

พบนการ สาน สร้าง สุง (ภาวะ)

: ปฏิบัติการ “รวมพลังขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
สู่ปรธรมความสำเร็จ”



**: ปฏิบัติการ “รวมพลังขับเคลื่อนมิติวิชาชีพสุขภาพแห่งชาติ
สู่รูปธรรมความสำเร็จ”**

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

ขบวนการ สาน สร้าง สุข (ภาวะ)-- นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), 2568. 240 หน้า.
1. บริการทางการแพทย์. I. สุเทพ เพชรมาก. II. ชื่อเรื่อง.
362.11
ISBN 978-616-569-046-1

บรรณาธิการ	นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก นายแพทย์วรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์ นายจารึก ไชยรักษ์
คณะผู้จัดทำ	นางสาวสิริกร คำภูไทย นางสาวศิริธร อรไชย นางสาววันวิสา แสงทิม นางสาวรัฐวรรณ เสงสีหาพันธ์ นางสาวชนิษฐา แซ่เอี้ยว นายบัณฑิต มั่นคง นางสาวสุภาภรณ์ ดำรงพันธ์ นายณรงค์ กฤติขจรกรกุล นางสาวนันณัญญ์ ฤงษ์ปัญญา นางสาวแคทรีया การาม
ออกแบบปก/รูปเล่ม และจัดพิมพ์ที่	บริษัท ออล อีส เวลส์ โปรดักชั่น จำกัด 02 040 7707, 09 1780 4824 e-mail: alliswellpro.co@gmail.com

ISBN	พิมพ์ครั้งที่ 1	กันยายน พ.ศ. 2568
	จำนวน	800 เล่ม
	จัดพิมพ์โดย	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ เลขที่ 88/39 หมู่ 4 ซอยติวานนท์ 14 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 02 832 9013 nhco@saraban.mail.go.th



คำนำ

การขับเคลื่อนมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้เกิดผลสำเร็จเป็นรูปธรรมนั้น มิใช่เรื่องที่ทำได้โดยลำพัง แต่เป็นผลลัพธ์ของ **ความร่วมมือร่วมใจอันเข้มแข็ง** จากทุกภาคส่วนในสังคม ภายใต้แนวคิด **“สามพลัง สร้างสุขภาวะ”** สะท้อนให้เห็นถึงพลังของการทำงานร่วมกัน ที่สามารถเปลี่ยนแนวคิดเชิงนโยบาย ให้กลายเป็นการปฏิบัติจริง นำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาวะ ที่ดีของประชาชนได้ในที่สุด



หนังสือเล่มนี้ได้รวบรวมตัวอย่างความสำเร็จของการขับเคลื่อนมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่โดดเด่นและเป็นรูปธรรมในช่วงเวลานั้น บางมติดังอาจมีความก้าวหน้าของการดำเนินงานมากกว่าที่ระบุอยู่ในหนังสือเล่มนี้ เราจะได้เห็นถึงร่องรอยของความสำเร็จ บทบาทอันหลากหลายของภาคีเครือข่าย ที่ต่างเข้ามาเติมเต็มและสนับสนุนซึ่งกันและกัน **เป็นฟันเฟืองที่สำคัญ ในการขับเคลื่อนมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ** ไม่ว่าจะเป็นการร่วมกันสร้างความรู้ความเข้าใจ การผลักดันเชิงนโยบาย การสร้างกลไกการทำงานในพื้นที่ หรือแม้กระทั่งการเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนด้วยตนเอง สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นบทเรียนอันมีค่าที่แสดงให้เห็นว่า



“

“การสร้างพลังจากทุกภาคส่วน”
คือ หัวใจสำคัญของการสร้างสรรค์
นโยบายสาธารณะที่ยั่งยืน

”



คำนำ

ขับเคลื่อนการ **สามพลัง สร้าง สุข (ภาวะ)**
ประเทศไทย : บทเรียนและบทสรุป
“กรณีศึกษาการสร้างสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ”

3



นอกเหนือไปจากการมีนโยบายสาธารณะที่ดีคือ **การสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน** การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการสร้างความสัมพันธ์เชิงหุ้นส่วนที่ไว้วางใจกัน การทำความเข้าใจในบริบทที่แตกต่างกันของแต่ละพื้นที่ และการปรับเปลี่ยนแนวทางให้เหมาะสมกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งทำให้การทำงานร่วมกันเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ



หวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้จะเป็นเสมือนบันทึกประวัติศาสตร์การขับเคลื่อนมิติสุขภาพแห่งชาติที่เป็นประโยชน์ สามารถใช้เป็นแนวทางและแรงบันดาลใจ ให้ภาคีเครือข่ายและผู้ที่ต้องการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะได้ทำงานร่วมกันอย่างมีพลัง เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาและสร้างสังคมสุขภาวะที่ยั่งยืนต่อไป

นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

1 กันยายน 2568



คำนำ

นโยบายการสร้างสุขภาวะ
: บทเรียนจาก
การขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ
ระดับพื้นที่

4



สารบัญ

คำนำ.....	3
กลุ่มมัติที่ 1 เกษตร อาหารปลอดภัย และความมั่นคงทางอาหาร.....	9
• มติ 5.5 ความปลอดภัยทางอาหาร การแก้ไขปัญหา จากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช.....	10
กลุ่มมัติที่ 2 โรคจากการประกอบอาชีพ.....	15
• มติ 4.6 การเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยเพื่อสุขภาพและความปลอดภัย ของคนทำงานในภาคอุตสาหกรรมและการบริการ.....	16
กลุ่มมัติที่ 3 ผลกระทบต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว.....	21
• มติ 1.9 ผลกระทบจากสื่อต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว.....	22
กลุ่มมัติที่ 4 การจัดการพื้นที่สาธารณะ ที่อยู่อาศัย ชุมชนและเมือง.....	28
• มติ 8.3 ระบบสุขภาพเขตเมือง : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม.....	29
กลุ่มมัติที่ 5 สุขภาวะทางเพศ.....	35
• มติ 1.10 สุขภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.....	36
• มติ 3.8 การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรรภ์ที่ไม่พร้อม.....	42
กลุ่มมัติที่ 6 เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อสุขภาพ.....	48
• มติ 3.9 การป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม จากการค้าเสรีระหว่างประเทศ.....	49



กลุ่มบทที่ 7 สุขภาวะชุมชนและสังคม.....54

- มติ 3.7 ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ.....55
- มติ 6.3 แผนยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติว่าด้วยระบบสุขภาวะชุมชน.....60

กลุ่มบทที่ 8 การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม.....65

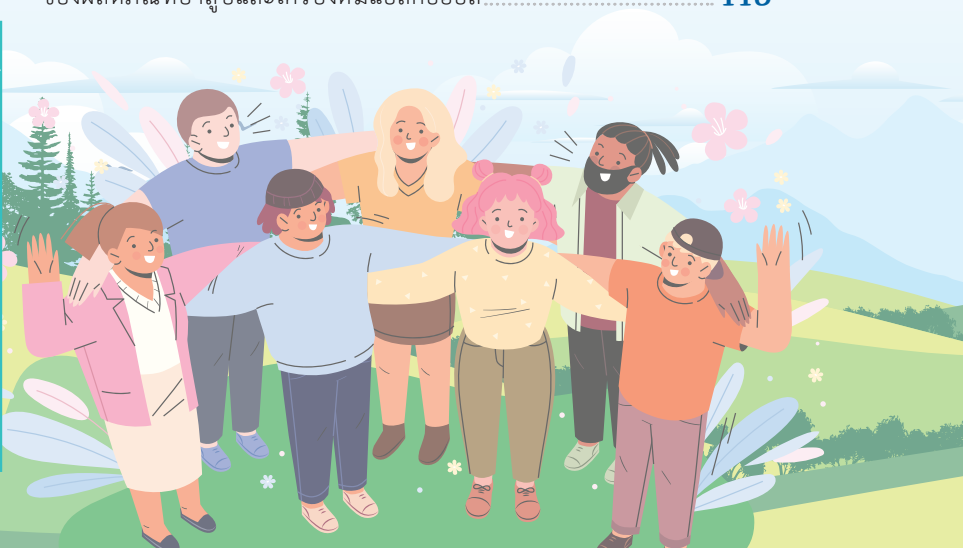
- มติ 2.1 การจัดการขยะอันตรายจากชุมชน
อย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน.....66
- มติ 10.4 การจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนแบบมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน.....72

กลุ่มบทที่ 9 มติที่เกี่ยวข้องกับยา.....77

- มติ 1.2 การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย.....78
- มติ 2.4 ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม
: เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ป่วย.....85
- มติ 4.5 การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร
และผลิตภัณฑ์สุขภาพทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต.....90
- มติ 6.4 แผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา
อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. 2557 – 2561.....96
- มติ 8.5 วิกฤตการณ์เชื้อแบคทีเรียดื้อยาและการจัดการปัญหา
แบบบูรณาการ.....102

กลุ่มบทที่ 10 การส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมปัจจัยเสี่ยง.....108

- มติ 4.1 ความปลอดภัยทางอาหาร
: การจัดการน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ.....109
- มติ 6.6 การกำกับดูแลสื่อและการสื่อสารการตลาด
ของผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....115



กลุ่มมทที่ 11 มทที่เกี่ยวข้องกับ NCDs	120
• มติ 1.6 ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหา จากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	121
• มติ 2.5 ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ	126
• มติ 3.3 การควบคุมกลยุทธ์การตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก	132
• มติ 3.6 มาตรการในการควบคุม ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ	138
• มติ 6.2 เป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ของประเทศไทย	144
กลุ่มมทที่ 12 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	149
• มติ 1.8 ความเสมอภาคในการเข้าถึง และได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น	150
• มติ 1.13 การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติ กับบุคลากรทางการแพทย์	156
• มติ 2.3 การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึง บริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน	162
• มติ 3.4 นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ	167
• มติ 5.3 การปฏิรูปการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพให้สอดคล้อง กับความต้องการด้านสุขภาพ ในบริบทสังคมไทย	175
• มติ 6.1 นโยบายการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม สำหรับประชาชน	181
• มติ 7.2 การพัฒนาระบบการประเมินและการตัดสินใจ การใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ	186
• มติ 7.5 การจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย	191



กลุ่มมติกี่ 13 การบริหารจัดการเพื่อป้องกัน	
การแพร่ระบาดของโรค	196
• มติ 2.6 โรคติดต่ออุบัติใหม่.....	197
• มติ 6.7 การสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วน เพื่อ “สุขภาพหนึ่งเดียว” ของคน - สัตว์ - สิ่งแวดล้อม	203
กลุ่มมติกี่ 14 มติที่เกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ.....	209
• มติ 1.12 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของแรงงานนอกระบบ.....	210
• มติ 2.11 การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	216
กลุ่มมติกี่ 15 ด้านสุขภาพจิต และความรุนแรงในสังคม.....	222
• มติ 4.2 การจัดการปัญหาการฆ่าตัวตาย (สุขใจ...ไม่คิดสั้น).....	223
กลุ่มมติกี่อื่น ๆ	228
• มติ 1.1 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ.....	229
• มติ 5.11 กลไกและกระบวนการสมัชชาสุขภาพ.....	235



กลุ่มมิติที่ 1

เกษตร อาหารปลอดภัย และความมั่นคงทางอาหาร



กลุ่มมิติ
ที่ 1

เกษตร อาหารปลอดภัย
และความมั่นคงทางอาหาร

9

มติ 5.5

ความปลอดภัยทางอาหาร

การแก้ไขปัญหา

จากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

กลุ่มมติ
ที่ 1

เกษตร อาหารปลอดภัย
และความมั่นคงทางอาหาร

10



อาหารสะอาด สุขภาพปลอดภัย ห่างไกลสารเคมี

ประเทศไทยเป็นประเทศเกษตรกรรมที่มีความสำคัญระดับโลก เนื่องจากประชากรกว่าร้อยละ 38 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำให้การเกษตรเป็นภาคการผลิตที่สำคัญต่อเศรษฐกิจและวัฒนธรรม อย่างไรก็ตาม การใช้สารเคมีทางการเกษตรที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ได้สร้างปัญหาที่น่ากังวล โดยในปี 2554 ประเทศไทยนำเข้า สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช รวมกว่า 87,619 ตัน คิดเป็นมูลค่ากว่า 22,044 ล้านบาท โดยสารเคมีเหล่านี้ มีผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกรและผู้บริโภค รวมถึงสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีหลายประเทศที่ประกาศห้ามผลิต และห้ามใช้สารเคมี เช่น คาร์โบฟูราณ เมโทมิล ไดโครโตฟอส และอีพีเอ็น เพราะสารเคมีทั้ง 4 ชนิดนี้ ได้รับการยืนยันทางวิทยาศาสตร์ และการแพทย์แล้วว่าเป็นอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพ แต่กระบวนการขึ้นทะเบียนและควบคุมสารเคมีของประเทศไทย ขณะนั้นยังไม่มีกฎหมายห้ามการขึ้นทะเบียนและห้ามใช้สารเคมีดังกล่าว นอกจากนั้นสารเคมีที่นำเข้ามาก่อนหน้านี้ยังสามารถขายได้ต่อไปได้อีก 2 ปี

จากการสำรวจผักยอดนิยมในเขตกรุงเทพมหานครของเครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (Thai Pan ปี 2562) พบว่ามีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างเกินมาตรฐานของสหภาพยุโรปถึงร้อยละ 40 นอกจากนี้ ผลการตรวจเลือดของเกษตรกรยังพบว่าร้อยละ 40 มีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับที่เสี่ยงและไม่ปลอดภัย ในด้านสิ่งแวดล้อมจากการสำรวจของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปี 2547 มีการตรวจพบสารเคมีทางการเกษตรตกค้างในแหล่งน้ำผิวดิน เช่น ในแม่น้ำเจ้าพระยาและน้ำประปาในเขต กรุงเทพฯ และปริมณฑล

ภาคีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจึงเสนอประเด็นดังกล่าวเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2555 เพื่อให้มีการทบทวนการขึ้นทะเบียนสารเคมีอันตราย การควบคุมการโฆษณาและการขายตรงวัตถุอันตรายทางการเกษตร การให้ความรู้และฝึกอบรมแก่ผู้ผลิตและผู้บริโภค การจัดตั้งกองทุนเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ และมีการขับเคลื่อนแผน เพื่อให้

กลุ่มที่ 1

เกษตรอาหารปลอดภัย
และงานกับคนจากงานอาสา

11



ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางอาหารปลอดภัย ซึ่งที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีมติเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 เมื่อวันที่ 25 มกราคม 2556 และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการตามมติ คณะกรรมการวัดถ่วงอันตรายมีมติเห็นชอบให้คาร์โบฟูราน เมโทมิล ไดโครโตฟอส อีพีเอ็น เป็นวัดถ่วงอันตรายชนิดที่ 4 ซึ่งปัจจุบันวัดถ่วงอันตราย ไดโครโตฟอสและอีพีเอ็นได้จัดให้เป็นวัดถ่วงอันตรายชนิดที่ 4 แล้ว แต่สำหรับ คาร์โบฟูรานและเมโทมิลยังไม่มีารขึ้นทะเบียนวัดถ่วงอันตราย ในปี พ.ศ. 2563 มีประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่อง บัญชีรายชื่อวัดถ่วงอันตราย (ฉบับที่ 6) ยกเลิกการควบคุมวัดถ่วงอันตรายพาราควอตและคลอไพริฟอสจากวัดถ่วงอันตราย ชนิดที่ 3 เป็นวัดถ่วงอันตรายชนิดที่ 4 และยังได้มีการปรับปรุงหลักเกณฑ์ ในการพิจารณาห้ามใช้ หรือเฝ้าระวังวัดถ่วงอันตราย นอกจากนี้ ยังมีการเพิ่ม นิยามคำว่า “โฆษณา” กำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับการโฆษณาวัดถ่วงอันตราย ให้เป็นธรรมต่อผู้บริโภคยิ่งขึ้น พร้อมบทลงโทษไว้ในพระราชบัญญัติวัดถ่วงอันตราย (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562

กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ออกประกาศกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับอาหารปลอดภัยขึ้นมาอีกหลายฉบับ อาทิเช่น 1) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 387) พ.ศ. 2560 เรื่อง อาหารที่มีสารพิษตกค้าง 2) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 393) พ.ศ. 2561 เรื่อง อาหารที่มีสารพิษตกค้าง (ฉบับที่ 2) 3) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 419) พ.ศ. 2563 เรื่อง อาหารที่มีสารพิษตกค้าง (ฉบับที่ 3)

กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ โดยกรมวิชาการเกษตรได้จัดให้มีการอบรมเกษตรกรและผู้รับจ้างพ่นสารป้องกันกำจัดศัตรูพืชสำหรับเกษตรกรที่ขึ้นทะเบียนเกษตรกรกับพืชทั้ง 6 ชนิด ได้แก่ มันสำปะหลัง ข้าวโพด อ้อย ยางพารา ปาล์มน้ำมัน และไม้ผล โดยบูรณาการทำงานร่วมกับกรมส่งเสริมการเกษตร การยางแห่งประเทศไทย และสำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย และยังได้ทำการทดลองปริมาณสารพิษตกค้างและรวบรวมข้อมูลเพื่อเสนอ มกอช. พิจารณาและกำหนดค่าปริมาณสารพิษตกค้างสูงสุดที่มีได้ในสินค้าเกษตร (MRLs) ของไทยและขององค์การมาตรฐานอาหาร



ระหว่างประเทศ (Codex Alimentarius Commission) ซึ่งจัดขึ้นโดยองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) และองค์การอนามัยโลก (WHO)



สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ (มกอช.) ปรับปรุงร่างมาตรฐานสินค้าเกษตร มกษ. 9003 สารพิษตกค้าง: ปริมาณสารพิษตกค้างสูงสุดที่ปนเปื้อนจากสาเหตุที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ และร่างมาตรฐานสินค้าเกษตร มกษ. 9002 ร่างมาตรฐานสินค้าเกษตร เรื่องสารพิษตกค้าง: ปริมาณสารพิษตกค้างสูงสุดด้วย เพื่อปรับปรุงมาตรฐานสินค้าทางการเกษตรให้เป็นปัจจุบันและสอดคล้องกับประกาศต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง เช่น ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่อง บัญชีรายชื่อวัตถุอันตราย และประกาศของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง อาหารที่มีสารพิษตกค้าง



โครงการศึกษาและประเมินผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ จากการยกเลิกการใช้สารเคมีทางการเกษตร 3 ชนิด ได้แก่ พาราควอต คลอร์ไพริฟอส และไกลโฟเซต ที่จัดทำโดยสถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส) พบว่า มาตรการดังกล่าวได้ก่อให้เกิดผลประโยชน์ต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างชัดเจน โดยช่วยลดอัตราการเจ็บป่วย การเสียชีวิต รวมถึงลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของภาครัฐ นอกจากนี้ยังช่วยปกป้องสิ่งแวดล้อมและระบบนิเวศ รายละเอียดมีดังนี้

- 1. พาราควอต** เมื่อพิจารณาในกรณีเกษตรกร มีมูลค่าผลประโยชน์เฉลี่ย 8,838 ล้านบาทต่อปี และเมื่อรวมครัวเรือนเกษตรกรด้วยจะมีมูลค่าผลประโยชน์เฉลี่ยเพิ่มขึ้น 12,078 ล้านบาทต่อปี
- 2. คลอร์ไพริฟอส** มีมูลค่าผลประโยชน์เฉลี่ย 40,602 ล้านบาทต่อปี
- 3. ไกลโฟเซต** มีมูลค่าผลประโยชน์เฉลี่ยติดลบเมื่อพิจารณาเฉพาะเกษตรกร เนื่องจากเป็นมาตรการจำกัดการใช้ ไม่ใช่การยกเลิก แต่เมื่อรวมครัวเรือนเกษตรกรด้วย มูลค่าผลประโยชน์เฉลี่ยจะกลายเป็นบวกที่ 6,212 ล้านบาทต่อปี ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามาตรการจำกัดการใช้ก็สามารถสร้างผลกระทบทางสังคมเชิงบวกได้



กลุ่มบท
ที่ 1

เกษตรอาหารปลอดภัย
และความมั่นคงทางอาหาร

รูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มติ 5.5 ความปลอดภัยทางอาหาร

การแก้ไขปัญหามาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

เป้าหมายของมติ ทบทวนการขึ้นทะเบียนสารเคมีอันตราย ควบคุมการใช้และจำหน่ายและการขายวัตถุอันตรายทางการเกษตร ให้ความรู้และฝึกอบรมแก่ผู้ผลิตและผู้บริโภค จัดตั้งกองทุนเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ และขับเคลื่อนแผนเพื่อให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางอาหารปลอดภัย



ผลการดำเนินงาน เช่น

กระทรวงแรงงาน คณะกรรมการวัตถุอันตรายจัดให้คาร์โบฟูราน เมโทนิล ไดโครโทฟอส อีพีเอ็น เป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ 4 แต่ปัจจุบันคาร์โบฟูราน และเมโทนิล ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนวัตถุอันตราย

คณะกรรมการวัตถุอันตราย ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาห้ามใช้ หรือเฝ้าระวังวัตถุอันตราย

กระทรวงอุตสาหกรรม ประกาศกระทรวงฯ เรื่อง บัญชีรายชื่อวัตถุอันตราย (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2563 ซึ่งยกระดับการควบคุมวัตถุอันตรายพาราควอตและคลอไพริฟอส จำนวน 5 รายการ จากวัตถุอันตรายชนิดที่ 3 เป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ 4

กรมวิชาการเกษตร ดำเนินงานด้านการรับรองมาตรฐานการผลิตพืช ตรวจรับรองแหล่งผลิต GAP พืชตามมาตรฐานสินค้าเกษตร

กลุ่มมติ
ที่ 1

เกษตร
และความปลอดภัย
จากอาหาร

14

สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ (มกอช.) ปรับปรุงร่างมาตรฐานสินค้าเกษตร มกษ. 9003 สารพิษตกค้าง: ปริมาณสารพิษตกค้างสูงสุดที่ปนเปื้อนจากสาเหตุที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ และร่างมาตรฐานสินค้าเกษตร มกษ. 9002 ร่างมาตรฐานสินค้าเกษตร เรื่องสารพิษตกค้าง: ปริมาณสารพิษตกค้างสูงสุดด้วย เพื่อปรับปรุงมาตรฐานสินค้าทางการเกษตรให้เป็นปัจจุบันและสอดคล้องกับประกาศต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกัน เช่น ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่อง บัญชีรายชื่อวัตถุอันตรายและประกาศของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง อาหารที่มีสารพิษตกค้าง



กลุ่มมิติที่ 2

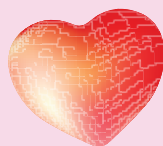
โรคจากการประกอบอาชีพ



กลุ่มมิติ
ที่ 2

โรคจากการประกอบอาชีพ

15



มติ 4.6

การเข้าถึงบริการอาชีวอนามัย
เพื่อสุขภาพและความปลอดภัยของคนทำงาน
ในภาคอุตสาหกรรมและการบริการ



กลุ่มมติ
ที่ 2

โครงการประกันสุขภาพ

16



เสริมสร้างอาชีวอนามัย สู่ความปลอดภัยของคนทำงาน

“
ประเทศไทยถือเป็นประเทศที่เป็นฐานการผลิต
ในระดับอุตสาหกรรมใหญ่ ๆ มากมาย
โดยมีแรงงานในภาคอุตสาหกรรม
ที่มีศักยภาพสูงกระจายตัวอยู่ทั่วประเทศ
และการขยายตัวของภาคอุตสาหกรรม
ยังมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง
สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือสวัสดิภาพของแรงงาน
ในภาคอุตสาหกรรมและการบริการ เพราะการเข้าถึงอาชีวอนามัย
เพื่อสุขภาพและความปลอดภัยของคนทำงาน
ถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของคนทำงานตามรัฐธรรมนูญ ปี 2550
แต่ถึงกระนั้นก็ยังมีความภาคอุตสาหกรรมและการบริการ
ที่ยังเข้าไม่ถึงระบบอาชีวอนามัย
ทำให้สุขภาพและความปลอดภัย
ในการทำงานอยู่ในภาวะสุ่มเสี่ยง

”
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ในคราวประชุมเมื่อวันที่ 15
มีนาคม 2555 มีมติเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2554
เรื่อง การเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยเพื่อสุขภาพและความปลอดภัยของ
คนทำงานในภาคอุตสาหกรรมและการบริการ และให้นำเสนอต่อคณะรัฐมนตรี
โดยมีการรับทราบมติ เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2555 และได้มอบหมาย
ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

กลุ่มมติ

ที่ 2

โรจากการประกอบอาชีพ

17

ในด้านการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนมติ มีหลายหน่วยงานที่ร่วมมือกัน
ดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนมติ ดังนี้

กระทรวงแรงงาน

ซึ่งเป็นกลไกหลักในการดำเนินงาน ได้ร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข
ดำเนินการโครงการคลินิกโรคจากการทำงาน ที่ได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่
ปี 2548 เพื่อให้บริการตรวจรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งเร่งให้บริการ
เพื่อส่งเสริม ป้องกัน ฝ้าระวังและลดอุบัติเหตุจากการทำงาน ซึ่งในปี 2557
มีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ แล้ว จำนวน 98 แห่ง

สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค

ได้จัดทำคู่มือแนวทางการวินิจฉัยโรคและภัยจากการประกอบอาชีพ
เบื้องต้นสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข ในโครงการการจัดบริการ
อาชีวอนามัย เพื่อใช้เป็นแนวทางการวินิจฉัยรักษาแก่ผู้ป่วยกรณีเกิดโรค
จากการทำงาน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

สนับสนุนให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดระบบและกลไกการบริหาร
จัดการ การให้บริการอาชีวอนามัยในระดับจังหวัดอย่างมีส่วนร่วม เพื่อการ
สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของกลุ่มสิทธิประกันสังคม และสิทธิ
สวัสดิการข้าราชการในจังหวัด

สมาคมพยาบาลอาชีวอนามัยแห่งประเทศไทย ร่วมกับสำนักงาน
พยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จัดประชุมปรึกษาพิจารณามาตรฐานการพยาบาลอาชีวอนามัย เมื่อวันที่
18 - 20 มิถุนายน 2558 เพื่อนำไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนามาตรฐาน
การจัดบริการอาชีวอนามัย

มหาวิทยาลัยหลายแห่งทั่วประเทศ

ผลิตบุคลากรระดับมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลอาชีวอนามัย และสาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย เพื่อเร่งผลิตบุคลากรให้เพียงพอ กับความต้องการ โดยได้รับสนับสนุนทุนการศึกษาแพทย์เฉพาะทางสาขา อาชีวเวชศาสตร์ และพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลอาชีวอนามัย จากสำนักงานประกันสังคมในส่วนของกองทุนเงินทดแทน

กระทรวงแรงงาน

ประกาศจัดตั้งกรมความปลอดภัยในการทำงาน โดยยกสถานะจาก สำนักความปลอดภัยแรงงาน ตามมาด้วยการจัดตั้งสถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน (องค์การมหาชน) เมื่อวันที่ 8 พฤษภาคม 2558

คณะกรรมการส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงาน ได้เสนอ “แผนแม่บทด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 – 2564)” ต่อรัฐบาล และได้รับความเห็นชอบเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 และให้จัดทำแผนปฏิบัติการแห่งชาติด้านความปลอดภัยในการทำงานขึ้น

จากความร่วมมือของหลายภาคส่วน จะเห็นความก้าวหน้าของการขับเคลื่อนมิติผ่านโครงการและการดำเนินงานมากมาย เพื่รองรับและสนับสนุนการเข้าถึงอาชีวอนามัยของแรงงานภาคอุตสาหกรรมและการบริการ ซึ่งจะนำไปสู่การมีสวัสดิภาพในการทำงานที่มีประสิทธิภาพของแรงงานและส่งผลให้ภาคอุตสาหกรรมและการบริการของประเทศมีความเข้มแข็งทางด้านศักยภาพมากขึ้น

กลุ่มบท
ที่ 2

โรจากการประกอบอาชีพ

รูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มติ 4.6

การเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยเพื่อสุขภาพ และความปลอดภัย
ของคนทำงานในภาคอุตสาหกรรมและการบริการ

เป้าหมายของมติ เร่งรัดการบังคับใช้ พ.ร.บ. ความปลอดภัยฯ พ.ศ. 2554 ส่งเสริม
“วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร” จัดทำมาตรฐานด้านอาชีวอนามัย จัดสรร
งบประมาณจากกองทุนเงินทดแทน เพื่อสนับสนุนบริการอาชีวอนามัยและพิจารณา
ให้สัตยาบันต่ออนุสัญญา ILO

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4

ได้รับฉันทมติ

เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2555

1

มติคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

มีมติเห็นชอบ

เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2555

2

มติคณะรัฐมนตรี

รับทราบมติ

เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2555

3

4

ผลการดำเนินงาน เช่น

กระทรวงแรงงาน ดำเนินการโครงการคลินิกโรจากการทำงาน มีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ
แล้ว 98 แห่ง

สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จัดทำคู่มือแนวทางการวินิจฉัยโรคและภัยจาก
การประกอบอาชีพเบื้องต้น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบริหารจัดการ
การให้บริการอาชีวอนามัยในระดับจังหวัด

สมาคมพยาบาลอาชีวอนามัยแห่งประเทศไทย จัดประชุมปรึกษาพิจารณามาตรฐานการพยาบาล
อาชีวอนามัย

มหาวิทยาลัยหลายแห่ง ผลิตหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลอาชีวอนามัยและสาขาอาชีวอนามัย
และความปลอดภัย โดยทุนการศึกษาจากสำนักงานประกันสังคม

รัฐบาล เห็นชอบแผนแม่บทด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานแห่งชาติ
ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 – 2564)

กลุ่มมติ
ที่ 2

โรคจากการประกอบอาชีพ

20



กลุ่มมมที่ 3

ผลกระทบต่อด็ก

เยาวชน และครอบครัว

กลุ่มมม
ที่ 3

ผลกระทบต่อด็ก
เยาวชน และครอบครัว

มติ 1.9

ผลกระทบจากสื่อต่อ เด็ก เยาวชน และครอบครัว

กลุ่มบท
ที่ 3

ผลกระทบต่อเด็ก เยาวชน
และครอบครัว

22

“รู้เท่าทัน... ป้องกันผลกระทบจากสื่อ”

“
นักเรียน ม.1 ยิ่งเพื่อน
เลียนแบบเกม หลังถูกบูลลี่หนัก
”

“
เด็กหญิง 8 ขวบ ถูกเพื่อนร่วมชั้นอนาจาร
กว่า 4 เดือน
เชื้อเลียนแบบคนรอบข้าง - เสพสื่อบางอย่าง
”

“
เยาวชนอายุ 19 ปี ก่อคดีฆ่าแกง
เลียนแบบเกม GTA
”

ฯลฯ

ปรากฏการณ์ที่เป็นข่าวอยู่บ่อย ๆ เกี่ยวกับเด็กและเยาวชนอายุเพียงไม่กี่ปีมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จนนำไปสู่ปัจจัยเสี่ยงและปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น การสูบบุหรี่ไฟฟ้า การดื่มเหล้า การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การใช้ความรุนแรง ฯลฯ สาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งล้วนมาจากพฤติกรรมเลียนแบบจาก “สื่อ” ที่ได้ห้อมล้อมตัวเด็กอยู่ตลอดเวลา

กลุ่มบท
ที่ 3

ผลกระทบจากสื่อ
และเกมต่อเด็ก เยาวชน
และครอบครัว

23

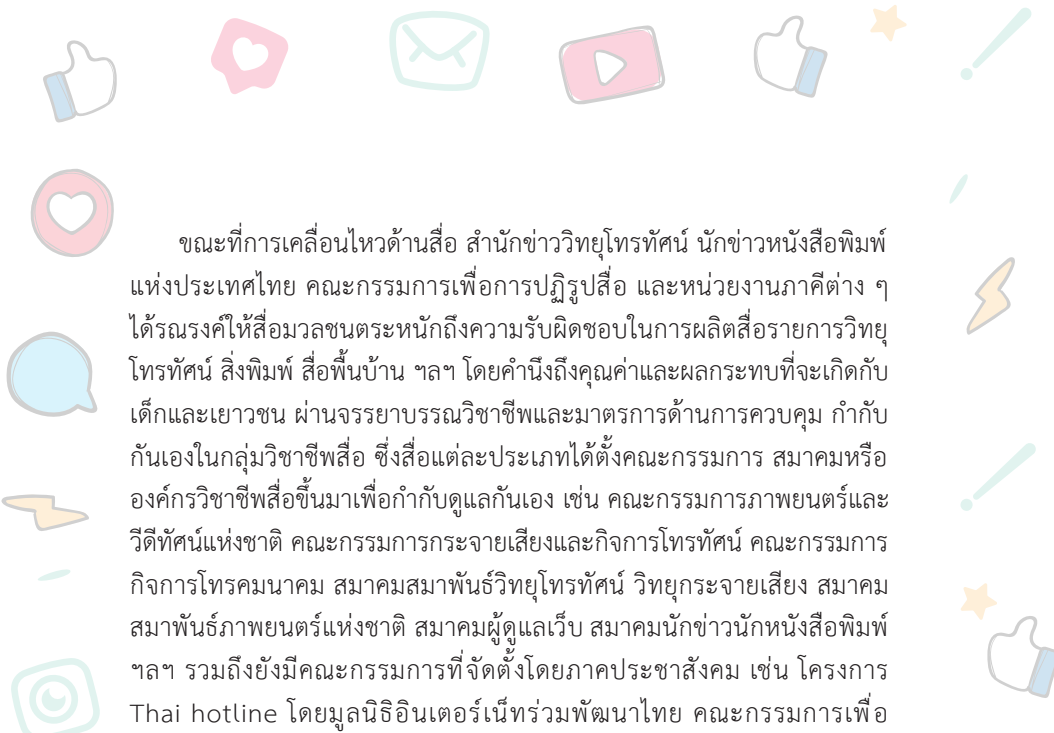
ย้อนกลับไปเมื่อปี 2551 ตั้งแต่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551 ได้เริ่มต้นขึ้นกับการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ “**มติ 1.9 ผลกระทบจากสื่อต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว**” จนถึงทุกวันนี้ นับเป็นระยะเวลาเกือบ 20 ปี ได้สะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลของสื่อที่มีผลต่อการเรียนรู้ และพฤติกรรมของคนในสังคมอย่างต่อเนื่องทุกยุคทุกสมัย โดยสื่อที่ปลอดภัยและสร้างสรรค์นั้นมีน้อยมาก ในขณะที่สื่อไม่ปลอดภัยกลับมีจำนวนมาก และนับวันยิ่งทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ยิ่ง ‘**สื่อดิจิทัล**’ และแอปพลิเคชันต่าง ๆ ที่โลดแล่นและแทรกซึมให้เห็นในทุกอุปกรณ์สังคมออนไลน์ กลายเป็นปัจจัยเสี่ยงและภัยคุกคามต่อผู้ใช้สื่อ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่ยังรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ทำให้ได้รับผลกระทบจากสื่อที่มีกิจกรรมแอบแฝงมาพร้อมกับความรุนแรง การพนัน การโฆษณา การแข่งขัน การเล่นเกมที่มีแลกเปลี่ยนเหรียญรางวัลหรือสิ่งของภายในเกมหลายลักษณะ ที่ยากต่อการควบคุม

ขณะเดียวกัน ผู้ปกครองจำนวนไม่น้อยไม่มีเวลาและขาดความเข้าใจถึงอิทธิพลของสื่อที่มีต่อเด็ก เยาวชน มักปล่อยให้ลูกหลานใช้สื่อออนไลน์หรือเสฟติดจอ ซึ่งผลวิจัยของสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ศึกษาความสามารถของผู้ปกครองในการกำกับดูแลการใช้สื่อและพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สื่อออนไลน์ของเด็กพบว่า เด็กสามารถเข้าถึงและเริ่มต้นใช้สื่อได้ภายในครอบครัว โดย “**ใช้สื่อดิจิทัลครั้งแรกในขณะที่อยู่กับพ่อแม่**” และมีเด็กจำนวนหนึ่งที่ใช้สื่อดิจิทัลครั้งแรกในช่วงอายุต่ำกว่า 1 ปี นอกจากนี้ งานวิจัยดังกล่าวยังพบว่า เด็กมีพฤติกรรมหงุดหงิดไม่พอใจ เมื่อถูกห้ามหรือถูกจำกัดเวลาการใช้สื่อดิจิทัล นำไปสู่ความขัดแย้ง การต่อว่าและการทำโทษเด็กในบางครอบครัว

ยุทธการการต่อสู้กับสื่อที่ไม่ปลอดภัยและไม่สร้างสรรค์นั้น ไม่สามารถแก้ไขปัญหาเพียงลำพังได้ จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ผ่านกระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ “**มติผลกระทบจากสื่อต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว**” ซึ่งมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

หนึ่งในสาระสำคัญของการขับเคลื่อนมิติสุขภาพแห่งชาติที่เห็นผลเป็นรูปธรรมจนถึงทุกวันนี้คือ การผลักดันให้เกิด “กองทุนการผลิตสื่อสร้างสรรค์สำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัว” ซึ่งในปี 2553 ได้เกิดพระราชบัญญัติองค์กรจัดสรรคลื่นความถี่และกำกับการประกอบกิจการวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคม พ.ศ. 2553 ที่มีการบรรจุเรื่องกองทุนการผลิตสื่อสร้างสรรค์ไว้ในกฎหมายดังกล่าวด้วย กระบวนการด้านกฎหมายถูกขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งในปี 2558 ได้มีพระราชบัญญัติกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ พ.ศ. 2558 มีผลบังคับใช้เมื่อช่วงมีนาคม พ.ศ. 2558 โดยคณะกรรมการกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์มีสถานะเป็นนิติบุคคล เพื่อรณรงค์ ส่งเสริม และสนับสนุน การพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ ส่งเสริมและสนับสนุน ให้ประชาชน โดยเฉพาะเด็ก เยาวชน และครอบครัวมีทักษะในการรู้เท่าทันสื่อ เผื่อระวังสิ่งที่ไม่ปลอดภัยและไม่สร้างสรรค์ ตลอดจนสามารถใช้สื่อในการพัฒนาตนเอง ชุมชน และสังคม ให้ทุกคนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสื่อ ปลอดภัยและสร้างสรรค์ได้อย่างทั่วถึง

