเป้าหมายที่ชัดเจนในการผลักดันเรื่อง Social Participation ให้เป็นมติดิสัมชชาอนามัยโลก จึงเกิดการรวมตัวของกลุ่มประเทศตั้งขึ้นเป็นคณะทำงาน ได้แก่ ประเทศบราซิล ประเทศฝรั่งเศส ประเทศนอร์เวย์ ประเทศสโลวีเนีย ประเทศตุนิเซีย และประเทศไทย โดยประเทศไทยและประเทศสโลวีเนียได้รับการแต่งตั้งให้เป็นประธานกลุ่มด้วยทั้งสองประเทศมีจุดเด่นที่ต่างกัน ซึ่งประเทศไทย เป็นประเทศแรกที่ผลักดันการแก้ไขสถานการณ์ Covid-19 และมีประสบการณ์จริงในการทำงานเรื่อง Social Participation จนได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ ขณะที่ประเทศสโลวีเนีย ก็ได้รับการแต่งตั้งเป็นกรรมการบริหารขององค์การอนามัยโลก ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๖๗ ในสมัยที่กำลังจะผลึกให้มติดิสัมชชาอนามัยโลก ใน พ.ศ. ๒๕๖๗ จึงเป็นการเสริมพลังกันระหว่าง Social Credit และ Political Credit

เพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวเรื่องนี้ในทุกภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก ประเทศสมาชิกมีการร่วมทำงานกับคณะกรรมการบริหารขององค์การอนามัยโลกของตน นอกจากนี้ สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติก็รับหน้าที่ผลักดันเรื่อง Social Participation เพื่อ

ร่วมหารือในคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จนเกิดเป็นมติของภูมิภาคให้พัฒนาเรื่องการมีส่วนร่วมของสังคม เพื่อสนับสนุนสาธารณสุขมูลฐานและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากนั้นองค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ หรือ WHO SEARO จึงได้จัดรับฟังความคิดเห็นต่อเรื่อง Social Participation และกลายเป็นข้อมูลนำเข้าในการร่างมติสมัชชาอนามัยโลกเรื่อง Social Participation ซึ่งมีความสำคัญในการผลักดันการมีส่วนร่วมทางสังคมระดับนานาชาติเป็นอย่างมาก

ขบวนการในการเคลื่อนไหวเรื่อง Social Participation ในระดับนานาชาติ ได้สร้างเพื่อนภาคีที่เป็ตตลอดเส้นทาง จนถึงช่วงเข้มข้น ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖ - พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๗ ที่เริ่มพัฒนาแนวคิด ร่างมติและเปิดรับฟังความคิดเห็นทั้งจากประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกและเครือข่ายภาคประชาสังคมนานาชาติ เช่น Save the Children, UHC2030, NCDs Alliance เป็นต้น โดยใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น ๑๒ เดือน จนในที่สุดสมาชิกทั้ง ๑๙๔ ประเทศก็ได้รับรองมติเรื่องการมีส่วนร่วมของสังคมเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สุขภาพและคุณภาพชีวิต (Social Participation for Universal Health Coverage, Health and Well-being) ในสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๗ วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๗

นอกจากการขับเคลื่อนเชิงนโยบายแล้ว สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ยังจัดกิจกรรมสร้างความเข้าใจและสร้างพันธมิตรญญาร่วมกับประเทศต่าง ๆ ผ่านกิจกรรมคู่ขนาน (Side Event) เกี่ยวกับ Social Participation ในช่วงสมัชชาอนามัยโลก ถึง ๒ ปีซ้อน ซึ่งเกิดขึ้นระหว่าง ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๖๗ และได้สร้างภาพจำให้กับประเทศไทยและสำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติผู้เป็นหัวเรือใหญ่ในการผลักดันเป็นอย่างมาก

การทำงานนโยบายระดับโลก ทั้งขาขึ้นด้วยแนวคิด Social Participation และขาเคลื่อนอย่างแนวคิด Health in All Policies นั้น รูปธรรมที่เห็นได้ชัด ไม่ใช่เพียงมติสมัชชาอนามัยโลกเรื่องการมีส่วนร่วมของสังคม เพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ร่วมกันผลักดันภายใต้เครือข่ายนานาชาติ Global Network for Health in All Policies นั้น สะท้อนถึงการได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติว่า สิ่งที่สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ดำเนินการมาตลอด ๑๘ ปีนั้น เป็นแนวทางที่ใช่ ตอบโจทย์การแก้ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนเกินกว่าที่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งจะรับผิดชอบ นับเป็นโมเดลในการทำให้ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมได้จริง



การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายนักแสดง
นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม
และสุงภาวะในพื้นที่

บทที่ ๒๒

นิทานพลังสร้างสรรคนโยบายสาธารณะ

เมื่อยุคสมัยเปลี่ยนแปลง การตื่นตัวของคนในสังคมก็เปลี่ยนไป ปัจจุบันสถานการณ์ปัญหาและประเด็นท้าทายในการสร้างสุขภาวะในพื้นที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบพลวัต ซึ่งเกิดจากการตื่นตัวของสังคมของกลุ่มคนที่มีความหลากหลาย ทั้งแนวคิดและวิธีการของคนรุ่นใหม่ ขณะเดียวกันที่ผ่านมามีการสะสมประสบการณ์การสร้างสุขภาวะที่มีค่าสำหรับการเรียนรู้ของคนทำงานที่มีจิตสาธารณะรุ่นใหม่ ประกอบกับปัจจุบันยังพบข้อจำกัดในการทำงานของเครือข่ายในพื้นที่ในเรื่องการสร้างและขยายเครือข่ายด้านการพัฒนาขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของพื้นที่