นอกจากนี้ ยังมีประเด็นสำคัญที่น่าสนใจคือ การติดอาวุธทางปัญญาให้กับเด็กและเยาวชนมีความรอบรู้หรือรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) โดยภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เช่น สถาบันสื่อเด็กและเยาวชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว กลุ่ม Media monitor ฯลฯ ได้ผนึกพลังมุ่งส่งเสริมการมีส่วนร่วมและสร้างโอกาสให้เด็ก และเยาวชนในพื้นที่ชนบทได้เข้าถึงการผลิตสื่อทุกรูปแบบ เช่น สื่อโทรทัศน์ สื่อวิทยุในขบวนการตาสับปรด ซึ่งเป็นสำนักข่าวเด็กและเยาวชนได้มีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์และพัฒนาชุมชนตลอดจนการเผ่าระวังสื่อ และการจัดทำหลักสูตรเท่าทันสื่อสำหรับใช้สอนทุกช่วงวัยในโรงเรียนต้นแบบเท่าทันสื่อ พร้อมขยายผลไปสู่โรงเรียนอื่น ๆ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม



ขณะที่การเคลื่อนไหวด้านสื่อ สำนักข่าววิทยุโทรทัศน์ นักข่าวหนังสือพิมพ์ แห่งประเทศไทย คณะกรรมการเพื่อการปฏิรูปสื่อ และหน่วยงานภาคีต่าง ๆ ได้รับแรงศรัทธาให้สื่อมวลชนตระหนักถึงความรับผิดชอบในการผลิตสื่อรายการวิทยุ โทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ สื่อพื้นบ้าน ฯลฯ โดยคำนึงถึงคุณค่าและผลกระทบที่จะเกิดกับ เด็กและเยาวชน ผ่านจรรยาบรรณวิชาชีพและมาตรการด้านการควบคุม กำกับ กันเองในกลุ่มวิชาชีพสื่อ ซึ่งสื่อแต่ละประเภทได้ตั้งคณะกรรมการ สมาคมหรือ องค์กรวิชาชีพสื่อขึ้นมาเพื่อกำกับดูแลกันเอง เช่น คณะกรรมการภาพยนตร์และ วิทยุทัศน์แห่งชาติ คณะกรรมการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ คณะกรรมการ กิจการโทรคมนาคม สมาคมสมาพันธ์วิทยุโทรทัศน์ วิทยุกระจายเสียง สมาคม สมาพันธ์ภาพยนตร์แห่งชาติ สมาคมผู้ดูแลเว็บ สมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์ ฯลฯ รวมถึงยังมีคณะกรรมการที่จัดตั้งโดยภาคประชาสังคม เช่น โครงการ Thai hotline โดยมูลนิธิอินเทอร์เน็ตเพื่อร่วมพัฒนาไทย คณะกรรมการเพื่อ การปฏิรูปสื่อ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค เครือข่ายครอบครัว เป็นต้น

แม้ว่าการขับเคลื่อนมติดผลกระทบจากสื่อต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว ดังกล่าวจะเกิดขึ้นมาอย่างยาวนานแล้ว แต่ปัญหานี้ก็ยังคงอยู่จนถึงทุกวันนี้ トラบใดที่โลกยังหมุนไปข้างหน้า เราก็ไม่สามารถปฏิเสธหรือห้ามไม่ให้เด็ก ใช้สื่อดิจิทัลได้ แต่สิ่งที่ทำได้ (แม้จะยาก) คือ การสร้างผลกระทบเชิงบวก และหั่นผลกระทบเชิงลบ โดยการสร้างพื้นที่สื่อที่ปลอดภัยและสร้างสรรค์ ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงในโลกยุคดิจิทัล โดยเฉพาะการปรับโฉมใหม่ของ เนื้อหาและรูปแบบสื่อออนไลน์ที่ล่อตาล่อใจ ง่ายและรวดเร็วต่อการเข้าถึง ของเด็กและเยาวชนอย่างมาก และหัวใจสำคัญที่สุด คือ การร่วมมือกันทำให้ เด็ก เยาวชน และครอบครัว **‘รู้เท่าทันสื่อ’** เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันและติดอาวุธ ทางปัญญาให้ปลอดภัยจากการใช้สื่อนั่นเอง

รูปธรรมการขับเคลื่อนมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มิติ 1.9 ผลกระทบจากสื่อต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว

เป้าหมายของมิติ มุ่งสร้างการมีส่วนร่วมในการผลิตสื่อที่ปลอดภัยและสร้างสรรค์สำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัวในทุกรูปแบบ ตลอดจนการเสริมสร้างความรู้เท่าทันสื่อ กลไกทางกฎหมายและนโยบายที่เอื้อต่อการพัฒนาสื่อ เพื่อปกป้องเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากผลกระทบของสื่อ



ผลการดำเนินงาน เช่น

มีกองทุนสื่อสร้างสรรค์ ตามมาตรา 46 พ.ร.บ.องค์กรจัดสรรคลื่นความถี่และกำกับการประกอบกิจการวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคม พ.ศ. 2553

กระทรวงศึกษาธิการ ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จัดทำโครงการพัฒนาครูแกนนำการใช้สื่อสร้างสรรค์ทั่วประเทศ ปี 2557 – 2558

มี พ.ร.บ.กองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ พ.ศ. 2558 บังคับใช้เดือนมีนาคม 2558

มีหลักสูตรการผลิตสื่อทุกรูปแบบ สำหรับเด็กและเยาวชน และหลักสูตรเท่าทันสื่อในโรงเรียนต้นแบบ

มีกลไกติดตามสื่อ สำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัว

มีการรณรงค์ ให้สื่อมวลชนตระหนักถึงความรับผิดชอบในการผลิตสื่อต่อเด็กและเยาวชน

มีการตรวจสอบจริยธรรมสื่อ และยกย่อง ชมเชย เพื่อเป็นกำลังใจให้สื่อดี

หลายหน่วยงานศึกษาผลกระทบจากสื่อต่าง ๆ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย แห่งประเทศไทย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็ก และครอบครัว



กลุ่มมิติ
ที่ 3

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว
และพระบรมวงศานุวงศ์

กลุ่มมตที่ 4

การจัดการพื้นที่สาธารณะ
ที่อยู่อาศัย ชุมชนและเมือง



กลุ่มมต
ที่ 4

การจัดการพื้นที่สาธารณะ
ที่อยู่อาศัย ชุมชนและเมือง

28

มติ 8.3

ระบบสุขภาพเขตเมือง

: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม



กลุ่มมติ
ที่ 4

การจัดการพื้นที่สาธารณะ
ที่อยู่อาศัย ชุมชนและเมือง

29

‘คนเมืองสุขภาพดี’ มีระบบบริการสุขภาพที่เป็นธรรม

“
ผลจากการขยายตัวของชุมชนเขตเมือง
อันเนื่องจากความหนาแน่น
และการกระจุกตัวของจำนวนประชากรที่เพิ่มมากขึ้น
ด้วยโครงสร้างพื้นฐานและทรัพยากรต่าง ๆ ในเขตเมืองที่พัฒนา
และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน
ไม่ว่าจะเป็น
ที่อยู่อาศัย การใช้ประโยชน์ที่ดิน
การประกอบอาชีพ พาณิชยกรรม
อุตสาหกรรมและกิจกรรมอื่น ๆ
ล้วนเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหา
ด้านการบริการสุขภาพตามมา
”

ขณะที่เขตเมืองในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะจำนวนประชากรที่มากขึ้นเรื่อย ๆ ท่ามกลางบริบทสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ผันผวนอยู่ตลอดเวลา ทำให้ประชาชนในเขตเมืองมีปัญหาด้านสุขภาพที่ทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็งหลอดลมและปอด โรคมะเร็งตับ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ฯลฯ รวมไปถึงความเหลื่อมล้ำและไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงทรัพยากรทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ที่มีรายได้น้อยหรือผู้ด้อยโอกาส ส่งผลกระทบทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น ปัญหายาเสพติด ปัญหาการขาดแคลนที่อยู่อาศัย ปัญหาความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อม เป็นต้น



การพัฒนากระบวนการสุขภาพเขตเมืองให้เข้มแข็งจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างมาก ท่ามกลางบริบทของเขตเมืองที่ซับซ้อนและมีผู้ร่วมจัดบริการสุขภาพให้ประชาชนในเขตเมืองหลากหลายทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคส่วนอื่น ๆ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจึงได้ร่วมกันพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2558 มติ 8.3 ระบบสุขภาพเขตเมือง: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาท้าทายเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน



ภายหลังจากมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติดังกล่าว เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2559 คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข ได้แต่งตั้งกลไกคณะทำงานขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติระบบสุขภาพเขตเมือง: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม มีนายแพทย์พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ (กระทรวงสาธารณสุข) และนายแพทย์วงวัฒน์ ลีวลักษณ์ (สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร) เป็นประธานร่วม มีสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร และสำนักงานเขตสุขภาพที่ 13 เป็นคณะทำงานและเลขานุการร่วม เพื่อสนับสนุนและเตรียมการจัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติ จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง



จากนั้น คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้แต่งตั้งคณะกรรมการระดับชาติจัดทำยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง เมื่อวันที่ 13 กันยายน 2559 ซึ่งมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ประกอบด้วยกรรมการจากภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และขอให้จัดทำยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง ให้แล้วเสร็จภายในเวลา 8 เดือน

กระบวนการยกร่างและพัฒนายุทธศาสตร์จึงได้เริ่มขึ้นและดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง โดยกระทรวงสาธารณสุขและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพเขตเมือง ได้นำร่างแผนยุทธศาสตร์ฯ ไปรับฟังความคิดเห็นจากหน่วยงานภาคีต่าง ๆ ในที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2559 เมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2559 ซึ่งได้ผ่านกระบวนการพิจารณาและปรับแก้อยู่หลายครั้ง จนในที่สุดทำให้เกิดยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี ชื่อว่า

“ยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง (พ.ศ. 2561 – 2570)”

ภายใต้วิสัยทัศน์

**“คนเมืองมีสุขภาพดี ภายใต้ระบบสุขภาพเขตเมือง
ที่เข้มแข็งสอดคล้องกับสภาวะแวดล้อมของพื้นที่
เชื่อมโยงบริการทุกระดับ และทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ
ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมมีส่วนร่วม”**

เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพในเขตเมืองให้มีความเข้มแข็ง มีส่วนร่วมต่อเนื่องและเชื่อมโยง ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม โดยมุ่งเน้นบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็งจากการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และค่านึงถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ

กลุ่มบท
ที่ 4

การจัดการพื้นที่สาธารณะ
ที่อยู่อาศัย ชุมชนและเมือง

32

ยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมืองดังกล่าว ถูกหยิบยกนำไปขับเคลื่อนภายใต้ 5 ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ 1) พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมืองให้เข้มแข็ง 2) พัฒนาระบบการเงินการคลังของระบบบริการสุขภาพเขตเมือง 3) พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศระบบบริการสุขภาพเขตเมือง 4) การบริหารและพัฒนากำลังคนในระบบบริการสุขภาพเขตเมือง และ 5) เสริมสร้างระบบสุขภาพเขตเมืองให้เข้มแข็งด้วยธรรมาภิบาล เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายสำคัญคือ **“คนเมืองสุขภาพดี มีระบบบริการสุขภาพเขตเมืองที่มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยง ครอบคลุม ทัวถึง โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง”**

หนึ่งในประเด็นขับเคลื่อนที่น่าสนใจคือ การใช้แนวคิดจัดระบบบริการสุขภาพในเขตเมืองที่มุ่งการสร้างเสริมสุขภาพด้วย **“ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care)”** มากขึ้น โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้นและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้ารับบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพได้ง่ายและเท่าเทียมกัน อันเป็นสิทธิด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ทุกคนควรได้รับ

การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมืองฉบับดังกล่าวยังมีความท้าทายที่สำคัญหลายประการท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของสังคมในยุคดิจิทัล ไม่ว่าจะเป็นการผลิตและพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพให้มีจำนวนเพียงพอและมีทักษะที่เหมาะสม การเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลด้านสุขภาพ การจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มต่าง ๆ ให้เข้าถึงได้ง่าย โดยเฉพาะกลุ่มคนเปราะบาง การใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีใหม่ ๆ ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการ ฯลฯ

สิ่งสำคัญคือ การสร้างความร่วมมือระหว่างทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง โดยเฉพาะการบูรณาการความร่วมมือกับ **‘ท้องถิ่น’** ในสถานการณ์ที่ประเทศไทยมีนโยบายการถ่ายโอนภารกิจสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ทำให้ท้องถิ่นมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดการปัญหาสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้มากขึ้น

กลุ่มบท
ที่ 4

การจัดการพื้นที่สาธารณะ
ที่อยู่อาศัย ชุมชนและเมือง

33

รูปธรรมการขับเคลื่อนมิติสุขภาพแห่งชาติ

มิติ 8.3 ระบบสุขภาพเขตเมือง : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม

เป้าหมายของมิติ ประชาชนในเขตเมืองได้รับการบริการสุขภาพที่ครอบคลุม ทั้งถึง มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และปลอดภัย



ผลการดำเนินงาน เช่น

มีการแต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนมิติสุขภาพแห่งชาติระบบสุขภาพเขตเมือง: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม เพื่อสนับสนุนและเตรียมการจัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติ จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ แต่งตั้งคณะกรรมการระดับชาติจัดทำยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง ซึ่งมีปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน เมื่อวันที่ 13 กันยายน 2559

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สนับสนุนการดำเนินการวิจัยและพัฒนากระบวนการอย่างเป็นระบบ เช่น งานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการปฐมภูมิเขตเมืองแบบมีส่วนร่วมกรณีศึกษาพื้นที่กรุงเทพมหานคร งานวิจัยเพื่อสังเคราะห์ทางเลือกในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง เขต 3 นครสวรรค์ งานวิจัยเชิงสังเคราะห์ประเมินผลลัพธ์ทางด้านเศรษฐศาสตร์ของนโยบายหมอบรรเทา เป็นต้น

กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่าย จัดทำยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง พ.ศ. 2561 – 2570

กลุ่มมิติ
ที่ 4

การจัดการพื้นที่สาธารณะ
และย่านเก่า ชุมชนและเมือง

34



กลุ่มมดที่ 5

สุขภาวะทางเพศ



กลุ่มมด
ที่ 5

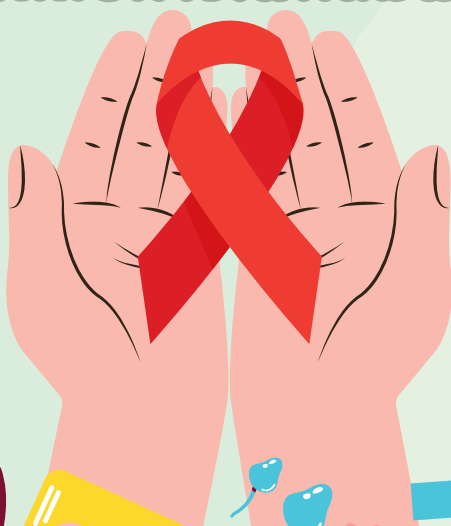
สุขภาวะทางเพศ

35

มติ 1.10

สุขภาพทางเพศ

: ความรุนแรงทางเพศ
การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม
และเรื่องเพศกับเอดส์
/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์



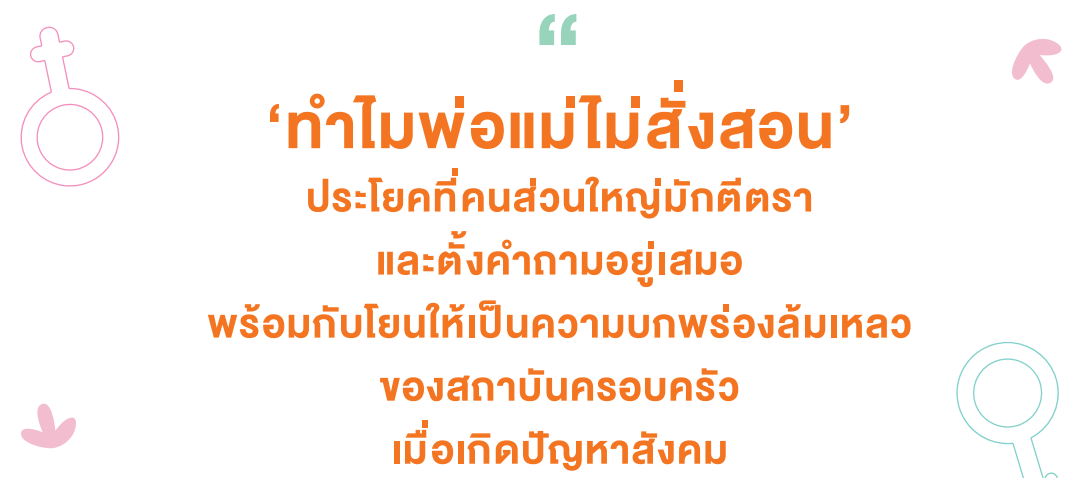
กลุ่มมติ
ที่ 5

สุขภาพทางเพศ

36



सानพลังขับเคลื่อนวาระ: “สุขภาวะทางเพศ”



‘ทำไมพ่อแม่ไม่สั่งสอน’

ประโยคที่คนส่วนใหญ่มักตีตรา
และตั้งคำถามอยู่เสมอ
พร้อมกับโยนให้เป็นความบกพร่องล้มเหลว
ของสถาบันครอบครัว
เมื่อเกิดปัญหาสังคม
ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงทางเพศ ต้องไม่พร้อม
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ฯลฯ

ประเด็นที่น่าสนใจคือ หากสังคมคาดหวังและผลักดันให้เป็นภาระรับผิดชอบ
ของครอบครัวเท่านั้น ‘บทบาทของครอบครัว’ จะเพียงพอหรือไม่กับสถานการณ์
และวิถีชีวิตในสังคมทุนนิยมที่มีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

กลุ่มบท
ที่ 5

สุขภาวะทางเพศ

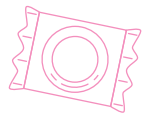
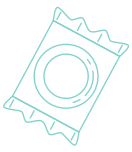
37

ในปี พ.ศ. 2551 กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ได้เริ่มปฏิบัติการขึ้นตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน ได้ร่วมกันเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ 3 เรื่อง คือ ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผ่านกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ไม่เป็นความรับผิดชอบของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเท่านั้น จนเกิดเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551

บท 1.10 สุขภาวะทางเพศ : ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ในขณะนั้น สถานการณ์สุขภาพทางเพศทั้ง 3 เรื่องดังกล่าว ซึ่งเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกัน ต่างมีแนวโน้มขยายตัว ทวีความรุนแรง และซับซ้อนมากขึ้นจนกลายเป็นปัญหาระดับประเทศที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางกาย ใจ และสังคม ขณะที่การแก้ไขปัญหายังมีช่องว่าง และความยากลำบาก เนื่องด้วยค่านิยมและวัฒนธรรมทางเพศของสังคมไทยในสมัยก่อนมีความละเอียดอ่อน มุ่งปลูกฝัง ควบคุมและกำกับพฤติกรรมโดยเฉพาะผู้หญิง “ต้องรักษานวลสงวนตัว” ขณะเดียวกันผู้ชายกลับมีโอกาสรียนรู้และมีประสบการณ์ทางเพศอย่างเจนจัด นอกจากนี้ ยังมีการตีตราผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ รวมถึงการปลูกฝังทัศนคติเรื่องเพศเป็นสิ่งที่หยาบคายและน่าอับอาย กลายเป็นเรื่องที่ไม่ควรหยิบยกขึ้นมาพูดกันในสังคมไทย

หากเจาะไปที่ประเด็นปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม พบว่า ผู้หญิงกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 และกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป มีอัตราการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น นำไปสู่ผลกระทบที่ตามมา เช่น การทอดทิ้งเด็กทารก การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ขณะที่ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แม้โดยรวมจะมีอัตราการติดเชื้อลดลง แต่อาจกลับมาระบาดอีกครั้งหนึ่ง เนื่องจากอัตราการป่วยด้วยกามโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เคยลดลงไปแล้วตั้งแต่ปี 2540



กลับมีแนวโน้มสูงขึ้นอีก โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานต่างชาติ กลุ่มประชากรหนุ่มสาวและผู้ใหญ่วัยทำงาน ส่วนเยาวชนอายุระหว่าง 15 - 19 ปี ก็มีการติดเชื้อการโรคเพิ่มขึ้นเช่นกัน



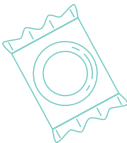
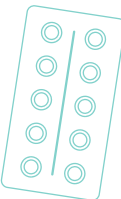
ผลการขับเคลื่อนงานหลังจากมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ 1.10 สุขภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แล้ว สาระสำคัญด้านสุขภาวะทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้ถูกบรรจุไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ เสมือนพิมพ์เขียวที่ภาคีเครือข่ายสามารถหยิบยกนำไปใช้อ้างอิงประกอบการจัดทำแผนนโยบาย และกติการ่วมของชุมชนได้



สถานการณ์ความเคลื่อนไหวด้านกฎหมายและนโยบายในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะดังกล่าว ดำเนินไปอย่างเข้มข้นและปรากฏชัดเจนขึ้นทุกขณะ กระทั่งในช่วงปลายปี 2553 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบ **“ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม”** และประกาศเป็นวาระแห่งชาติ โดยมีคณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์นี้ และในปีเดียวกัน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และมูลนิธิสร้างสุขเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง ก็ได้ร่วมกันผลักดันร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่ครอบคลุมประเด็นความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ กระทั่งเปลี่ยนเป็นการเสนอ พ.ร.บ. ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ โดยสภานิติบัญญัติแห่งชาติ จนสามารถคลอด พ.ร.บ. ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ได้ในที่สุด ซึ่งสาระสำคัญของกฎหมายฉบับนี้มุ่งส่งเสริมการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาอย่างเหมาะสม ตลอดจนการช่วยเหลือวัยรุ่นที่ท้องไม่พร้อม โดยการส่งเสริมสิทธิและเข้าถึงสวัสดิการสังคมจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน

กลุ่มบท
ที่ 5

สุขภาวะทางเพศ



การขับเคลื่อนเชิงนโยบายประเด็นสุขภาพทางเพศ ได้รับการยกระดับขึ้นมาเรื่อย ๆ จนสามารถจัดตั้ง คณะกรรมการพัฒนางานอนามัยเจริญพันธุ์แห่งชาติ ซึ่งเป็นกลไกระดับชาติที่มีรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน เพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบายด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ประสานงาน พัฒนา และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ผนวกกับการพัฒนางานวิจัยเพื่อเป็นฐานข้อมูลทางวิชาการหนุนเสริมขับเคลื่อนเชิงนโยบาย โดยในปี 2554 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหิดล ได้ดำเนินการชุดโครงการวิจัยภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมหลากหลายมิติ เช่น การสร้างความฉลาดรู้เรื่องเพศในวัฒนธรรมบริโศก ทางเลือกเชิงนโยบายกรณีท้องไม่พร้อม การใช้ถุงยางอนามัย กฎหมายคุ้มครองผู้ถูกระทำความรุนแรงในครอบครัว ความหลากหลายทางเพศ เป็นต้น



นอกจากนี้ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องยังได้จับมือกันดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว ผ่านแนวทางการขับเคลื่อนหลัก ๆ คือ 1) การให้ความรู้ความตระหนัก และการสร้างเสริมทักษะชีวิตให้เด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมทางเพศและการดูแลตัวเองอย่างถูกต้องเหมาะสม 2) การพัฒนามาตรการด้านการตั้งรับกรณีที่เกิดปัญหาขึ้นแล้ว โดยเน้นการให้คำปรึกษาทั้งก่อนและหลังการเผชิญปัญหา การปรึกษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน และการปรึกษาแบบเสริมพลังและสร้างทางเลือก



กลุ่มบทที่ 5

สุขภาพทางเพศ



สุดท้ายแล้ว แม้การขับเคลื่อนมตินี้จะมีผลผลิตเกิดขึ้นตามข้อมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติแล้ว แต่ปัญหาเหล่านี้ยังคงอยู่ในสังคมไทย และที่น่าเป็นห่วงคือ ยังมีประเด็นท้าทายใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในยุคที่การสื่อสารไร้พรมแดน ดังนั้น สิ่งที่จะร่วมด้วยช่วยกันได้คือ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเพศศึกษา ในสังคมที่เปิดกว้างเรื่องนี้มากขึ้น เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม และนั่นไม่ใช่บทบาทหน้าที่ของสถาบันครอบครัวเพียงอย่างเดียวเท่านั้น หากแต่เป็นภารกิจร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมไทย

รูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มติ 1.10 สุขภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เป้าหมายของมติ จัดการปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง



ผลการดำเนินงาน เช่น

กระทรวงศึกษาธิการ องค์การแพथ (PATH) และกรมควบคุมโรค พัฒนาหลักสูตรเพศศึกษารอบด้าน
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย เช่น การทำ
ละคร โครงการสร้างแกนนำสุขภาพทางเพศในกลุ่มอาชีวศึกษา 4 ภาค

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ตั้งศูนย์พึ่งได้ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จัดทำโครงการแม่วัยใส

กระทรวงยุติธรรม มีระบบให้คำปรึกษาผ่านสำนักยุติธรรมในทุกจังหวัด และร่วมกับมูลนิธิผู้หญิง
ดำเนินการโครงการผู้หญิงเพื่อสันติภาพและความยุติธรรม

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จัดทัพพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิผู้ประสบความรุนแรง
ทางเพศในทุกจังหวัด

มีศูนย์รับแจ้งเหตุในชุมชน เป็นกลไกเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพทางเพศ รวม 1,918 แห่ง

มีศูนย์บริการสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ครบวงจร และจัดบริการคลินิกโรคที่เป็นมิตร
ในโรงพยาบาลทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุข

มีกลไกระดับชาติ คือ คณะกรรมการพัฒนางานอนามัยเจริญพันธุ์แห่งชาติ ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย
ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ประสานงาน พัฒนา และติดตามประเมินผล

มี พ.ร.บ.ป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

กลุ่มมติ
ที่ 5

สุขภาพทางเพศ

มติ 3.8

การแก้ปัญหา

วัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม



กลุ่มมติ
ที่ 5

สัปดาห์ที่ 42

42

ปกป้องวัยรุ่นไทย ห่างไกลปัญหา ‘ท้องไม่พร้อม’

นับเป็นภาพสะท้อนใจที่สร้างความหดหู่
ในสังคมไทยอย่างมาก
เมื่อคดี ‘เด็กแรกเกิดถูกทิ้ง’
ปรากฏให้เห็นเป็นข่าวแทบทุกวัน
ขณะเดียวกันก็เป็นภาพสะท้อนสำคัญ
ถึงการจัดการปัญหา ‘ท้องไม่พร้อม’เชิงระบบ
ของประเทศไทยที่มีความซับซ้อน
และเรื้อรังมาอย่างยาวนาน

ข้อมูลจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้เผยถึงปัญหาการตั้งครรภ์
ในวัยรุ่น ปี 2567 พบว่า อัตราการคลอดบุตรช่วงอายุ 10 - 14 ปี เพิ่มขึ้น
เป็น 0.93 ต่อพันคน เกินเป้าหมายที่กำหนดจากข้อมูล DOH Dashboard
ซึ่งสูงขึ้นจากปี 2566 อยู่ที่ 0.77 ต่อพันคน เกินกว่าเป้าหมายของ UN
ที่กำหนดไว้ไม่เกิน 0.7 ต่อพันคน ขณะที่ยอดขอคำปรึกษาเรื่องตั้งครรภ์ไม่พร้อม
ในวัยรุ่นอายุ 10 - 14 ปี ผ่านช่องทางออนไลน์และสายด่วน รวม 46,893 คน
คิดเฉลี่ย 128 คนต่อวัน เพิ่มขึ้นจากปี 2566 ที่มีจำนวน 44,574 คน

กลุ่มบท
ที่ 5

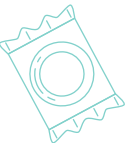
สุขภาพทางเพศ

43

แม้หลายภาคส่วนจะพยายามดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาห้องไม่พร้อมอย่างจริงจังและต่อเนื่อง แต่ยังคงขาดการบูรณาการการทำงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) เมื่อปลายปี 2556 ได้เสนอให้มีกลไกบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบทุกระดับ และต้องพัฒนาระบบฐานข้อมูล การตั้งครกในวัยรุ่นให้ครอบคลุมทุกจังหวัด แต่ก็ไม่สามารถทำให้ปัญหานี้หมดไปจากสังคมไทยได้อย่างสิ้นซาก ทว่ากลับมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่มีหลายสาเหตุเชื่อมโยงกันทั้งการขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องเพศศึกษา ความคิด ทัศนคติ พฤติกรรม วัฒนธรรม การสื่อสารที่ไร้พรมแดนในยุคดิจิทัล รวมไปถึงการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เนื่องจากก่อให้เกิดผลกระทบ ตามมาอย่างกว้างขวางลามไปถึงครอบครัว ชุมชน สังคมและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ

เมื่อปี 2551 ได้มีความพยายามในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติเรื่อง **“สุขภาพทางเพศ”** ที่ครอบคลุมปัญหาการตั้งครกไม่พร้อมอยู่แล้ว แต่เป็นมติที่กว้างไม่เฉพาะเจาะจง มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและไม่สามารถบรรลุผลการปฏิบัติตามมติได้อย่างเต็มที่ ทำให้ในปี 2553 มีการรวมพลังผลักดันประเด็นนี้ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมอีกครั้ง เกิดเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 **“มติ 3.8 การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครกไม่พร้อม”** เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงจุด

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะเจ้าภาพหลักที่รับผิดชอบเรื่องนี้ จึงได้บูรณาการความร่วมมือกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จัดทำแผนขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2553 - 2557 (ปัจจุบันใช้ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560 - 2569) มุ่งให้จัดการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาและทักษะชีวิตในโรงเรียน พร้อมส่งเสริมให้โรงพยาบาลทุกแห่งพัฒนาการจัดบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ มีระบบการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นและระบบการให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรแก่วัยรุ่นทั้งในและนอกสถานศึกษา รวมทั้งยังได้วางกลยุทธ์การแก้ไขปัญหาประกอบด้วย

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 1) การให้ความรู้ที่ต่อเนื่องแก่เด็กและเยาวชน และ
ทำความเข้าใจกับผู้ใหญ่ให้สนับสนุนแนวทาง
การป้องกันมากกว่าการห้ามปราม
 - 2) การใช้โซเชียลมีเดียเป็นสื่อกลางให้เยาวชนเข้าถึง
แนวทางการป้องกัน
 - 3) การพัฒนาศานักบริการที่อยู่นอกโรงพยาบาล
แก่เยาวชน เพื่อให้สะดวกต่อการเข้ารับบริการ

พร้อมกันนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังได้จัดทำแผนการป้องกันและ
แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น พ.ศ. 2557 - 2561 เพื่อรองรับกลยุทธ์ดังกล่าว
โดยมีประเด็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญคือการปรับทัศนคติ การพัฒนาการเข้าถึง
บริการสุขภาพของวัยรุ่น และการพัฒนาระบบการช่วยเหลือ/ส่งต่อ

จากการขับเคลื่อนระดับชาติสู่ระดับพื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ส่วนใหญ่ได้บรรจุเรื่องนี้ไว้ในแผนการดำเนินงาน 3 ปี และให้การสนับสนุน
งบประมาณเพิ่มขึ้น เพื่อจัดกิจกรรมรณรงค์และพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเด็ก
และเยาวชน รวมทั้งจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระดับจังหวัดในการจัดทำ
แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพื่อแก้ไขปัญหาแบบบูรณาการ ตั้งแต่ปี 2551
เป็นต้นมา จนครบทั้ง 77 จังหวัด ทั่วประเทศ

พลังการขับเคลื่อนของสังคมในทุกระดับ ทำให้ในที่สุดประเทศไทย
มีกฎหมายเพื่อแก้ไขปัญหาท้องไม่พร้อมโดยเฉพาะ นั่นคือ พระราชบัญญัติ
ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ประกาศใน
ราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2559 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 29
กรกฎาคม 2559 โดยสาระสำคัญที่น่าสนใจของกฎหมายฉบับนี้ มุ่งป้องกัน
และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่น ตลอดจนการให้สิทธิและสวัสดิการ
ที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และการเข้าถึงบริการต่าง ๆ อย่าง

เท่าเทียมและเป็นธรรม นอกจากนี้ ยังบังคับให้สถานศึกษาจัดการสอนเรื่องเพศวิถีศึกษาอย่างเหมาะสมแก่เด็กอายุ 10 - 20 ปี พร้อมกำหนดให้สถานประกอบกิจการร่วมดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยต้องจัดบริการความรู้และจัดสวัสดิการให้ลูกจ้างที่เป็นวัยรุ่นสามารถเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ หากฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุก หรือปรับ หรือทั้งจำทั้งปรับ

ในปี 2566 คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้จัดทำแผนระยะ 10 ปี ภายใต้ชื่อ “**แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2570**” เพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) ซึ่งขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะที่ 2 โดยมีวิสัยทัศน์ “**วัยรุ่นมีความรู้ด้านเพศวิถีศึกษา มีทักษะชีวิตที่ดี สามารถเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตร เป็นส่วนตัว รักษาความลับ และได้รับสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาค**”

กระบวนการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนในสังคม จะเป็นพลังสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นไทยรู้เท่าทันในการป้องกันตัวเองให้ห่างไกลจากปัญหาท้องไม่พร้อม ตลอดจนได้รับการดูแล ช่วยเหลือ ส่งต่ออย่างเป็นระบบ รวมถึงได้รับสวัสดิการสังคมอย่างเป็นธรรม อย่างไรก็ตาม หากวัยรุ่นต้องเผชิญปัญหาท้องไม่พร้อม สามารถขอรับคำปรึกษาผ่าน 3 ช่องทางได้แก่

1) สายด่วน 1663

2) เว็บไซต์อาร์เอสเอไทย www.rsathai.org

3) กลุ่มท่างาง หรือเฟซบุ๊ก “คุยกับผู้หญิงที่ท่างาง”

เพื่อรับบริการที่เหมาะสมในการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ หรือทางเลือกในการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยตามกฎหมาย

รูปธรรมการขับเคลื่อนมิติสุขภาพแห่งชาติ

มติ 3.8 การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทย กับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

เป้าหมายของมติ เพื่อจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในวัยรุ่น โดยเร่งแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมในพื้นที่ พร้อมเชื่อมโยงประสานงานระหว่างกลไกหลักของภาครัฐและภาคส่วนอื่น ๆ



ผลการดำเนินงาน เช่น

กรมอนามัย แต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และจัดทำแผนขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนานาอนามัยเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553 - 2557) และจัดทำโครงการส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพและอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น รวมทั้งพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีกลไกคณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองเด็ก และปี 2553 ได้จัดทำ “ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม”

คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ จัดทำยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาคriminalตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2558 - 2567

คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาคriminalตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จัดทำแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาคriminalตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2570

กระทรวงศึกษาธิการ องค์กรแพท (PATH) และกรมควบคุมโรค ร่วมพัฒนาหลักสูตรเพศศึกษา รอบด้าน และใช้จัดการเรียนการสอนในโรงเรียนทั่วประเทศ อย่างน้อย 16 คาบต่อปี

กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ดำเนินโครงการสร้างแกนนำและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้นำทางความคิด ทั้ง 77 จังหวัด จังหวัดละ 150 คน รวม 11,550 คน

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เป็นแกนนำสร้างพื้นที่ปลอดภัยและสนับสนุนการทำกิจกรรมสร้างสรรค์ ผ่านสภาเด็กและเยาวชน

มหาวิทยาลัยราชภัฏ จัดตั้งศูนย์ศึกษาและขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กและเยาวชน 20 แห่ง

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนเรื่องเพศเชิงบวกขึ้นในชุมชน

กลุ่มมติ
ที่ 5

สำนักงานพมช

เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางเศรษฐกิจ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ



มติ 3.9

การป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม
จากการค้าเสรีระหว่างประเทศ



กลุ่มมติ
ที่ 6

เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางเศรษฐกิจ
ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

49

จักรเบียบการคำเสรี เพื่อระบบสุขภาพที่ยั่งยืน

มตินี้เกิดจากการทบทวนมติ 1.4 เรื่องการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี เนื่องจากบริบทของสถานการณ์เดิมเปลี่ยนแปลงไปไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ ณ ขณะนั้น เครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจึงเสนอให้มีการทบทวนและพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะเสนอต่อที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 จึงเกิดเป็นมติ 3.9 ซึ่งมีสาระสำคัญที่ครอบคลุมมติเดิม

“
ในทางเศรษฐกิจ การค้าเสรีถือเป็นตัวขับเคลื่อนการเติบโตทางเศรษฐกิจ
ช่วยเพิ่มศักยภาพในการแข่งขัน
ให้ผู้ค้าสามารถนำเข้าหรือส่งออกสินค้าได้อย่างอิสระ
แต่ในทางกลับกันหากขาดกลไกในการควบคุมที่เหมาะสม
การค้าเสรีก็เปรียบเสมือนดาบสองคมจากสินค้าบางประเภท
ที่อาจส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ: สังคม สิ่งแวดล้อม
ตลอดจนระบบเศรษฐกิจ เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ
และการคุ้มครองทรัพยากรสิ่งแวดล้อม
ในสินค้าคุณธรรม คือยาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ
”

ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553 จึงมีความห่วง
กังวลต่อประเด็นดังกล่าว โดยศูนย์วิจัยปัญหาสุราและกลุ่มเครือข่าย
จำนวน 10 องค์กร ได้เสนอประเด็นนี้เป็นมติ “ระเบียบวาระเร่งด่วน”
และที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้รับรองเป็นระเบียบวาระ