ในช่วงที่ผ่านมา สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและภาคียุทธศาสตร์ ได้มีภารกิจสำคัญร่วมกันในการขับเคลื่อนสร้างสุขภาวะในพื้นที่ผ่านความร่วมมือและความเข้มแข็งของคน และเครือข่ายคนทำงานทั้งเก่าและใหม่ในพื้นที่โดยมีกรอบความร่วมมือจากภารกิจที่ชัดเจนและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงจึงทำให้มีความจำเป็นที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและภาคียุทธศาสตร์จะต้องให้ความสำคัญกับการสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายนักสานพลังสร้างสุขภาวะของคนทำงานกลุ่มใหม่จากหลายภาคส่วนในพื้นที่อย่างจริงจังและเร่งด่วน โดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การพัฒนาเพิ่มพูนความรู้และสมรรถนะ การสร้างเครือข่าย การนำสู่การปฏิบัติและการต่อยอดจากประสบการณ์การจัดหลักสูตรต่างๆ ที่ผ่านมา เพื่อให้ภาคีเครือข่ายมีจำนวนมากพอที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ได้

จึงทำให้เกิดหลักสูตรสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายนักสานพลังสร้างสุขภาวะในพื้นที่ หรือ คนส. ซึ่งเป็นหลักสูตรที่มีเป้าหมายเพื่อสร้างและพัฒนาศักยภาพคนทำงานกลุ่มใหม่ (New Cohort) ให้กับพื้นที่ โดยผู้เข้าร่วมหลักสูตรมาจากภาคประชาสังคม ภาคธุรกิจที่ทำงานด้านสังคม ภาควิชาการและเจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐที่มีประสบการณ์การทำงานด้านสังคม จึงทำให้เกิดเครือข่ายการเรียนรู้และขับเคลื่อนงานร่วมกันระยะยาวของผู้เข้าร่วมหลักสูตรร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ พร้อมทั้งเกิดการเรียนรู้และเกื้อหนุนการทำงานในพื้นที่ระหว่างเครือข่ายคนทำงานกลุ่มเก่าและกลุ่มใหม่ ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและภาคียุทธศาสตร์ ในการสร้างสุขภาวะในพื้นที่

โดยหลักสูตรนี้ มุ่งเน้นการเรียนรู้และสร้างเครือข่ายของผู้เข้าร่วม โดยได้ออกแบบดำเนินการอย่างต่อเนื่องระยะยาวและมีความยืดหยุ่นเพื่อพัฒนาหลักสูตรให้สอดคล้องกับสถานการณ์และความต้องการเรียนรู้ของผู้เข้าร่วม จะมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุกปี

ในการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายนั้น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้มีโจทย์สำคัญคือการสร้างและขยายเครือข่ายในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เพื่อยกระดับคุณภาพการทำงานและเป็นกำลังสำคัญในการทำงานระดับพื้นที่ รวมถึงการทำให้เกิดเครือข่ายขับเคลื่อนและหนุนช่วยงานในพื้นที่ของเครือข่ายเก่า เครือข่ายใหม่ และภาคียุทธศาสตร์ ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเริ่มทำงานและแสวงหาความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ต่าง ๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ รวมถึงการค้นหารูปแบบแนวทาง ความเป็นไปได้ในเรื่องการบริหารจัดการ จนในที่สุดได้เปิดหลักสูตรสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายนักสานพลังสร้างสุขภาวะในพื้นที่ รุ่นที่ ๑ ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖ และรุ่นที่ ๒ ในเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยได้มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องก่อนขยายสู่รุ่นต่อไป เพื่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายจากหลายภาคส่วนในจำนวนมาก และสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสู่การสร้างสุขภาวะในพื้นที่ได้จริง ณ ปัจจุบันมีผู้ผ่านหลักสูตรแล้วจำนวน ๓๖ คน โดยกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมยังคงมาจาก ๓ ภาคส่วนตามหลักการสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ได้แก่ กลุ่มการทำงานระดับชาติและส่วนกลาง กลุ่มการทำงานระดับพื้นที่ เครือข่ายที่สนใจ และเจ้าหน้าที่จากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



ในการออกแบบหลักสูตรสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายนักสานพลังสร้างสุขภาวะในพื้นที่นั้น มีการออกแบบเนื้อหา ๓ ด้าน ที่ประกอบด้วยด้านความรู้ ด้านสมรรถนะที่จำเป็น และด้านการปฏิบัติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. ด้านความรู้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องระบบสุขภาพ กระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ตัวอย่างเครื่องมือ และประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ รวมถึงบทบาทขององค์กรและภาคส่วนต่างๆ ในระบบสุขภาพ สำหรับนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้หรือใช้ประโยชน์ในการทำงานนโยบายสาธารณะในระดับต่างๆ ได้ โดยมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการทำงานสร้างสุขภาพในระดับพื้นที่ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปถ่ายทอดแก่ภาคีเครือข่ายของตนได้

๒. ด้านสมรรถนะที่จำเป็น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรมีสมรรถนะที่ดีในด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถสร้างทีมและประสานเครือข่าย รวมถึงสามารถพัฒนา สร้างแรงบันดาลใจ และนำการเปลี่ยนแปลงในงานนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมได้ ทั้งในระดับองค์กร และในการขับเคลื่อนสู่สังคมสุขภาพในระดับพื้นที่

๓. ด้านการปฏิบัติ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรสามารถเห็นตัวอย่างจากกรณีศึกษาการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่มีการปฏิบัติจริง และสามารถออกแบบ เขียนข้อมูลเสนอโครงการเพื่อรับการสนับสนุนจากแหล่งทุนต่างๆ ได้ รวมถึงสามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากหลักสูตรไปใช้ในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

องค์ประกอบของหลักสูตร

หลักสูตรมีองค์ประกอบ ๓ หมวดหรือโมดูล (Module) ที่ออกแบบการเรียนรู้ไว้ทั้งแบบ On-Site และ Online พร้อมทั้งได้จัดให้มีการประเมินผลตลอดทั้งหลักสูตร เพื่อพัฒนาและปรับปรุงระหว่างกระบวนการ และเพื่อขยายผลการดำเนินงานในรุ่นต่อไป โดยมีรายละเอียดในแต่ละหมวดดังนี้

๑. หมวดที่หนึ่ง (Module 1) เน้น “การทบทวนตัวเองและเป้าหมายร่วมผ่านกระบวนการนโยบายสาธารณะ” มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจในหลักสูตรเตรียมความพร้อม สร้างความคุ้นเคย และสร้างแรงบันดาลใจ ผู้การทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณะ โดยได้มีการเน้นเรื่องแนวคิดการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ความรู้ความเข้าใจในเรื่องระบบสุขภาพ บทบาทขององค์กรและภาคส่วนต่างๆ ในระบบสุขภาพ แนวคิดทฤษฎีนโยบายห่วงใยสุขภาพ ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมกับการอภิบาลระบบสุขภาพไทยและการสร้างสุขภาพในพื้นที่

๒. หมวดที่สอง (Module 2) เน้น “เรียนรู้จากพื้นที่ปฏิบัติการจริง” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการเรียนรู้กระบวนการนโยบายสาธารณะจากการศึกษาดูงาน การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายจากตัวอย่างจริงในพื้นที่

๓. หมวดที่สาม (Module 3) เน้น “เสริมสร้างสมรรถนะ เรียนรู้จากภาคียุทธศาสตร์และออกแบบโครงการร่วมกัน” มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาสมรรถนะ

ที่จำเป็น เรียนรู้ภารกิจ เครื่องมือ และสิ่งสนับสนุนของภาคยุทธศาสตร์ เพื่อนำมา ออกแบบโครงการสำหรับการทำงานร่วมกันเพื่อประโยชน์สาธารณะ

การเรียนรู้จากพื้นที่ปฏิบัติการจริง

เครือข่ายนักสานพลังสร้างสุขภาวะในพื้นที่ รุ่นที่ ๑ ได้เรียนรู้กระบวนการ นโยบายสาธารณะจากการศึกษาดูงานการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย ได้มีการ เรียนรู้จากพื้นที่จริง “เรียนรู้จากชุมชนในพื้นที่ปฏิบัติการจริง: พังงาแห่งความสุข” (Learning from communities: “Phangnga - City of Happiness”) ผ่านกิจกรรม ๗ โครงการ ได้แก่

๑) **รวมคนสร้างเมือง สมาคมประชาสังคมพังงาแห่งความสุข** การพัฒนา เมืองอย่างยั่งยืนคือการส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนสามารถบริหารจัดการความต้องการ ของชุมชน ออกแบบแนวทางการใช้ทรัพยากรหรือแก้ไขปัญหาต่าง ๆ สอดคล้องกับ บริบทและยุคสมัย

๒) **เกาะยวน้อย สู่ความสุขร่วมของคนในชุมชน** การหาแนวทางเพื่อให้เกิด การจัดสรรทรัพยากรอย่างมีส่วนร่วมระหว่างคนในชุมชนผู้รู้จักพื้นที่และเข้าใจวิถี วัฒนธรรมเป็นอย่างดีกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่ล้วนมีแนวทางการพัฒนาบนฐานความคิด ที่ทั้งเหมือนและแตกต่างกัน ได้มีโอกาสร่วมมือกันออกแบบ วางแผน และดูแลรักษา ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดความยั่งยืน

๓) **นาเตย จัดการตนเอง** การแก้ไขปัญหาด้านเศรษฐกิจของชุมชน การสร้าง อาชีพจากทรัพยากรที่มีคุณค่าของชุมชน กับความเชื่อมั่นที่ว่ากรวางรากฐานที่ดีใน การเริ่มต้นกลุ่มอาชีพต้องเกิดจากความต้องการที่แท้จริง

๔) **โคกเจริญ สุขภาพดี วิถีโคกเจริญ** การส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชน นอกจากการส่งเสริมให้มีการบริโภคอาหารอย่างถูกหลักโภชนาการแล้ว ยังสามารถ สร้างรายได้ให้กับคนในชุมชนจากการต่อยอดด้วยแนวคิดปิ่นโตสุขภาพ

๕) **มอแกลนทับตะวัน เข้าใจพหุวัฒนธรรม สร้างสรรค์พลเมืองโลก** จาก วิถีวัฒนธรรม ชีวิต ภูมิปัญญา และประวัติศาสตร์ของชาวเลมอแกลน บ้านทับตะวัน จังหวัดพังงา ผู้การพัฒนาทุนมนุษย์และการมีสำนึกรับผิดชอบต่อส่วนรวมในฐานะ พลเมืองโลกผู้เคารพความแตกต่างหลากหลายของเพื่อนมนุษย์

๖) **รมณีย์ จัดสรรทรัพยากร แบ่งปันสุข** การแก้ไขปัญหาหนี้สินของเกษตรกร ในชุมชน ผ่านการผสานความร่วมมือจากทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจ และภาคประชาชน เข้าด้วยกัน เพื่อสร้างเสถียรภาพและอำนาจต่อรองกับกลไกการตลาด

๗) **บ้านน้ำเค็ม วางแผน ป้องกัน แก้ไข ภัยพิบัติด้วยชุมชน** การวิเคราะห์ ภัยพิบัติที่อาจจะเกิดขึ้นในชุมชนของตนเอง การวางแผน และสร้างความเข้าใจในการ ปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุภัยพิบัติจะเป็นการป้องกันและลดความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งยังสามารถฟื้นฟูให้กลับมาเป็นปกติได้อย่างรวดเร็ว

เครือข่ายนักสานพลังสร้างสุขภาวะในพื้นที่ รุ่นที่ ๒ ได้เรียนรู้จากชุมชนในพื้นที่ ปฏิบัติการจริง: นานต้นแบบเมืองสุขภาวะ (Learning from communities: “Happiness Model at NAN Sandbox”) เป็นการเรียนรู้กระบวนการนโยบายสาธารณะจากการ ศึกษางานการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายฯ จากตัวอย่างจริงในพื้นที่จังหวัดน่าน ที่นำไปสู่การเป็นพื้นที่ นานต้นแบบเมืองสุขภาวะ ใน ๔ ระบบ ได้แก่ ระบบรองรับ สังคมสูงวัย ระบบเกษตรอินทรีย์วิถีน่าน ระบบการจัดการน้ำเพื่อความเป็นธรรม และ ระบบการจัดการชุมชนในทุกมิติ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ผ่าน ๕ ศูนย์การเรียนรู้ ได้แก่