เมื่อวันที่ 22 เมษายน 2554 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)
จึงมอบหมายให้ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ประสาน
การทำงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบ
ด้านสุขภาพ และคณะกรรมการสนับสนุนการศึกษา เพื่อศึกษาผลกระทบ
จากการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบาย
สุขภาพ จากนั้นคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบ
ด้านสุขภาพ มอบหมายให้ศูนย์ประสานงานการพัฒนากลไกและระบบ
การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในฐานะฝ่ายเลขานุการ ประสานงาน
แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทาง
ในการดำเนินการร่วมกัน

กลุ่มมติ
ที่ 6

แผนปฏิบัติการ
ฉบับนี้จัดทำขึ้น
ตามมติที่ประชุม
สมัชชาสุขภาพ
แห่งชาติ ครั้งที่ 6

50

ในด้านการดำเนินการ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้ทำความตกลงร่วมมือดำเนินการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ จากความตกลงการค้าเสรีไทย - สหภาพยุโรปตามขั้นตอนในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพแบบสมบูรณ์ โดยร่วมหารือและรับฟังความเห็นกับภาคที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กรมทรัพย์สินทางปัญญา สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค และกลุ่มศึกษาข้อตกลงเขตการค้าเสรีภาคประชาชน อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความเห็นต่างของผู้เกี่ยวข้องในเรื่องนี้ทั้งด้านแนวคิดและวิธีการปฏิบัติ ทำให้ยังไม่มี การเสนอมติต่อคณะรัฐมนตรี (ข้อมูลจากหนังสือเรื่องเล่าบนขบวนรถไฟสายสุขภาพ, 2558: หน้า 118)

ในด้านความก้าวหน้าของมติ ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556 และการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2557 ยังคงไม่สามารถตกลงฉันทมติร่วมกันได้ โดยเห็นว่าควรมีการทำงานทางวิชาการ เพื่อเตรียมความพร้อมของการนำเครื่องมือประเมินผลกระทบทางสุขภาพไปใช้ในกระบวนการเจรจาการค้าเสรีระหว่างประเทศ รวมทั้งรับฟังความเห็นจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องพร้อมประสานงานการดำเนินงานเพิ่มเติม และให้ สช. แต่งตั้งกลไกการทำงานเพื่อให้เกิดการติดตามและขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง คือ คณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการค้าเสรีระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ (คคส.) เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนวิชาการ และสร้างความสอดคล้องทางนโยบายระหว่างนโยบายด้านการค้าและสุขภาพ รวมถึงเป็นพื้นที่สร้างการมีส่วนร่วมและเปิดเผยข้อมูลให้กับภาคประชาชน และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

แม้ยังไม่อาจตกลงฉันทมติร่วมกันได้ แต่ทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีจุดหมายเพื่อประโยชน์สูงสุดของประชาชนไทยร่วมกัน โดยคณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการค้าเสรีระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ (คคส.) ได้ผลักดันข้อเสนอแนะเพื่อการเข้าถึงยาเวชภัณฑ์ เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง และวัคซีน ภายใต้สถานการณ์ COVID - 19

เสนอคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ผ่านไปยังคณะเจรจาของประเทศไทย
ที่นำโดยกระทรวงพาณิชย์ เพื่อกำหนดท่าทีของประเทศไทยในการประชุมของ
องค์การการค้าโลก (World Trade Organization: WTO) พ.ศ. 2564

มีการจัดทำเอกสารวิชาการเรื่อง “ความตกลงแบบครอบคลุมและ
ก้าวหน้าสำหรับหุ้นส่วนทางเศรษฐกิจภาคพื้นแปซิฟิก (CPTPP) และ
สุขภาพ” จำนวน 5 ประเด็น ได้แก่

- (1) การเข้าถึงยา (Access to medicine - Compulsory licensing : CL Intellectual Property: IP/ Patent Linkage)
- (2) การจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ (Government Procurement)
- (3) การระงับข้อพิพาทระหว่างภาครัฐและเอกชน (Investor - State Dispute Settlement: ISDS)
- (4) อนุสัญญาระหว่างประเทศเพื่อการคุ้มครองพันธุ์พืชใหม่ (UPOV 1991) (ประเด็นพืชสมุนไพร)
- (5) ผลกระทบด้านบวกและด้านลบของความตกลงการค้าระหว่างประเทศ

นอกจากนี้ยังเข้าร่วมประชุมวิชาการการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ
ตั้งแต่ปี 2557 รวม 10 ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ด้านการค้าระหว่างประเทศ
และสุขภาพในสถานการณ์โลกที่เปลี่ยนแปลงและพัฒนาข้อเสนอแนะเพื่อ
การดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง และมีจัดการฝึกอบรมระดับอนุภูมิภาค เรื่อง
Trade and Public Health ร่วมกับ WTO ระหว่างวันที่ 6 - 8 พฤศจิกายน
2568 ณ กรุงเทพมหานคร มีผู้ร่วมการฝึกอบรมประกอบด้วยเจ้าหน้าที่อาวุโส
40 คน จาก 14 ประเทศสมาชิก WTO รวมทั้งประเทศไทยและผู้สังเกตการณ์
ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และมีการประชุมหารือเพื่อติดตามประเด็น
และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับภาคสุขภาพ กรณีศึกษานำเข้าสินค้าต่างตอบแทน
ของสหรัฐอเมริกา รวมถึงประเด็นภูมิรัฐศาสตร์โลกที่เปลี่ยนแปลงไป

รูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มติ 3.9 การป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมจากการค้าเสรีระหว่างประเทศ

เป้าหมายของมติ ให้รัฐบาลให้ความสำคัญกับผลกระทบสุขภาพว่าเท่ากับผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจในการเจรจา มอบหมายให้กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศดำเนินการ HIA อย่างเป็นระบบ และกำหนดรายการสินค้า/บริการที่มีผลกระทบสุขภาพเป็น "รายการยกเว้นการ"

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3

ได้รับฉันทมติ
เมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2553

1

มติคณะกรรมาธิการสุขภาพแห่งชาติ

มีมติเห็นชอบ
เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2554

2

3

ผลการดำเนินงาน เช่น

เกิดกลไกคณะกรรมาธิการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการค้าเสรีระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ (คจคส.) โดยมีผลการดำเนินงานคือ

- ข้อเสนอแนะเพื่อการเข้าถึงยาเวชภัณฑ์ เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง และวัคซีน ภายใต้สถานการณ์ COVID - 19 เสนอคณะกรรมาธิการสุขภาพแห่งชาติ ผ่านไปยังคณะเจรจาของประเทศไทยที่นำโดยกระทรวงพาณิชย์ เพื่อกำหนดค่าที่ของประเทศไทยในการประชุมขององค์การการค้าโลก (World Trade Organization : WTO) พ.ศ. 2564
- เอกสารวิชาการเรื่อง “ความตกลงแบบครอบคลุมและก้าวหน้าสำหรับหุ้นส่วนทางเศรษฐกิจภาคพื้นแปซิฟิก (CPTPP) และสุขภาพ” จำนวน 5 ประเด็น ได้แก่ การเข้าถึงยา (Access to medicine - Compulsory licensing: CL / Intellectual Property: IP / Patent Linkage) การจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ (Government Procurement) การระงับข้อพิพาทระหว่างภาครัฐและเอกชน (Investor - State Dispute Settlement: ISDS) อนุสัญญาว่าประเทศเพื่อการคุ้มครองพันธุ์พืชใหม่ (UPOV 1991) (ประเด็นพืชสมุนไพร) ผลกระทบด้านบวกและด้านลบของความตกลงการค้าระหว่างประเทศ
- ประชุมวิชาการการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ ตั้งแต่ปี 2557 รวม 10 ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ด้านการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพในสถานการณ์โลกที่เปลี่ยนแปลงไป และพัฒนาข้อเสนอแนะเพื่อการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง
- การจัดฝึกอบรมระดับอนุภูมิภาค เรื่อง Trade and Public Health ร่วมกับ WTO ระหว่างวันที่ 6 - 8 พฤศจิกายน 2568 ณ กรุงเทพมหานคร มีผู้ร่วมการฝึกอบรมประกอบด้วยเจ้าหน้าที่อาวุโส 40 คน จาก 14 ประเทศสมาชิก WTO รวมทั้งประเทศไทยและผู้สังเกตการณ์ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้
- การประชุมหารือเพื่อติดตามประเด็นและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับภาคสุขภาพ กรณีการนำเข้าสินค้าต่างตอบแทนของสหรัฐอเมริกา รวมทั้งประเด็นภูมิรัฐศาสตร์โลกที่เปลี่ยนแปลงไป

กลุ่มมติ
ที่ 6

เกี่ยวข้องกับกฎระเบียบการค้าระหว่างประเทศ
ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

53

กลุ่มมิติที่ 7

สุขภาวะชุมชนและสังคม



กลุ่มมิติ
ที่ 7

สุขภาวะชุมชนและสังคม

54



มติ 3.7

ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่แน่นอน
นำสังคมสู่สุขภาวะ



กลุ่มมติ
ที่ 7

สุขภาวะชุมชนและสังคม

55



Set Zero ความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ



หากจะกล่าวถึงความไม่เป็นธรรมในประเทศ
คงไม่อาจประเมินหน้ากระดาษในการบรรยายได้
เพราะความไม่เป็นธรรมในประเทศไทยนั้น
เกิดขึ้นในทุกมิติ ทุกภาคส่วน
จะเห็นได้จากความเหลื่อมล้ำของสังคม
ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการศึกษา การเข้าถึงระบบสุขภาพ
ช่องว่างของรายได้ โอกาสในการเข้าถึงทรัพยากร
การเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม ฯลฯ
จนเหมือนเราจะเคยชินกับความไม่เป็นธรรมเหล่านี้
และมองว่าเป็นเรื่องปกติ
ซึ่งในความเป็นจริง ความไม่เป็นธรรมดังกล่าว
คือต้นตอของหลาย ๆ ปัญหา
และเป็นตัวขัดขวางการพัฒนาประเทศ
ไปสู่การเป็นประเทศที่เจริญแล้วอย่างเห็นได้ชัด



กลุ่มบท
ที่ 7

สภาวะชุมชนและสังคม

ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553 จึงมีมติให้
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เสนอ “มติร่วมฝ่าวิกฤตความ
ไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ” ต่อคณะรัฐมนตรี ซึ่งมีมติเห็นชอบ
เมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2554

ในด้านการดำเนินการขับเคลื่อนมติดังกล่าว คสช. ได้มีการเสนอมติ
ต่อคณะกรรมการปฏิรูป (คปร.) และคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป (คสป.)
เพื่อพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง





ในคราวประชุมสมัชชาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2554 เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2554 มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติประเด็นนี้ ได้รับการขานรับโดยมีกำหนดเนื้อหาที่ต้องปฏิรูป ดังนี้ 1) เรื่องการจัดสรรที่ดินอย่างเป็นธรรมและยั่งยืน ให้เอกชนถือครองได้ไม่เกินรายละ 50 ไร่ และเร่งรัดการออกโฉนดชุมชนโดยการมีส่วนร่วมจากชุมชน 2) การจัดการทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง โดยให้ชุมชนท้องถิ่นมีส่วนร่วม 3) การปฏิรูประบบยุติธรรมที่เกี่ยวกับคดีที่ดินและทรัพยากร 4) การปฏิรูประบบประกันสังคม หลักประกันและการสร้างเสริมสุขภาพ และระบบสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ 5) ให้มีการกระจายอำนาจ และพัฒนาศักยภาพการจัดการตนเองของท้องถิ่น 6) ส่งเสริมการใช้ศิลปวัฒนธรรมในทางสร้างสรรค์ เพื่อการเยียวยาความแตกแยกในสังคม

ในคราวประชุมสมัชชาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2555 วันที่ 30 มีนาคม – 1 เมษายน 2555 ในหัวข้อ “เพิ่มพลังพลเมือง สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ” มติสมัชชาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2555 เกิดขึ้นจำนวน 6 มติ ดังนี้ มติที่ 1 การปฏิรูประบบแรงงานและสวัสดิการ: การเพิ่มอำนาจต่อรองของแรงงาน การปรับโครงสร้างค่าจ้าง การเพิ่มผลิตภาพและการคุ้มครองแรงงาน มติที่ 2 การปฏิรูปโครงสร้างอำนาจสู่การปรับดุลอำนาจที่เหมาะสมระหว่างรัฐบาลกับชุมชนท้องถิ่น มติที่ 3 การปฏิรูประบบเกษตรกรรม: เพื่อความเป็นธรรมและความมั่นคงทางอาหาร มติที่ 4 การปฏิรูประบบการเมือง: พัฒนาความความเข้มแข็งของพลเมืองเพื่อปฏิรูปประเทศไทย มติที่ 5 การปฏิรูปโครงสร้างและกฎหมายด้านที่ดิน: การบริหารจัดการที่ดิน มติที่ 6 การปฏิรูปการศึกษา: ปรับทิศทางการศึกษาเพื่อสร้างคุณภาพและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

ในคราวประชุมสมัชชาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2556 วันที่ 31 พฤษภาคม – 2 มิถุนายน 2556 ในหัวข้อ “พลังพลเมือง ปฏิรูปประเทศไทย” มติสมัชชาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2556 เกิดขึ้นจำนวน 7 มติ ดังนี้ มติที่ 1 เพิ่มพลังพลเมือง ปฏิรูประบบป้องกันและปราบปรามการทุจริต มติที่ 2 พลังพลเมืองปฏิรูปสื่อเพื่อการปฏิรูปสังคม มติที่ 3 การบริหารจัดการน้ำและแก้ไขอุทกภัยอย่างมีส่วนร่วมและบูรณาการ มติที่ 4 ธรรมนูญ

เพื่อการจัดการตนเอง มติที่ 5 การปฏิรูประบบพลังงานหมุนเวียน สิทธิหน้าที่ การเข้าถึงและความเป็นธรรม เพื่อการพัฒนาพลังงานอย่างยั่งยืน มติที่ 6 ปฏิรูปกลไกขับเคลื่อนความเสมอภาคระหว่างเพศ เสริมพลังพลเมืองสู่การปฏิรูปประเทศไทย มติที่ 7 กลไกและกระบวนการในการปฏิรูปประเทศไทยระยะยาว

เมื่อหมดวาระของคณะกรรมการปฏิรูป (คปร.) และคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป (คสป.) ลง สำนักงานปฏิรูป (สปร.) ซึ่งทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการ ทั้ง 2 คณะ เป็นระยะเวลา 3 ปี ก็ได้ยุติบทบาทลงเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2556 และได้ปรับเปลี่ยนเป็นสำนักงานประสานการพัฒนานโยบายสาธารณะ (สปปส.) ภายใต้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) โดยยังคงทำหน้าที่ผลักดัน ขับเคลื่อนข้อเสนอของ คปร. และมติสมัชชาปฏิรูปร่วมกับภาคีเครือข่าย จนในที่สุดสามารถผลักดันเข้าสู่สภาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) ในสมัยรัฐบาล พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา ได้สำเร็จ

ต่อมาในช่วงปี 2565 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติพิจารณาทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 และได้จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 โดยคณะรัฐมนตรีได้มีมติ เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2565 และวันที่ 24 มกราคม 2566 เห็นชอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดเพื่อสร้าง **“ระบบสุขภาพที่มุ่งให้เกิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ไม่เลือกปฏิบัติ ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง”** ตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอ และได้รายงานต่อวุฒิสภาและสภาผู้แทนราษฎรทราบแล้ว เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2566 และวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2566 ตามลำดับ ปัจจุบันได้มีการประกาศใช้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ในราชกิจจานุเบกษาแล้ว เมื่อวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2566

รูปธรรมการขับเคลื่อนมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มิติ 3.7 ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุงภาวะ

เป้าหมายของมิติ สนับสนุนการปฏิรูปประเทศไทยสู่สังคมสุงภาวะ ลดความเหลื่อมล้ำ
เพิ่มความเป็นธรรม เรงจัดการดำเนินการตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 มาตรา 87 (1)



ผลการดำเนินงาน เช่น

สมัชชาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2554 มีการกำหนดเนื้อหาที่ต้องปฏิรูป 7 ด้าน

สมัชชาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2555 มีมติสมัชชาเกิดขึ้นจำนวน 6 มติ

สมัชชาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2556 มีมติสมัชชาเกิดขึ้นจำนวน 7 มติ

สำนักงานประสานการพัฒนานโยบายสาธารณะ: ผลักดันข้อเสนอของ คปร. และมติสมัชชา
ปฏิรูปร่วมกับภาคีเครือข่ายเข้าสู่สภาปฏิรูปแห่งชาติได้สำเร็จ

เกิดธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ที่มุ่งให้เกิดความเป็นธรรม
ด้านสุขภาพ “ไม่เลือกปฏิบัติ ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง”

กลุ่มมิติ
ที่ 7

สุงภาวะชุมชนและสังคม

มติ 6.3

แผนยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติ
ว่าด้วยระบบสุขภาวะชุมชน

กลุ่มมติ
ที่ 7

สุขภาวะชุมชนและสังคม

60



ขจัดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรม ให้สุขภาพะชุมชน

“
การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานขนาดใหญ่
อาจเป็นสัญลักษณ์ของความเจริญ
และแสดงถึงศักยภาพของเมือง
แต่ในความเป็นจริง

การบริหารจัดการที่ขาดความสมดุล
ทางด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
จะส่งผลกระทบโดยตรงต่อชุมชนนั้น ๆ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556 ตระหนักดีว่า ชุมชน
ท้องถิ่นที่เข้มแข็ง คือรากฐานสำคัญที่จะรองรับการพัฒนาประเทศในทุกมิติ
จึงมีมติรับรองกรอบแนวคิดและสาระสำคัญของ

“แผนยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติว่าด้วยระบบสุขภาพะชุมชน”

โดย คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้มีมติรับทราบมติ ในวันที่
25 กรกฎาคม 2557 และเสนอต่อคณะรัฐมนตรี ซึ่งพิจารณารับทราบมติ
เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2558 จากนั้น เลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
แจ้งมติให้หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อพิจารณาดำเนินการ
ในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

กลุ่มมติ
ที่ 7

สุขภาพะชุมชนและสังคม

61



ในด้านการดำเนินงาน มีการจัดตั้งกลไกในการติดตามและเฝ้าระวังผลกระทบจากโครงการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานขนาดใหญ่ทั้งของภาครัฐและภาคเอกชน ต่อชุมชนท้องถิ่น และสนับสนุนให้มีกลไกประสานงานระดับพื้นที่ (หมู่บ้าน ตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) และระดับอำเภอ/จังหวัด

ในด้านการขับเคลื่อน มีหลายเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมมือกันดำเนินการ เช่น

สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา (LDI) ได้จัดทำโครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์รวมแสงเลเซอร์สนับสนุนชุมชนเข้มแข็ง - ชุมชนสุขภาวะ โดยการสนับสนุนของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นแกนประสานหลักในการขับเคลื่อนมิติสุขภาพฯ ผลักดันให้เกิดศูนย์ประสานงานภาคี เพื่อพัฒนาจังหวัด (ศปจ.) เป็นกลไกประสานเชื่อมโยงชาติและท้องถิ่น จัดโครงการ **“Inspiring Thailand”** โดยการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งจะเป็นกลไกเชื่อมโยงการขับเคลื่อนนโยบาย **“เศรษฐกิจฐานราก”** การจัดทำโปรแกรมฐานข้อมูลองค์กรชุมชน วิสาหกิจ และพลเมืองต้นรู้ และได้ใช้ฐานข้อมูลจัดทำเป็นนิทรรศการนำเสนอผลงานในเวทีจุดประกาย **“สานพลังประชารัฐเพื่อเศรษฐกิจฐานราก”** เมื่อวันที่ 20 กันยายน 2558

ศูนย์คุณธรรม ได้ดำเนินการ **“การขับเคลื่อนงานคุณธรรมเพื่อสร้างสุขภาวะชุมชน”** โดยเชื่อมโยงเครือข่ายทางสังคมทำเรื่องคุณธรรมความดีจัดงานสมัชชาคุณธรรมระดับจังหวัดและประเทศ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับองค์กรภาคีความร่วมมือ ได้ดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนส่งเสริมเศรษฐกิจท้องถิ่น สร้างตำบลน่าอยู่ตำบลสุขภาวะทั่วประเทศ พ.ศ. 2561 - 2562

กลุ่มบท
ที่ 7

สภาวะชุมชนและสังคม

ที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2561 วันที่ 21 กันยายน 2561 มีมติเห็นชอบ ร่าง ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสร้างเสริมชุมชนเข้มแข็ง พ.ศ. เพื่อเป็นกลไกเชื่อมโยงการปฏิรูปประเทศ สนับสนุนรากฐานชุมชน จัดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมทางสังคม

ที่ประชุมคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 มีมติรับทราบสรุปผลการพิจารณาแนวทางและความเหมาะสมของรายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง **“การจัดการตำบลเข้มแข็งตามแนวทางยุทธศาสตร์ชาติ และแผนการปฏิรูปประเทศ”** ของคณะกรรมการการกักกันปัญหาความยากจน และลดความเหลื่อมล้ำ

เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2565 คณะอนุกรรมการปฏิรูปกฎหมายเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและการแก้ไขปัญหาสังคมตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการขับเคลื่อนการปฏิรูปกฎหมายในระยะเร่งด่วน พ.ศ. 2563 และสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) (พอช.) จัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการ เรื่อง **“การขับเคลื่อน (ร่าง) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสร้างเสริมชุมชนเข้มแข็ง พ.ศ.”**

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับ **เครือข่าย** ร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่จำนวน 3,658 ตำบลทั่วประเทศ ผลักดันการทำงานที่ใช้พื้นที่เป็นฐาน (Area - based health system) พัฒนาเครื่องมือวิชาการสำหรับชุมชนท้องถิ่น ออกแบบโมเดลตำบลสุขภาวะผ่านการพัฒนาและนำใช้ข้อมูล การเสริมสร้างศักยภาพผู้นำชุมชนท้องถิ่น และการหนุนเสริมกลไกระดับจังหวัด

การดำเนินการของทุกภาคส่วนยังคงดำเนินต่อไป เพื่อเสริมความแข็งแกร่งให้กับชุมชนท้องถิ่น ผ่านเครือข่ายการทำงานที่เกี่ยวข้อง ที่มีจุดหมายเดียวกันคือ การสร้างชุมชนท้องถิ่นที่เข้มแข็ง

รูปธรรมการขับเคลื่อนมิติสุขภาพแห่งชาติ

มิติ 6.3 แผนยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติ ว่าด้วยระบบสุขภาพชุมชน

เป้าหมายของมิติ รับรองแผนยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติฯ และให้ทุกภาคส่วนสนับสนุนชุมชนพัฒนาศักยภาพและกลไกพื้นที่ เน้นการเฝ้าระวังและมีส่วนร่วมของประชาชน



ผลการดำเนินงาน เช่น

สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา จัดทำโครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ร่วมส่งเสริมสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง - ชุมชนสุขภาพ

ศูนย์คุณธรรม ดำเนินการ “การขับเคลื่อนงานคุณธรรมเพื่อสร้างสุขภาพชุมชน”

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ภาคีเครือข่าย ดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนส่งเสริมเศรษฐกิจท้องถิ่น สร้างตำบลน่าอยู่ตำบลสุขภาพทั่วประเทศ พ.ศ. 2561 - 2562

ที่ประชุมคณะกรรมาธิการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2561 เห็นชอบ ร่าง ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสร้างเสริมชุมชนเข้มแข็ง พ.ศ.

ที่ประชุมคณะรัฐมนตรี วันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 รับทราบ สรุปผลการพิจารณาแนวทางและความเหมาะสมของรายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง “การจัดการตำบลเข้มแข็งตามแนวทางยุทธศาสตร์ชาติและแผนการปฏิรูปประเทศ”

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ผลักดันการทำงานที่ใช้พื้นที่เป็นฐาน (Area - based health system)



กลุ่มมตที่ 8

การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม



กลุ่มมต
ที่ 8

การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม

65

การจัดการขยะอันตรายจากชุมชน อย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน



การวัดการนำสิ่งของกลับมา



แยกขยะพิษ ง่ายนิดเดียว



ขยะอันตราย หรือขยะมีพิษ
(Hazardous Waste)

คือ ขยะ วัสดุที่ไม่ใช้แล้ว ผลิตภัณฑ์เสื่อมสภาพ
หรือภาชนะบรรจุ ที่มีองค์ประกอบหรือปนเปื้อน

วัสดุสารเคมีอันตรายชนิดต่าง ๆ

ที่มีลักษณะเป็นสารพิษ สารไวไฟ

สารเคมีที่กัดกร่อนได้ สารกัมมันตรังสี

และเชื้อโรคต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดอันตราย

แก่บุคคล สัตว์ พืช ทรัพย์สิน

หรือสิ่งแวดล้อม



ที่มา: กรมอนามัย

การขาดความรู้ความเข้าใจในการกำจัดขยะอันตรายอย่างถูกวิธี รวมถึง
การสนับสนุนจากองค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.) ยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ
ในทางปฏิบัติ เช่น ด้านสถานที่กำจัด นั้นเป็นสาเหตุให้ขยะอันตรายเหล่านี้
อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของชุมชนในระยะยาว

กลุ่มมิตร
ที่ 8

การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม



กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้ร่วมกับกลุ่มศึกษาและรณรงค์มลภาวะอุตสาหกรรม และคณะกรรมการประสานนโยบายและแผนการดำเนินงานว่าด้วยการจัดการสารเคมี ภายใต้คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนายุทธศาสตร์การจัดการองค์กร และได้ข้อมูลสนับสนุนการเสนอมติจากกรมควบคุมมลพิษ เสนอเป็นระเบียบวาระสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552 โดยสมัชชาสุขภาพ ได้ให้การรับรองเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2552 ภายหลังการมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีมติเห็นชอบ เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2552 และเสนอต่อคณะรัฐมนตรี (ครม.) และ เมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553 ที่ประชุม ครม. ได้มีมติรับทราบมติสมัชชาฯ



จากนั้น เมื่อวันที่ 26 เมษายน 2553 สช. ได้ส่งเรื่องไปยังประธานคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ และประธานคณะกรรมการสาธารณสุข เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ร่วมกัน มีหน้าที่จัดทำ **“แผนยุทธศาสตร์การจัดการขยะอันตรายชุมชนแบบมีส่วนร่วม”**

ในด้านการขับเคลื่อนมติ มีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันดำเนินงาน เพื่อบรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์ฯ เช่น

กระทรวงอุตสาหกรรมได้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติและการควบคุมการจัดการกากอุตสาหกรรม โดยเฉพาะเรื่องการขนส่งวัตถุอันตรายและของเสียอันตราย ให้ผู้ก่อกำเนิดของเสียต้องรับผิดชอบทำการกำจัดของเสียที่เกิดขึ้นจากกระบวนการผลิตด้วยวิธีที่ได้มาตรฐาน รวมทั้งมีการจัดทำเอกสารเพื่อการตรวจสอบได้ทั้งผู้ก่อกำเนิด ผู้ขนส่ง และผู้รับบำบัดของเสีย ภายใต้การควบคุมกำกับของสำนักบริหารจัดการกากอุตสาหกรรม กรมโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งมีหน้าที่ติดตามดูแลโรงงาน ให้มีการดำเนินการอย่างถูกต้องตามกฎหมายและหลักวิชาการ





กรมควบคุมมลพิษ คือ แกนหลักในการดำเนินงานควบคุมการจัดการขยะอันตราย มีการจัดทำ **Roadmap** การจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตราย ฉบับผ่านความเห็นชอบจากคณะรักษาความสงบแห่งชาติ เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2557 โดยมีคณะกรรมการดูแลเรื่องการลักลอบทิ้งกากอุตสาหกรรมและขยะติดเชื้อ ทำหน้าที่ประสานงาน และสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ดำเนินงานเรื่องการควบคุมและลดปริมาณของเสียที่เป็นมลพิษทุกรูปแบบ โดยใช้มาตรการสนับสนุน เช่น การส่งเสริมการผลิตและบริโภคที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม การใช้เทคโนโลยีเพื่อให้เกิดการใช้ซ้ำหรือหมุนเวียนกลับมาใช้ใหม่ ส่งเสริมการป้องกันมลพิษตั้งแต่จุดกำเนิด การเพิ่มศักยภาพและขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการบำบัดน้ำเสียและการกำจัดขยะชุมชน รวมทั้งการเร่งแก้ไขปัญหามลพิษในพื้นที่วิกฤตซ้ำซากและสนับสนุนมาตรการจูงใจด้านภาษีและสิทธิต่าง ๆ แก่ผู้ประกอบการที่ร่วมโครงการแก้ไขปัญหาโลกร้อนและลดมลพิษ เป็นต้น

กรมอนามัย มีการออกกฎกระทรวงการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 โดยกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการเก็บ ขนย้าย กำจัดมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน

สำนักบริหารจัดการกากอุตสาหกรรม กรมโรงงานอุตสาหกรรม มีการออกคู่มือกำหนดรหัสสิ่งปฏิกูลหรือวัสดุที่ไม่ใช่แล้ว เพื่อให้กลุ่มอุตสาหกรรมการจัดการของเสียและวัสดุเหลือใช้ ให้สภาอุตสาหกรรมใช้เป็นแนวทางในการกำจัดขยะอันตรายอย่างถูกวิธี และมีการดำเนินโครงการการนำกากอุตสาหกรรมเข้าระบบ การติดตามการขนส่งกากของเสียอุตสาหกรรมด้วยระบบ GPS และการส่งเสริมการจัดการซากผลิตภัณฑ์อิเล็กทรอนิกส์



สมัชชาสุขภาพจังหวัดสระบุรี ร่วมกับเครือข่ายพัฒนาองค์กรชุมชน จ.สระบุรี และ อปท. ในการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับผู้นำชุมชน ในการจัดการขยะอันตรายในชุมชน และขยะกากอุตสาหกรรมที่เป็นพิษ และผลักดันให้เรื่องการจัดขยะอันตรายเป็นนโยบายสาธารณะระดับอำเภอ



สมัชชาสุขภาพจังหวัดระนอง ร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้จัดตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจสำหรับการจัดการขยะทั่วไปและขยะอันตรายจากชุมชน เพื่อจัดทำนโยบายด้านการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนในทุกมิติ



สมัชชาสุขภาพจังหวัดลำปาง ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ดำเนินการเรื่องการจัดการขยะอันตรายจากชุมชน โดยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในจังหวัด

ความก้าวหน้าในการขับเคลื่อนเรื่องการจัดการขยะอันตราย ได้ถูกกำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติ โดยรัฐบาลมีนโยบายที่จะออกพระราชบัญญัติขยะแห่งชาติ เพื่อการกำจัดขยะอย่างมีระบบ และยังได้สั่งการให้ผู้ว่าราชการจังหวัดจัดทำแผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของแต่ละจังหวัดให้เสร็จสิ้นภายในเดือนธันวาคม 2557 เพื่อเสนอคณะรัฐมนตรีให้จัดทำงบประมาณภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2558



กลุ่มบท
ที่ 8

การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม

จะเห็นได้ว่าการขับเคลื่อนมติจะสามารถบรรลุเป้าหมายได้นั้น ต้องเริ่มจากการสร้างความรู้ความเข้าใจและความตระหนักที่ถูกต้องในระดับครัวเรือนเป็นอันดับแรก และการมีแผนรองรับและการบริหารจัดการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนกระบวนการจัดการขยะอันตรายอย่างเป็นระบบและถูกวิธี เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพของชุมชนที่ยั่งยืนต่อไป



รูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มติ 2.1 การจัดการขยะอันตรายจากชุมชน อย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

เป้าหมายของมติ ให้ภาครัฐตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อจัดการขยะอันตราย ส่งเสริมการลดปริมาณขยะอันตรายผ่านแนวคิด "ความรับผิดชอบต่อผู้ผลิต" และให้ทุกภาคีเครือข่ายส่งเสริมการจัดการขยะอันตรายแบบองค์รวม



ผลการดำเนินงาน

รัฐบาล กำหนดให้การจัดการขยะอันตรายเป็นวาระแห่งชาติ

กระทรวงอุตสาหกรรม กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติและการควบคุมการจัดการกากอุตสาหกรรม

กรมอนามัย ออกกฎกระทรวงการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563

กรมควบคุมมลพิษ มี Roadmap การจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตราย

สำนักบริหารจัดการกากอุตสาหกรรม กรมโรงงานอุตสาหกรรม ออกคู่มือกำหนดรหัสสิ่งปฏิกูลหรือวัสดุที่ไม่ใช้แล้ว

สมัชชาสุขภาพจังหวัดสระบุรี ระนอง และลำปาง มีการผลักดันโครงการการกำจัดขยะอันตรายร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

กลุ่มมติ
ที่ 8

การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม

71



มติ 10.4

การจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน
แบบมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน



กลุ่มมติ
ที่ 8

การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม
ตอน

72



ร่วมมือจัดการขยะ เพื่อสุขภาวะชุมชน

“

ปัญหาขยะ เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่ส่งผลเสีย
ต่อระบบสุขภาวะและสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง
แม้รัฐบาลมีการประกาศใช้แผนแม่บทการบริหาร
จัดการขยะมูลฝอยของประเทศ พ.ศ. 2559 – 2564
และจัดทำแผนปฏิบัติการ

“ประเทศไทยไร้ขยะ”

รวมถึงออกกฎระเบียบต่าง ๆ
แต่ยังขาดการบูรณาการ
ในการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ

”

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้จัดการประชุมหารือ
เพื่อขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง

“การจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน
แบบมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน”

เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2561 สรุปสาระสำคัญที่ประชุมได้ดังนี้

กลุ่มมติ
ที่ 8

การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม

73



กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

เป็นแกนหลักในการประสานความร่วมมือของ อสม. กรรมการหมู่บ้าน ตำบล ประชาชน ในเรื่องการจัดการขยะ โดยเริ่มตั้งแต่การสร้างความรู้ความเข้าใจและการตระหนักรู้ เรื่องการจัดการขยะให้กับประชาชน พบว่า จังหวัดลพบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ จังหวัดสกลนคร เป็นพื้นที่ที่ควรมีการ นำมาถอดบทเรียนเรื่องการจัดการขยะที่ดีได้

ปัจจุบันสำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย

ได้สนับสนุนให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ส่งเสริมให้ชุมชนมีการคัดแยกขยะระดับครัวเรือน โดยผ่าน กลไกคณะกรรมการหมู่บ้าน และ อบต. รวมถึงปัจจุบันมี กลไกอาสาสมัครท้องถิ่นรักโลกในการจัดการขยะอย่างมี ส่วนร่วม

การปรับแก้ พ.ร.บ.รักษาความสะอาดและความเป็น ระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง พ.ศ. 2535 (แก้ไข เพิ่มเติม พ.ศ. 2560)

ช่วยให้การทำงานของ อบต. คล่องตัวขึ้นมาก นอกจากนี้ การปรับแก้ พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 (แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2550) ยังช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วม ของกลไกระดับจังหวัดเข้ามาขับเคลื่อนเรื่องการจัดการ ขยะมูลฝอยได้ เช่น คณะกรรมการจัดการปฏิกลมูลฝอย จังหวัด



กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม โดยกรมควบคุมมลพิษ

สามารถให้การสนับสนุนในเรื่ององค์ความรู้ และมาตรฐานด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ซึ่งทางกระทรวงมหาดไทยสามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้ ยังมีหน่วยงานภายใต้กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ที่ดำเนินการเรื่องนี้ด้วย คือ สำนักนโยบายและแผน กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กรมทรัพยากรชายฝั่งและสำนักงานสิ่งแวดล้อมภาค

ปัจจุบันมีกลไก คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.)