๑) **ระบบรองรับสังคมสูงวัย** เรียนรู้การสร้าง “ระบบสุขภาวะกลุ่มวัย” ผ่าน โรงเรียนผู้สูงอายุชุมชนดอนแก้ว ศูนย์สมวัยใส่ใจสุขภาพ เมื่อเป้าหมายหลักที่สำคัญ ของโรงเรียนผู้สูงอายุบ้านดอนแก้ว คือ มิติทางด้านจิตใจ และเงินไม่ใช่ปัจจัยสำคัญในการรวมกลุ่มแต่เป็นต้นทุนในการทำกิจกรรม การทำงานเชิงรุกและการใช้เทคโนโลยี ในการดูแลสุขภาพ การตรวจเช็คสุขภาพและส่งข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันให้แพทย์เข้าถึง ข้อมูล เพื่อดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและคนในชุมชน

๒) **ระบบการจัดการชุมชนในทุกมิติ** เรียนรู้เรื่อง “ดิน น้ำ ป่า นา ข้าว หลอมรวมเป็นชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองทุกมิติที่ถืมตอง” ใจหัยสำคัญของถืมตอง คือ จะทำอย่างไรให้เกิดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนครบทุกมิติ ผ่านเรื่องราวของจัดการ ดิน น้ำ ป่า นา ข้าว จนหลอมรวมเป็นชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองทุกมิติ

๓) **ระบบเกษตรอินทรีย์วิถีน่าน** เรียนรู้ “เกษตรอินทรีย์วิถีน่าน พื้นที่ความมั่นคง ด้านอาหาร ผู้การส่งเสริมธุรกิจชุมชน และการจัดการที่ดินทำกินและที่อยู่อาศัย” ณ ศูนย์การเรียนรู้ตำบลบัวใหญ่ อำเภอพาน้อย จังหวัดน่าน ปัญหาใหญ่ของคนบัวใหญ่ คือ เรื่องที่ดินทำกิน เพราะพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่เขตป่าสงวนแห่งชาติ และปัญหา เรื่องหนี้สินซึ่งเป็นปัญหาโลกแตกที่ทุกที่พบเจอ แล้ว “เกษตรอินทรีย์” และ “พักทอง ไข่เน่า” เข้ามาตอบใจหัยตรงนี้ได้อย่างไร?

๔) **ระบบการจัดการน้ำโดยชุมชน** เรียนรู้ “มังรายศาสตร์ ภูมิปัญญาล้านนา ที่ใช้ในการบริหารจัดการน้ำ สร้างความร่วมมือกันของชุมชนบ้านร่องแง ในการบริหารจัดการน้ำเพื่อใช้ในการเกษตร” เดิมชุมชนบ้านร่องแงประสบกับปัญหาน้ำท่วมหลาก ทั้งในหมู่บ้านและพื้นที่การเกษตรในช่วงฤดูน้ำหลากและขาดแคลนน้ในช่วงหน้าแล้ง “ภูมิมังรายศาสตร์” คือ แนวทางที่ใช้ในการบริหารจัดการระบบน้ำเพื่อการเกษตรที่ สร้างความเป็นธรรมให้กับชุมชน

๕) **ระบบการจัดการน้ำเพื่อความเป็นธรรม** เรียนรู้ “วิถีวัฒนธรรม ชีวิต ภูมิปัญญา ในการจัดการน้ำ ระบบชลประทานในพื้นที่ลาดชัน พื้นที่สูง การพัฒนา นโยบายสาธารณะ ผ่านเรื่องราวหลากหลาย ที่เชื่อมดิน น้ำ ป่า พืชพันธุ์ และชุมชน ด้วยหลัก ๕ ก.” การดำเนินงานของศูนย์เรียนรู้ใจักกว่า ๔๐ ปี ที่เปรียบเสมือนตักศิลา อันเป็นบ้ำหลอมความเป็นเครือข่ายอีกเมืองน่าน จากจุดเริ่มต้นที่ทำเรื่องความมั่นคง

ทางด้านอาหาร การผลิตเมล็ดพันธุ์และการผนวกรวมความหลากหลายทางพันธุกรรม เพื่อตอบโจทยความหลากหลายทางนิเวศและความยั่งยืน และปัจจัยเรื่องน้ำที่มีความสำคัญกับระบบเกษตร ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน บนฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน-ภาคีองค์กรภาครัฐ เอกชน

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะ

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะและออกแบบโครงการร่วมกัน (Competency enhancement, learning from strategic partners and project design together) เป้าหมายเพื่อการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็น และออกแบบโครงการสำหรับการทำงานร่วมกันเพื่อประโยชน์สาธารณะ ก่อนนำสู่การดำเนินการตามโครงการที่ออกแบบไว้หลังจบหมวดที่สาม ที่จะมีการติดตามความก้าวหน้าและหารือกับที่ปรึกษาโครงการเป็นระยะ ๆ

หลังจากจบการเรียนรู้หมวดที่สามแล้ว **เครือข่ายนักสานพลังสร้างสุขภาพในพื้นที่ รุ่นที่ ๑** ได้มีการดำเนินโครงการร่วมกันในช่วงเดือนกันยายน ๒๕๖๖ - พฤษภาคม ๒๕๖๗ โดยแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่มเพื่อทำโครงการใน ๓ ประเด็น ได้แก่

๑) ประเด็นเด็กและเยาวชน ได้พัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชนนอกระบบการศึกษาเพื่อการมีทักษะชีวิตและความรอบรู้เรื่องสุขภาพ โดยกระบวนการพื้นที่สร้างสรรค์และปลอดภัยแบบมีส่วนร่วม ในการลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ : พื้นที่ดำเนินการ ๑๔ ชุมชนน้ำท่วม เทศบาลเมืองวารินชำราบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ๑) ให้เด็กและเยาวชนนอกระบบการศึกษาในพื้นที่ดำเนินการมีทักษะชีวิตและความรอบรู้เรื่องสุขภาพ โดยกระบวนการพื้นที่สร้างสรรค์ และ ๒) สร้างพื้นที่สร้างสรรค์และปลอดภัยแบบมีส่วนร่วมในการลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ สำหรับเด็กและเยาวชนนอกระบบการศึกษา โดยได้มีการวางแผนทางการนำผลที่เกิดขึ้นไปใช้ประโยชน์ขับเคลื่อนหรือขยายผล ดังนี้