ที่ได้กำหนดประเด็นเรื่อง “ขยะ” เป็นเป้าหมายในการขับเคลื่อนอยู่ 4 เขต ได้แก่ เขต 5 6 9 และ 10 และยังมีกลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) รวมถึงองค์กรเครือข่าย เช่น สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) องค์กรภาคประชาชน ภาครัฐกิจเอกชน ที่จะสามารถนำเรื่องนี้ไปช่วยขับเคลื่อนได้

“
**เพราะขยะเป็นปัญหา
ที่ต้องถูกกำจัด**
”

กลุ่มบท
ที่ 8

การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม

75

รูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มติ 10.4 การจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน แบบมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน

เป้าหมายของมติ จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อจัดทำแผนงานที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน มีมาตรการจูงใจให้สถานประกอบการรับผิดชอบบรรจุภัณฑ์ และออกข้อบัญญัติท้องถิ่น เกี่ยวกับการจัดการขยะ



ผลการดำเนินงาน เช่น

มีการออกพระราชบัญญัติ รักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2560

กระทรวงมหาดไทย จัดทำแผนปฏิบัติการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัดสะอาด” มอบหมายให้จังหวัดตั้งคณะกรรมการจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ภายใต้แผนปฏิบัติการด้านการจัดการขยะของประเทศ (พ.ศ. 2565 – 2570)

กลุ่มมติ
ที่ 8

การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม

76





กลุ่มมดที่ 9

มดที่เกี่ยวข้องกับยา



กลุ่มมด
ที่ 9

มดที่เกี่ยวข้องกับยา

มติ 1.2

การเข้าถึงยาถ้วนหน้า ของประชากรไทย



กลุ่มมติ
ที่ 9

มติด้านสุขภาพ
ของประชาชน

สุขภาพดีถ้วนหน้า เข้าถึงยาได้ทุกคน

“

การเข้าถึงระบบยาและระบบสุขภาพถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน
ตามหลักสิทธิมนุษยชนสากล ดังที่สำนักนายกรัฐมนตรี ได้ออก

**“ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย
คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2551”**

รวมถึงแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ
เมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551 เพื่อให้การกำหนด
นโยบายแห่งชาติด้านยาและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ
เป็นไปอย่างมีระบบและมีประสิทธิภาพ

สอดคล้องกับความเห็นของสมาชิกสภาสุขภาพแห่งชาติ
ซึ่งเห็นว่ายาเป็นสินค้าคุณธรรมที่ต้องมีใช้เพื่อประโยชน์สาธารณะ
อย่างเพียงพอ ท້วถึง และทันการณั้

โดยคนไทยต้องสามารถเข้าถึงได้อย่างถ้วนหน้า ดังนั้น
สมาชิกสภาสุขภาพแห่งชาติจึงได้ลงมติรับรอง

“ยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย”

เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2551

โดยให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) นำเสนอยุทธศาสตร์
และจัดทำแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์
ประสานหน่วยงานภาคีเครือข่ายให้มีการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์
ที่จำเป็นเร่งด่วนและต้องดำเนินการทันที ตลอดจนจัดให้มีกลไกทรงำง
แผนปฏิบัติการโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
และติดตามผลการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ

”

กลุ่มมติ
ที่ 9

มติที่เกี่ยวข้องกับยา

79

คสช. ในคราวประชุมวันที่ 26 ธันวาคม 2551 และวันที่ 23 มีนาคม 2552 จึงมีมติเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 มติที่ 2 การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย และเสนอต่อคณะรัฐมนตรี (ครม.) ซึ่งมีมติรับทราบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติดังกล่าว เมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม 2552 ต่อมาได้มีมติเห็นชอบยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2552 โดยกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนและจัดทำแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์นี้ คือ คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ซึ่งได้รับการแต่งตั้งตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2551

ในการดำเนินการขับเคลื่อนมติ การได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายถือเป็นพื้นฐานเพื่อสำคัญ โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในฐานะแกนนำหลักในการขับเคลื่อนมติ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการยกร่างแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย ที่รวบรวมความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ วิชาชีพและภาคสังคม เพื่อทำการยกร่างแผนปฏิบัติการ และคณะกรรมการฯ ได้ตั้งคณะอนุกรรมการอีก 5 คณะ เป็นกลไกดำเนินการในด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) คณะอนุกรรมการประสานความร่วมมือเครือข่ายเพื่อการเข้าถึงยา 2) คณะอนุกรรมการสนับสนุนกลุ่มผู้ป่วยเพื่อการเข้าถึงยาและพัฒนาการใช้กฎหมาย 3) คณะอนุกรรมการส่งเสริมการกำหนดราคายาที่สอดคล้องกับค่าครองชีพ 4) คณะอนุกรรมการพัฒนาอุตสาหกรรมยาภายในประเทศ การวิจัยและพัฒนา ยา และ 5) คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม รวมถึงมีการจัดกระบวนการรับฟังความเห็น ระดมความคิดจากทุกภาคส่วนและเสนอ (ร่าง) แผนปฏิบัติการฯ ต่อคณะกรรมการยกร่างแผนปฏิบัติการฯ เป็นระยะจนทำให้ได้ข้อสรุปและผ่านการรับรอง และส่งมอบให้กับคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ที่มีพลตรี สนั่น ขจรประศาสน์ เป็นประธานกรรมการ (ในขณะนั้น)

คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ จึงได้จัดทำนโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2554 - 2559 เสนอต่อกรม โดยมีมติให้ความเห็นชอบ เมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2554 และมอบหมายให้ **คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา** เป็นกลไกหลักในการกำหนดแผนงาน เป้าหมาย ตัวชี้วัด และกลไกติดตามประเมินผลความสำเร็จ โดยการร่วมมือกันของภาคีหน่วยงานของรัฐ ที่มีหมุดหมายเดียวกันในการบรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถวัดผลได้

แม้ว่าตัวยุทธศาสตร์จะมีความเข้มแข็งเพียงใด แต่การบรรลุเป้าหมายที่แท้จริงต้องไม่ใช่แค่แผนในกระดาษ แต่เป็นการที่ยุทธศาสตร์นั้นถูกแปลงเป็นแผนปฏิบัติที่สามารถวัดผลความสำเร็จได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) จึงได้จัดทำและเผยแพร่ นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2554 - 2559 ทางเว็บไซต์สำนักยา

<https://ndp.fda.moph.go.th/>

ทั้งนโยบายและยุทธศาสตร์ดังกล่าว จึงกลายเป็นกรอบคิดหลักที่หน่วยงานต่าง ๆ ใช้เป็นฐานอ้างอิงในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเรื่องยา โดยการดำเนินการต้องมุ่งเน้นความสำคัญและความสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ข้างต้น

ตัวอย่างการดำเนินงานที่สอดคล้องกับนโยบายแห่งชาติ
ด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยา
แห่งชาติ พ.ศ. 2554 - 2559 เช่น

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552

เรื่อง ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม
: เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ป่วย
และได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการพัฒนาระบบยา
แห่งชาติแล้ว เมื่อวันที่ 2 กันยายน 2553

มีการปรับยุทธศาสตร์ย่อยในแผนยุทธศาสตร์ทรัพยากร
ทางปัญญาแห่งชาติในส่วนของยาและเวชภัณฑ์ ให้สอดคล้อง
กับยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย
โดยนายกรัฐมนตรีสั่งการให้กระทรวงสาธารณสุขและ
กระทรวงพาณิชย์ไปหาทางออกร่วมกัน

คณะกรรมการ 3 กองทุน

ได้ลงนามความร่วมมือจัดทำ “ราคากลางยา และ
เครื่องมือแพทย์” เพื่อช่วยให้รัฐลดภาระค่าใช้จ่ายที่เกิน
ความจำเป็นและทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ง่ายขึ้น โดยจะ
เริ่มใช้ในกลุ่มยาราคาแพงหรือที่เรียกว่า บัญชียา จ (2)
จำนวน 7 รายการ รักษาโรคสำคัญ อาทิ มะเร็งเต้านม
มะเร็งปอด เกล็ดเลือดต่ำ กล้ามเนื้ออ่อนแรง คาวาซากิ
อาการติดเชื้ออย่างรุนแรง รวมถึงจอประสาทตาเสื่อม
เมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2555

เครือข่ายผู้ติดตามเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย

ได้มอบคู่มือการตรวจสอบสิทธิบัตรเกี่ยวข้องกับการประดิษฐ์ทางยา ให้กรมทรัพย์สินทางปัญญาได้ดำเนินการปรับปรุงระบบการตรวจสอบคำขอรับสิทธิบัตร เพื่อป้องกันการให้สิทธิบัตรที่อาจส่งผลให้ยาามีราคาแพง และผู้ป่วยในไทยเข้าถึงยาได้ยาก เป็นต้น

อีกหนึ่งการดำเนินการสำคัญคือ

กลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.)

ที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้สนับสนุนการดำเนินงานแผนงาน เพื่อทำหน้าที่เป็นศูนย์เฝ้าระวังระบบยาที่เข้มแข็ง (Drug System Watchdog) โดยอาศัยความร่วมมือและการสนับสนุนจากหน่วยงานและเครือข่ายต่าง ๆ ในการเฝ้าระวังและส่งสัญญาณปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบยาอย่างเท่าทันสถานการณ์ โดยมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2550 และได้ยกระดับจากแผนงาน เป็นศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา ในปัจจุบัน

ซึ่งการดำเนินการขับเคลื่อนมติดังกล่าวอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

กลุ่มบท
ที่ 9

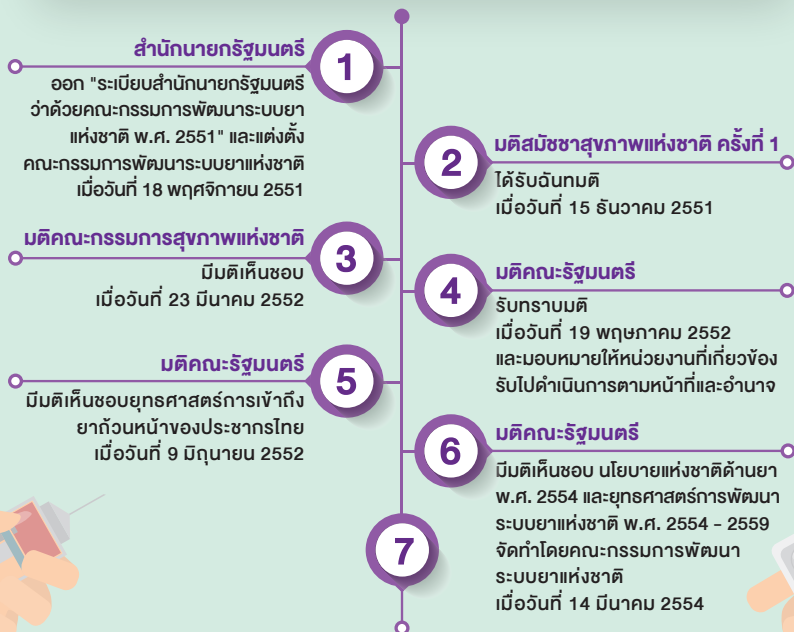
บทที่เกี่ยวข้องกับยา

83

รูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มติ 1.2 การเข้าถึงยาทั่วหน้า ของประชากรไทย

เป้าหมายของมติ รับรองและนำเสนอยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาทั่วหน้าของประชากรไทย ต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อขอความเห็นชอบและจัดทำแผนปฏิบัติการโดยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม พร้อมทั้งติดตามผลการดำเนินงาน



ผลการดำเนินงาน เช่น

สำนักนายกรัฐมนตรี ออก "ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2551" และแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จัดทำแผนปฏิบัติการ ประสานภาคีเครือข่ายให้มีการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ฯ และติดตามผลการดำเนินงาน

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ แต่งตั้งคณะกรรมการยกร่างแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์ฯ รวบรวมความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน

คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ จัดทำนโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2554 - 2559

คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา กำหนดแผนงาน เป้าหมาย ตัวชี้วัด และกลไกติดตามประเมินผลความสำเร็จ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จัดทำและเผยแพร่นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2554 - 2559 ทางเว็บไซต์ <https://ndp.fda.moph.go.th>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนการดำเนินงานแผนงานกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) ยกระดับจากแผนงานเป็นศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาาระบบยา

กลุ่มมติ
ที่ 9

มติที่เกี่ยวข้องกับ
ยา

มติ 2.4

ยุติการส่งเสริม
การขายยาที่ขาดจริยธรรม
: เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ
และสุขภาพของผู้ป่วย



กลุ่มมติ
ที่ 9

มติที่เกี่ยวข้องกับ
ยา

85

คุณเข้มจริยธรรมการขายยา ต้องไม่แสวงหาประโยชน์จากผู้ป่วย

“

ในยามเจ็บป่วย มนุษย์จะทำทุกวิถีทาง
เพื่อให้ตนเองหายจากอาการเจ็บป่วยนั้น
เมื่อความทุกข์ทรมาน
จากอาการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น
แน่นอนว่าความตระหนักรู้
และความสามารถในการคิดวิเคราะห์จะลดลง
นี่จึงเป็นช่องว่างให้ผู้ที่ถกดวยโอกาส
โดยการสั่งใช้ยาที่ขาดจริยธรรม
ใช้ความอ่อนแอทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย
เป็นเครื่องมือในการเรียกรับประโยชน์
ส่งผลให้เกิดความสูญเสียโดยตรง
ต่อสุขภาพของผู้ป่วย
และยังกระทบต่อความน่าเชื่อถือต่อ
แพทย์ เภสัชกร และบุคลากรทางการแพทย์
ที่เกี่ยวข้อง

”

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 จึงมีมติรับรอง **“ยุทธศาสตร์ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม”** และให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) นำเสนอมตินี้ต่อคณะรัฐมนตรี ซึ่งได้ให้ความเห็นชอบเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2553 โดยมอบหมายให้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ดำเนินงานแต่งตั้งคณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล ดำเนินงานใน 4 เรื่องหลัก ได้แก่ 1) การเข้าถึงยา 2) การใช้อย่างสมเหตุผล 3) การพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตยา ชีววัตถุ และสมุนไพรเพื่อการพึ่งพาตนเอง และ 4) การพัฒนาระบบการควบคุมยาเพื่อประกันคุณภาพ ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยา ซึ่งคณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล ได้แต่งตั้ง **คณะทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมจริยธรรมผู้สั่งใช้ยาและยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมขึ้น** เมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2554 เพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามมตินี้

จากนั้น คณะทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมจริยธรรมผู้สั่งใช้ยา และยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม ได้ดำเนินการยกร่าง **“เกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาของประเทศไทยกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทและความสัมพันธ์ของแพทย์ เภสัชกร และบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ”** ที่มีสาระในการแยกยาออกจากสินค้าอุปโภคบริโภคอย่างอื่น จึงไม่ควรมีการส่งเสริมให้เกิดการบริโภคยาโดยไม่จำเป็น ต่อมาคณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล ได้มีการจัดประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อรับฟังความคิดเห็นในการปรับปรุงร่างเกณฑ์ฯ ดังกล่าว เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ซึ่งได้มีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2555 และได้ออก **“ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาของประเทศไทย”** เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน นำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติในการส่งเสริมธรรมาภิบาลในระบบยาต่อไป เมื่อวันที่ 13 มกราคม 2558

ต่อมา เมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2558 ที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ได้พิจารณาและให้ความเห็นชอบ **การปรับปรุงเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาของประเทศไทย** โดยมีการกำหนดให้บริษัทผู้ผลิตยา บริษัทยา สมาคมผู้บริโภควา สภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับยา จะต้องไม่ให้ผลประโยชน์ที่นำมาซึ่งการสั่งใช้ยาของบริษัทตัวเอง และการปรับปรุงขั้นตอนและกระบวนการจัดทำราคากลาง รวมถึงแนวทางการแก้ไขปัญหาการรักษาพยาบาลราคาแพง 3 เรื่อง ได้แก่

1) ราคายา

จะต้องจำหน่ายไม่ให้เกินราคาที่ติดมาจากโรงงานผู้ผลิต และโรงพยาบาลเอกชนสามารถเรียกเก็บค่าบริการทางเภสัชกรรมได้ในราคาที่เหมาะสม โดยจะต้องแจ้งราคายาให้ผู้รับบริการทราบก่อนชำระค่ายา ตลอดจนให้ผู้รับบริการสามารถนำไปสั่งยาไปซื้อนอกโรงพยาบาลได้

2) ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินวิกฤต

สามารถรับการรักษาที่เร่งด่วนตามมาตรฐานในโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด โดยไม่มีค่าใช้จ่าย

3) เร่งจัดทำระบบตรวจสอบอัตราค่ารักษาพยาบาล

และให้ข้อมูลแก่ประชาชนตลอดจนเปิดสายด่วนรับเรื่องร้องเรียนค่ารักษาพยาบาลแพงตลอด 24 ชั่วโมง 2 หมายเลข คือ **02 1937 999, 1330 และ โทร. 1166** เฉพาะเวลาราชการ

รูปธรรมการขับเคลื่อนมตสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มติ 2.4

ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม
: เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ป่วย

เป้าหมายของมติ รับรองยุทธศาสตร์ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม นำเสนอ
ยุทธศาสตร์ฯ ต่อคณะรัฐมนตรีและจัดตั้งคณะทำงานอิสระเพื่อกำกับดูแลธุรกิจยา



ผลการดำเนินงาน เช่น

คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล แต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริม
จริยธรรมผู้สั่งใช้ยาและยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ออกประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์
จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาของประเทศไทย

ที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ให้ความเห็นชอบ การปรับปรุงเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วย
การส่งเสริมการขายยาของประเทศไทย กำหนดให้ผู้เกี่ยวข้องต้องไม่ให้ผลประโยชน์ที่นำมาซึ่งการสั่งใช้ยา
ของบริษัตัวเอง ปรับปรุงกระบวนการจัดทำราคากลาง จัดทำระบบตรวจสอบคำรักษาพยาบาล และ
เปิดสายด่วนรับเรื่องร้องเรียนคำรักษาพยาบาลแพ่งตลอด 24 ชั่วโมง

กลุ่มมติ
ที่ 9

มติที่เกี่ยวข้องกับยา

89





มติ 4.5



การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมาย
ของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ทางวิทยุกระจายเสียง
สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต



WIKI



กลุ่มมติ
ที่ 9

มติที่เกี่ยวข้องกับ

90

สานพลังสร้างความตระหนักรู้ ไม่เป็นเหยื่อโฆษณาผิดกฎหมาย

“

การโฆษณา ยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ
เป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่ต้องใช้ความระมัดระวัง
และรอบคอบอย่างมากในการนำเสนอ
การอวดอ้างสรรพคุณเกินจริง
ส่งผลต่อสุขภาพประชาชน
ทั้งทางตรงและทางอ้อม
การป้องกันปัญหาดังกล่าว
ต้องเริ่มจากการปลูกฝังให้ผู้บริโภคและสังคม
รู้เท่าทันการโฆษณา
รวมถึงความร่วมมือจากทุกภาคส่วน
ในการสร้างกลไกที่เข้มแข็ง
เพื่อจัดการปัญหาการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย
ของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ

”

กลุ่มบท
ที่ 9

บทที่เกี่ยวข้องกับยา

ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2554

ได้ตระหนักถึงความสำคัญของประเด็นดังกล่าว จึงมีมติขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งมีมติเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2555 เสนอมติต่อคณะรัฐมนตรี ซึ่งมีมติรับทราบ เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2555 และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป โดยให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานอัยการสูงสุด คณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) และกองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นกลไกหลักในการดำเนินการอย่างมีส่วนร่วม สนับสนุนการจัดทำฐานข้อมูลและเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับโฆษณาที่ทันต่อสถานการณ์

ในด้านการดำเนินงาน

มีหลายภาคส่วนให้ความร่วมมือในการขับเคลื่อนมติ เพื่อให้เกิดกลไกการดำเนินงานในการจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต ดังนี้

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

จัดเวที “สานพลังคุ้มครองผู้บริโภคโฆษณา ยา อาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย” โดยได้รับความร่วมมือจากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันสนับสนุนการแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

ได้ปรับปรุงกฎหมาย 3 ฉบับ ที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ด้านอาหารและยา ได้แก่ พ.ร.บ.อาหาร พ.ศ. 2522 พ.ร.บ.ยา พ.ศ. 2510 และ พ.ร.บ.เครื่องสำอาง พ.ศ. 2535 ได้มีการแก้ไขปรับปรุงผู้ประกอบการที่โฆษณาเกินจริงและไม่ได้รับอนุญาตจาก อย. จาก 5,000 บาท เป็น 500,000 บาท ไปจนถึงโทษจำคุกและปรับรายวัน การพักใบอนุญาตผลิต การเพิกถอนทะเบียนตำรับและเลขสารบบ

สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และ กิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) กองบังคับการปราบปราม การกระทำความผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค (บก.ปคบ.) แผนงานพัฒนาโลกเฝ้าระวังระบบยา (กพย.)

ได้มีการลงนามบันทึกข้อตกลง เรื่อง การกำกับดูแลโฆษณาอาหารยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายหรือมีลักษณะเป็นการเอาเปรียบผู้บริโภค

กรมสรรพากร และกรมสอบสวนคดีพิเศษ

ร่วมกันเพื่อส่งต่อข้อมูลและขยายผลจับกุมผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับ การผลิตยาปลอม อาหารปลอม ลักลอบผลิต ลักลอบนำเข้า เพื่อให้การดำเนินงานปราบปรามผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมายครอบคลุมทั่วถึงยิ่งขึ้น

ในด้านการจัดทำแผนยุทธศาสตร์

ภาคีเครือข่ายได้ร่วมกันจัดทำ “แผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. 2557 - 2561” เสนอต่อที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556 และมีฉันทมติรับรอง เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2557 และได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2557 ต่อมาคณะรัฐมนตรีได้พิจารณารับทราบมติดังกล่าว เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2558

ในด้านความก้าวหน้าในการดำเนินงาน

ตามแผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. 2557 - 2561

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

จัดทำ Application “SMART อย.” เปิดสายด่วน 1556 ตู้ ปณ. 1556 และอีเมล 1556@fda.moph.go.th สำหรับรับเรื่องร้องเรียนต่าง ๆ จัดทำคู่มือโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทั้งยา อาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ ส่งถึงผู้ประกอบการ ผู้ขออนุญาตโฆษณา และผู้รับผิดชอบสื่อโฆษณา มีการแจ้งระงับโฆษณาและเปรียบเทียบปรับเจ้าของสื่อโทรทัศน์และวิทยุทั้งหมด 102 รายการ

สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.)

เฝ้าระวังและปราบปรามการโฆษณาอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย ตรวจพบโทรทัศน์ดาวเทียม และเคเบิลที่มีการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย 52 รายการ พบการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย 33 รายการ ทางวิทยุกระจายเสียง

จะเห็นได้ว่าการสร้างเครือข่ายกลไกการเฝ้าระวังจัดการปัญหาการโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ช่วยส่งเสริมให้เกิดกลไกการทำงานที่สามารถวัดผลได้จริง ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ ทำให้การดำเนินงานขับเคลื่อนมีความก้าวหน้าไปในทิศทางที่น่าพอใจ

รูปธรรมการขับเคลื่อนมิติสุขภาพแห่งชาติ

มิติ 4.5 การจัดการปัญหาโภชนาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต

เป้าหมายของมิติ สนับสนุนการจัดทำฐานข้อมูลและเผยแพร่ข้อมูลโภชนาที่ผิดกฎหมาย ปรับปรุงและบังคับใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพและเพิ่มบทลงโทษ กำหนดหลักเกณฑ์และบทลงโทษสำหรับผู้ประกอบการสื่อ และพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ เพื่อจัดการปัญหาโภชนาในทุกสื่อ

มิติสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4

ได้รับฉันทมติ

เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2555

1

มติคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

มีมติเห็นชอบ

เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2555

2

มติคณะรัฐมนตรี

รับทราบมติ

เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2555

3

มิติสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6

ได้รับฉันทมติรับรอง “แผนยุทธศาสตร์

การจัดการปัญหาโภชนาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. 2557 - 2561”

เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2557

4

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

เห็นชอบแผนยุทธศาสตร์ฯ

เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2557

5

คณะรัฐมนตรี

รับทราบแผนยุทธศาสตร์ฯ

เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2558

6

7

ผลการดำเนินงาน เช่น

เกิดแผนยุทธศาสตร์ การจัดการปัญหาโภชนาที่ผิดกฎหมายของยา อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. 2557 - 2561

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จัดเวที “สานพลังคุ้มครองผู้บริโภคโภชนา ยา อาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย”

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ปรับปรุงกฎหมาย 3 ฉบับ ที่เกี่ยวข้องกับการผลิตทางด้านอาหาร และยา เพิ่มโทษปรับผู้ประกอบการที่โฆษณาเกินจริงและไม่ได้รับอนุญาตจาก อย. จัดทำ Application “SMART อย.” เปิดสายด่วน 1556 ตู้ ปณ. 1556 และอีเมล 1556@fda.moph.go.th สำหรับรับเรื่องร้องเรียน

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกากระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ กองบังคับการปราบปรามการกระทำผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค แผนงานพัฒนาไกลเฝ้าระวังระบบยา ลงนามบันทึกข้อตกลง มีกลไกเฝ้าระวังและปราบปรามการโฆษณาอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย

กรมสรรพากร และกรมสอบสวนคดีพิเศษ ร่วมกันขยายผลจับกุมผู้กระทำความผิด

กลุ่มมิติ
ที่ 9

มิติที่ 9
แบบฉบับ

95



มติ 6.4

แผนยุทธศาสตร์

การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมาย
ของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ

พ.ศ. 2557 - 2561

NEWS

กวดกรรเบียบ! โฆษณา ผลิตภัณฑสุภาพผัดกกฎหมาย

“

การโฆษณาที่ผัดกกฎหมาย
ของยา อาหาร และผลิตภัณฑสุภาพ
เป็นเรื้องสุ่มเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบโดยตรง
ต่อสุภาพของประชาชน
อาจทำให้ประชาชนหลงเชื่อ
และขาดการตระหนักรู้ต่อการบริโภคยา
อาหาร และผลิตภัณฑสุภาพ

”

ที่ประชุมสมัชชาสุภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556 จึงมีความห่วงกังวล
และเห็นว่าการแก้ไขปัญหายที่ยั่งยืนนั้น จะต้องมียุทธศาสตร์และการมีส่วนร่วม
จากภาคีเครือขาย จึงมีมติรับรองแผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโฆษณา
ที่ผัดกกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑสุภาพ พ.ศ. 2557 – 2561
เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานหลากหลายมิติ

กลุ่มบท
ที่ 9

บทที่ 9
เกี่ยวกับวงจรรักษา

97

ที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้มีมติเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. 2557 – 2561 เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2557 เสนอมตินี้ต่อคณะรัฐมนตรีซึ่งได้พิจารณารับทราบมติ เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2558 โดยให้ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ประสานการดำเนินงานร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ในด้านการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ

มีหลายหน่วยงานที่ร่วมมือกันดำเนินการ เช่น คณะกรรมการอาหารและยา และภาคีเครือข่าย ได้ร่วมกันตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ และอินเทอร์เน็ต และ คณะทำงานพัฒนาระบบการกำกับดูแลปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย รวมถึงดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีการทำงานร่วมกันในการแก้ปัญหาการโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพต่าง ๆ โดยเฉพาะ อย. และ กสทช. ที่มีอำนาจตามกฎหมายในการสั่งพัก หรือเพิกถอนใบอนุญาต ทำให้ผู้ประกอบการมีความระมัดระวังและรอบคอบมากขึ้น

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

มีการปรับแก้กฎหมายโฆษณา ให้มีบทลงโทษมากขึ้น เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค เช่น เพิ่มอัตราโทษให้สูงขึ้น ทั้งโทษจำคุก และโทษปรับ **ปรับแก้ร่าง พ.ร.บ.เครื่องสำอาง พ.ศ. 2535** เกี่ยวกับอำนาจในการระงับโฆษณาและดำเนินคดีทางอาญา โฆษณาเครื่องสำอาง และจะพิจารณาดำเนินการตามกฎหมายกับผู้กระทำความผิด มีการจัดอบรมให้กับผู้ประกอบการร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ สร้างความตระหนักเรื่องจรรยาบรรณเกี่ยวกับการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)

กสทช.เขต รวมถึงเครือข่ายผู้บริโภค มีการ**บูรณาการการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย**ที่เกี่ยวกับการกำกับดูแลโฆษณาในส่วนภูมิภาค มีการ**จัดทำเว็บไซต์โฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ** โดยรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณา พร้อมทั้งจัดทำฐานข้อมูลการโฆษณาของผลิตภัณฑ์ยา อาหาร เครื่องมือแพทย์ ให้สมบรูณ์สามารถใช้งานได้ทั้งในทุกภาคส่วน

คณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.)

ได้จัดตั้ง **คณะทำงานกำกับดูแลโฆษณา ยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ**ที่ผิดกฎหมาย หรือมีลักษณะเอาเปรียบผู้บริโภคในกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ เพื่อเฝ้าระวังโฆษณาทางช่องทีวีดาวเทียม 53 ช่อง และส่งเทปให้ อย. ตรวจสอบ

กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

ได้ดำเนินการร่วมกับ ออย. ในการระงับการเผยแพร่ในเว็บไซต์ การยื่นคำร้องต่อศาลในการปิดเว็บไซต์ การสืบสวนจับกุม ร่วมกัน มีการประเมินผลงานร่วมกัน และมีกิจกรรมรณรงค์ สร้างสรรค์ร่วมกัน โดยความร่วมมือกับสำนักป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดทางเทคโนโลยี สารสนเทศ ที่มีหน้าที่ปิดเว็บไซต์ที่ทำผิดกฎหมาย

กองบังคับการปราบปรามการกระทำผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค (บก.ปคบ.)

ได้กำหนดมาตรการป้องกัน มีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนและผู้บริโภคตระหนักถึงพิษภัยของการโฆษณาอาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ และผลิตภัณฑ์สุขภาพ และมาตรการปราบปราม โดยมีศูนย์ปฏิบัติการ บก.ปคบ. เฝ้าระวังรายการหรือโฆษณาตามสื่อต่าง ๆ

ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.)

ดำเนินโครงการส่งเสริมการเฝ้าระวังและรู้ทันการโฆษณาอาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย โดยการสนับสนุนให้เกิดกลไกเฝ้าระวังการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย มีการจัดฝึกอบรม เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเฝ้าระวังในระดับพื้นที่ จัดทำคู่มือการตรวจสอบเฝ้าระวังโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพเบื้องต้น คู่มือร้องเรียนสำหรับประชาชน

การดำเนินงานข้างต้น เป็นการแสดงให้เห็นถึงความร่วมมือที่แข็งแกร่งของภาคีเครือข่าย โดยมุ่งเน้นการจัดการโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพให้หมดไป ทำให้เกิดความก้าวหน้าของการขับเคลื่อน และทุกภาคส่วนยังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

รูปธรรมการขับเคลื่อนมิติสุขภาพแห่งชาติ

มติ 6.4 แผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสุขภาพที่ผิดกฎหมาย ของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. 2557 – 2561

เป้าหมายของมติ รับรองแผนยุทธศาสตร์ฯ และเสนอให้คณะรัฐมนตรีพิจารณา ให้ทุกภาคส่วน
ร่วมกันขับเคลื่อนแผนฯ ให้เครือข่ายภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง และเผยแพร่
ให้ความรู้การบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ



ผลการดำเนินงาน เช่น

มีแผนยุทธศาสตร์ การจัดการปัญหาสุขภาพที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. 2557 – 2561

มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ ขับเคลื่อนการจัดการปัญหาสุขภาพที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ และอินเทอร์เน็ต และ คณะทำงานพัฒนาระบบการกำกับดูแลปัญหาสุขภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ปรับแก้กฎหมายโฆษณาให้มีบทลงโทษมากขึ้น ปรับแก้ร่าง พ.ร.บ. เครื่องสำอาง พ.ศ. 2535

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เครือข่ายผู้บริโภค บูรณาการการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายในส่วนภูมิภาค

คณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ จัดตั้งคณะทำงานกำกับดูแลโฆษณาอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย

กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ระวังการเผยแพร่ในเว็บไซต์ผิดกฎหมาย

กองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค กำหนดมาตรการป้องกัน

ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา ดำเนินโครงการส่งเสริมการเฝ้าระวังและรู้ทันการโฆษณา ยา อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย

กลุ่มมติ
ที่ 9

มติที่เกี่ยวข้องกับ
แผนงานสุขภาพ

101

มติ 8.5

วิกฤตการณ์เชื้อแบคทีเรียดื้อยา และการจัดการปัญหาแบบบูรณาการ



กลุ่มมติ
ที่ 9

มติที่เกี่ยวข้องกับฯ

102

ร่วมฝ่าวิกฤต! พิชิต ‘เชื้อดื้อยา’

“

ทั่วโลกต่างเผชิญกับปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ
(Antimicrobial resistance: AMR)
หรือที่เรียกสั้น ๆ ว่า ‘เชื้อดื้อยา’ ซึ่งจัดเป็น 1 ใน 10
ภัยคุกคามทางสุขภาพที่มีความรุนแรง
และเป็นปัญหาร่วมของสิ่งมีชีวิตในโลกนี้
เพราะเชื้อแบคทีเรียได้พัฒนาตัวเองให้สามารถอยู่รอด
และเจริญเติบโตได้แม้จะสัมผัสกับยาต้านแบคทีเรีย
หรือยาปฏิชีวนะก็ตาม โดยมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการ
ใช้ยาต้านแบคทีเรียเกินจำเป็น ไม่สมเหตุผล
หรือใช้ไม่ถูกต้อง ทั้งในสถานพยาบาลคนและสัตว์
ในชุมชน ในภาคเกษตรกรรม ตลอดจนจากการติดตาม
และควบคุมการระบาดของเชื้อแบคทีเรียดื้อยา
ทำให้จากที่เคยรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียได้ผล
กลับทวีความยากลำบากในการรักษาจนลุกลาม
เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ซึ่งมีผู้เสียชีวิตจากปัญหาเชื้อดื้อยา
ทั่วโลกมากถึงปีละประมาณ 1.27 ล้านคน
และคาดการณ์ว่าในปี 2593
จะมีผู้เสียชีวิตจากปัญหานี้สูงถึง 10 ล้านคน
คิดเป็นมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจ 3,500 ล้านล้านบาท

”

กลุ่มมติ
ที่ 9

บันทึกช่วยจำของกษัตริย์

103

สำหรับสถานการณ์และแนวโน้มในประเทศไทย ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยา ด้านจุลชีพแห่งชาติ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ชี้ให้เห็นถึงอัตราการเกิด เชื้อแบคทีเรียดื้อยาเพิ่มสูงและรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยแต่ละปี มีคนไทย ตีตเชื้อแบคทีเรียดื้อยาประมาณ 88,000 คน ในจำนวนนี้เสียชีวิตมากถึง 38,000 ราย ซึ่งผู้ป่วยที่ตีตเชื้อดื้อยามีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป 1.5 เท่า ขณะที่ด้านเศรษฐกิจของประเทศ มีประมาณการว่าไทยสูญเสีย ทางเศรษฐกิจจากปัญหาดังกล่าวทั้งทางตรงและทางอ้อมสูงถึง 6,000 ล้านบาท และ 40,000 ล้านบาท ตามลำดับ

บนเส้นทางของการต่อสู้กับปัญหาเชื้อดื้อยาในประเทศไทย ที่ผ่านมา หลายภาคส่วนได้พยายามขับเคลื่อนงาน มีการจัดตั้งกลไกที่เกี่ยวข้อง หลายสิบชุด มีหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องมากมายหลายหน่วยงาน ทว่ากลับเป็นไป แบบแยกส่วนต่างคนต่างทำไม่มีกลไกกลางประสานการทำงานร่วมกัน ไม่มี แผนยุทธศาสตร์ เพื่อแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาเป็นการเฉพาะ ทำให้ไม่สามารถจัดการ การแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาชนิดใหม่ได้อย่างเป็นเอกภาพและทันทั่วทั้ง

ปฏิบัติการสานพลังความร่วมมือจึงเริ่มก่อตัวขึ้นในปี 2558 หลังจาก ประเทศไทยได้รับรองมติการประชุมสมัชชาอนามัยโลก “**แผนระดับโลก เพื่อจัดการปัญหาเชื้อดื้อยา (Global Action Plan on Antimicrobial Resistance)**” กระทรวงสาธารณสุขได้แต่งตั้งคณะกรรมการประสานและ บูรณาการงานด้านการดื้อยาด้านจุลชีพ เพื่อทำหน้าที่จัดทำแผนยุทธศาสตร์ การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพของประเทศไทย และในปีเดียวกันได้มีการ พัฒนานโยบายสาธารณะผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เน้น การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน จนเกิดเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ “**มติ 8.5 วิฤตการณ์เชื้อแบคทีเรียดื้อยาและการจัดการปัญหาแบบบูรณาการ**” ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ที่ชีวิตมนุษย์ สัตว์ พืช และสิ่งมีชีวิตต่าง ๆ มีความเกี่ยวเนื่องกัน ไม่สามารถมองปัญหาและการแก้ไข แบบแยกส่วนได้ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมคือการจัดการกับปัญหาวิฤตการณ์ เชื้อแบคทีเรียดื้อยา ด้วยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนบนฐานองค์ความรู้ ที่หลากหลายและมีทิศทางที่ถูกต้อง

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กระทรวงสาธารณสุข เป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนเรื่องนี้ ได้ดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่าย ทั้งระดับนโยบายและระดับพื้นที่ เช่น หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ฯลฯ จนเกิดเป็นแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560 – 2564 ที่มีเจตนารมณ์เพื่อเสริมสร้างการบูรณาการของ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ ภายใต้แนวคิด สุขภาพหนึ่งเดียว โดยมีคณะกรรมการนโยบายการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ เป็นกลไกหลัก ต่อมาได้มีการขยายกรอบระยะเวลาของแผนยุทธศาสตร์ ให้ครอบคลุมถึงปี 2565 เพื่อให้แผนปฏิบัติการแห่งชาติด้านการดื้อยาต้านจุลชีพ ระยะที่ 2 พ.ศ. 2566 - 2570 มีกรอบระยะเวลาที่สอดคล้อง กับแผนระดับที่ 1 (ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี) และแผนระดับที่ 2 เช่น แผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ท่ามกลางประเด็นที่ท้าทายมากมาย สิ่งสำคัญประการหนึ่งที่ไม่ควรมองข้ามคือ การหาช่องทางเชิงนโยบายหนุนเสริมการขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ ยิ่งปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบายการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอมา้ยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โดยท้องถิ่นมีอำนาจในการจัดการปัญหาสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ จึงนับเป็นโอกาสสำคัญในการสร้างความร่วมมือและพัฒนางานให้สอดคล้องกับบทบาทภารกิจของท้องถิ่นได้มากขึ้น ทั้งการขยายภาคีเครือข่าย การสร้างความเข้มแข็งของบุคลากร การสร้างแกนประสานในพื้นที่ การมีผู้นำที่เข้มแข็งตั้งแต่ระดับจังหวัดจนถึงระดับชุมชน การจัดให้มีระบบการเข้าถึงบริการและข้อมูลของประชาชน การพัฒนางานวิชาการ ฯลฯ เพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางการขับเคลื่อนปัญหาดังกล่าวบนฐานกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

จากก้าวแรกในปี 2558 สู่แผนปฏิบัติการแห่งชาติ
ด้านการดื้อยาต้านจุลชีพ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566 – 2570
โดยมีวิสัยทัศน์

“
คนไทยมีความเสี่ยงต่ำ
จากภัยคุกคามของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ
ทั้งในคน สัตว์ อาหาร และสิ่งแวดล้อม
”

ถือเป็นร่มใหญ่ที่ทำให้การจัดการปัญหาดังกล่าว ได้รับ
การป้องกัน และแก้ไขแบบบูรณาการภายใต้ความร่วมมือ
ของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจนถึงทุกวันนี้ เพื่อนำไปสู่
เป้าหมายหลักของการจัดการปัญหาเชื้อมดื้อยาแบบ
บูรณาการ นั่นคือ การลดการแพร่กระจายของเชื้อ
ดื้อยา และลดความจำเป็นในการใช้ยาต้านจุลชีพหรือ
ยาปฏิชีวนะทั้งในคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม

และท้ายที่สุดแล้ว หัวใจสำคัญที่จะช่วยแก้ไข
ปัญหาจากต้นตอได้อย่างแท้จริงและยั่งยืนคือ

“ **การสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ** ”

ให้ประชาชนได้ตระหนักรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งจะ
ช่วยลดความเสี่ยง และผลกระทบจากปัญหาเชื้อมดื้อยา
ที่มีต่อสุขภาพของประชาชน รวมไปถึงระบบ
สาธารณสุขและเศรษฐกิจของประเทศไทยได้ในที่สุด

รูปธรรมการขับเคลื่อนมตสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มติ 8.5 จักฤดการณ้เชื้อแบคทีเรียด้อยา และการจัดการปัญหาแบบบูรณาการ

เป้าหมายของมติ เพื่อแก้ไวปัญหาการด้อยาด้านจุลชีพในประเทศไทยอย่างเป็นระบบและครอบคลุม โดยบูรณาการความร่วมมือ ภายใต้แนวคิด “สุขภาพหนึ่งเดียวของ คน - สัตว์ - สิ่งแวดล้อม”



ผลการดำเนินงาน เช่น

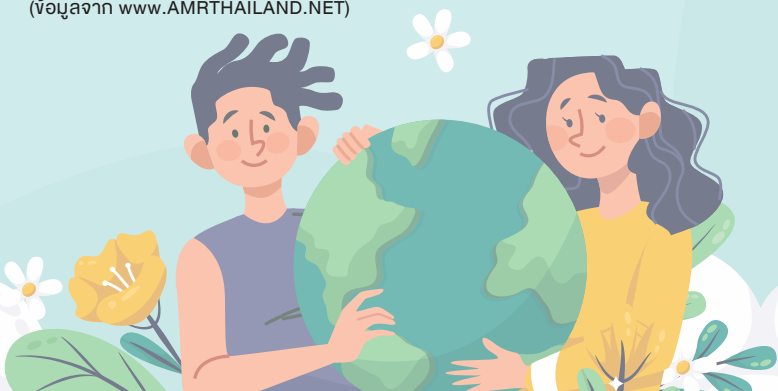
มตคณะกรรมาธิการนโยบายการด้อยาด้านจุลชีพแห่งชาติ เป็นกลไกหลัก ขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การจัดการการด้อยาด้านจุลชีพประเทศไทย ฉบับที่ 1 เช่น มีแผนงานความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลกด้าน AMR พ.ศ. 2560 - 2564 มีระบบการเฝ้าระวังเชื้อด้อยาในคน สัตว์ อาหาร และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งยาด้านจุลชีพตกค้าง มีระบบติดตามการบริโภคยาด้านจุลชีพในคนและสัตว์ของประเทศ มีระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน มีการยกเลิกทะเบียนยาด้านจุลชีพที่ไม่เหมาะสม มีการยกระดับยาด้านจุลชีพเป็นยาที่ต้องมีใบสั่งแพทย์ การบรรจุ Integrated AMR มีระบบ Management in hospitals (IAM) ใน Service Plan และนำร่องในโรงพยาบาลนอกกระทรวงสาธารณสุข มีการควบคุมการผลิตและจำหน่ายอาหารสัตว์ผสมยาและโครงการ Raised Without Antibiotics

ประเทศไทยได้รับการจัดอันดับเป็นลำดับที่ 9 จาก 114 ประเทศ ด้านการบริหารจัดการแผนการด้อยาด้านจุลชีพที่ดี (อ้างอิง Lancet, 2023) ซึ่งปริมาณการใช้ยาด้านจุลชีพในมนุษย์ลดลงร้อยละ 24.8 จากค่าเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ส่วนปริมาณการใช้ยาด้านจุลชีพในสัตว์ลดลงร้อยละ 36 จากค่าเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 และสมรรถนะของระบบจัดการการด้อยาด้านจุลชีพของประเทศเพิ่มจาก 3 เป็น 4.2 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน โดยมีค่าเป้าหมาย ไม่น้อยกว่า 4 ตามเกณฑ์การประเมินกฎอนามัยระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก (ข้อมูลจาก www.AMRTHAILAND.NET)

กลุ่มมติ
ที่ 9

มติที่เกี่ยวข้องกับ
สาธารณสุข

107



กลุ่มมตที่ 10

การส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมปัจจัยเสี่ยง



กลุ่มมต
ที่ 10

การส่งเสริม ป้องกัน
และควบคุมปัจจัยเสี่ยง

108

มติ 4.1

ความปลอดภัยทางอาหาร
: การจัดการน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ

กลุ่มมติ
ที่ 10

การส่งเสริม ป้องกัน
และควบคุมคุณภาพ
และปลอดภัย

109

พฤติกรรมการกินกระทะ...สู่สาร: 'น้ำมันทอดซ้ำ' ระดับชาติ

“เมนูทอด”

คงเป็นหนึ่งในอาหารจานโปรดของหลาย ๆ คน ไม่ว่าจะเป็นหมูทอด ไก่ทอด ลูกชิ้นทอด รวมไปถึง ของกินเล่น ขนมขบเคี้ยวต่าง ๆ อย่างกล้วยทอด ปาท่องโก๋ทอด มันฝรั่งทอด และอีกสารพัดเมนูที่ยั่วชวนชวนให้คนไทยส่วนใหญ่หลงใหลชื่นชอบอาหารทอด ซึ่งมีให้ผู้บริโภคเลือกรับประทาน ตั้งแต่ร้านข้างทาง ไปจนถึงร้านอาหารในศูนย์การค้าต่าง ๆ

ทว่าเมนูจานอร่อยเหล่านี้นอกจากกลายเป็น ‘เมนูจานพิษ’ ที่คร่าชีวิตคนไทยจากโรคไม่ติดต่อ หรือโรค NCDs ที่แฝงมากับการบริโภคอาหารจาก “น้ำมันทอดซ้ำที่เสื่อมคุณภาพ” เป็นประจำ เพราะเมื่อน้ำมันมีความร้อนสูง และถูกทอดซ้ำมาก ๆ เป็นระยะเวลาสั้น ๆ จะเร่งการเสื่อมสภาพของน้ำมัน ยิ่งทอดซ้ำมากเท่าไรยิ่งเสื่อมสภาพมากขึ้นเท่านั้น ทำให้โครงสร้างของน้ำมันถูกเปลี่ยนเป็นสารประกอบที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย เช่น สารโพลาร์ (Polar compounds) ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน และโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน รวมถึงสารโพลีไซคลิก อะโรมาติก ไฮโดร - คาร์บอน (Polycyclic Aromatic Hydrocarbon; PAHs) สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อยอดฮิตอย่างมะเร็ง เป็นต้น

กลุ่มคนที่ 10

การส่งเสริมสุขภาพ
และป้องกันโรค

110

การใช้น้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพจึงเป็นภัยเงียบ ที่พ่นพิษต่อระบบ
สาธารณสุขและเศรษฐกิจของประเทศไทยอย่างมหาศาล

ในปี 2547 เริ่มมีการบริหารจัดการปัญหาน้ำมันทอดซ้ำ โดยกระทรวง
สาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 283) พ.ศ. 2547
เรื่อง กำหนดปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันที่ใช้ทอดหรือประกอบอาหาร
เพื่อจำหน่าย ให้มีปริมาณสารโพลาร์ได้ไม่เกินร้อยละ 25 ของน้ำหนัก
หากผู้ประกอบการใช้น้ำมันทอดอาหารที่มีค่าปริมาณสารโพลาร์เกิน
มาตรฐานที่กำหนดและจำหน่ายแก่ผู้บริโภค ถือเป็นการจำหน่ายอาหาร
ผิดมาตรฐาน ฝ่าฝืนมาตรา 25 (3) ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522
มีโทษปรับไม่เกิน 50,000 บาท นอกจากนี้ ได้มีการนำเสนอทางวิชาการ
ในเรื่องอันตรายจากน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ แต่ภาครัฐยังไม่มียุทธ
ยะและมาตรการในระดับประเทศที่ครอบคลุมการแก้ปัญหาบูรณาการผู้รับผิดชอบ
ทุกภาคส่วนอย่างเป็นรูปธรรม

กระทั่งในปี 2554 ภาควิชาต่างๆ ได้แก่ แผนงานคุ้มครองผู้บริโภค
ด้านสุขภาพ (คคส.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศูนย์
วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 7 (อบลราชธานี) มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค (มพบ.) กลุ่ม
ศึกษาปัญหา (กศย.) มูลนิธิเภสัชศาสตร์เพื่อสังคม (มกส.) คณะเภสัชศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มูลนิธิพัฒนาการแพทย์แผนไทย (มพท.) และมูลนิธิ
สาธารณสุขกับการพัฒนา (มสพ.) จึงได้ร่วมกันผลักดันเป็นประเด็นระดับชาติ
ผ่านกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมจนเกิดเป็นมติสมัชชา
สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2554 มติ 4.1 ความปลอดภัยทางอาหาร
: การจัดการน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ

ภายหลังจากมีนโยบายสาธารณะ เรื่อง ความปลอดภัยทางอาหาร: การจัดการน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพดังกล่าว หลายภาคส่วนได้ตื่นตัวในการขับเคลื่อนเรื่องนี้อย่างจริงจังมากขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำรุ่มใหญ่ด้วย “ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางอาหาร: การจัดการน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ” เพื่อมุ่งเป้าลดผลกระทบด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากการใช้น้ำมันทอดซ้ำที่เสื่อมสภาพ มีการควบคุมคุณภาพน้ำมันทอดซ้ำ ให้ผู้ประกอบการมีความรับผิดชอบต่อสังคมและท้องถิ่น ไม่นำน้ำมันทอดซ้ำกลับมาใช้อีก และได้ถือเรื่องนี้เป็นนโยบายเร่งด่วนของกระทรวงผ่านการดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อจัดการปัญหาดังกล่าว เช่น ทบทวนมาตรการและบทลงโทษผู้กระทำผิดทางกฎหมาย ควบคุมการนำเข้าน้ำมันทอดซ้ำจากต่างประเทศ รวมทั้งการศึกษาเพื่อพัฒนาฉลากอาหารด้วยข้อมูลที่ง่ายและชัดเจน

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังได้กำหนดเรื่องนี้เป็นตัวชี้วัดในระดับจังหวัดและขอร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ ในการขับเคลื่อน 4 ประเด็นสำคัญได้แก่

1) สนับสนุนด้านวิชาการ เทคโนโลยี และเครื่องมือการตรวจสอบน้ำมันทอดซ้ำแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาสังคม

2) ส่งเสริมผู้ประกอบการ กำหนดมาตรการ และสร้างแรงจูงใจไม่ให้ใช้น้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ

3) สนับสนุนให้ภาคประชาสังคมตรวจสอบปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น

4) สนับสนุนการจัดทำระบบเฝ้าระวังไม่ให้น้ำมันทอดซ้ำกลับสู่ห่วงโซ่อาหาร รวมถึงพิจารณาการกำหนดให้การซื้อ ขาย นำเข้า ส่งออกน้ำมันทอดซ้ำเป็นกิจการที่ต้องควบคุม

ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ต่างขานรับและร่วมเป็นองคาพยพขับเคลื่อนงานตามยุทธศาสตร์ดังกล่าว เช่น สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ได้ศึกษาผลกระทบจากการใช้น้ำมันเสื่อมสภาพ เพื่อนำไปสู่การออกประกาศหรือกฎหมายที่ใช้ควบคุมลงโทษผู้ฝ่าฝืนได้ ขณะที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี ได้พัฒนาชุดทดสอบสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำอย่างง่าย สะดวกใช้ และราคาถูกแต่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ยังได้ร่วมกันดำเนินงานตามบันทึกข้อตกลง **“นโยบายความปลอดภัยด้านอาหาร :การจัดการน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ”**

ส่วนความเคลื่อนไหวในระดับพื้นที่ ซึ่งถือเป็นจุดยุทธศาสตร์สำคัญในการสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ประชาชนได้อย่างใกล้ชิดและทั่วถึง กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำร่องหลายแห่ง ดำเนินโครงการปฏิวัติน้ำมันทอดซ้ำ รวมทั้งสนับสนุนให้มีการนำน้ำมันทอดซ้ำมาผลิตเป็นพลังงานทดแทนไบโอดีเซล สามารถช่วยลดวงจรการนำน้ำมันเสื่อมสภาพเข้ามาสู่วงจรอาหาร ทำให้ประชาชนเกิดความตื่นตัวในการดูแลสุขภาพ ขณะเดียวกันภาคประชาชนหลายจังหวัดทั่วประเทศ เช่น ตรัง มหาสารคาม อุดร ขอนแก่น กระบี่ เชียงใหม่ ฯลฯ ก็ได้ผนึกพลังรวมกลุ่มกันสอดส่องดูแลและเฝ้าระวังอาหารในชุมชน เพื่อป้องกันการใช้น้ำมันทอดซ้ำ

เพราะความปลอดภัยทางอาหารเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ทุกคนควรได้รับ **“การแก้ไขปัญหาน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ”** จึงเป็นหน้าที่ของทุกภาคส่วนในสังคม ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคธุรกิจเอกชน เพื่อร่วมเป็น **“หุ้นส่วนสุขภาพ”** ขับเคลื่อนให้สังคมไทยปลอดภัยและห่างไกลจากปัญหาการใช้น้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพได้ในที่สุด

รูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มติ 4.1 ความปลอดภัยทางอาหาร : การจัดการน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ

เป้าหมายของมติ ประเทศไทยโดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันบริหารจัดการปัญหาน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ เพื่อสุขภาพของผู้บริโภค ผู้ประกอบการอาหารทอด ตลอดจนลดความสูญเสียด้านทรัพยากรบุคคล เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม



ผลการดำเนินงาน เช่น

กระทรวงสาธารณสุข จัดทำยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางอาหาร: การจัดการน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ พร้อมกำหนดเป็นนโยบายเร่งด่วน และให้เป็นตัวชี้วัดระดับจังหวัด

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดทำบันทึกข้อตกลง “นโยบายความปลอดภัยด้านอาหาร: การจัดการน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ”

สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ศึกษาผลกระทบจากการใช้น้ำมันเสื่อมสภาพ เพื่อนำไปสู่การออกประกาศหรือกฎหมายที่ใช้ควบคุมลงโทษผู้ฝ่าฝืนได้

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี พัฒนาชุดทดสอบสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำอย่างง่าย สะดวกใช้ ราคาถูก และมีประสิทธิภาพ

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนการผลิตเครื่องผลิตไบโอดีเซลขนาดเล็กมาตรฐาน ที่เหมาะแก่การใช้ในอุตสาหกรรมชุมชน

กระทรวงพลังงาน จัดโครงการฝึกอบรมฝ่ายช่างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อประกอบเครื่องผลิตไบโอดีเซล ให้สามารถผลิตน้ำมันไบโอดีเซลได้อย่างมีคุณภาพ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และเครือข่ายเภสัชกรคุ้มครองผู้บริโภคภาคใต้ จัดทำแผนบูรณาการ “ปฏิวัติขออน้ำมันทอดซ้ำ” 14 จังหวัดภาคใต้

กลุ่มมติ
ที่ 10

ดูแลเรื่องสุขภาพ
กับเรื่อง
การส่งเสริม
ป้องกัน



มติ 6.6

การกำกับดูแลสื่อ
และการสื่อสารการตลาด
ของผลิตภัณฑ์ยาสูบ
และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กลุ่มมติ
ที่ 10

การส่งเสริม ป้อนทุน
และควบคุมปัจจัยเสี่ยง

115

ภาคีร่วมมือ คุมเข้ม! โฆษณาหล้า - บุหรี่

“

การโฆษณาและการสื่อสารการตลาดเป็นเครื่องมือ
ที่ทรงประสิทธิภาพในการทำให้สินค้าเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย
ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556
มีความห่วงกังวลในการใช้โฆษณาและการสื่อสารการตลาด
รวมถึงการใช้กลยุทธ์เพื่อสร้างการจดจำ
ของสินค้าประเภทผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
อาจมีการมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายไปที่
เยาวชนและสตรี ทำให้เกิด
มติ 6.6 การกำกับดูแลสื่อและการสื่อสารการตลาด
ของผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

”

โดยให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งมีมติเห็นชอบ เมื่อวันที่
20 กุมภาพันธ์ 2558 นำเสนอต่อคณะรัฐมนตรี และได้พิจารณารับทราบมติ
เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2558

ในด้านการดำเนินการ ภายใต้ความห่วงกังวลของที่ประชุมสมัชชา
สุขภาพแห่งชาติ เห็นว่ากลไกและการกำกับดูแลการโฆษณาและการสื่อสาร
การตลาดจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอในทุก ๆ ด้าน จาก
ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จึงเกิดเป็นความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ดังนี้

กลุ่มบท
ที่ 10

ดูแลเรื่องกับคณะ
ปฏิบัติงาน

116

รัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย ได้พยายามผลักดัน พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ฉบับใหม่ พ.ศ. ... ซึ่งได้เพิ่มข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลสื่อ และการสื่อสารการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบให้มีความทันสมัยสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันมากขึ้น ห้ามการสื่อสารการตลาดในสื่อต่าง ๆ รวมถึงการใช้สื่อบุคคล ห้ามเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับ **“กิจกรรมเพื่อสังคม” (CSR)** ของบริษัทบุหรี่ในทุกสื่อ ที่สอดคล้องกับพันธกรณีภายใต้อนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกที่ไทยร่วมลงนามกับ 180 ประเทศทั่วโลก

กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกประกาศให้การพิมพ์ฉลากรูปภาพและข้อความคำเตือนเกี่ยวกับพิษภัย 4 สี ขนาดไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 บนซองบุหรี่ทั้ง 2 ข้าง โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 2 ตุลาคม 2556

กระทรวงศึกษาธิการ ได้ออกประกาศ เรื่องแนวทางการปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2557 ในสถานศึกษา ห้ามมิให้หน่วยงานสถานศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมหรือรับการสนับสนุนใด ๆ จากผู้ประกอบธุรกิจยาสูบ

กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร มีการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายตาม พ.ร.บ.ว่าด้วยความผิดเกี่ยวกับการใช้คอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ร่วมกับเครือข่ายองค์กรงดเหล้า สมาคมโฆษณาแห่งประเทศไทย และแผนงานทุนอุปถัมภ์เชิงรุกฯ โดยการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) จัด **“เวทีเยาวชน เนื่องในวันเยาวชนแห่งชาติ ตอน บุหรี่ - เหล้า เราไม่ใช่เหยื่อ”** และยังได้พัฒนาเครือข่ายเยาวชนใน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแก๊งค์ปากดีอาสาสมัครรณรงค์ให้เพื่อน ๆ รู้เท่าทันกลยุทธ์การตลาดของบริษัทบุหรี่ผ่านสื่อ Social Media และ กลุ่ม Cigs Buster ที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังสื่อไม่ให้ชักจูงให้วัยรุ่นอยากทดลองสูบบุหรี่

กลุ่มบท
ที่ 10

การส่งเสริมป้องกัน
และลดการบริโภคยาสูบ

117

แผนงานสื่อศิลปวัฒนธรรมสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับภาคีเครือข่าย จัดโครงการประกวดสื่อนิวมีเดีย ประเภท Ambiance Media และประกวดออกแบบเสื้อยืด ภายใต้หัวข้อ “อย่าปล่อยให้เหล้ามาลงเรา”

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มียุทธศาสตร์แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ที่ได้กำหนดทิศทางเป้าหมายการดำเนินงานช่วงปี 2558 - 2560 สนับสนุนให้มีการถอดความรู้ออกมาเพื่อสื่อสารกับสังคม เช่น รายงานสรุปผลการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสื่อโทรทัศน์ไทย เป็นต้น

สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคม (กสทช.) ได้จัดประชุมองค์กรสื่อ ผู้ประกอบการสื่อ 24 องค์กร เพื่อสร้างความเข้าใจต่อผู้รับใบอนุญาตประกอบกิจการโทรทัศน์ที่ใช้คลื่นความถี่ (โทรทัศน์ภาคพื้นดินในระบบดิจิทัล) ให้ระมัดระวังในการถ่ายทอดสด และได้จัดการประชุมเสวนา หัวข้อ “เสรีภาพสื่อมวลชนกับความรับผิดชอบมีหรือไม่?” เพื่อส่งเสริมแนวทางการกำกับดูแลกันเองของสื่อมวลชนภายใต้มาตรฐานจริยธรรมวิชาชีพต่อไป

การดำเนินการของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งหมดข้างต้น แสดงให้เห็นถึงความร่วมมือในการกำหนดกรอบจริยธรรมและแนวทางปฏิบัติในการใช้สื่อของผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้เป็นไปอย่างถูกต้อง มีจริยธรรม และมีความรับผิดชอบต่อสังคม

รูปธรรมการขับเคลื่อนมิติสุขภาพแห่งชาติ

มิติ 6.6 การกำกับดูแลสื่อ และการสื่อสารการตลาดของ ผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เป้าหมายของมิติ จัดทำข้อบังคับจริยธรรมและแนวทางปฏิบัติสำหรับการกำกับดูแล
ตนเองของสื่อมวลชน พัฒนาองค์ความรู้และหลักสูตร จัดทำยุทธศาสตร์การเฝ้าระวังสื่อ
และเร่งรัดการดำเนินคดีอย่างเคร่งครัด

มิติสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6

ได้รับฉันทมติ
เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2556

1

มติคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

รับทราบมติ
เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2558

2

มติคณะรัฐมนตรี

รับทราบมติ
เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2558

3

4

ผลการดำเนินงาน เช่น

รัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย ผลักดัน พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ฉบับใหม่ พ.ศ. ...

กระทรวงสาธารณสุข ออกประกาศให้การพิมพ์ฉลากคำเตือนเกี่ยวกับพิษภัย 4 สี ขนาดไม่น้อยกว่า
ร้อยละ 85 บนซองบุหรี่ทั้ง 2 ด้าน

กระทรวงศึกษาธิการ ออกประกาศเรื่อง แนวทางการปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบ
แห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2557 ในสถานศึกษา

กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร บังคับใช้กฎหมายตาม พ.ร.บ. ว่าด้วยความผิดเกี่ยวกับ
การใช้คอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550

มูลนิธิธรรมิกเพื่อการไม่สูบบุหรี่ จัด “เวทีเยาวชน เนื่องในวันเยาวชนแห่งชาติ ตอน บุหรี่ - เหล้า
เราไม่ใช้เหยื่อ”

แผนงานสื่อศิลปวัฒนธรรมสร้างเสริมสุขภาพ จัดโครงการประกวดสื่อนิวมีเดีย ภายใต้หัวข้อ
“อย่าปล่อยให้เหล้ามาลงเรา”

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มียุทธศาสตร์แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
และสิ่งเสพติด

สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคม จัดประชุม
องค์กรสื่อ ผู้ประกอบการสื่อ 24 องค์กร

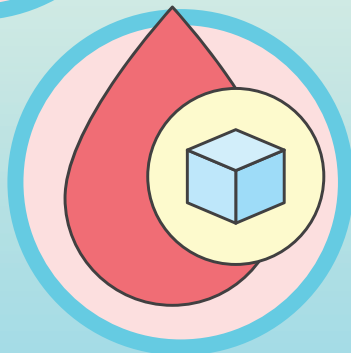
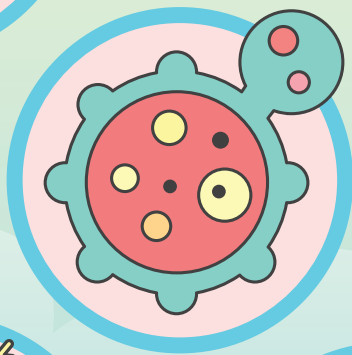
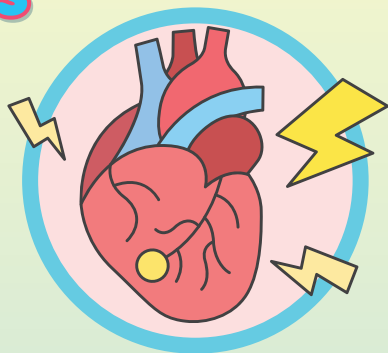
กลุ่มมิติ
ที่ 10

การส่งเสริม ป้องกัน
และควบคุมการบริโภคยาสูบ

119

กลุ่มมดที่ 11

มดที่เกี่ยวข้องกับ NCDs



มติ 1.6

ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหา จากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



กลุ่มมติ
ที่ 11

มติที่เกี่ยวข้องกับ NCDs

121

ลดเหล้า ลดเมา เบาปัญหา

“

ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (เมษายน 2568)

รายงานว่า

คนไทย กว่า 35.2%

ของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป

ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตัวเลขนี้อาจฟังดูไม่น่าตกใจ

แต่ในความเป็นจริงแล้วปัญหาสังคมหลาย ๆ ด้าน
เช่น ความรุนแรงในครอบครัว อุบัติเหตุบนท้องถนน

ปัญหาสุขภาพ ฯลฯ

มักจะมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เป็นส่วนหนึ่งของต้นตอปัญหา

อีกทั้งยังมีแนวโน้ม

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ

แน่นอนว่านี่เป็นสิ่งที่บัณฑิตอาสาจะอย่างชัดเจน

”

กลุ่มมติ
ที่ 11

มติดังกล่าวเกี่ยวกับ NCDs

ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551 รับทราบและ
ตระหนักถึงผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงมีมติให้
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ประกาศให้การควบคุมเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์เป็นวาระแห่งชาติและท้องถิ่น และเมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2552
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำ
แผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ มีหน้าที่จัดทำ **“แผนยุทธศาสตร์
นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ”** ที่อยู่บนฐานความรู้ทางวิชาการและสอดคล้อง
กับวัฒนธรรมและศีลธรรม นอกจากนี้ ในปี 2552 ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา
ได้มีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์เพื่อควบคุมปัญหาสุราระดับชาติ โดยอาศัย
ความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย องค์กรพันธมิตรและเครือข่ายนักวิชาการ
ทั้งในและต่างประเทศ รวมถึงกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
มีบทบาทหลักในการจัดการปัญหาระดับท้องถิ่น เพื่อให้ปัญหาถูกแก้ไข
จากต้นตออย่างแท้จริง โดยแผนยุทธศาสตร์ฯ ดังกล่าว ถูกเสนอในที่ประชุม
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 และได้รับรองเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552 ในวันที่ 18 ธันวาคม 2552

ในด้านการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯ ข้างต้น หน่วยงานและองค์กร
ต่าง ๆ ให้ความร่วมมือและดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์
เช่น

มีประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่องกำหนดวันห้ามขายเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2552 ลงวันที่ 4 กรกฎาคม 2552 ห้ามขาย
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันสำคัญทางศาสนา 4 วัน คือ วันมาฆบูชา วันวิสาขบูชา
วันอาสาฬหบูชา และวันเข้าพรรษา

กลุ่มบท
ที่ 11

บทที่เกี่ยวข้องกับ NCDs

123

วันที่ 31 สิงหาคม 2552 คณะกรรมการฯ กระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (คกถ.) มีมติรับทราบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 มติ 1.6 ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยให้ อปท. เป็นแกนหลักในการสนับสนุนให้เกิดกลไกความร่วมมือทุกภาคส่วนและพัฒนา นโยบายและมาตรการในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในระดับท้องถิ่น

มีการลงนามความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย ผู้แทนองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้แทนสันนิบาตเทศบาล ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้แทนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้สถานที่ราชการและสถานที่สาธารณะภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยงานรัฐเป็นสถานที่ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามพระราชบัญญัติเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) มีการขับเคลื่อนงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในหลากหลายมิติ เช่น มีการรณรงค์สื่อสารผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับสังคม การเฝ้าระวังสถานการณ์ปัญหาและสื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพัฒนากลไกและเครือข่ายเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ปัญหาในระดับพื้นที่และภูมิภาค การผลักดันนโยบายปลอดแอลกอฮอล์ในพื้นที่กิจกรรม ประเพณี และเทศกาลต่าง ๆ ทั้งในระดับชาติ และท้องถิ่น เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าการร่วมมือกันอย่างแข็งขันของหน่วยงานและภาคีต่าง ๆ ในการต่อสู้กับปัญหาแอลกอฮอล์ ทำให้การขับเคลื่อนมติดีความก้าวหน้าและบรรลุผลได้จริงในทางปฏิบัติ และยังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่ดีตั้งแต่ในระดับครัวเรือน ชุมชน ไปจนถึงระดับประเทศ



รูปธรรมการขับเคลื่อนมิติสุขภาพแห่งชาติ มิติ 1.6 ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหา จากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เป้าหมายของมิติ ให้การควบคุมปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นวาระแห่งชาติและวาระท้องถิ่น ให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำและพัฒนาแผนยุทธศาสตร์



ผลการดำเนินงาน เช่น

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ และได้รับรองเป็นมติสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2

คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ ได้จัดทำ “แผนยุทธศาสตร์จัดการปัญหาแอลกอฮอล์” และนำเสนอเป็นระเบียบวาระในมติสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2

มีการลงนามความร่วมมือ ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย ผู้แทนองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้แทนสันนิบาตเทศบาล ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้แทนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้สถานที่ราชการเป็นสถานที่ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตาม พ.ร.บ. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า ภายใต้การสนับสนุนของ สสส. ได้ขับเคลื่อนงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในหลากหลายมิติ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นแกนหลักในการสนับสนุนความร่วมมือทุกภาคส่วน เพื่อพัฒนานโยบายการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับท้องถิ่น

กลุ่มมิติ
ที่ 11

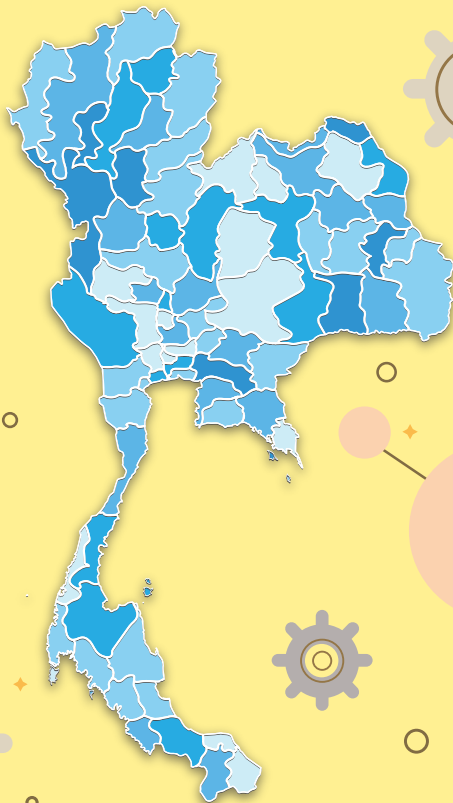
มิติที่เกี่ยวข้องกับ NCDs

125



มติ 2.5

ยุทธศาสตร์นโยบาย แอลกอฮอล์ระดับชาติ



กลุ่มมติ
ที่ 11

มติที่เกี่ยวข้องกับ NCDs

126

ควบคุมปัญหาน้ำเมา ด้วยนโยบายแอลกอฮอล์

“
**เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
เป็นส่วนหนึ่งของต้นตอปัญหา
ในหลาย ๆ ด้านของไทย
อาจจะไม่ใช่ทั้งหมดแต่ก็ปฏิเสธไม่ได้ว่า
การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มากเกินไปจน
นำไปสู่ปัญหารอบด้าน เช่น
ความรุนแรงในครอบครัว อุบัติเหตุ
อาชญากรรม ฯลฯ**
”

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว และเล็งเห็นว่าการเริ่มต้นดำเนินการเชิงนโยบายและโครงสร้าง เช่น มาตรการทางภาษีและราคา การจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมหรือห้ามการโฆษณา และการควบคุมพฤติกรรมซัซึ่ขณะมีเมามาจะเป็นรากฐานของกระบวนการจัดการปัญหาดังกล่าวได้อย่างยั่งยืน จึงมีมติรับรอง “แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ” ประกอบด้วยยุทธศาสตร์หลัก 5 ด้าน ได้แก่ 1) การควบคุมการเข้าถึงทางเศรษฐศาสตร์และทางกายภาพ 2) การปรับเปลี่ยนค่านิยมและแรงสนับสนุนในการดื่ม 3) การลดอันตรายจากการบริโภค 4) การจัดการปัญหาระดับพื้นที่ และ 5) การพัฒนากลไกการจัดการและการสนับสนุนที่เข้มแข็ง

กลุ่มบท
ที่ 11

บทที่เกี่ยวข้องกับ NCDs

127

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เห็นชอบในมติดังกล่าว และนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรี (ครม.) ซึ่ง ครม. มีมติเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ เมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2553 และมอบหมายให้คณะกรรมการนโยบายแอลกอฮอล์แห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หน่วยงานราชการและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ร่วมสนับสนุนการดำเนินงานและดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม ในการจัดการแก้ไขปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และติดตามผลตามแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ รวมถึงการพัฒนาแผนปฏิบัติการ

ในด้านการขับเคลื่อนมติในทางปฏิบัติ หลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ฯ ดังนี้

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำ

“ แผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์ นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ”

และดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์อย่างต่อเนื่อง ปัจจุบัน เป็นการดำเนินงานตามกรอบแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี (พ.ศ. 2557 – 2561) ที่มีเป้าหมายลดจำนวนนักดื่มหน้าใหม่จากร้อยละ 50 เหลือไม่เกินร้อยละ 12.7 ในปี 2558 และกำหนดสถานที่ที่ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้ง 100% ตลอดจนจังหวัดที่เป็นพื้นที่เสี่ยงสูงตามดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ลดลง และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด

กลุ่มบท
ที่ 11

บทที่เกี่ยวข้องกับ NCDs

128

คณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ ได้ออกประกาศที่สำคัญถึง 33 ฉบับ เพื่อการควบคุมการโฆษณาทั้งโดยเปิดเผยและโฆษณาแฝง และจำกัดการเข้าถึงการบริโภคแอลกอฮอล์ เช่น ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดสถานที่หรือบริเวณห้ามบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนทาง พ.ศ. 2555 เป็นต้น

กระทรวงมหาดไทย มีนโยบายในการจัดระเบียบสังคมสถานบริการสีขาว โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มเด็กและเยาวชน เพื่อไม่ให้เข้าถึงแอลกอฮอล์ และให้ทุกจังหวัดวางมาตรการและกำหนดวิธีการแก้ไขปัญหาการจำหน่ายสุรา ในบริเวณใกล้กับสถานศึกษา ห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์

กระทรวงศึกษาธิการ กำหนดนโยบายให้สถานศึกษาเป็นเขตปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จัดกิจกรรมการเรียนรู้และแรงจูงใจให้นักเรียน นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจในพิษของการดื่มแอลกอฮอล์

กระทรวงการคลัง มีการขึ้นภาษีสรรพสามิตสุราและยาสูบ 2 ครั้ง ในปี 2552 และ 2555 และดำเนินการปรับโครงสร้างภาษีและค่าธรรมเนียมในการออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ประกอบการ รวมทั้งตรวจสอบการประกอบกิจการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้มีการจดทะเบียนอย่างถูกต้องตามกฎหมาย

กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ได้ร่วมลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการจัดสถานที่ราชการและสวนสาธารณะที่อยู่ใกล้กับจุดลงของทางราชการปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามกฎหมาย

กลุ่มบท
ที่ 11

บทที่เกี่ยวข้องกับ NCDs

กระทรวงสาธารณสุขยังได้ลงนามความร่วมมือกับกระทรวงกลาโหม กองทัพบก กองทัพเรือ และกองทัพอากาศ ให้พื้นที่ในสถานที่ราชการ ของ 4 หน่วยงานดังกล่าว ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้สนับสนุนหน่วยงาน องค์กร ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน ร่วมกันดำเนินโครงการต่าง ๆ เพื่อเฝ้าระวัง สถานการณ์และจัดการปัญหาทั้งในระดับนโยบาย การพัฒนากลไก จนเกิด พื้นที่ตัวอย่าง คนตัวอย่าง ชุมความรู้ และเครื่องมือในการสื่อสารรณรงค์ มีเครือข่ายป้องกันและเฝ้าระวังสถานการณ์ปัญหากระจายอยู่ทั่วประเทศ

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับองค์การอนามัยโลก เครือข่ายนโยบายแอลกอฮอล์ระดับโลก ได้เป็นเจ้าภาพจัดงานประชุมนโยบายแอลกอฮอล์ระดับโลก ภายใต้หัวข้อ

“ จากแผนยุทธศาสตร์ระดับโลก สู่การปฏิบัติระดับชาติและท้องถิ่น ”

ระหว่างวันที่ 13 - 15 กุมภาพันธ์ 2555

กลุ่มบท
ที่ 11

บทที่เกี่ยวข้องกับ NCDs

130

ในด้านความก้าวหน้าของการขับเคลื่อนมติ จะเห็นได้ว่ายุทธศาสตร์ นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติเป็นเหมือนตัวกระตุ้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา และร่วมมือกันหาวิธีการในการแก้ไข ป้องกันตั้งแต่ระดับโครงสร้าง ไปจนถึงระดับชุมชน ทำให้แนวโน้มในการแก้ไข ปัญหาเรื่องแอลกอฮอล์เป็นไปในทิศทางที่ก้าวหน้า และสามารถวัดผล ความสำเร็จได้อย่างเห็นภาพชัดเจน

รูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มติ 2.5 ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

เป้าหมายของมติ รับรองและนำเสนอแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ต่อคณะรัฐมนตรี และให้คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องสนับสนุนการดำเนินงานและมีส่วนร่วม อย่างเป็นรูปธรรม



ผลการดำเนินงาน เช่น

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จัดทำแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์ฯ และแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด

คณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ ออกประกาศสำคัญ 33 ฉบับ เพื่อการควบคุม การโฆษณาแอลกอฮอล์

กระทรวงมหาดไทย มีนโยบายจัดระเบียบสังคมสถานบริการสั้วว ป้องกันเด็กและเยาวชนไม่ให้เข้าถึง แอลกอฮอล์

กระทรวงศึกษาธิการ กำหนดให้สถานศึกษาเป็นเขตปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กระทรวงการคลัง ขึ้นภาษีสรรพสามิตสุราและยาสูบ

กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ร่วมลงนามบันทึก ข้อตกลงสถานที่ราชการและสวนสาธารณะปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กระทรวงกลาโหม กองทัพบก กองทัพเรือ และกองทัพอากาศ เป็นสถานที่ราชการปลอดเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับภาคีเครือข่าย ดำเนินโครงการเฝ้าระวังสถานการณ์ ปัญหาลแอลกอฮอล์