๑.๑) การสร้างพื้นที่ปลอดภัยในการแสดงความคิดเห็นและแสดงออกของเด็กและเยาวชนนอกระบบอย่างมีส่วนร่วม ไม่เพียงแต่จะเติบโตในด้านความรู้เท่านั้น แต่ยังรวมถึงการพัฒนาแบบองค์รวม เพื่อช่วยให้เยาวชนกลุ่มชายขอบได้แสดงออกค้นพบจุดแข็ง และค้นหาเสียงของตนเอง พื้นที่นี้ยังช่วยให้เด็กและเยาวชนมีเครื่องมือที่จำเป็นในการเปลี่ยนแปลงชุมชนและสังคมของตนเอง ไม่ว่าจะเกี่ยวข้องข้องกับการจัดการปัญหาในชุมชน ท้องถิ่น สังคม หรือการเตรียมตัวสำหรับการศึกษาระดับสูงและการแข่งขันในตลาดงาน

๑.๒) เสริมสร้างศักยภาพของเด็กและเยาวชนนอกระบบการศึกษา ให้สามารถดูแลตนเองและชุมชนด้วยกระบวนการพื้นที่สร้างสรรค์ เพื่อส่งเสริมรอบความคิดที่คล่องตัว ปรับตัวได้ และสรรค์สร้างนวัตกรรม ด้วยการเสริมให้เด็กและ

เยาวชนรับมือกับความท้าทาย ด้วยสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย โดยโครงการพื้นที่ปลอดภัยและสร้างสรรคของเด็กและเยาวชนอย่างมีส่วนร่วมนี้มีเป้าหมายที่จะนำเสนอประสบการณ์การศึกษาที่ครอบคลุม เสริมสร้างทักษะทั้งด้านความรู้ความเข้าใจ ทักษะทางปัญญา รวมทั้งทักษะทางพฤติกรรมในหมู่เด็กและเยาวชน โดยโครงการมุ่งหวังที่จะสร้างผลกระทบที่ยั่งยืน ไม่เพียงแต่ในชีวิตของเด็กและเยาวชนเท่านั้น แต่ในชุมชนและสังคมโดยรวมเช่นกัน

๒) ประเด็นความมั่นคงทางอาหาร โครงการซ่อมแซม สร้างระบบอาหารจากเกษตรพื้นบ้านและป่าชุมชนศรีบัวบาน ตำบลศรีบัวบาน อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ๑) ให้ชุมชนสามารถจัดทำแผนส่งเสริมอาหารจากเกษตรพื้นบ้านและป่าชุมชนศรีบัวบานโดยกระบวนการมีส่วนร่วม และ ๒) ให้นำหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับรองและนำแผนส่งเสริมอาหารจากเกษตรพื้นบ้านและป่าชุมชนศรีบัวบานไปบูรณาการกับแผนหรือนโยบายของหน่วยงาน โดยวางแนวทางการนำผลที่เกิดขึ้นไปใช้ประโยชน์ ขับเคลื่อน หรือขยายผล คือ การผลักดันให้หน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ เทศบาลตำบลศรีบัวบาน นำแผนที่ได้ไปบรรจุในแผนหรือนโยบายของหน่วยงานในปีงบประมาณ ๒๕๖๘

๔) ประเด็นสังคมสูงวัย “การเสริมศักยภาพการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบลและกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ทวีวัฒนา เพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน” วัตถุประสงค์เพื่อสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทวีวัฒนา ซึ่งคาดว่า ผลที่จะเกิดขึ้นจากโครงการนี้ได้แก่ ผลผลิต (Output): เกิดโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในประเด็นเกี่ยวกับการรองรับสังคมสูงวัยที่เกิดจากการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน จำนวน ๑ โครงการ ผลลัพธ์ (Outcome): ได้แก่ ๑) องค์การบริหารส่วนตำบลทวีวัฒนา มีการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทวีวัฒนา อย่างมีส่วนร่วมร่วมกับชุมชน และ ๒) ชุมชนหรือกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลทวีวัฒนาสามารถบริหารจัดการและเข้าถึงกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทวีวัฒนา เพื่อพัฒนาสุขภาพจะได้ โดยมีการวางแนวทางการนำผลที่เกิดขึ้นไปใช้ประโยชน์ ขับเคลื่อนหรือขยายผลโดยสื่อสารผ่านช่องทางสาธารณะ และจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการยกระดับประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม

หลังจากจบหมวดที่สามแล้ว **เครือข่ายนักสานพลังสร้างสุขภาวะในพื้นที่** รุ่นที่ ๒ ได้มีการดำเนินโครงการร่วมกันในช่วงเดือนเมษายน ๒๕๖๗ - ธันวาคม ๒๕๖๗ โดยแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่มเพื่อทำโครงการใน ๓ ประเด็น ได้แก่

๑) ประเด็นเด็กและเยาวชน: โครงการ **สานพลังเครือข่าย สุนโยบายสาธารณะของเด็กและเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศ ในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์** กลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศเป็นกลุ่มที่มักจะถูกกลั่นแกล้งรังแก ถูกเลือกปฏิบัติและ

ได้รับทัศนคติเชิงลบ ทั้งนี้ปัจจัยทางสังคมและชุมชน (Social and Community Pathways) เป็นหนึ่งในปัจจัยตัวกลางที่ส่งผลต่อสุขภาวะของประชากรกลุ่มความหลากหลายทางเพศ เครือข่ายนวัตกรรมเพื่อเยาวชนไทย (CITY) มีความตั้งใจและพยายามสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับเรื่องสุขภาวะ ทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และสุขภาพของกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ ทั้งกับกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศและประชาชนทั่วไป โดยได้มีการทำกิจกรรมเพื่อสังคมสาธารณะมาตลอด ๓ ปีในจังหวัดบุรีรัมย์ รวมทั้งยังเชิดชูภาพลักษณ์อันดีและความก้าวหน้าในด้านสิทธิ เสรีภาพ และความหลากหลายท่ามกลางสังคมพหุวัฒนธรรม ในจังหวัดบุรีรัมย์ และประเทศไทย