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับองค์การอนามัยโลก เครือข่ายนโยบายแอลกอฮอล์ระดับโลก จัดงานประชุม “จากแผนยุทธศาสตร์ระดับโลกสู่การปฏิบัติ ระดับชาติและท้องถิ่น”

กลุ่มมติ
ที่ 11

มติที่เกี่ยวข้องกับ NCDs

131



มติ 3.3

การควบคุมกลยุทธ์การตลาด อาหารสำหรับการกและเด็กเล็ก



กลุ่มมติ
ที่ 11

มติที่เกี่ยวข้องกับ NCDs

132

STING



คุณเข้ม ‘การตลาดนมผง’ ชอบขึ้น ‘นมแม่’

“
‘น้านมแม่’

เปรียบเสมือนวัคซีนหยดแรกของลูก
เพราะมีสารอาหารที่มีคุณค่าและเหมาะสมที่สุด
ในการช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้ลูกน้อยแข็งแรงสมบูรณ์
และเป็นสิริถึงขั้นพื้นฐานที่เด็กควรได้รับตั้งแต่แรกเกิด
โดยไม่ถูกแทรกแซงจากการส่งเสริมการตลาด
ของบริษัทนมผสม

”

ประเทศไทยมีแนวโน้มการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน ในอัตราที่ต่ำมากจนน่ากังวล โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ 109 ประเทศ ไทยถูกจัดเป็นอันดับที่ 105 เนื่องจากแม่หลายคนมีปัญหาด้านสุขภาพ น้านมน้อยหรือไม่มีน้านมเลย รวมถึงวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อผู้หญิงต้องออกไปทำงานนอกบ้านและสิทธิวันลาคลอดตามกฎหมายมีเพียงประมาณ 3 เดือนเท่านั้น (ปัจจุบัน 98 วัน) ตลอดจนปัจจัยอื่น ๆ ที่ทำให้ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ ทำให้ต้องหันหน้าพึ่งพาทางเลือกอย่าง “ผลิตภัณฑ์นมผสม” หรือที่เรียกกันว่า “นมผง” ท่ามกลางการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ที่มีการแข่งขันกันอย่างรุนแรงและมีความหลากหลายซับซ้อนมากขึ้น ในลักษณะที่ฝ่าฝืนหลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก รวมถึงผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องดังกล่าวอย่างแพร่หลาย (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2553) ส่งผลให้หลายคนเข้าใจผิดว่านมผงดีเท่านมแม่ หรือการบริโภคนมแม่อย่างเดียวไม่เพียงพอ ต้องมีนมผงเสริมด้วย

กลุ่มบท
ที่ 11

บทที่เกี่ยวข้องกับ NCDs

133

ซึ่งสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 63 พ.ศ. 2553 ได้กำหนดให้แต่ละประเทศปรับปรุงหลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องให้เป็นกฎหมายและสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 69 พ.ศ. 2559 ได้แนะนำให้ประเทศออกกฎหมายควบคุมการส่งเสริมการตลาดที่ไม่เหมาะสมในผลิตภัณฑ์นมผสม อาหารเสริมสำหรับทารกและเด็กเล็ก รวมถึงเครื่องดื่มจนถึง 3 ปี โดยครอบคลุมตั้งแต่การโฆษณาการลด แลก แจก แถม การประชาสัมพันธ์ การให้ข้อมูลที่ไม่เหมาะสมโดยตัวแทนบริษัท และการส่งเสริมการตลาดผ่านการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อควบคุมการตลาดในเรื่องนี้อย่างจริงจัง

ก่อนหน้านี้ แม้ว่าประเทศไทยเราจะมีหลักเกณฑ์การตลาดอาหารทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2551 แต่นั่นก็ไม่เพียงพอต่อการควบคุมการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก เนื่องจากไม่มีผลบังคับใช้และไม่มีกลไกเฝ้าระวัง อีกทั้งยังไม่ครอบคลุมการตลาดรูปแบบใหม่ ๆ ที่มีการพัฒนาให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายผ่านช่องทางต่าง ๆ ตลอดเวลา ซึ่งนับเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการโน้มน้าวให้แม่ใช้นมผงในการเลี้ยงดูลูกและเป็นอุปสรรคต่อการปกป้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งผลกระทบที่ตามมาต่อค่าใช้จ่ายในครัวเรือน ระบบเศรษฐกิจและระบบบริการสาธารณสุขไทยในที่สุด

กระทั่งในปี 2553 ได้เกิดมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 มติ 3.3 การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ที่มาจากกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อมุ่งให้ประเทศไทยมีมาตรการในการควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กที่เหมาะสมและสอดคล้องกับมาตรฐานสากล สำหรับพัฒนาการที่สมวัยของทารกและเด็กเล็ก โดยมีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นเจ้าภาพหลัก บูรณาการความร่วมมือกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนงานต่าง ๆ เช่น การพัฒนากลไกจัดการ การออกกฎระเบียบควบคุมที่มีประสิทธิภาพ การรณรงค์และสร้างความตระหนักในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และลดพฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมผสม การจัดสภาวะแวดล้อมให้เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานประกอบกิจการ เป็นต้น

ขบวนการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติดังกล่าวได้ก่อรูปขึ้นอย่างต่อเนื่องและจริงจัง กลายเป็นพลังหนุนสำคัญที่ทำให้เกิดแรงกระเพื่อมครั้งใหญ่ในสังคมไทยนับตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นมา คือ การประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2560 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 8 กันยายน 2560

ความน่าสนใจของกฎหมายฉบับนี้ ไม่ได้ห้ามผู้ประกอบการผลิตและจำหน่ายนมผง แต่เป็นการควบคุมไม่ให้ส่งเสริมการตลาดนมผงด้วยวิธีการและกลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นยอดขาย ทั้งทางออนไลน์และสถานที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะพื้นที่เสี่ยงการละเมิด เช่น โรงพยาบาล คลินิก ห้างสรรพสินค้า ฯลฯ จึงทำให้แนวทางการส่งเสริมการตลาดที่บริษัทนมผงเคยดำเนินการอยู่เดิมไม่สามารถดำเนินการได้อีกต่อไป เช่น การติดต่อกับแม่ที่ตั้งครรภ์โดยตรง การแจกนมผงที่โรงพยาบาลให้แม่นำกลับไปเลี้ยงลูกที่บ้าน การสื่อสารที่ทำให้เกิดการเข้าใจที่คลาดเคลื่อนว่านมผสมเป็นเรื่องสมัยใหม่ สามารถแก้ไขปัญหาลูกสุขภาพลูกได้ ใช้นมนี้แล้วเด็กจะเก่งและฉลาด การจัดโปรโมชั่นลด แลก แจก แถม การโฆษณาทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมไปถึงการให้บุคลากรสาธารณสุขช่วยประชาสัมพันธ์ แจกเอกสารหรือชุดของขวัญที่ประกอบด้วยตัวอย่างนมสูตรดัดแปลงสำหรับทารก เป็นต้น

ปรากฏการณ์การขับเคลื่อนกฎหมายดังกล่าว ทำให้ภาครัฐและภาคเอกชนมีความตื่นตัวมากขึ้นทั้งระดับนโยบายและระดับพื้นที่ และนับเป็นความท้าทายในการดำเนินงานอย่างมาก โดยเฉพาะการทำให้ภาคธุรกิจเอกชนซึ่งถือเป็นหุ้นส่วนสำคัญ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตั้งแต่แรก เพื่อให้เข้าใจและร่วมขับเคลื่อนกฎหมายให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หัวใจสำคัญที่จะทำให้กฎหมายใหม่ฉบับนี้มีประโยชน์มากที่สุดคือการสร้างความรู้ความเข้าใจต่อทุกฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว ชุมชน ภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน และทำให้แม่มั่นใจว่า

“การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่”

คืออาหารที่ดีที่สุดในการเสริมสร้างพัฒนาการของทารกและเด็กเล็ก เพราะบนกล่อนนมผงยังระบุข้อความว่า

“น้านมแม่ดีที่สุด”

นอกจากนี้ ทุกภาคส่วนต้องร่วมด้วยช่วยกันสอดส่องเป็นหูเป็นตา เพื่อมุ่งไปถึงจุดหมายปลายทางคือ

“ไม่พบผู้กระทำความผิดกฎหมาย”

ตลอดจนร่วมสร้างปัจจัยและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น การณรงค์ให้แม่คลอดลูกเองแทนการผ่าท้อง ไม่แยกแม่ลูกออกจากกัน ให้เด็กแรกเกิดได้กลับมาอยู่กับแม่ภายในไม่เกิน 1 ชั่วโมงหลังคลอด เพื่อช่วยกระตุ้นให้แม่มีน้ำนม การสร้างสภาพแวดล้อมในที่ทำงานที่เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ท้ายที่สุดพลังของสังคมจะเกิดขึ้นและเมื่อนั้น

“เด็กไทยจะได้กิน ‘นมแม่’ อย่างแท้จริง”

รูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มติ 3.3 การควบคุมกลยุทธการตลาดอาหารสำหรับการกและเด็กเล็ก

เป้าหมายของมติ เพื่อให้ประเทศไทยมีมาตรการในการควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับการกและเด็กเล็กที่เหมาะสมและสอดคล้องกับมาตรฐานสากล สำหรับพัฒนาการที่สมวัยของการกและเด็กเล็ก



ผลการดำเนินงาน เช่น

มี พ.ร.บ. ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับการกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2560 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 8 กันยายน 2560

กรมอนามัย แต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับการกและเด็กเล็ก

มีแผนขับเคลื่อน พ.ร.บ. ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับการกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 (พ.ศ. 2563 – 2565) ปัจจุบันฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2566 – 2570)

สัดส่วนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น ปี 2549 ร้อยละ 3, ปี 2555 ร้อยละ 12.3, ปี 2559 ร้อยละ 23.1

ปี 2565 มีการจัดระบบเฝ้าระวังในเขตสุขภาพและจังหวัด ทั้งสิ้น 21 จังหวัด (ร้อยละ 27.27) และมีเรื่องร้องเรียนการละเมิดกฎหมาย 5 เรื่อง

เกิดแนวทาง หลักเกณฑ์ คู่มือและมาตรการดำเนินการ เพื่อขับเคลื่อนกฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ภาครัฐและภาคเอกชนตื่นตัวมากขึ้น เช่น โรงพยาบาลมีนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่ติดโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์อาหารเสริมในตึกการกแรกเกิด จดมอบชุดของขวัญแรกเกิดหรือแจกตัวอย่างนม เป็นต้น

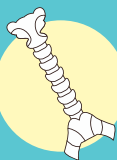
มีการจัดนมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไว้ในสถานประกอบการ พร้อมจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กลุ่มมติ
ที่ 11

มติที่เกี่ยวข้องกับ NCDs

137

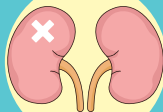




มติ 3.6



มาตรการในการควบคุม ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ



กลุ่มมติ
ที่ 11

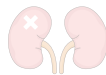
มติที่เกี่ยวข้องกับ NCDs

138





ควบคุมควัน คุ้มกันสุขภาพ



“

ตั้งแต่เกิดจนโต เรามักเห็นโฆษณาเกี่ยวกับการรณรงค์เรื่องการเลิกบุหรี่ หรือแสดงให้เห็นถึงโทษจากบุหรี่อยู่บ่อย ๆ แม้สื่อประชาสัมพันธ์ดังกล่าวจะสร้างภาพจำเกี่ยวกับโทษของบุหรี่มากเพียงใด แต่สถานการณ์บริโภคยาสูบในประเทศไทยกลับมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ที่น่าห่วงกังวลคือมีผู้หญิงและเยาวชนบริโภคยาสูบเพิ่มมากขึ้น



”

ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553 ได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว ที่อาจจะส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนในระยะยาวจึงให้การรับรอง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ 3.6 มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ โดยคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้เสนอต่อคณะรัฐมนตรี ซึ่งมีมติเห็นชอบ เมื่อวันที่ 17 เมษายน 2555 ต่อมากระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอ “แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557” ต่อคณะรัฐมนตรี ซึ่งมีมติเห็นชอบต่อแผนยุทธศาสตร์ฯ เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2555



ในด้านการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขับเคลื่อนมติให้บรรลุผล มีดังนี้

กระทรวงสาธารณสุข ได้แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการ และคณะกรรมการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2557 และอนุสัญญาการควบคุมยาสูบแห่งองค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2555 เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนและได้มีหนังสือขอความร่วมมือไปยังหน่วยงานและกระทรวงต่าง ๆ ในการดำเนินการประชาสัมพันธ์และเฝ้าระวังมิให้มีการละเมิดสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ

กลุ่มบท
ที่ 11

บทที่เกี่ยวข้องกับ NCDs

139



กรมควบคุมโรค มีการออกระเบียบกรมควบคุมโรคว่าด้วยการติดต่อกับผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2555 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 3 เมษายน 2555 เพื่อกำหนดมาตรการในการติดต่อประสานงานกับผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เป็นไปด้วยความโปร่งใส อีกทั้งมีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบระหว่างกรมควบคุมโรคและภาคีเครือข่าย 35 องค์กร เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2555 ได้แต่งตั้งคณะกรรมการติดตามและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 เพื่อเป็นกลไกติดตามการดำเนินงาน เมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2555 อีกทั้งยังเกิดโครงการที่เกี่ยวข้องอีกมากมาย ภายใต้ความร่วมมือของกรมควบคุมโรคและเครือข่ายความร่วมมือ เช่น โครงการพัฒนาโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ 100% โครงการรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ในสถานที่ราชการ มีแผนงานพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ/โครงการพัฒนาสถานประกอบการปลอดบุหรี่ เพื่อผลักดันให้เป็นโรงงานสีขาว โครงการโรงพักปลอดบุหรี่เพื่อประชาชน โครงการรณรงค์สร้างกระแสสถานศึกษาปลอดบุหรี่ โครงการสถานที่สาธารณะลดโรค ลดควันบุหรี่

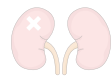


กระทรวงการคลัง มีการปรับโครงสร้างภาษียาสูบ โดย ครม. มีมติเห็นชอบการขึ้นภาษีสรรพสามิตยาสูบ มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 22 สิงหาคม 2555 มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มการจัดเก็บรายได้ของรัฐบาลและลดการบริโภคยาสูบ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยปรับอัตราจัดเก็บภาษีให้มีทั้งการจัดเก็บตามมูลค่าร้อยละ 87 และการจัดเก็บตามปริมาณ 1 บาทต่อมวน เป็นครั้งแรกอีกทั้งได้มีการปรับอัตราการจัดเก็บภาษียาเส้นพันธุ์เวอร์จิเนียรี พันธุ์เบอร์เลย์ และพันธุ์เตอร์กิช เป็นอัตราภาษีตามมูลค่าร้อยละ 10





กระทรวงศึกษาธิการ มีประกาศกระทรวง ห้ามมิให้หน่วยงานสถานศึกษาเข้าร่วมกิจกรรม หรือรับการสนับสนุนใด ๆ จากผู้ประกอบการกิจการสุขภาพภายใต้นโยบาย “**ความรับผิดชอบต่อสังคมของบริษัท**” (Corporate Social Responsibility: CSR)



ในการดำเนินการเรื่องการช่วยเหลือการเลิกบุหรี่ มีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมมือกันในการสนับสนุนให้คนเลิกบุหรี่



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง และกระทรวงสาธารณสุข ให้หลักประกันการเข้าถึงการบำบัดโรคติดบุหรี่รวมถึงการเข้าถึงการรับยา สมุนไพร แพทย์แผนไทย หรือบริการแพทย์ทางเลือกที่จำเป็นต่อการบำบัดโรคติดบุหรี่และสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในงานเลิกบุหรี่ในชุมชน มีการบรรจุสมุนไพรดอกขาวให้เป็นสมุนไพรช่วยเลิกบุหรี่ในบัญชียาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2554



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แดลงข่าวรับรองบริการเลิกบุหรี่ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยบรรจุยา Nortriptyline ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดการติดบุหรี่ไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติและมีการนำ (ร่าง) คู่มือปฏิบัติการการให้บริการบำบัดผู้เสพติด (โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง) ทดสอบดำเนินการใน 3 พื้นที่นำร่อง ได้แก่ ชุมชนบ้านทางไหล จังหวัดพิษณุโลก ชุมชนกระบี่ท่าเรือ จังหวัดกระบี่ และอำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ปัจจุบันมีโรงพยาบาลที่ให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ 555 แห่ง ทั่วประเทศ มีการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลแล้วกว่า 260 แห่ง และขยายจำนวนอย่างต่อเนื่อง



สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีการจัดตั้งศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ ตั้งแต่ปี 2552 และเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพ มีการดำเนินงานของเครือข่ายคลินิกฟ้าใสทั้งสิ้น 234 แห่ง





ในการดำเนินงานด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง



กระทรวงวัฒนธรรม กรมประชาสัมพันธ์ และกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ปรับปรุงกฎหมายเพื่อห้ามมีฉากสูบบุหรี่ และกฎหมายเพื่อห้ามการโฆษณาและการส่งเสริมการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบ



กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กำหนดให้เป็นปีกีฬาปลอดบุหรี่ การสร้างแนวร่วมในการรณรงค์ ของสถานประกอบการที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวและกีฬาและมีการมอบรางวัลโรงแรมปลอดบุหรี่



ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ได้ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สนับสนุนการขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติผ่านเครือข่ายสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่ 15 จังหวัด



สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ ได้ดำเนินโครงการจิตอาสาเฝ้าระวังเตือนภัยยาสูบ รุ่งแรกรับสมัครสมาชิกจำนวน 100 คน เพื่อช่วยดำเนินการเฝ้าระวังในพื้นที่รับผิดชอบ และดำเนินการปฏิบัติการเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคประชาชน จำนวนไม่น้อยกว่า 3 เครือข่าย อาทิ เครือข่ายองค์กรสังคมชนบท กทม. สำนักงานสถิติแห่งชาติ เครือข่ายจิตอาสาฯ และมีการประกาศพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 โดยมีผลบังคับใช้ วันที่ 4 กรกฎาคม 2560



จะเห็นได้ว่า ความร่วมมือกันของหลายหน่วยงานแสดงให้เห็นถึงจุดหมายเดียวกันในการลดปัญหาจากการบริโภคยาสูบ และมีความมุ่งมั่นในการเห็นประเทศไทยเป็นสังคมปลอดบุหรี่ มีกลไกและเครื่องมือในการเฝ้าระวัง ส่งเสริม สนับสนุน เกิดขึ้นมากมาย ที่จะทำให้การขับเคลื่อนมีความก้าวหน้าและบรรลุผล





รูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มติ 3.6 มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ

เป้าหมายของมติ ให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการควบคุมยาสูบตามแผนยุทธศาสตร์ ปรับปรุงโครงสร้างภาษียาสูบ ปรับปรุงกฎหมาย ห้ามการโฆษณา และห้ามมีฉากสูบบุหรี่ในสื่อ



ผลการดำเนินงาน เช่น

กระทรวงสาธารณสุข แต่งตั้งคณะกรรมาธิการอำนวยการ และคณะกรรมาธิการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ฯ และอนุสัญญาการควบคุมยาสูบแห่งองค์การอนามัยโลก (WHO FCTC)

กรมควบคุมโรค ออกระเบียบกรมควบคุมโรคว่าด้วยการติดต่อกับผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง กับผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2555

กระทรวงการคลัง ปรับปรุงโครงสร้างภาษียาสูบ

กระทรวงศึกษาธิการ มีประกาศกระทรวง ห้ามมิให้หน่วยงานสถานศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมหรือรับการสนับสนุนจากผู้ประกอบการธุรกิจยาสูบ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง และกระทรวงสาธารณสุข ให้หลักประกันการเข้าถึงการบำบัดโรคติดบุหรี่

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รับรองบริการเลิกบุหรี่ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และบรรจุนาย Nortriptyline ไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จัดตั้งศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์และดำเนินงานเครือข่ายคลินิกฟ้าใส 234 แห่ง

กระทรวงวัฒนธรรม กรมประชาสัมพันธ์ และกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ปรับปรุงกฎหมายห้ามมีฉากสูบบุหรี่ และกฎหมายห้ามการโฆษณา

กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา สร้างแนวร่วมสถานประกอบการปลอดบุหรี่

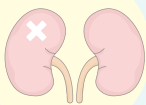
ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนการขับเคลื่อนมติผ่านเครือข่ายสมัชชา 15 จังหวัด

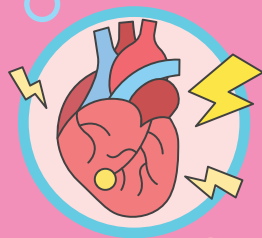
สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ ดำเนินโครงการจิตอาสาเฝ้าระวังเตือนภัยยาสูบ

กลุ่มมติ
ที่ 11

มติที่เกี่ยวข้องกับ NCDs

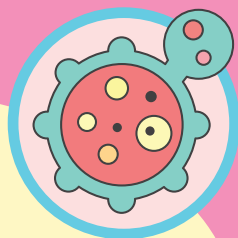
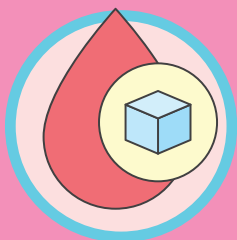
143





มติ 6.2

เป้าหมายในการป้องกัน
และควบคุมโรคไม่ติดต่อ
ของประเทศไทย



จัดการ 4 โรคสำคัญ ป้องกันโรคไม่ติดต่อ

วิกฤตกลุ่มโรคไม่ติดต่อ

เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ

ของโลกและประเทศไทยที่มีแนวโน้มรุนแรงขึ้น

ส่งผลกระทบโดยตรงต่อระบบสุขภาพ

ทำให้ต้นทุนสมรรถนะของร่างกาย

ทั้งการเข้าถึงกระบวนการรักษา

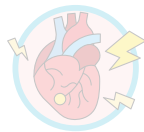
ที่อาจเกิดความเหลื่อมล้ำและไม่เสมอภาค

ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556 ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว โดยหัวใจของการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อนั้นคือการจัดการ 4 กลุ่มโรคสำคัญคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคปอดเรื้อรัง จึงมีมติให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติรับรองตัวชี้วัด “9 เป้าหมาย” เบื้องต้น ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ รวมถึงแหล่งข้อมูล วิธีการวัด และหน่วยงานที่รับผิดชอบในการวัด แม้ประเทศไทยจะมีการดำเนินการเรื่องดังกล่าวในหลายองค์กร แต่ที่ประชุมสมัชชาฯ ยังคงให้ความสำคัญต่อประเด็นดังกล่าว จึงเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งมีมติเห็นชอบ เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2558 และเสนอเรื่องต่อคณะรัฐมนตรี (ครม.) ซึ่งได้พิจารณารับทราบมติ เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2558

กลุ่มบท
ที่ 11

บทที่เกี่ยวกับ NCDs

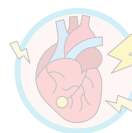
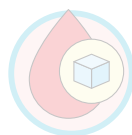
145

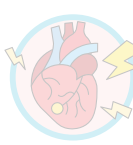
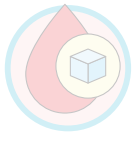
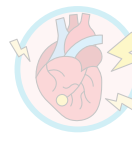


ในด้านการดำเนินงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้แต่งตั้ง
คณะกรรมการบูรณาการยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุม
โรคไม่ติดต่อระดับชาติ เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนมติ
เพื่อรวบรวมความร่วมมือจากเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการ
ขับเคลื่อนมติ โดยมีหลายหน่วยงานที่มีการดำเนินการ เช่น

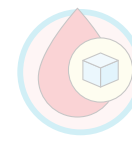


กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับองค์การอนามัยโลก (WHO)
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) และ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดตั้ง “แผนงาน
เครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ” ขึ้น เพื่อส่งเสริมให้เกิดการประสาน
ความร่วมมือกันระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ที่ทำงานเรื่องควบคุม
ป้องกันโรคไม่ติดต่อ และการหามาตรการที่มีประสิทธิภาพเพื่อ
ควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคไม่ติดต่อ คือ การสูบบุหรี่
การดื่มสุราที่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ การบริโภคอาหาร
ที่ไม่เหมาะสมและการขาดการออกกำลังกาย โดยแผนงานได้
ดำเนินการการจัดอบรมหลักสูตรผู้ผลักดันนโยบาย/มาตรการ
(NCD Policy Advocacy Course) ลดปัจจัยเสี่ยงและควบคุม
โรคไม่ติดต่อ จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง Nutrition and
Evidence for Policy and Practice in Thailand เพื่อจัดทำ
แผนนำทางวิจัย (Research Roadmap) เพื่อใช้พัฒนาองค์ความรู้
ที่ไปสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายด้านฉลากโภชนาการ (Food
Labeling) การจัดเก็บภาษีในอาหาร (Food Taxation) และ
ความมั่นคงทางอาหาร (Food Security) รวมถึงจัดทำรายงาน
NCD Global Targets ติดตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของ
โรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงในประเทศไทย





กระทรวงสาธารณสุข ร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ดำเนินงานภายใต้แผนงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีเป้าหมายในการลดปัจจัยเสี่ยงในวิถีชีวิตประชาชน มีการผลักดันให้เกิดระบบการดูแลรักษา ที่เชื่อมโยงระหว่าง รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ และมีการส่งเสริมโครงการ **“ชุมชนสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย”** สนับสนุนให้เป็นชุมชนเข้มแข็ง สามารถจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองได้ มีการสนับสนุนการจัดงาน NCD Forum 2015: มหกรรมสุขภาพโรคไม่ติดต่อ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในแนวคิด **“บูรณาการ สานพลัง ลดเสี่ยง ลดภาวะแทรกซ้อน”** เมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2558



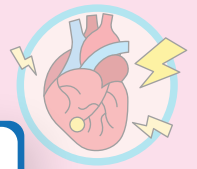
กรมควบคุมโรค มีการแต่งตั้ง **คณะกรรมการยกร่างแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564)** ลงวันที่ 8 มีนาคม 2560 มีการจัดทำ ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) และแผนปฏิบัติการ (Action Plan) มีการแต่งตั้ง คณะกรรมการขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) ลงวันที่ 3 พฤศจิกายน 2560 มีผลงานที่สำคัญ ได้แก่ การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย การจัดทำกฎหมายการแสดงฉลากของอาหารในภาชนะบรรจุ โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) มีการจัดการประชุมทิศทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและการบาดเจ็บ (NCDs & INJURY 2015) ระหว่างวันที่ 19 – 20 ตุลาคม 2558 มีการพัฒนาโจทย์วิจัยเพื่อดำเนินการในระหว่างปีงบประมาณ 2559 – 2561 เช่น การบูรณาการในระดับเขตเพื่อป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีรูปแบบอย่างไร เป็นต้น

ในด้านความก้าวหน้าของมติ ภาคีเครือข่ายยังคงดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน ทำให้เกิดโครงการและการดำเนินงานมากมายเพื่อให้บรรลุผลเป็นรูปธรรม อันจะนำมาซึ่งระบบสุขภาพที่ดีของประชาชนโดยตรง

กลุ่มบท
ที่ 11

บทที่เกี่ยวกับ NCDs

147



รูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ 6.2 เป้าหมายในการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย

เป้าหมายของมติ การแต่งตั้งกรรมการบูรณาการยุทธศาสตร์ป้องกันโรคไม่ติดต่อ
และติดตามประเมินผล และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับภาคส่วนต่าง ๆ
ทำแผนและดำเนินการป้องกันโรคไม่ติดต่อในพื้นที่



ผลการดำเนินงาน เช่น

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ แต่งตั้งคณะกรรมการบูรณาการยุทธศาสตร์การป้องกัน
และควบคุมโรคไม่ติดต่อดระดับชาติ

**มีการแต่งตั้งคณะกรรมการยกร่างแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
ระดับชาติ 5 ปี** (พ.ศ. 2560 - 2564)

มีการจัดทำยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อดระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564)
และแผนปฏิบัติการ (Action Plan)

มีการแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อดระดับชาติ 5 ปี
(พ.ศ. 2560 - 2564)

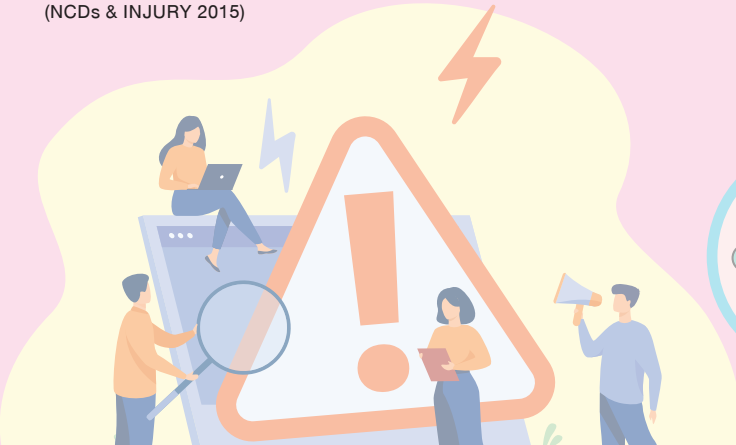
กระทรวงสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย จัดตั้ง “แผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ” ขึ้น
เพื่อส่งเสริมให้เกิดการประสานความร่วมมือกันระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ที่ทำงานเรื่องควบคุม
ป้องกันโรคไม่ติดต่อดมีการส่งเสริมโครงการ “ชุมชนสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย”

กรมควบคุมโรค จัดการประชุมทิศทางการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคและการบาดเจ็บ
(NCDs & INJURY 2015)

กลุ่มมติ
ที่ 11

มติที่เกี่ยวข้องกับ NCDs

148



กลุ่มมิติที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ



กลุ่มมิติ
ที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

149

มติ 1.8

ความเสมอภาคในการเข้าถึง
และได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น



กลุ่มมติ
ที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

150

ใกล้หมอ ใกล้ยา ด้วยสาธารณสุขทั่วถึง

“

สิทธิด้านสุขภาพ ได้รับการรับรองว่าเป็นสิทธิมนุษยชน
ตามข้อ 5 ของปฏิญญาสากลสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1648 ที่ระบุว่า
“ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการดำรงชีวิตที่เพียงพอ
สำหรับสุขภาพและสุขภาพะของตนเอง และครอบครัว
ประกอบด้วยอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค
และบริการทางสังคมที่จำเป็น”

แต่เป็นที่ปฏิเสธไม่ได้ว่าการเข้าถึงการบริการ
ด้านสาธารณสุขที่ดีหรือเหมาะสมในประเทศไทยนั้น
ยังมีความเหลื่อมล้ำอยู่ค่อนข้างมาก

”

ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551 ได้รับทราบถึง
ปัญหาความไม่เสมอภาคดังกล่าว และตระหนักถึงความสำคัญด้านสิทธิมนุษยชน
ที่ไทยในฐานะรัฐภาคี ซึ่งจำเป็นต้องหาวิธีการลดความเหลื่อมล้ำนี้ เพื่อป้องกัน
ไม่ให้เกิดการละเมิดสิทธิมนุษยชนขึ้น จึงเห็นชอบในรายงานเรื่องความเสมอภาค
ในการเข้าถึงและได้รับการสาธารณสุขที่จำเป็น เมื่อวันที่ 13 ธันวาคม
พ.ศ. 2551 โดยคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้มีการแต่งตั้ง
คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพ
แห่งชาติ (คมส.) ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน องค์กรและ
ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และพบว่า การดำเนินการของภาคีเครือข่ายสนับสนุน
ให้การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขมีประสิทธิภาพ และทั่วถึงต่อประชาชน
ทุกกลุ่มในประเทศ

กลุ่มบท
ที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

151



ในด้านการขับเคลื่อนมิติในระดับนโยบายและโครงสร้าง เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 คณะรัฐมนตรี (ครม.) อนุมัติให้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข ซึ่งครอบคลุมงานการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรค กับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2553 เป็นต้นไป รวมถึงอนุมัติงบประมาณวงเงิน 472 ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพบุคคล ที่อยู่ระหว่างการรอพิสูจน์สัญชาติ โดยมอบหมายให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยดำเนินการ และอนุมัติให้จัดตั้ง **“กองทุนให้บริการด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ”** และวันที่ 30 มิถุนายน 2553 มีมติเห็นชอบในการจัดตั้ง **“คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ”**



วันที่ 15 มกราคม 2556 ครม. อนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) เป็นหน่วยงานหลักในการให้การดูแลทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข แก่คนต่างด้าวทั้งหมดที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม โดยคนต่างด้าว ต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง และให้เป็นไปตามกฎระเบียบ หรือข้อบังคับที่กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงแรงงานและกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กำหนดไว้



วันที่ 20 เมษายน 2558 ครม. เห็นชอบในหลักการการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิเพิ่มเติม ในกลุ่มที่กระทรวงมหาดไทยขึ้นทะเบียน โดยมีเลขประจำตัว 13 หลัก เรียบร้อยแล้วจำนวน 208,631 คน เพื่อให้ได้รับการดูแลสุขภาพเทียบเคียง กับสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาล ทุกแห่ง ให้ทำการสำรวจและบันทึกข้อมูลกลุ่มประชาชนที่ยังไม่มีเลขประจำตัว 13 หลัก เพื่อให้ได้รับการลงทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพให้ครอบคลุม นอกจากนี้รัฐบาลยังมีนโยบายบูรณาการสิทธิประโยชน์มาตรฐานเดียว 3 กองทุน มีการตั้งคณะกรรมการประสานระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อประสานการทำงานทั้ง 3 กองทุน

กลุ่มบทที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

152





ในด้านการขับเคลื่อนมติไปสู่การปฏิบัติ หน่วยงานต่าง ๆ ที่เป็นเครือข่ายความร่วมมือ ได้มีการดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายของมติ เช่น สปสช. ได้ลงนามความร่วมมือกับ อปท. ในการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 95 ของ อปท. ทั้งหมด มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนมากกว่า 14 แห่ง ทั่วประเทศ มีการรณรงค์จากภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนสุขภาพตำบล

วันที่ 28 มีนาคม 2555 มีการลงนามความร่วมมือระหว่างกองทุนสวัสดิการข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้คนไทยได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานเท่าเทียมกันภายใต้ นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินรักษาทุกที่ ทั้งถึงทุกคน

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดตั้งกลไกผลักดันนโยบายรัฐตามมติ ครม. วันที่ 23 มีนาคม 2553 ทั้งหมด 3 คณะ คือ 1) คณะทำงานติดตามความเคลื่อนไหวระดับนโยบาย 2) คณะทำงานระดับพื้นที่เพื่อช่วยเหลือประชากรกลุ่มเป้าหมายให้เข้าถึงบริการอย่างแท้จริง และ 3) คณะทำงานสื่อสารสาธารณะ ทำหน้าที่เผยแพร่ข้อมูลให้กลุ่มประชากรเป้าหมายในพื้นที่ทราบข้อมูลเรื่องการให้สิทธิ (คินสิทธิ) มีเป้าหมายเพื่อให้แรงงานข้ามชาติและผู้มีปัญหาด้านสถานะบุคคลเข้าถึงการบริการสาธารณสุข

เครือข่ายสุขภาพชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง (คชส.) ร่วมกับโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงานข้ามชาติและผู้มีปัญหาด้านสถานะบุคคล (คพรส.) โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตชาติพันธุ์ เครือข่ายประชาสังคม เครือข่ายแพทย์ชนบท องค์การพัฒนาเอกชน ร่วมกันจัดเวทีสร้างความเข้าใจเรื่องกองทุนฯ และ กระบวนการวัฒนธรรม ได้เสนอแนวนโยบายในการฟื้นฟูวิถีชีวิตชาวกะเหรี่ยง ด้วยมาตรการฟื้นฟูระยะสั้น ดำเนินการภายใน 6 - 12 เดือน

กลุ่มมติ
ที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

153



สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและกรมการปกครอง มีนโยบายและยุทธศาสตร์ในการสำรวจตรวจสอบสถานะ รวมทั้ง มีการประสานกระทรวงการต่างประเทศ ยุทธศาสตร์ในการพิสูจน์สัญชาติ และรับรองสถานะ อีกทั้งยังมียุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการในด้านสิทธิมนุษยชนของแรงงานต่างด้าว



สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจ มีนโยบายเกี่ยวกับการจัดการสถานะด้านสิทธิของบุคคล โดยร่วมมือกับกระทรวงแรงงาน และกรมการปกครอง ในการกำหนดยุทธศาสตร์การจัดทำหลักเกณฑ์การตรวจสอบสถานะ เพื่อขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างเหมาะสม

ทั้งนี้ ในการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2555 มีมติให้สถานพยาบาลตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป เรียกเก็บค่ารักษา 30 บาท จากผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2555 เป็นต้นไป

จะเห็นได้ว่าเครือข่ายสุขภาพหลายภาคส่วน มีการดำเนินงานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มความเสมอภาคในการเข้าถึงระบบสุขภาพและบริการสาธารณสุขที่จำเป็นให้กับประชาชนในประเทศ เป็นการวางรากฐานให้กับโครงสร้างพื้นฐานของระบบสาธารณสุข และยังคงมีการพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง



รูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มติ 1.8

ความเสมอภาคในการเข้าถึง
และได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น

เป้าหมายของมติ อปท. จัดสมัชชาเพื่อกำหนดนโยบายด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม และให้หน่วยงานส่วนกลางทำให้บริการสุขภาพมีคุณภาพและเข้าถึงง่ายสำหรับทุกคน โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง รวมถึงปฏิรูประบบประกันสุขภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ



ผลการดำเนินงาน เช่น

สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดตั้ง “กองทุนให้บริการด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ”

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จัดตั้งกลไกในการทำงาน 3 คณะ คือ 1) คณะทำงานติดตามความเคลื่อนไหวระดับนโยบาย 2) คณะทำงานระดับพื้นที่ และ 3) คณะทำงานสื่อสารสาธารณะ
เครือข่ายสุขภาพชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง (คชส.) โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงานข้ามชาติและผู้มีปัญหาด้านบุคคล (คพรส.) โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตชาติพันธุ์ เครือข่ายประสาทสัมผัส เครือข่ายแพทย์ชนบท องค์กรพัฒนาเอกชน ร่วมกันจัดเวทีสร้างความเข้าใจเรื่องกองทุนฯ