เพื่อเป็นการพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในการสร้างสุขภาวะของประชากรกลุ่มความหลากหลายทางเพศเชิงพื้นที่ ทางเครือข่ายนักสานพลังสร้างสุขภาวะในพื้นที่รุ่นที่ ๒ ร่วมกับเครือข่ายนวัตกรรมเพื่อเยาวชนไทย (CITY) เปิดพื้นที่การแสดงออกให้กลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศและประชาชนทั่วไปในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ ให้มากขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา และมีการจัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และสุขภาพของกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ รวมถึงการสร้างเสริมทัศนคติของประชาชนทั่วไปที่มีต่อกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ โดยผ่านการดำเนินโครงการภายใต้มหกรรมเทศกาลงาน Buriram Pride ประจำปี ๒๕๖๗ ซึ่งจะจัดขึ้นในเดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๗ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ และความเข้าใจด้านความหลากหลายทางเพศในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์และจัดทำประเด็นนโยบายสำหรับเด็กและเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ โดยคาดหวังว่าจะเพิ่มการสร้างเครือข่ายการทำงานด้านความหลากหลายทางเพศ เพื่อประสานความร่วมมือในการดำเนินงาน แนวทางการดำเนินการร่วมกัน ร่วมสนับสนุนทรัพยากรในการทำงานและได้ข้อเสนอเชิงนโยบายที่นำไปสู่การผลักดันให้หน่วยงานในพื้นที่นำข้อเสนอไปปรับใช้ต่อไป

๒) ประเด็นสิ่งแวดล้อม: โครงการการจัดการขยะจากการท่องเที่ยวแบบมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนในเทศบาลตำบลบ้านเขี้ยวหลาน ตำบลเขาพัง อำเภอบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี เทศบาลตำบลบ้านเขี้ยวหลาน ตำบลเขาพัง อำเภอบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตั้งอยู่ในเขตอุทยานแห่งชาติเขาสก ความงามของภูเขาดินปูนสูงสลับซับซ้อน แนวผาที่สูงชันท่ามกลางสายน้ำของเขื่อนเขี้ยวหลาน มีทะเลสาบที่สวยงามได้รับสมญานามว่า “กุ้ยหลินเมืองไทย” ซึ่งเป็นสถานที่ท่องเที่ยวอันดับต้น ๆ ของไทย พร้อมทั้งดึงดูดนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ อีกทั้งที่นี่สามารถท่องเที่ยวได้ตลอดทั้งปีทำให้เกิดบ้านพักรับรองมากมาย ซึ่งส่งผลให้มีปริมาณขยะเพิ่มขึ้นทุกปี ถ้าหากไม่เตรียมพร้อมเรื่องการจัดการขยะด้วยการหารูปแบบหรือวิธีการจัดการขยะที่เหมาะสม ควบคู่ไปกับการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยว ในระยะยาวอาจจะเกิดปัญหาได้

โครงการนี้มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนเทศบาลตำบลบ้านเขี้ยวหลาน เกิดความตระหนัก มีส่วนร่วม และมีรูปแบบในการบริหารจัดการขยะที่เกิดจากการท่องเที่ยวอย่างมีแบบแผนและเกิดการพัฒนาสู่ความยั่งยืน โดยการทำงานจะเริ่มจากวิเคราะห์ปัญหาจากสถานการณ์การจัดการขยะเพื่อนำมาเป็นฐานคิดในการสร้างมาตรการแก้ไขปัญหาขยะ (Area – Base Problems) และหาแนวทางการจัดการขยะอย่างเป็นระบบ ๓ ขั้นตอนในการวางแผนและกำหนดมาตรการ คือ ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง พร้อมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการขยะที่เกิดจากการท่องเที่ยวอย่างมีแบบแผนและเกิดการพัฒนาสู่ความยั่งยืน

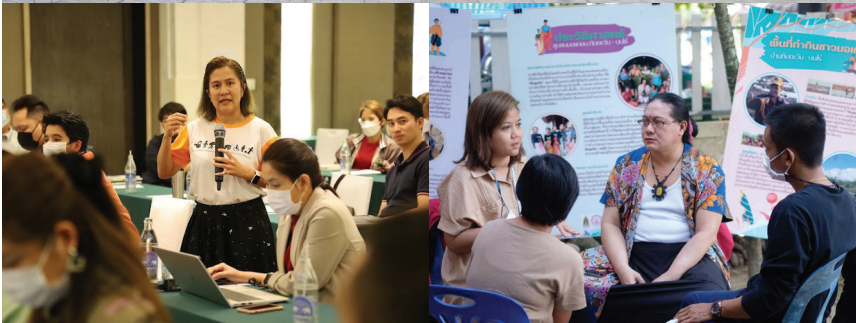
๓) ประเด็นสิ่งแวดล้อม: โครงการชุมชนปลอดขยะ ด้วยกลไกการสานพลังการมีส่วนร่วมในชุมชน ณ มะขามเตี้ยแห่งความสุข ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีลักษณะชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท และมีมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตสุราษฎร์ธานี พื้นที่ตำบลใกล้เคียงก็มีมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี จึงทำให้มีทั้งประชากรของพื้นที่ ประชากรแฝง รวมถึงแรงงานข้ามชาติด้วย บริเวณใกล้เคียงมีร้านสะดวกซื้อและห้างสรรพสินค้าหลายแห่ง มีสถานบันเทิงขนาดใหญ่อยู่ในพื้นที่กว่า ๕ แห่ง มีสถานประกอบการ และหอพักที่อยู่ในพื้นที่กว่า ๑๐ แห่ง ปัญหาเรื่องการจัดการขยะจึงเป็นเรื่องสำคัญ