กระทรวงวัฒนธรรม เสนอแนวนโยบายในการฟื้นฟูวิถีชีวิตชาวกะเหรี่ยง

กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ร่วมกับกระทรวงแรงงาน (รง.) และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ดูแลทางด้าน การแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวทั้งหมดที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม

คณะรัฐมนตรี มีมติเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2558 เห็นชอบในหลักการการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) พื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิเพิ่มเติม

สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ มีนโยบายเกี่ยวกับการจัดการสถานะด้านสิทธิของบุคคล และมียุทธศาสตร์การจัดทำหลักเกณฑ์การตรวจสถานะ

โครงการวิจัยการปรับใช้นวัตกรรมผสมผสานระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) ผู้สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง

กลุ่มมติ
ที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

155



มติ 1.13

การส่งเสริมความสัมพันธ์
ระหว่างผู้ป่วยและญาติ
กับบุคลากรทางการแพทย์



กลุ่มมติ
ที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

156



เสริมสัมพันธ์ แพทย์ - คนไข้ - ญาติ สร้างสังคมสุขภาพ:



เพราะความสัมพันธ์ที่ดี
ระหว่างผู้ป่วยและญาติ
กับบุคลากรทางการแพทย์
เป็นหัวใจสำคัญขั้นพื้นฐาน
ที่มีผลต่อกระบวนการดูแลสุขภาพ
หรือรักษาพยาบาล



หลายครั้งเมื่อความสัมพันธ์ที่ดีได้เกิดขึ้น ช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติ มีความไว้วางใจเชื่อใจในการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ นำไปสู่การเปิดใจ ให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น ขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ ก็สามารถเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้ดี ทำให้เกิดการดูแลรักษา ที่เหมาะสมและลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้



กลุ่มบท
ที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

157



ทว่าปัญหาความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ก็สามารถเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น การปกปิดหรือไม่เปิดเผยข้อมูลซึ่งกันและกัน การได้รับบริการด้วยคำพูดที่เจือปนด้วยอารมณ์ ความรู้สึกที่ไม่ได้รับความเป็นธรรมจากบริการสาธารณสุข ข้อจำกัดของบุคลากรและเครื่องมือ การรอคิวนาน รวมไปถึงการเข้ารับบริการสุขภาพในรูปของการแพทย์เชิงพาณิชย์มากเกินไป ฯลฯ เหล่านี้ล้วนทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์เป็นไปในทิศทางด้านลบ เกิดผลเสียต่อการรักษาพยาบาล จนนำไปสู่ความขัดแย้งที่ลุกลามเป็นกรณีพิพาทและการฟ้องร้องมากขึ้นดังที่ปรากฏเป็นข่าวให้เห็นตามหน้าสื่อทุกวันนี้



ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551 จึงได้ร่วมกันพิจารณาประเด็นดังกล่าว จนเกิดเป็นนโยบายสาธารณะจากกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มติ 1.13 การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ พร้อมเห็นด้วยในหลักการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ การเสริมสร้างความไว้วางใจกันและกัน และการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มุ่งสู่เป้าหมายในการแก้ไขปัญหาคือ



1) การทำให้ระบบบริการทางการแพทย์มีความปลอดภัย

2) การทำให้เกิดความเป็นธรรมกับทุกฝ่าย

3) การธำรงรักษาความสัมพันธ์ในการดูแลรักษาระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ตลอดจนสร้างความร่วมมือในสังคม เพื่อพัฒนาให้ระบบสุขภาพเป็นที่พึงของสังคมในระยะยาว



กลุ่มบท
ที่ 12

การพัฒนากระบวนการสุขภาพ

158



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้เสนอนโยบายสาธารณะ
มติการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์
ดังกล่าว ต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และเสนอต่อคณะกรรมการ
กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ โดยได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการติดตามนโยบาย
การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์
เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2551 เพื่อเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนเรื่องนี้

สช. ยังได้กระจายมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้ไปยังภาคีเครือข่าย
ทั่วประเทศผ่านหนังสือ

“เส้นทางสู่สมานฉันท์ในระบบการดูแลสุขภาพ”

ตลอดจนร่วมมือกับหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ในการสร้างความสัมพันธ์
ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและญาติ เช่น กระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายผู้บริโภค
เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ สถาบันบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันรับรอง
คุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ เป็นต้น

บนเส้นทางขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติดังกล่าว ก่อให้เกิดผล
การดำเนินงานหลายเรื่อง เช่น การพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน การบริการ
ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เครือข่ายการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
การถอดบทเรียนกรณีการจัดการความสัมพันธ์ที่โดดเด่นอย่างกรณีการผ่าตัด
ต่อกระดูกของโรงพยาบาลขอนแก่น ที่มีผู้เสียหายถึง 11 ราย แต่ไม่มี
การฟ้องร้องเกิดขึ้น นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังได้พัฒนาระบบ
การส่งต่อผู้ป่วย และจัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อระดับจังหวัดและเขตขึ้น
พร้อมเปิดโอกาสให้ชุมชนท้องถิ่นทุกระดับมีส่วนร่วมในกิจกรรมและพัฒนา
สถานบริการสาธารณสุขในรูปแบบต่าง ๆ เช่น มีตัวแทนชุมชนเป็นกรรมการ
ที่ปรึกษาหรือคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล การจัดตั้งสถาบันรับรอง
คุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ในเดือนมิถุนายน 2552 เป็นต้น

กลุ่มบท
ที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

159



หนึ่งในการขับเคลื่อนที่นำไปสู่การตื่นตัวในสังคมไทยครั้งสำคัญคือ
การผลักดัน



ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครอง ผู้เสียหายจากการรับบริการ สาธารณสุข



เพื่อใช้เป็นกฎหมายในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับคนไข้
เน้นการช่วยเหลือผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุขมากกว่าการหาผู้กระทำความ
ผิดมาลงโทษ แต่แพทย์เกิดความกังวลต่อประเด็นดังกล่าว เนื่องจาก
เห็นว่าผลกระทบของกฎหมายอาจไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์ ซึ่งมีการผลักดัน
ให้เป็นวาระสำคัญระดับชาติแล้ว เมื่อปี พ.ศ. 2554 โดยคณะรัฐมนตรี
มีมติเป็นเอกฉันท์ให้เดินหน้าร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากบริการ
สาธารณสุขต่อรัฐสภา แต่ก็กลายเป็นวาระค้างพิจารณาในสภา

แม้ว่าการผลักดันร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการ
สาธารณสุขจะยังไม่บรรลุผลก็ตาม แต่นั่นก็จะเป็นจุดประกายที่ทำให้
สังคมตระหนักถึงสิทธิในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพมากขึ้น ก่อให้เกิด
การเปลี่ยนแปลงในระบบสาธารณสุขทั้งด้านการบริการ การจัดการศึกษา
ตลอดจนกลไกต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย
และญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ให้ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคม
ดิจิทัลที่ทุกคนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางออนไลน์ได้อย่างกว้างขวาง

กลุ่มบท
ที่ 12

การพัฒนาบริการสุขภาพ

160

รูปธรรมการขับเคลื่อนมตีสมาชิสุขภาพแห่งชาติ มติ 1.13 การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์

เป้าหมายของมติ มีเป้าหมายหลัก 3 ประการ 1) การทำให้ระบบบริการทางการแพทย์มีความปลอดภัย 2) การทำให้เกิดความเป็นธรรมกับทุกฝ่าย และ 3) การธำรงรักษาความสัมพันธ์ ทั้งความสัมพันธ์ในการดูแลรักษาระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนความสามัคคีและร่วมมือกันในสังคมเพื่อพัฒนาให้ระบบสุขภาพเป็นที่พึงของสังคมในระยะยาว



ผลการดำเนินงาน เช่น

- กรมควบคุมโรค** มีการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
- มีการถอดบทเรียน** กรณีการจัดการความสัมพันธ์ที่โดดเด่นเพื่อเผยแพร่ เช่น กรณีการผ่าตัดต่อกระเพาะของโรงพยาบาลขอนแก่นที่มีผู้เสียหายถึง 11 ราย แต่ไม่เกิดการฟ้องร้อง
- กระทรวงสาธารณสุข** มีผลการดำเนินงานต่าง ๆ เช่น
 - พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย และจัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อระดับจังหวัดและเขต
 - เปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขในรูปแบบต่าง ๆ
 - จัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ในเดือนมิถุนายน 2552
 - มีการผลิตแพทย์ในโครงการพิเศษ เช่น โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท โครงการผลิตแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุนแพทย์
 - ศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดโครงการอบรมหลักสูตร “นักเจรจาไกล่เกลี่ยทางการแพทย์และสาธารณสุข” เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการจัดการปัญหาความขัดแย้งและฟื้นฟูความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ
 - เกิดร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

กลุ่มมติ
ที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

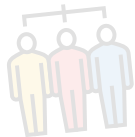


มติ 2.3

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
เพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ
ของประชาชน

กลุ่มมติ
ที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ



สานพลัง ขับเคลื่อนสุขภาพชุมชน วางรากฐานจากตำบลสู่ประเทศ

“

ระบบบริการปฐมภูมิ

คือจุดเริ่มต้นของระบบสุขภาพและสุขภาพที่ดี
เป็นกลไกด่านแรก

ที่ทำให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึง
บริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

”



สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ในคราวประชุมหารือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เมื่อวันที่ 13 กรกฎาคม 2553 จึงมีมติให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพหลัก โดยความร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคประชาชน โดยได้จัดทำ



“แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพตำบล”

กลุ่มบท
ที่ 12

เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ มีจุดประสงค์ให้การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนมีคุณภาพและประสิทธิภาพ



ต่อมา กระทรวงสาธารณสุขได้นำเสนอ

“

โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ. 2555 – 2564

”





ต่อคณะรัฐมนตรี ซึ่งได้อนุมัติในหลักการ เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2554 และสำนักงานโครงการสนับสนุนนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้จัดทำ (ร่าง) แผนการจัดทำยุทธศาสตร์ทศวรรษการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ. 2555 - 2564 เป็นแผนยุทธศาสตร์ในภาพรวม ของ รพ.สต. ยึดหลักการของระบบบริการปฐมภูมิ ทั้งในด้านความครอบคลุม ความต่อเนื่อง มีคุณภาพและบูรณาการ รวมทั้งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ประชาสังคม และประชาชน เพื่อให้แผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับนี้เป็นกรอบ แนวทางและทิศทางการพัฒนา รพ.สต. ร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะทำงานผลิตและพัฒนา กำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ลงวันที่ 29 กรกฎาคม 2554 ในด้านการดำเนินงานขับเคลื่อนมติ กระทรวงสาธารณสุขยังได้พัฒนาหมอ ประจำครอบครัว ตามนโยบาย 1 หมอ 1 รพ.สต. โดยให้มีแพทย์ประจำ รพ.สต. และเป็นแพทย์ประจำครอบครัว ซึ่งคาดว่าจะสามารถจัดแพทย์ ประจำ รพ.สต. ครบทั้ง 9,750 แห่ง เพื่อดูแลทุกครอบครัวทั่วไทยได้ภายใน ปี 2565



นอกจากนี้ ตั้งแต่ต้นปี 2558 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงาน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พัฒนาให้มี



“ทีมหมอครอบครัว”

ที่เป็นทีมสหวิชาชีพของบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขรวมถึง อาสาสมัคร (อสม.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ชุมชนและ ภาคประชาชน ทำงานเชิงรุกในการช่วยเหลือให้คำปรึกษาใกล้ชิดเสมือนเป็น เพื่อนสนิทหรือญาติของครอบครัว เพื่อแก้ปัญหาช่องว่างและความเหลื่อมล้ำ ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเริ่มต้นจาก 30,000 ทีม ดูแลใน 250 อำเภอ ครอบคลุมทุกจังหวัด โดยในเดือนพฤษภาคม 2558 เพิ่มขึ้นเป็น 50,000 ทีม ครอบคลุมทั่วประเทศ

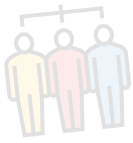


กลุ่มบท
ที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

164





รวมถึงได้จัดทำ “ร่างยุทธศาสตร์ทศวรรษการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2559 - 2568” เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน และได้ร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

“แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิ”

เมื่อวันที่ 16 มิถุนายน 2558 เพื่อระดมความคิดเห็นจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง



สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้สนับสนุนการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิโดยการผสมผสานความรู้และเสริมพลังการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุข สถาบันการศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน ในการพัฒนากลไกการสร้างศักยภาพนักปฏิบัติการด้านสร้างเสริมสุขภาพ พัฒนาระบบกลไกการสร้างเสริมสุขภาพและระบบบริการสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ ที่มีความหลากหลาย เช่น โครงการการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ โครงการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทันตะ - เภสัช บุคลากรในการทำงานระบบสุขภาพชุมชน โครงการพัฒนาศักยภาพระบบบริการปฐมภูมิและภาคีเครือข่ายในการจัดการสังคมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมจังหวัดอุดรธานี (ปภสส.) โครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยพยาบาลผู้จัดการชุมชน โครงการสนับสนุนการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อระบบสุขภาพชุมชน เป็นต้น



ต่อมา เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2561 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบร่างแผนการปฏิรูปประเทศทั้ง 11 ด้าน และได้กำหนดให้ระบบบริการปฐมภูมิเป็นหนึ่งในประเด็นปฏิรูปด้านสาธารณสุข ซึ่งมีพันธกิจสำคัญประการหนึ่ง คือ การพัฒนากลไกอภิบาลระบบ โดยจัดทำร่างพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ... รวมทั้งพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิด้านอื่น ๆ เพื่อให้สอดคล้องกันด้วย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายจึงได้ผลักดันให้มี พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 เพื่อให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน



กลุ่มบท
ที่ 12

การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ



รูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มติ 2.3 การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน

เป้าหมายของมติ พัฒนาแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้แล้วเสร็จภายในปี พ.ศ. 2553 และพัฒนาให้เกิดกลไกที่มีอำนาจในการบริหารจัดการทรัพยากรในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบลอย่างมีส่วนร่วม



ผลการดำเนินงาน เช่น

กระทรวงสาธารณสุข พัฒนาหมอประจำครอบครัว ตามนโยบาย 1 หมอ 1 sw.สต. และจัดทำ
“ร่างยุทธศาสตร์ทศวรรษการพัฒนาบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2559 – 2568”

กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พัฒนาให้มี
“ทีมหมอครอบครัว” ให้คำปรึกษาใกล้ชิดเสมือนเป็นญาติของครอบครัว

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เสริมพลังการทำงานร่วมกันระหว่าง
ภาคีเครือข่ายเกิดเป็นโครงการส่งเสริมระบบสุขภาพในระดับชุมชนหลายโครงการ

เกิด พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562







ภาคีร่วมมือ ขับเคลื่อนไทย เป็นศูนย์กลางสุขภาพ

“

หนึ่งในปัญหาใหญ่ด้านสาธารณสุขของประเทศไทย
ขณะนี้ไม่พ้นเรื่องความขาดแคลนทรัพยากรด้านสาธารณสุข
ทั้งในด้านทรัพยากรบุคคล



และงบประมาณในการจัดการระบบสุขภาพ
ในทางกลับกัน ประเทศไทยกลับเป็นจุดหมาย
ในการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลของชาวต่างชาติ

มากกว่า 1 ล้านคน ต่อปี



ถือเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติลำดับต้น ๆ ของเอเชีย
โดยการพัฒนาศูนย์บริการทางการแพทย์นานาชาติ
(Medical Hub) ของไทยเกิดขึ้นเมื่อปี 2547

โดยรัฐบาลได้นำเสนอเป็นนโยบายสำคัญต่อรัฐสภา
เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC)
ซึ่งอาจทำให้เกิดการดึงแพทย์จากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชน
และอาจเป็นสาเหตุให้

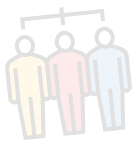
ระบบสาธารณสุขของไทยเสียสมดุลได้

”

กลุ่มมติ
ที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

168



ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 จึงมีมติให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ศึกษาผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบจากการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและความเป็นไปได้ในการใช้มาตรการทางการคลังเพื่อป้องกันและลดผลกระทบด้านลบจากนโยบายดังกล่าว จากนั้น คสช. ได้นำเสนอมติต่อคณะรัฐมนตรี (ครม.) และมีมติเห็นชอบ เมื่อวันที่ 12 เมษายน 2554



ในด้านการดำเนินงาน ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนมติ ดังนี้



คณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ มีมติให้สนับสนุนการศึกษผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบจากการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ โดยมีผลการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบการคาดการณ์แนวโน้มและผลที่จะเกิดกับ 4 ประเทศ (ไทย สิงคโปร์ มาเลเซียและฟิลิปปินส์) จากนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ รวมถึงมีการศึกษาเรื่องการเตรียมพร้อมสำหรับการทำข้อตกลงของวิชาชีพด้านสุขภาพในวิชาชีพแพทย์พยาบาล และทันตแพทย์ กรณีเปิดเสรีด้านการค้าและบริการในสาขาสุขภาพของอาเซียนแล้ว ปัจจุบัน แผนงานการพัฒนาศักยภาพด้านการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กำลังประสานนักวิจัยเพื่อพัฒนารอบการวิจัยสำหรับการศึกษาในประเด็นผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบ จากการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและความเป็นไปได้ในการใช้มาตรการทางการคลังเพื่อป้องกันและลดผลกระทบด้านลบจากนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและส่งเสริมให้ภาคเอกชนที่ดำเนินการนโยบายนี้คืนกำไรให้กับสังคม



กลุ่มบท
ที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

169



กลุ่มบท
ที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

170

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานส่งเสริมการลงทุน (BOI) และหน่วยงานภาคีสุขภาพ แต่งตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจ ร่วมกันดำเนินการพัฒนา (ร่าง) เอกสารข้อเสนอกรอบการส่งเสริมการลงทุน อุตสาหกรรมด้านสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับพิจารณาประกอบการให้การสนับสนุนด้านการลงทุน ใจความสำคัญ คือ การส่งเสริมการลงทุน อุตสาหกรรมด้านสุขภาพต้องอยู่บนหลักการสำคัญ 4 ประการ ได้แก่



1) ต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์ของสถานะทางสุขภาพโดยรวมของคนในประเทศเป็นสำคัญ

2) ต้องเป็นไปเพื่อเสริมสร้างศักยภาพ หรือ เพิ่มประสิทธิภาพ และเพิ่มความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความยั่งยืน และเข้มแข็งให้แก่ระบบสุขภาพของประเทศโดยรวม

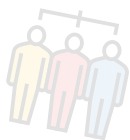
3) ต้องไม่ขัดกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 (มาตรา 80) กฎหมาย รวมถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

4) ต้องมีระบบติดตามและประเมินสถานการณ์ผลกระทบของนโยบายส่งเสริมการลงทุนให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ โดยได้ข้อสรุปเรื่องหลักเกณฑ์การส่งเสริมการลงทุนในกิจการสถานพยาบาลไว้ ดังนี้

1. เป็นการลงทุนโดยนิติบุคคล ที่ไม่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ ในลักษณะที่มุ่งหวังทำกำไรสูงสุด เช่น การดำเนินการในรูปแบบมูลนิธิ หรือกิจการเพื่อสังคม เป็นต้น

2. ต้องเป็นเครือข่ายสถานพยาบาลขนาดเล็กที่ให้บริการระดับปฐมภูมิ เป็นหลัก





กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพของนานาชาติ (ปี 2555 – 2559) โดยให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อน เพื่อเป็นกรอบในการกำหนดรูปแบบแนวทางการดำเนินงานของศูนย์บริการสุขภาพทั่วประเทศ



คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ได้สนับสนุนการศึกษาค้นคว้าความต้องการกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในระยะ 10 ปี (2552 - 2561) และภายใต้แผนปฏิบัติการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนฯ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2555 - 2559) ได้กำหนดกลยุทธ์ที่เน้นต่อ ยอดการศึกษาในเรื่องการคาดการณ์กำลังคนด้านสุขภาพของไทย ที่สอดคล้องกับภาวะเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ และได้แต่งตั้งคณะกรรมการนำมติสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 63 WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel ไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งมีบทบาทในการเตรียมความพร้อมของไทยเรื่องการไหลเข้าออกของบุคลากรสุขภาพจากการเข้าสู่ ASEAN Community (AC) ด้วย



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พัฒนาด้านแบบนโยบายความร่วมมือภาครัฐและเอกชนด้านบริการสุขภาพ (Public Private Participation: PPP in Health Care) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพที่มีมาตรฐานของภาครัฐ ส่งเสริมการใช้ทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและเพียงพอต่อการจัดสรร รวมทั้งกระจายไปสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงแก่ประชาชนของประเทศ ดันแบบการดำเนินการที่มีปรากฏในปัจจุบัน ได้แก่ ความร่วมมือด้านวิชาการระหว่างโรงพยาบาลรามาธิบดีกับโรงพยาบาลพญาไท เพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการ ปัจจุบันมีโรงพยาบาลเอกชนร่วมเป็นสมาชิกเครือข่าย 17 แห่ง



กลุ่มบท
ที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

171



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานส่งเสริมการลงทุน (BOI) และกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันนำหลักการด้านการเงิน การคลังด้านสุขภาพของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ที่กำหนดว่า “การลงทุนด้านสุขภาพต้องคำนึงถึงผลกระทบด้านสุขภาพในภาพรวม ทั้งระยะสั้นและระยะยาว รวมถึงความมั่นคงด้านสุขภาพ และประสิทธิภาพของการลงทุน” เป็นหลักสำคัญ และนำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพัฒนาข้อเสนอ ที่มีข้อมูลทางวิชาการรองรับ เพื่อให้การลงทุนด้านบริการสุขภาพเกิดประโยชน์ ต่อส่วนรวมอย่างแท้จริง ทำให้คนไทยโดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกลและรายได้น้อย สามารถเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ รวมถึงก่อให้เกิดการใช้ ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า หนุนเสริมและไม่ซ้ำซ้อนกับการลงทุนที่มีอยู่แล้วของ ภาครัฐ



ที่ประชุมคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2560 ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ได้ออกประกาศ เรื่อง นโยบายส่งเสริมการลงทุนด้านการบริการทางการแพทย์ ใน 4 กิจกรรม ได้แก่



1) กิจกรรมบริการสาธารณสุขด้านแพทย์แผนไทย

2) กิจกรรมศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง

3) กิจกรรมสถานพยาบาล ส่งเสริมการลงทุนในพื้นที่เฉพาะ เพื่อกระจายการให้บริการอย่างทั่วถึงสำหรับประชาชนในพื้นที่ ห่างไกลใน 20 จังหวัด ที่มีรายได้ต่อหัวต่ำ หรือใน 4 จังหวัด ชายแดนภาคใต้และในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษชายแดน

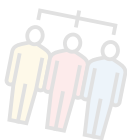


4) กิจกรรมบริการขนส่งผู้ป่วย แพทย์ หรืออุปกรณ์การแพทย์ ทั้งทางอากาศ ทางบกและทางเรือ



กลุ่มมติ
ที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ



คณะรัฐมนตรี พิจารณานุมัติโครงการจัดตั้งศูนย์บริการสุขภาพและ
บริการสาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 14
มกราคม 2555 และโครงการพัฒนาให้จังหวัดขอนแก่นเป็นศูนย์กลางบริการ
ด้านสุขภาพ เมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2555



กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ร่วมกัน
ดำเนินงาน พัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
โดยตั้งคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาและส่งเสริมประเทศไทยให้เป็น
ศูนย์กลางด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพขึ้น



**รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและรัฐมนตรีว่าการกระทรวง
การท่องเที่ยวและกีฬา** ได้จัดประชุมคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาและ
ส่งเสริมประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Medical
and Wellness Tourism) ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2558 เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2558
เพื่อพิจารณายุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพ
นานาชาติ 10 ปี (พ.ศ. 2559 - 2568) โดยมีกรอบการพิจารณายุทธศาสตร์
4 ข้อ คือ 1) การเพิ่มขีดความสามารถในการจัดบริการสุขภาพ 2) การพัฒนา
บุคลากรทางการแพทย์เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศทางวิชาการทุกระดับ 3) การพัฒนา
วิสาหกิจชุมชน/ผู้ประกอบการรายย่อย รองรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
และ 4) การส่งเสริมการตลาดและการประชาสัมพันธ์ และมีการเร่งจัดทำ
ระบบประกันสุขภาพสำหรับชาวต่างชาติ (Landed Fee) รวมถึงการขยายเวลา
พำนักรักในไทยกรณีเข้ารับการรักษาพยาบาล ให้กลุ่มประเทศกัมพูชา ลาว เมียนมาร์
เวียดนาม และจีน จาก 14 - 30 วัน เป็น 90 วัน



ในด้านความก้าวหน้าของมติ หน่วยงานเครือข่ายทุกภาคส่วนยังคง
มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ
ของประเทศไทย มีความสอดคล้องกับเป้าหมายในการดำเนินงานด้าน
สาธารณสุขของประเทศโดยไม่เกิดผลกระทบเชิงลบต่อประชาชน

กลุ่มบท
ที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

173

รูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มติ 3.4 นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

เป้าหมายของมติ ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ให้เกิดการสนับสนุนหรือสิทธิพิเศษทางภาษีและการลงทุนกับบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ สนับสนุนการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชน และพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการกำหนดนโยบาย



ผลการดำเนินงาน เช่น

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (BOI) ร่วมกับ**สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ** และ**หน่วยงานภาคีสุขภาพ** จัดทำข้อเสนอกรอบการส่งเสริมการลงทุนอุตสาหกรรมด้านสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพพองนานาชาติ (พ.ศ. 2555 – 2559)

คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนการศึกษาความต้องการกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุขในระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2552 – 2561)

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พัฒนาด้านแบบนโยบายความร่วมมือภาครัฐและเอกชนด้านบริการสุขภาพ (Public Private Participation : PPP in Health Care)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานส่งเสริมการลงทุน (BOI) และกระทรวงสาธารณสุข นำหลักการของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 มาเป็นกรอบแนวคิดเพื่อการลงทุนด้านบริการสุขภาพเกิดประโยชน์ต่อส่วนรวม

คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน ออกประกาศเรื่องนโยบายส่งเสริมการลงทุนด้านการบริการทางการแพทย์ ใน 4 กิจกรรม

คณะรัฐมนตรี อนุมัติโครงการจัดตั้งศูนย์บริการสุขภาพและบริการสาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโครงการพัฒนาให้จังหวัดขอนแก่นเป็นศูนย์กลางบริการด้านสุขภาพ

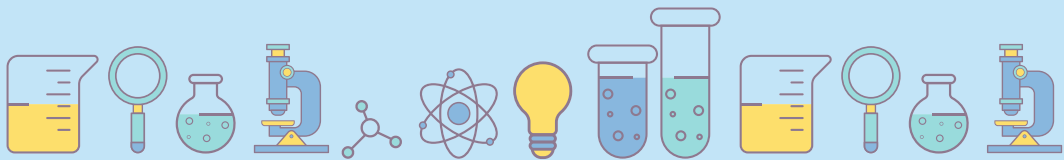
กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาและส่งเสริมประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ได้จัดประชุมคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาและส่งเสริมประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Medical and Wellness Tourism) มีการจัดทำระบบประกันสุขภาพสำหรับชาวต่างชาติ (Landed Fee)

กลุ่มมติ
ที่ 12

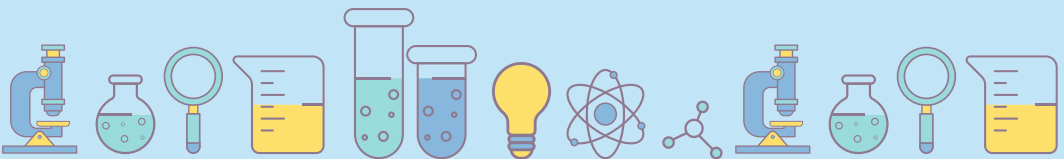
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

174



มติ 5.3

การปฏิรูปการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ
ให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพ
ในบริบทสังคมไทย



กลุ่มมติ
ที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

175

สังคมก้าวหน้า วิชาชีพ (ด้านสุขภาพ) ก้าวทัน

“

ระบบการศึกษาของบุคลากรด้านสุขภาพ
ของไทยในปัจจุบัน
ยังขาดการเชื่อมโยงกับบริบทของสังคม
และความจำเป็นพื้นฐานด้านสุขภาพของประชาชน
แม้จะมีการพัฒนาหลักสูตร
แต่ก็ยังเป็นการพัฒนาที่ไม่ได้มีความเชื่อมโยง
กับหลักสูตรอื่น ๆ เพื่อให้องค์ความรู้นั้น
สามารถตอบสนองต่อระบบสุขภาพของประชาชน
ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ
และเท่าทันต่อสภาพสังคมและเศรษฐกิจ
ในศตวรรษที่ 21 ที่มีการเปลี่ยนแปลงผันผวน
อย่างรวดเร็วตลอดเวลา

”

กลุ่มมติ
ที่ 12

การพัฒนากระบวนการสุขภาพ

176

การผลิตบุคลากรด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ จำเป็นต้องเริ่มต้นตั้งแต่ระดับนโยบาย เพื่อให้ได้บุคลากรด้านสุขภาพที่มีความพร้อมทั้งความรู้ เจตคติ ทักษะ ที่จำเป็นและความสามารถที่จะสนับสนุนความแข็งแกร่งของระบบสุขภาพ

จากสถานการณ์ดังกล่าว ในคราวประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2555 มติการปฏิรูปการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพในบริบทสังคมไทย จึงได้รับฉันทมติเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2555 และคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีมติรับทราบเมื่อวันที่ 25 มกราคม 2556

ในด้านการดำเนินงาน คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเพื่อจัดทำ (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์พัฒนาการศึกษาสำหรับกำลังคนด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21 (พ.ศ. 2557 - 2561) จากนั้นได้แต่งตั้ง คณะอนุกรรมการพัฒนาและจัดทำยุทธศาสตร์พัฒนาการศึกษาสำหรับกำลังคนด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21 (พ.ศ. 2557 - 2561) เพื่อเสนอ (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์ฯ

ในคราวประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2557 วันที่ 25 เมษายน 2557 คสช. มีมติเห็นชอบต่อ

“ แผนยุทธศาสตร์พัฒนาการศึกษาสำหรับกำลังคน ด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21 (พ.ศ. 2557 - 2561) ”

และเพื่อให้การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ฯ เป็นไปได้ด้วยดี จึงมีการแต่งตั้ง คณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การปฏิรูปการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพในบริบทสังคมไทย โดยอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มบท
ที่ 12

การพัฒนาบริการสุขภาพ

177

ในด้านการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ

หลังจากการประชุมระดับชาติและนานาชาติ เรื่อง การพัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 17 - 18 พฤศจิกายน 2557 มีการจัดตั้ง **มูลนิธิเพื่อการพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพ (ศสข.)** ขึ้นเพื่อดำเนินงานในระยะยาวทั้งการส่งเสริมสนับสนุน สร้างและจัดการความรู้เพื่อการพัฒนาการศึกษาบุคลากรด้านสุขภาพ การขับเคลื่อนนโยบายการปฏิรูปการศึกษาบุคลากรสุขภาพ การสร้างขีดความสามารถทั้งบุคคล องค์กรและเครือข่ายในการพัฒนาการศึกษาบุคลากรด้านสุขภาพ ดำเนินกิจกรรมทางวิชาการ รวมทั้งการประชุมสัมมนาทางวิชาการและการจัดสัมมนาเพื่อการพัฒนาการศึกษาบุคลากรด้านสุขภาพ

โดยมีการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง คือ

“ Leadership for Health Professional Education Reform ”

ตั้งแต่ปี 2556 เกิด **โครงการพัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่เหมาะสมในศตวรรษที่ 21** มีวัตถุประสงค์ในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการศึกษาที่มุ่งเน้นการขับเคลื่อนการปฏิรูปการศึกษาของบุคลากรสาธารณสุข

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมมือกับมูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย สมาคมหมออนามัย และชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย สถาบันบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จัดอบรมพัฒนาศักยภาพหมออนามัย ผู้การสร้างสุขภาวะชุมชนแนวใหม่ในศตวรรษที่ 21 เพื่อเสริมพลังการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการสุขภาวะชุมชน ซึ่งต่อมาได้พัฒนาเป็นโครงการศักยภาพหมออนามัยขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในศตวรรษที่ 21

กลุ่มบท
ที่ 12

การพัฒนาบริการสุขภาพ

178

สถาบันบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาสมรรถนะอาจารย์ด้านการจัดการศึกษาในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง (Transitional Education) ระหว่างวันที่ 17 - 19 สิงหาคม 2558

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย

โครงการทบทวนระบบสมรรถนะบุคลากรในด้านการวางแผนกำลังคน ทางด้านสุขภาพเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ

โดยมอบหมายสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) นำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นในงานประชุมวิชาการระดับชาติ การพัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ ครั้งที่ 2

ปฏิรูปการเรียนรู้สู่สมรรถนะและหัวใจ

จัดขึ้นระหว่างวันที่ 4 – 6 สิงหาคม 2558

ความก้าวหน้าในการดำเนินงานล่าสุด คือ คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ได้มีมติเห็นชอบให้จัดทำ การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2560 - 2569) เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข เน้นผลิตกำลังคนในกลุ่มที่มีทักษะในการทำงานด้านกว้างมากกว่าเฉพาะเจาะจง และเห็นชอบหลักการแผนการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ปี 2561 – 2570 ซึ่งต่อยอดมาจากโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (The Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctor: CPIRD) ที่กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ ริเริ่มไว้ตั้งแต่ปี 2538 ซึ่งต่อมามีโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (One Doctor One District: ODOD) ในปี 2548 จนสามารถผลิตแพทย์เพิ่มได้ถึง 2,000 – 3,000 คน ต่อปี

กลุ่มบท
ที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

179

รูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มติ 5.3 การปฏิรูปการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ ให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพในบริบทสังคมไทย

เป้าหมายของมติ แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อปฏิรูปการศึกษามูลสารด้านสุขภาพ สร้างความร่วมมือระหว่างผู้ผลิตและผู้บริโภค และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ความสำคัญกับสุขภาพในพื้นที่



ผลการดำเนินงาน เช่น

เกิดแผนยุทธศาสตร์ พัฒนาการศึกษานักเรียนด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21 (พ.ศ. 2557 - 2561)

มีการแต่งตั้ง คณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การปฏิรูปการศึกษานักเรียนด้านสุขภาพ

มีการจัดตั้ง มูลนิธิเพื่อการพัฒนาการศึกษานักเรียนด้านสุขภาพ (ศสข.)