ในพื้นที่ได้มีการจัดการขยะในพื้นที่มาตลอด โดยการจัดการขยะในครัวเรือนสามารถดำเนินการได้ประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง ปัจจุบันยังมีปัญหาขยะตกค้างในชุมชนวันละกว่า ๓ ตัน ซึ่งเป็นทั้งขยะจากครัวเรือน ขยะจากสถานประกอบการ ขยะจากชุมชน การดำเนินการในการจัดการขยะในปัจจุบัน คือ การจัดซื้อจัดจ้างบริษัทเอกชนภายนอกมาจัดเก็บ ค่าใช้จ่ายปีละ ๒,๐๐๐,๐๐๐ บาท และยังพบว่ามีหอพักที่มีการจดทะเบียนเป็นบ้านในการอยู่อาศัย ซึ่งไม่ได้ดำเนินการแยกขยะตามข้อตกลงร่วมในการจัดการขยะของชุมชน ส่งผลให้มีปัญหาเรื่องการจัดการขยะยังคงเป็นภาระเร่งด่วนของตำบลมะขามเตี้ย

การจัดการขยะเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อทุกคนในชุมชน จึงมีความจำเป็นต้องสานพลังของภาคส่วนต่างๆ ในชุมชน เพื่อบูรณาการองค์ความรู้ งบประมาณและทรัพยากร ในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ซึ่งเป็นโอกาสสำคัญที่เครือข่ายนักสานพลังสุขภาพจะรุ่นใหม่ในพื้นที่จะเข้ามาหนุนเสริมกระบวนการจัดการขยะ ภายใต้โครงการชุมชนปลอดขยะ ด้วยการขับเคลื่อนนักสานพลังในชุมชน ณ มะขามเตี้ยแห่งความสุข ทำให้เกิดเป็นข้อตกลงร่วมของสถานประกอบการหอพักในการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่ปริมาณขยะในพื้นที่ดำเนินการลดลงร้อยละ ๓๐

กล่าวได้ว่า หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายนักสานพลังสร้างสุขภาวะในพื้นที่ ที่เน้นการเรียนรู้ร่วมกันจากการสร้างเครือข่ายที่มาจากหลากหลายภาคส่วนของผู้เข้าร่วมหลักสูตร โดยตลอดการเรียนรู้ร่วมกัน ได้มีการพัฒนาหลักสูตรให้สอดคล้อง

กับสถานการณ์และความต้องการของผู้เข้าร่วม นับว่าผลผลิตจากหลักสูตรนี้ ได้สร้างให้เกิดภาคีเครือข่ายที่มีศักยภาพในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ บุคลากรเหล่านี้ยังถือเป็นกำลังสำคัญในการหนุนเสริมการทำงานร่วมกันระยะยาวของคนทำงานกลุ่มเก่าและกลุ่มใหม่ ที่มาจากหลากหลายภาคส่วน เพื่อสานต่อการขับเคลื่อนในระดับนโยบายไปสู่การขยายผลที่เป็นรูปธรรมในพื้นที่ของตนเองสืบไป





บทส่งท้ายสู่การพัฒนาความร่วมมือในอนาคต

บทที่ ๒๓

การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม: พลังความร่วมมือเพื่อการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมสุขภาวะ

เกือบสองทศวรรษ นับจากการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมในสังคมไทย ได้เติบโตและขยายผลไปทั่วประเทศและเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพ เรื่องราวผลที่เกิดขึ้นบางส่วนที่ได้นำเสนอมาในทุกบทข้างต้น ไม่เพียงสะท้อนให้เห็นถึงความมุ่งมั่นของทุกภาคส่วน แต่ยังแสดงให้เห็นถึงพลังการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการกำหนดนโยบาย ในรูปแบบและประเด็นที่สนใจ ในห้วงเวลาต่างๆ โดยมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นองค์กรหลักในการประสานและเชื่อมโยงการทำงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมได้สร้างการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในสังคมไทย ผ่านการพัฒนากลไกและเครื่องมือที่หลากหลาย อาทิ การพัฒนาระบบกฎหมายด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติและพื้นที่ทั่วประเทศ และการผลักดันมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในประเด็นสำคัญต่างๆ การจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ทั้ง ๑๓ เขตพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) และการส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงสิทธิหน้าที่ด้านสุขภาพ ที่เป็นเครื่องมือและกระบวนการที่สำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นต้น

ผลที่เกิดขึ้นตัวอย่างเช่น การขับเคลื่อนนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบที่นำไปสู่การปรับปรุงกฎหมายและมาตรการต่างๆ การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนผ่านธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน การระดมพลังทางสังคมเพื่อรับมือกับสถานการณ์ Covid-19 ที่แสดงให้เห็นพลังของการมีส่วนร่วมในการจัดการภาวะวิกฤตสุขภาพ ฯลฯ ผลที่เกิดขึ้นไม่ได้วัดจากผลลัพธ์เชิงรูปธรรมเท่านั้น แต่ยังสะท้อนผ่านการเปลี่ยนแปลงเชิงคุณภาพที่เกิดขึ้นในสังคม ทั้งการสร้างวัฒนธรรมการมีส่วนร่วม หรือกล่าวได้อีกนัยหนึ่ง คือการพัฒนากระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมและถกแถลงแลกเปลี่ยนข้อเสนอแนะระหว่างกัน อีกทั้งการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างภาคส่วน และการสร้างสำนึกร่วมในการรับผิดชอบต่อสังคม ในมิติของการขับเคลื่อนงานการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมได้สร้างนวัตกรรมทางสังคมที่สำคัญ ทั้งในด้านกระบวนการทำงาน เครื่องมือและกลไกการมีส่วนร่วม รวมถึงรูปแบบความร่วมมือระหว่างภาคส่วน ซึ่งไม่เพียงตอบสนองความต้องการในปัจจุบัน แต่ยังวางรากฐานสำหรับการพัฒนาที่เป็นพื้นที่แห่งการเรียนรู้และพัฒนาระบบสุขภาพร่วมกันของสังคมไทยในอนาคตด้วย

หากเรามองไปข้างหน้า การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมจะยิ่งทวีความสำคัญ โดยเฉพาะในบริบทของการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วและซับซ้อน การบูรณาการแนวคิด “สุขภาพในทุกนโยบาย” (Health in All Policies) และเชื่อมโยงกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) จะเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบร่วมกันของทุกภาคส่วนในการพัฒนาสุขภาพของสังคมมากยิ่งขึ้น ทั้งในระดับนโยบาย ที่ควรที่จะกำหนดให้การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมเป็นวาระแห่งชาติ สนับสนุนการบูรณาการนโยบายและทรัพยากรระหว่างหน่วยงานและพัฒนากลไกการประสานนโยบายระดับชาติและพื้นที่ ในระดับปฏิบัติการ ที่ควรที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกขับเคลื่อนทุกระดับ พัฒนาระบบสนับสนุนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ และส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ ก็ควรที่จะสนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมที่ตอบสนองความต้องการของพื้นที่ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่น และพัฒนากลไกการจัดการความรู้และนวัตกรรมในระดับพื้นที่ เมื่อมีการดำเนินการไปแล้ว ก็ควรที่จะมีระบบการติดตามประเมินผลการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพพร้อมกัน เพราะผลที่เกิดขึ้นไปจนถึงความสำเร็จที่จะเกิดขึ้นไม่ได้เกิดขึ้นจากภาคส่วนใดภาคส่วนหนึ่งเท่านั้น อีกทั้งควรสร้างการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และเผยแพร่ผลการดำเนินงานและบทเรียนสู่สาธารณะ ให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ก็จะเป็นทิศทางการพัฒนาพร้อมกันต่อไป นอกจากนี้ กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมของประเทศไทยยังได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ ว่าเป็นต้นแบบของการสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสุขภาพ โดยเฉพาะกลไกสมัชชาสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ที่หลายประเทศได้นำไปประยุกต์ใช้ สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของสังคมไทยในการสร้างสรรค์นวัตกรรมทางสังคมที่ผสมผสานระหว่างภูมิปัญญาท้องถิ่นกับองค์ความรู้ระดับสากลไปด้วย

ความท้าทายในอนาคต ถึงแม้จะมีพัฒนาการที่สำคัญในช่วงที่ผ่านมาเป็นฐานสำคัญในการก้าวต่อไปก็ตาม การสร้างความยั่งยืนของกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมเป็นความท้าทายสำคัญที่ต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการขับเคลื่อนนโยบาย ทั้งการพัฒนาศักยภาพคนรุ่นใหม่ให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา กลไกทางงบประมาณและทรัพยากรที่ยั่งยืน ตลอดจนการสร้างวัฒนธรรมการมีส่วนร่วมให้ฝังรากลึกในสังคมไทย บทเรียนสำคัญที่ได้เรียนรู้คือ ความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะไม่ได้อยู่ที่ผลลัพธ์สุดท้ายเท่านั้น แต่อยู่ที่กระบวนการเรียนรู้และพัฒนาพร้อมกันของทุกภาคส่วนในสังคม เพื่อจะเป็นโอกาสในการพัฒนาและยกระดับการทำงานร่วมกัน ทั้งในด้านการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมและการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ ที่ยากและซับซ้อนมากขึ้น นอกจากนี้ การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมในสังคมไทย ยังมีประเด็นความท้าทายที่ต้อง

ดำเนินการต่อไปอีก อาทิ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การพัฒนาเพื่อรองรับสังคมสูงวัย การย้ายถิ่น ตลอดจนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม การสร้างระบบนิเวศทางนโยบาย (Policy Ecosystem) ที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วม ไปจนถึงการผลักดันข้อเสนอนโยบายให้เกิดผลเป็นรูปธรรม จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคการเมือง ภาควิชาการ วิชาชีพ ภาคประชาสังคม ภาคเอกชนและประชาชนทั่วไป ในการร่วมกันสร้างสรรค์และขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม เพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาประเทศ ความสำเร็จที่เกิดขึ้นต่อไป จะเป็นความภาคภูมิใจร่วมกันของทุกภาคส่วน และจะเป็นแรงบันดาลใจในการสร้างสรรค์การเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ อีกด้วย เราจะยังคงเดินหน้าร่วมกันพัฒนาและสร้างสรรค์สังคมสุขภาวะให้เกิดความยั่งยืนต่อไป



ดาวนโหลดหนังสือ
นโยบายสาธารณะ : บทบาท พัฒนาการ
และการมีส่วนร่วมของสังคมไทย
ได้ที่นี่



ดาวนโหลด
การขับเคลื่อนมตสมัชชา
สุขภาพแห่งชาติ ได้ที่นี่



ดาวนโหลด
มตสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ได้ที่นี่



สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น ๓ เลขที่ ๘๘/๓๙ หมู่ ๔ ซอยติวานนท์ ๑๔
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐



www.nationalhealth.or.th



nhco@saraban.mail.go.th



[NhcoThai](https://twitter.com/NhcoThai)



๐๒ ๘๓๒ ๙๐๑๓



[NHCO.thai](https://www.facebook.com/NHCO.thai)



[Healthstation.official](https://www.youtube.com/Healthstation.official)

“นโยบายสาธารณะที่ดี จะช่วยให้สังคมดีและน่าอยู่ยิ่งขึ้น”

หนังสือเล่มนี้ จึงเป็นเสมือนการบันทึกเรื่องราวบางเรื่องบางตอนในระยะเวลา ๑๘ ปี แห่งการมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งจะเป็นแรงบันดาลใจที่จะจุดประกายให้เห็นถึงพลังอันยิ่งใหญ่ของการมีส่วนร่วม ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสังคมสุภาพะ ผ่านกรณีศึกษาที่เป็นรูปธรรม และเรื่องราวการพัฒนาเหล่านี้จะสร้างความเข้าใจให้ทุกคนตระหนักว่า ไม่ว่าจะอยู่ในฐานะใดในสังคม ทุกคนล้วนมีบทบาทสำคัญในการสร้างสรรค์ สุภาพะที่ดีร่วมกันได้ ภายใต้แนวคิดนี้