เกิดโครงการพัฒนาการศึกษา สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่เหมาะสมในศตวรรษที่ 21

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และภาคีเครือข่าย พัฒนาโครงการศึกษาภาพหมอนามัย
ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในศตวรรษที่ 21

สถาบันบรมราชชนก ดำเนินโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาสมรรถนะอาจารย์ด้านการจัดการ
ศึกษาในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง (Transitional Education)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย “โครงการบทกวีระบบธรรมาภิบาลในด้าน
การวางแผนกำลังคนทางด้านสุขภาพเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ”

คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ เห็นชอบการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ
ในศตวรรษหน้า (พ.ศ. 2560 - 2569) และเห็นชอบหลักการแผนการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท
(พ.ศ. 2561 - 2570)



มติ 6.1

นโยบายการตรวจสุขภาพที่จำเป็น
และเหมาะสมสำหรับประชาชน



กลุ่มมติ
ที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

181



ตรวจใจ รู้ใจ ห่างไกลโรค

“

ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ
ยังคงเป็นวาทกรรม
ที่สร้างความตระหนัก
ในเรื่องสุขภาพได้เป็นอย่างดี
การตรวจสุขภาพที่จำเป็น
ถือเป็นด่านแรก
ในการคัดกรองโรคร้าย
เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์สูงสุด
ในการสร้างเสริมสุขภาพ
และการป้องกันโรค

”



กลุ่มมติ
ที่ 12

การพัฒนากระบวนการสุขภาพ

182





ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 ได้พิจารณารายงานเรื่องนโยบายการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน และให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เสนอต่อดังต่อไปนี้ โดยได้พิจารณาเห็นชอบ เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2558 รวมถึงให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการตามมติ



ในด้านการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อขับเคลื่อนมติ อาทิ

คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสมส.) สนับสนุนการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพฯ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ มีการจัดประชุมเรื่องแนวทางการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

“
**นโยบายการตรวจสุขภาพ
ที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน**
”

จัดเวทีเสวนา

“
**เลือกแพ็คเกจ
ตรวจสุขภาพอย่างไรให้คุ้มค่า**
”

สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ดำเนินโครงการวิจัยและพัฒนาทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ (Health Screening) ในประเทศไทย เพื่อศึกษาการจัดตั้งกลไกที่เหมาะสมในการตรวจสุขภาพ



กลุ่มมติ
ที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ



กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้เรื่องนี้เป็นนโยบายสำคัญของกรมฯ โดยมอบหมายให้สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ ดำเนินการจัดทำร่างแนวทางการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน ใน 3 กลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มเด็กและวัยรุ่น (แรกเกิด - 18 ปี) กลุ่มวัยทำงาน (18 - 59 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบสุขภาพสำหรับประชาชนในประเทศไทย มีการแต่งตั้ง



“ คณะกรรมการพัฒนาการตรวจสอบสุขภาพ ที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน ”

เพื่อพัฒนาแนวทางการตรวจสอบสุขภาพฯ ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

กรมบัญชีกลาง ได้จัดทำโครงการบูรณาการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้มีหลักเกณฑ์การกำหนดรายการและอัตราค่ารักษาพยาบาล



สำนักงานประกันสังคม ได้มีการปรับปรุงร่างพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 โดยแก้ไขมาตรา 63 ให้มีหมวดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพิ่มเติม โดยการตรวจสอบสุขภาพเป็นหนึ่งในกิจกรรมที่ต้องทำและประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 22 มิถุนายน 2558

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน และมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผลักดันแผนพัฒนาระบบตรวจสอบสุขภาพแรงงานแบบใหม่ เพื่อใช้นำร่องกับ 50 องค์กรต้นแบบ



จะเห็นได้ว่าหลายหน่วยงานต่างให้ความสำคัญต่อการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็น มีการดำเนินงานที่เป็นการสนับสนุนการขับเคลื่อนมิติมากมาย โดยมุ่งเน้นประโยชน์ของประชาชนเป็นสำคัญ เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมได้อย่างเท่าเทียม



รูปธรรมการขับเคลื่อนมิติสุขภาพแห่งชาติ

มติ 6.1 นโยบายการตรวจสุขภาพที่จำเป็น และเหมาะสมสำหรับประชาชน

เป้าหมายของมติ เน้นการตรวจสุขภาพที่จำเป็น และมีคุณภาพ สนับสนุนการวิจัย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ ส่งเสริมความเข้าใจภาคประชาชนเกี่ยวกับความจำเป็นของการตรวจสุขภาพ กำหนดและพัฒนาสถิติประโยชน์การตรวจสุขภาพ จัดตั้งกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการที่เหมาะสม



ผลการดำเนินงาน เช่น

กรมการแพทย์ มอบหมายให้สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ จัดทำร่างแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน ใน 3 กลุ่ม มีการแต่งตั้ง “คณะกรรมการพัฒนาการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน”

กรมบัญชีกลาง ได้จัดทำโครงการบูรณาการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สำนักงานประกันสังคม ปรับปรุงร่างพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน

และมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผลักดันแผนพัฒนาระบบตรวจสุขภาพแรงงานแบบใหม่



กลุ่มมติ
ที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

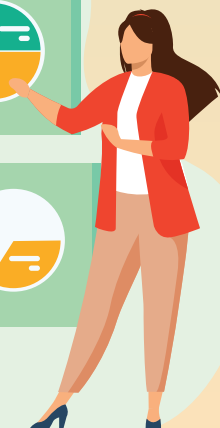
185



มติ 7.2

การพัฒนา

กระบวนการประเมินและการตัดสินใจ
การใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ



กลุ่มมติ
ที่ 12

การพัฒนากระบวนการสุขภาพ

186

ประเมินก่อนใช้ เทคโนโลยีด้านสุขภาพไทยยั่งยืน

“

ในปี พ.ศ. 2555 ประเทศไทยมีค่าใช้จ่าย
ด้านสุขภาพอยู่ที่ ร้อยละ 3.9
ของผลผลิตมวลรวมในประเทศ
และเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ
ร้อยละ 5 - 6 ในปี พ.ศ. 2557
และรัฐบาลมีการลงทุนด้านสุขภาพสูงถึง
ประมาณร้อยละ 13 - 14 ของงบประมาณแผ่นดิน
ซึ่งถือว่าสูงเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ
ที่มีค่าใช้จ่ายภาครัฐด้านสุขภาพ
ต่ำกว่าร้อยละ 10

”

ปี 2557 ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 รับทราบและ
ตระหนักว่าสาเหตุที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศสูงขึ้นนั้นส่วนหนึ่งถูกใช้
ไปกับเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ไม่มีประโยชน์ ซึ่งการทำให้ประชาชนเข้าถึง
เทคโนโลยีและบริการสุขภาพที่มีคุณภาพนั้น ต้องใช้หลักฐานและข้อมูล
ทางวิชาการ มีการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ มีมาตรฐาน

กลุ่มมติ
ที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

187



เป็นที่ยอมรับ มีความโปร่งใสในการตัดสินใจ และผู้มีส่วนได้เสียต้องมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการ ที่ประชุมจึงมีฉันทมติเห็นชอบการพัฒนากระบวนการประเมินและการตัดสินใจการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2551 และที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบมติดังกล่าว เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2558 โดยที่ประชุมคณะรัฐมนตรี มีมติรับทราบและมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการตามหน้าที่และอำนาจ เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2558



ต่อมา กระทรวงสาธารณสุข **แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และมอบหมายให้มีการพัฒนาการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นในระดับเขตภายในปีงบประมาณ 2559** เพื่อให้ผู้บริหารเขตใช้ข้อมูลจากผลการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เพื่อเป็นเครื่องมือในการเลือกใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่เหมาะสม และแต่งตั้ง **คณะกรรมการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพระดับเขตสุขภาพ** ขึ้น ให้ทำหน้าที่ในการคัดเลือกหัวข้อการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทปัญหาและความต้องการของเขต ทำแผนงานหรือโครงการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ สนับสนุนงบประมาณเพื่อให้เกิดการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในเขตสุขภาพ และควบคุมกำกับกับการดำเนินการประเมินเทคโนโลยีฯ ให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด โดยคณะกรรมการฯ ได้แต่งตั้งคณะทำงานวิชาการด้านการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพขึ้น ประกอบด้วยบุคลากรที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ จากมหาวิทยาลัยและตัวแทนเขตสุขภาพ ที่มีความรู้และผ่านการอบรมการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ทำหน้าที่ให้คำแนะนำและคำปรึกษาในการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพแก่คณะทำงานระดับเขตสุขภาพ พิจารณาโครงการวิจัย และผลการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในเขตสุขภาพ เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการพัฒนาการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ



กลุ่มบทที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

188



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้สนับสนุนให้สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HITAP) กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ดำเนินการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เป็นระบบ โปร่งใส และอยู่บนพื้นฐานของหลักวิชาการ และรับฟังความคิดเห็นจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพ โดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ได้จัดการประชุมคณะทำงาน เพื่อคัดเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อนำเข้าสู่การประเมินก่อนจะนำไปเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ต่อไปโดยมีคณะทำงานฯ เข้าร่วมประชุมฯ ประกอบด้วย

1) ตัวแทนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์

2) ตัวแทนกลุ่มนักวิชาการ

3) ตัวแทนกลุ่มประชาสังคม

4) ตัวแทนกลุ่มผู้ป่วย

ปัจจุบัน โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) เป็นหน่วยงานวิจัยกึ่งอิสระภายใต้การกำกับดูแลของ มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ มีบทบาทในการศึกษาวิจัยและประเมินการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพในหลากหลายมิติ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มบทที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

189

รูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มติ 7.2 การพัฒนากระบวนการประเมิน และการตัดสินใจการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ

เป้าหมายของมติ จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพแห่งชาติ จัดตั้งองค์กรพัฒนาระบบฯ และให้หน่วยงานที่มีบทบาทในการกำหนดสิทธิประโยชน์ มีส่วนร่วมพัฒนารอบแนวทางการตัดสินใจ



ผลการดำเนินงาน เช่น

กระทรวงสาธารณสุข ได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ มีนโยบาย พัฒนาการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในระดับเขตสุขภาพ เพื่อผู้บริหารแต่ละเขตใช้ข้อมูลผลการประเมิน ประกอบการตัดสินใจเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และแต่งตั้งคณะทำงานวิชาการด้านการประเมินเทคโนโลยี ด้านสุขภาพ เพื่อให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะแก่คณะทำงานระดับเขตสุขภาพ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพ ได้สนับสนุนสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และ โครงการประเมิน เทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HITAP) ในการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เป็นระบบที่มีความโปร่งใสและอยู่บนพื้นฐานของหลักวิชาการ

โครงการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HITAP) ประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และสาธารณสุข และพัฒนานวัตกรรมที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้และสามารถนำการประเมินไปใช้ในการทำงานได้มากขึ้น



มติ 7.5

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์
สุขภาพโลก
ของประเทศไทย



กลุ่มมติ
ที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ



สร้างเกราะสุขภาพให้คนไทยด้วย “ยุทธศาสตร์สุขภาพโลก”



“

เมื่อโรคติดต่อ
และโรคอุบัติใหม่ข้ามพรมแดน
มีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว
รวมถึงการติดต่อเชื่อมโยง
ระหว่างประเทศและภูมิภาค
ที่สะดวกและสามารถทำได้โดยง่าย
ก่อให้เกิดภัยคุกคามสุขภาพของประชาชน
ที่ไม่อาจแก้ไขและป้องกันได้
จากต้นตอของสาเหตุภายในประเทศเท่านั้น

”



กลุ่มมติ
ที่ 12

การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ

192





ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2557 จึงเห็นความสำคัญของการกำหนดยุทธศาสตร์และนโยบายสุขภาพโลก จึงมีมติรับรองแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2558 - 2563 เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2557 และขอให้กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการต่างประเทศ ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เสนอแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2558 - 2563 ต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ



และให้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) สนับสนุนกระบวนการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพโลก เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ กำหนดกลไกการดำเนินการ สนับสนุนและติดตามความก้าวหน้าและประเมินผล



จากนั้น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงได้จัดให้มีการประชุมปรึกษาหารือระหว่างผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข และผู้แทนกระทรวงการต่างประเทศ ซึ่งที่ประชุมมีมติเห็นพ้องให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานเสนอแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2558 - 2563 และแต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพโลก



กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ดำเนินการเสนอ **แผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2558 - 2563 (Thailand Global Health Strategies 2015 – 2020)** ต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาเมื่อเดือนเมษายน 2558 ซึ่งสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีขอให้กระทรวงสาธารณสุขปรับแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย ให้มีความสอดคล้องกับกรอบระยะเวลาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และได้ร่วมกับกระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และองค์การภาคประชาสังคม ดำเนินการประชุมพิจารณาปรับปรุง

กลุ่มบท
ที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

193



แผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกตามข้อเสนอที่ได้รับ และจัดทำเป็น

“ กรอบยุทธศาสตร์ สุขภาพโลก พ.ศ. 2559 – 2563 ”

ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

- 1) การส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพ
- 2) การส่งเสริมระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง ยุติธรรมและเป็นธรรม
- 3) ส่งเสริมบทบาทความเป็นผู้นำและความรับผิดชอบของ
ไทยในประชาคมโลก
- 4) การส่งเสริมความสอดคล้องระหว่างนโยบายสุขภาพ
ภายในประเทศและระหว่างประเทศ
- 5) การส่งเสริมขีดความสามารถของบุคลากร และองค์กร
ในการสาธารณสุขระหว่างประเทศและการพัฒนาโลก
การประสานงาน

กลุ่มมติ
ที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ซึ่งคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบ กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของ
ประเทศไทย พ.ศ. 2559 - 2563 (Thailand Global Health Strategic
Framework 2016 - 2020) เมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2559 ตามที่
กระทรวงสาธารณสุขเสนอ โดยมีเป้าหมายคือ การสร้างสุขภาพที่ดีให้กับ
คนไทยสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ และปลอดภัยจากภัยคุกคาม ส่งเสริม
การขับเคลื่อนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมไทยให้มีความยั่งยืน

รูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มติ 7.5 การจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย

เป้าหมายของมติ รับรองและเสนอ "แผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2558 - 2563" ต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาเห็นชอบและจัดทำแผนปฏิบัติการขับเคลื่อน



ผลการดำเนินงาน เช่น

กระทรวงสาธารณสุข แต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพโลก และร่วมกับกระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และองค์กรภาคประชาสังคม ดำเนินการประชุมพิจารณาปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกตามข้อเสนอที่ได้รับ และจัดทำเป็นกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลก พ.ศ. 2559 - 2563

กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการต่างประเทศและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำร่างแผนปฏิบัติการตามกรอบยุทธศาสตร์ฯ เพื่อเตรียมเสนอต่อคณะกรรมการนโยบายสุขภาพโลก



กลุ่มมติ
ที่ 12

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

195

กลุ่มมิติที่ 13

การบริหารจัดการ
เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค



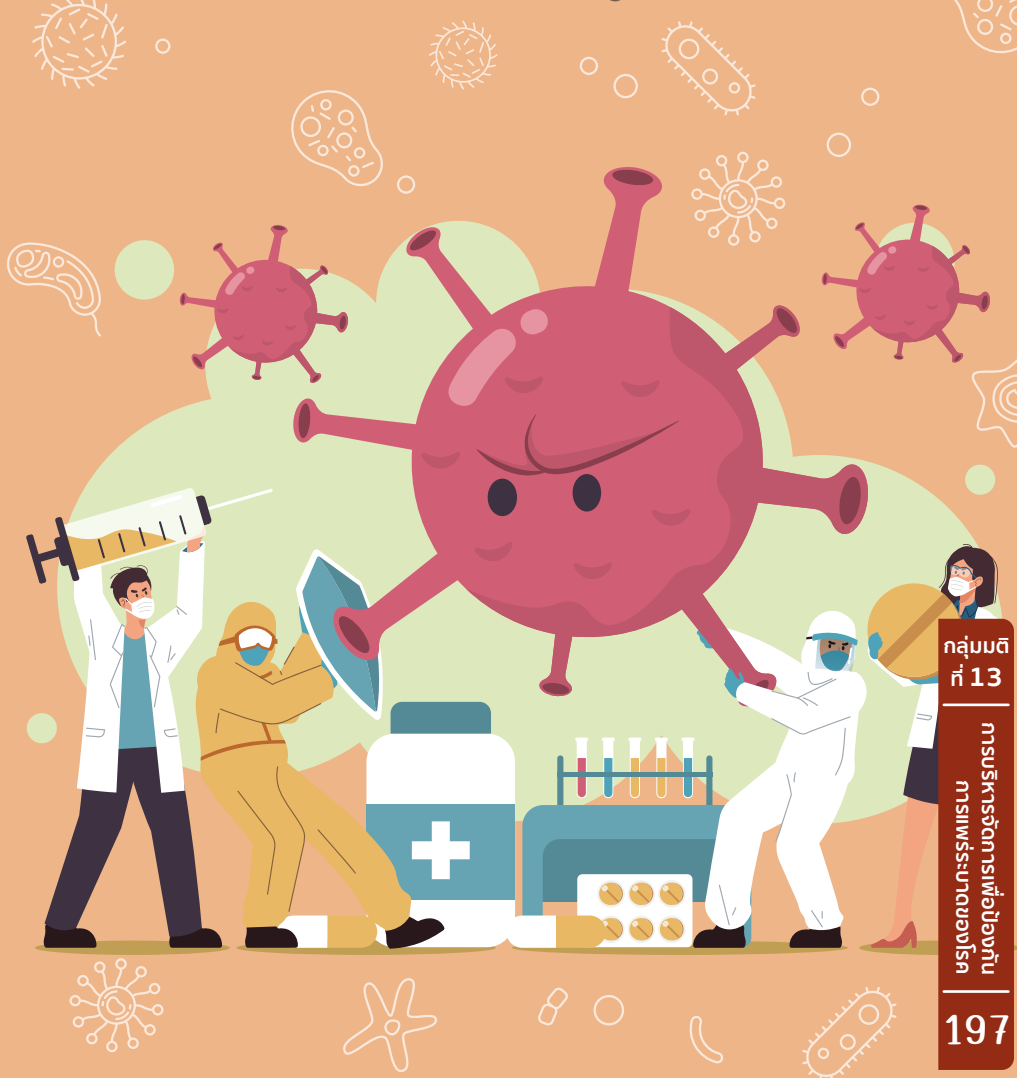
กลุ่มมิติ
ที่ 13

การบริหารจัดการเพื่อป้องกัน
การแพร่ระบาดของโรค

196

มติ 2.6

โรคติดต่ออุบัติใหม่



กลุ่มมติ
ที่ 13

การบริหารจัดการเพื่อป้องกัน
การแพร่ระบาดของโรค

197

จับมือสานพลัง ยับยั้งปัญหา โรคติดต่ออุบัติใหม่

“
โรคติดต่ออุบัติใหม่ ตามคำนิยามของ WHO
(World Health Organization)
หมายถึง โรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อใหม่
(New Infectious Disease)
เช่น โรคซาร์ส โรคติดเชื้อไวรัสซิกา
และไวรัสเอชอีบีวี เป็นต้น
จะเห็นได้ว่าโรคเหล่านี้ทวีความรุนแรงมากขึ้น
ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ
ของประชาชนในทุกช่วงวัย และอาจขยายวงกว้าง
ไปสู่ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม
สังคม เศรษฐกิจ ฯลฯ

”

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 จึงตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา
และเล็งเห็นว่า การบริหารจัดการปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แบบบูรณาการ
และมีส่วนร่วมทุกระดับ จะเป็นกลไกสำคัญและมีความจำเป็นที่ต้องดำเนินการ
ทันที

ในการประชุมร่วมของคณะผู้บริหารกรมควบคุมโรค และสำนักงาน
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 4 มิถุนายน 2553 เห็นชอบให้

“

คณะกรรมการอำนวยการ เตรียมความพร้อมป้องกัน ควบคุมและแก้ไข สถานการณ์โรคไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ระบาดใหญ่ และโรคระบาดร้ายแรงในมนุษย์

”

ที่ตั้งขึ้นตามคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ 111/2553 เมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม
2553 เป็นกลไกดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552
โดยได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี (ครม.) เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม
พ.ศ. 2553

จากนั้นกระทรวงสาธารณสุข ได้แต่งตั้ง **คณะกรรมการจัดทำแผน
ยุทธศาสตร์โรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2554 - 2559)** เพื่อจัดทำ
“แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่อ
อุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556 - 2559)” โดย ครม. ได้พิจารณาเห็นชอบ
เมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2555

ในด้านการขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการดำเนินการ
อย่างเป็นรูปธรรม คณะกรรมการอำนวยการเตรียมความพร้อมฯ จึงแต่งตั้ง
คณะอนุกรรมการเพื่อขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ฯ ดังกล่าว จำนวน 8 คณะ
ได้แก่ คณะอนุกรรมการตามยุทธศาสตร์ 5 คณะ คณะอนุกรรมการขับเคลื่อน
แผนฯ คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาด้านวิชาการและยุทธศาสตร์ฯ และ
คณะอนุกรรมการป้องกัน ควบคุมและแก้ไขการดื้อยาต้านจุลชีพฯ โดย
คณะอนุกรรมการทั้งหมดได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อเป็นเครื่องมือ
ในการขับเคลื่อนได้แก่ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route
Map) แผนปฏิบัติการแม่บท (Operation Plan) แผนประกอบกิจการ

กลุ่มมติ
ที่ 13

การบริหารจัดการเพื่อป้องกัน
การแพร่ระบาดของโรค

199

(Business Continuity Plan : BCP) ในด้านการพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ โดยใช้กระบวนการขับเคลื่อนกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ยุทธศาสตร์โรคติดต่ออุบัติใหม่ภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก และกรอบความร่วมมือในปฏิญญาสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงาน รวมทั้งมีระบบการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติราชการ เป็นกลไกในการกำกับติดตาม และประเมินผล

โดยหน่วยงานต่าง ๆ มีการดำเนินงานที่สอดคล้องและเกิดความก้าวหน้าในการขับเคลื่อนนี้ ดังนี้

กรมควบคุมโรค จัดตั้งศูนย์ความร่วมมือสุขภาพหนึ่งเดียว ณ สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค มีการดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน รักษาและควบคุมโรคภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว มีการพัฒนาเว็บไซต์ One Health (www.thaionehealth.org) เพื่อส่งเสริมสนับสนุน ประชาสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการทำงานร่วมกัน

กรมปศุสัตว์ และกรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช มีการจัดระบบการเลี้ยงสัตว์ป่า การตรวจรักษาโรค และเฝ้าระวังโรคระบาดในสถานีเพาะเลี้ยงสัตว์ป่า จัดทำสถานียเพาะเลี้ยงสัตว์ป่าปลอดโรค และอบรมสัตวแพทย์/เจ้าหน้าที่ประจำสถานียเพาะเลี้ยงสัตว์ป่า ในการดูแลสัตว์ป่า ให้ปลอดโรคตามหลักความปลอดภัยทางชีวภาพ มีการตรวจค้นโรคใช้หัวตนกในนกอพยพ มีการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคติดต่ออุบัติใหม่ในสัตว์ป่าแก่ประชาชน

กรมควบคุมโรค ร่วมกับสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องโรคติดต่ออุบัติใหม่: ความท้าทายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อฟื้นฟูความรู้และอัปเดตข้อมูลความก้าวหน้าเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เท่าทันสถานการณ์ปัจจุบัน

สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ได้จัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์การวิจัยของชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2555 – 2559) ซึ่งในยุทธศาสตร์ ที่ 1 กลยุทธ์ที่ 3 ระบุถึงการวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุบัติใหม่ ที่หลายมหาวิทยาลัยนำไปกำหนดเป็นยุทธศาสตร์การวิจัย

กรมควบคุมโรค และกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ได้ดำเนินการจัดทำแผนประกอบกิจการของหน่วยงานภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ และเอกชน ผลักดันให้มีการซ้อมแผนการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของหน่วยงาน

สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กระทรวงสาธารณสุข จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ โครงการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดต่ออุบัติใหม่...อีโบล่า และจัดทำสื่อเพื่อเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคอีโบล่า

ในด้านความก้าวหน้าในการขับเคลื่อนมติ คณะกรรมการอำนวยการเตรียมความพร้อมฯ แต่งตั้งตามคำสั่งนายกรัฐมนตรี ที่ 195/2557 ลงวันที่ 7 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557 ยังคงมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ กรมควบคุมโรค ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ (พ.ศ. 2560 - 2564) ขึ้นแทนฉบับเดิมที่สิ้นสุดลงในปีงบประมาณ 2559 เพื่อให้เกิดการดำเนินงานและมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมติที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการเตรียมความพร้อมฯ ครั้งที่ 2/2559 เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2559 ได้มีมติเห็นชอบ และนำเสนอต่อ ครม. ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2559 เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบต่อไป

ท้ายที่สุด ด้วยความร่วมมือเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของทุกภาคส่วน จะเป็นพลังอันแข็งแกร่งในการต่อสู้กับโรคอุบัติใหม่ได้ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

กลุ่มบท
ที่ 13

การบริหารจัดการเพื่อป้องกัน
การแพร่ระบาดของโรค

201

รูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มติ 2.6 โรคติดต่ออุบัติใหม่

เป้าหมายของมติ จัดตั้งคณะกรรมการโรคติดต่ออุบัติใหม่ระดับชาติ และเสนอแผนยุทธศาสตร์ เพื่อจัดการโรคติดต่ออุบัติใหม่แบบบูรณาการ



ผลการดำเนินงาน เช่น

กรมควบคุมโรค จัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ (พ.ศ. 2560 – 2564) แทนฉบับเดิมที่สิ้นสุดลงในปีงบประมาณ 2559 จัดตั้งศูนย์ความร่วมมือสุขภาพหนึ่งเดียว ดำเนินงานภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว และพัฒนาเว็บไซต์ One Health (www.thaionehealth.org)

กรมปศุสัตว์ และกรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช มีการจัดทำสถานិเพาะเลี้ยงสัตว์ป่าปลอดโรค และจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เรื่องโรคติดต่ออุบัติใหม่ในสัตว์ป่า

กรมควบคุมโรค ร่วมกับสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องโรคติดต่ออุบัติใหม่: ความท้าทายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ได้จัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์การวิจัยของชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2555 – 2559)

กรมควบคุมโรค และกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย จัดทำแผนประกอบกิจการของหน่วยงานภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ และเอกชน

สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กระทรวงสาธารณสุข จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการโครงการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดต่ออุบัติใหม่...อีโบล่า

กลุ่มมติ
ที่ 13

การบริหารจัดการเพื่อป้องกัน
การเกิดภาวะแทรกซ้อน

202



มติ 6.7

การสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วน

เพื่อ “สุขภาพหนึ่งเดียว”
ของคน - สัตว์ - สิ่งแวดล้อม



กลุ่มมติ
ที่ 13

การบริหารจัดการเพื่อยั่งยืน
การมีส่วนร่วมของโรค

203



รวมกันเราอยู่ สู่สุขภาพหนึ่งเดียว

“

แนวคิด “สุขภาพหนึ่งเดียว”

คือ การตระหนักว่าสุขภาพของมนุษย์
สุขภาพของสัตว์และสุขภาพของสิ่งแวดล้อม

มีความเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน

ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6

พ.ศ. 2556 ตระหนักว่า

การจะเกิด “สุขภาพหนึ่งเดียว” ได้นั้น

จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

จึงได้พิจารณารายงานเรื่อง

การสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วน

เพื่อ “สุขภาพหนึ่งเดียว” ของคน - สัตว์ - สิ่งแวดล้อม

เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2557

และมีมติขอให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

สนับสนุนแนวคิดหลักการของ “สุขภาพหนึ่งเดียว”

และนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติ

”



กลุ่มมติ
ที่ 13

การริเริ่มโครงการเพื่อป้องกัน
และบรรเทาผลกระทบจากโรค

204





ในด้านการดำเนินงานของหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพหลักร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ สร้างความเข้าใจในการจัดการปัญหาสุขภาพคน สัตว์ และการสร้างสมดุลของสิ่งแวดล้อมแบบบูรณาการ



โดยให้ศูนย์ประสานงานเครือข่าย “สุขภาพหนึ่งเดียว” เป็นเจ้าภาพหลักในการประสานกับภาคราชการ และองค์กรของรัฐ สร้างความเข้าใจแนวคิดหลักการ และวิธีปฏิบัติ ของ “สุขภาพหนึ่งเดียว” ให้เกิดการนำไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ



กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่าและพันธุ์พืช กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เครือข่ายมหาวิทยาลัยเพื่อสุขภาพหนึ่งเดียวแห่งประเทศไทย รวมถึงองค์กรภาคเอกชน องค์กรระหว่างประเทศ และเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียวระดับพื้นที่ ได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง



“

การประสานความร่วมมือ ของเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียว (Thai One Health Network)

”

เมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2557 ต่อมาได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง

“

การขับเคลื่อนการดำเนินงาน ของเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียว

”

ในวันที่ 22 ธันวาคม 2557 พร้อมกับการเปิดศูนย์ประสานงานเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียวอย่างเป็นทางการ เพื่อพัฒนาความร่วมมือด้านสุขภาพคน สัตว์ สัตว์ป่า และสิ่งแวดล้อม



กลุ่มที่
ที่ 13

การบริหารจัดการเพื่อป้องกัน
การแพร่ระบาดของโรค

205



หน้าที่ของ **ศูนย์เครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียว** เป็นหน่วยพัฒนาแหล่งข้อมูล (Informational Resource) ในด้านต่าง ๆ เช่น ทำเนียบเครือข่ายของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลการดำเนินกิจกรรมที่ทำอยู่และจะเกิดขึ้นในอนาคต การศึกษาวิจัยและผลงานตีพิมพ์ที่ใช้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว เป็นกลไกเชื่อมโยงการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียว พัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย แผนยุทธศาสตร์/แนวทางในการดำเนินงานด้านสุขภาพหนึ่งเดียว ทั้งระยะสั้นและระยะยาวในประเทศไทย เผยแพร่ประชาสัมพันธ์แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวไปยังหน่วยงานอื่น ๆ ให้กว้างขวาง และนำไปปฏิบัติได้มากขึ้น สนับสนุนการฝึกอบรมบุคลากรระหว่างหน่วยงาน การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาสุขภาพหนึ่งเดียว (Operation Plan) ภายใต้กรอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง สุขภาพหนึ่งเดียว



องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงใหม่ ร่วมกับ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เครือข่ายอีโคเฮลท์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำนักงานปศุสัตว์ จังหวัดเชียงใหม่ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ บริษัท โอเพ่นดรีม จำกัด มีการดำเนินงานโครงการวิจัยและพัฒนา : การเฝ้าระวังและควบคุมโรคระบาดสัตว์ที่ติดต่อถึงคนหรือที่กระทบรายได้ชาวบ้าน



การสร้าง “สระแก้ว โมเดล วันเฮลท์ วันฮาร์ท” ที่จังหวัดสระแก้ว มีการแก้ไขปัญหาสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ สุขภาพคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม เกิดการดำเนินงานที่หลากหลาย เช่น โครงการศึกษาเชื้อไวรัสก่อโรคในสัตว์ตระกูลลิงที่บริเวณเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว เป็นต้น



จังหวัดอุบลราชธานี มีโครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบเฝ้าระวังโรคในสัตว์ปีกในพื้นที่ชายแดน



กลุ่มที่ 13

การบริหารจัดการเพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากโรค

206





สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำเสนอผลงานเด่น ภายใต้แนวคิด “สุขภาพหนึ่งเดียว สู่เมืองสุขภาวะ ขับเคลื่อนวาระจังหวัดมหาสารคาม” เมื่อวันที่ 9 กันยายน 2558



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น จัดประชุมวิชาการ ประจำปี 2558 ภายใต้แนวคิด “One Health for Healthy Society สุขภาพหนึ่งเดียว สู่สังคมสุขภาวะ” ในวันที่ 20 – 21 กรกฎาคม 2558



กรมควบคุมโรค ดำเนินโครงการความร่วมมือเพื่อการป้องกัน ควบคุม โรคติดต่ออุบัติใหม่และโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน ภายใต้แนวคิดสุขภาพ หนึ่งเดียว (One Health) ในพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ



คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จัดทำโครงการ “Development of One Health Workforce of Thai University Network for Community Based Learning on Infectious Diseases Prevention (FVM-KKU)” ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนจากเครือข่าย มหาวิทยาลัยสุขภาพหนึ่งเดียวแห่งประเทศไทย (THOHUN) มีมหาวิทยาลัย 6 แห่ง เข้าร่วมโครงการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวางแผนในการสร้างกำลังคน สำหรับการทำงานด้านสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health Workforces) ต่อไป



ความร่วมมือข้างต้นที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันนั้น เนื่องจากต่างทราบ กันดีว่า สัตว์ป่วยเท่ากับคนป่วย สิ่งแวดล้อมทรุดโทรมเท่ากับคนและสัตว์ สุขภาพทรุดโทรม เพราะ “สุขภาพหนึ่งเดียว”



กลุ่มบท
ที่ 13

การบริหารจัดการเพื่อป้องกัน
การแพร่ระบาดของโรค

207

รูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มติ 6.7 การสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วนเพื่อ “สุขภาพหนึ่งเดียว” ของคน – สัตว์ – สิ่งแวดล้อม

เป้าหมายของมติ สนับสนุนแนวคิดและหลักการของ “สุขภาพหนึ่งเดียว” พัฒนากลไกในระดับท้องถิ่น โดยสอดแทรก สาระแนวคิด “สุขภาพหนึ่งเดียว” ในหลักสูตรการศึกษา



ผลการดำเนินงาน เช่น

กรมควบคุมโรค มีการนำมติไปอ้างอิงในแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560 – 2564 และดำเนินโครงการภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ในพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ

เกิด ศูนย์เครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียว ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

กรมควบคุมโรค จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การประสานความร่วมมือของเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียว (Thai One Health Network)” และ “การขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียว”

องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่ ร่วมกับภาคีเครือข่าย ดำเนินงานโครงการวิจัยและพัฒนา : การเฝ้าระวังและควบคุมโรคระบบทางเดินหายใจที่ติดต่อถึงคนหรือที่กระเทยรายได้ชาวบ้าน

จังหวัดสระแก้ว จัดทำโครงการ “สระแก้ว โมเดล วันเฮลท์ วันฮาร์โมนี”

จังหวัดอุบลราชธานี มีโครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบเฝ้าระวังโรคให้สัตว์ปีกในพื้นที่ชายแดน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จัดเวที “สุขภาพหนึ่งเดียว สู่มองสุขภาพ-ขับเคลื่อนวาระจังหวัดมหาสารคาม”

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น จัดประชุมวิชาการประจำปี 2558 ภายใต้แนวคิด “One Health for Healthy Society สุขภาพหนึ่งเดียว สู่สังคมสุขภาพ”

คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จัดทำโครงการ “Development of One Health Workforce of Thai University Network for Community Based Learning on Infectious Diseases Prevention (FVM-KKU)” มีมหาวิทยาลัย 6 แห่ง เข้าร่วมโครงการ

กลุ่มมติ
ที่ 13

การบริหารจัดการเพื่อป้องกัน
การแพร่ระบาดของโรค

208



กลุ่มมตที่ 14

มตที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ



กลุ่มมต
ที่ 14

กลุ่มเป้าหมาย
ที่เกี่ยวข้อง

209

มติ 1.12

นโยบายสาธารณะ:
เพื่อสุขภาพของแรงงานนอกระบบ



กลุ่มมติ
ที่ 14

ภาคประชาสังคม
และภาคีที่เกี่ยวข้อง

210

สร้างนโยบายสาธารณะ: เสริมสุขภาพ: ‘แรงงานนอกระบบ’

“

หนึ่งในพื้นที่เฝ้าระวังสำคัญของการขับเคลื่อนเศรษฐกิจฐานราก
และสร้างความมั่นคงให้เศรษฐกิจไทยคือ
“แรงงานนอกระบบ” เช่น ภาคเกษตรกรรม
ธุรกิจการค้า การบริการ เป็นต้น
เนื่องจากแรงงานกลุ่มนี้มีมากกว่าครึ่งหนึ่ง
ในจำนวนผู้มีงานทำทั้งหมดของประเทศ
สามารถเข้าถึงการทำงานได้ง่าย
และปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี
โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่เศรษฐกิจชะลอตัวจากวิกฤตต่าง ๆ
กว่าพวกเขาจะกลับต้องเผชิญกับความเปราะบางทางสังคม
โดยเฉพาะเรื่องสวัสดิการความคุ้มครอง
การไม่ได้รับค่าตอบแทนแรงงานที่เป็นธรรม
ขาดความปลอดภัยและความมั่นคงในการทำงาน
มีความเสี่ยงและมีอันตรายต่อสุขภาพ
เข้าไม่ถึงกองทุนประกันสังคมและบริการอื่น ๆ ของรัฐ ฯลฯ

”

หากมองลึกลงไปถึงระดับรากเหง้าของปัญหาแรงงานนอกระบบ จะพบว่า
‘นโยบายและกฎหมาย’ ในการคุ้มครองและการสร้างหลักประกันทางสังคม
สำหรับแรงงานนอกระบบ คือหัวใจสำคัญที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาและ
ผลกระทบต่าง ๆ ที่ตามมา

กลุ่มมิติ
ที่ 14

กลุ่มเป้าหมาย
ผู้ที่เกี่ยวข้อง
โดยเฉพาะเฉพาะ

211

การพัฒนาคุณภาพชีวิต และการคุ้มครองแรงงานนอกระบบจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข เพื่อให้แรงงานนอกระบบมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน ซึ่งหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต่างพยายามดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง โดยปฏิบัติการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมที่สำคัญในการขับเคลื่อนเรื่องนี้คือ การพัฒนานโยบายสาธารณะในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551 ทำให้เกิด

“

มติ 1.12 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ของแรงงานนอกระบบ

”

ซึ่งไม่ได้เฉพาะเจาะจงเรื่องสุขภาพเพียงเท่านั้น แต่ครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณที่มีความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกันอย่างสมดุลตามนิยามของคำว่า **“สุขภาพะ”** สอดคล้องกับกฎหมาย รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ที่ได้ระบุถึงหลักการคุ้มครองแรงงานที่ครอบคลุมแรงงานทุกกลุ่มและให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อเพิ่มบทบาทในการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพด้วย

กลุ่มบท
ที่ 14

บทที่เกี่ยวกับ
เฉพาะ

212

ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้ร่วมไม่ร่วมมือกันหนุนเสริมความเข้มแข็งของ **‘ท้องถิ่น’** ซึ่งนับเป็นลมใต้ปีกที่ทำให้การขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ผลิดอกออกผล สามารถตอบสนองต่อวิถีชีวิตและความต้องการของประชาชนแรงงานนอกระบบในพื้นที่ได้ โดยมีการสนับสนุนกระบวนการสร้างความรู้ความเข้าใจต่อประเด็นแรงงานนอกระบบแก่ อปท. ในทุกมิติ เพื่อนำไปสู่ปฏิบัติการระดับพื้นที่ เช่น มูลนิธิเพื่อการพัฒนาแรงงานและอาชีพได้พัฒนา กลุ่มอาชีพในชุมชน เน้นเรื่องการดูแลสุขภาพและสิทธิแรงงาน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้สนับสนุนการดำเนินงานของ อปท. รวม 33 ตำบล ใน 18 จังหวัด ทั่วประเทศ พร้อมร่วมกับกรมควบคุมโรค



และศูนย์วิชาการแรงงานนอกระบบ จัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร
สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ผู้นำแรงงานนอกระบบ และอาสาสมัครสุข
ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นกลไกเฝ้าระวังสุขภาพในกลุ่มแรงงานนอกระบบ
ในชุมชน

ตัวอย่างการขับเคลื่อนงานของท้องถิ่นที่เห็นได้ชัดคือ อปท. 10 แห่ง
ของจังหวัดลำพูนร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ ได้ดำเนินโครงการพัฒนา
คุณภาพชีวิตแรงงานนอกระบบในชุมชน มีการสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็ง
และส่งเสริมให้แรงงานมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความปลอดภัยในการทำงาน
นอกจากนี้ บางพื้นที่ยังมีการประสานงานกันระหว่าง อปท. สถาบันการศึกษา
และหน่วยงานต่าง ๆ เช่น เทศบาลตำบลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ร่วมกับ
โรงพยาบาลน้ำพอง มหาวิทยาลัยขอนแก่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
และวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จัดบริการศูนย์พยาบาลสุขภาพชุมชน
ให้บริการด้านความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ
เป็นต้น แม้ว่าการดำเนินงานของ อปท. ในการดูแลแรงงานนอกระบบ
จะยังไม่ไปถึงขั้นที่กำหนดเป็นนโยบายหรือแผนงานที่ชัดเจน โดยหนึ่งใน
ปัจจัยสำคัญคือการขาดแกนนำ หรือไม่มีมุมมองเรื่องสิทธิด้านแรงงาน
แต่ก็ถือเป็นโอกาสให้ อปท. ได้เรียนรู้ตระหนักถึงความสำคัญและการมีส่วนร่วม
ในกระบวนการดูแลแรงงานนอกระบบในพื้นที่มากขึ้น

ขณะที่ปากฝั่งการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติ ได้มีการผลักดัน
พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้รับงานไปทำที่บ้าน พ.ศ. 2553 โดยมีผลบังคับใช้
เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2554 และในปีเดียวกัน คณะรัฐมนตรีก็ได้เห็นชอบ
ในหลักการแผนยุทธศาสตร์การบริหารจัดการแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2555
- 2559 ซึ่งประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์สำคัญคือ 1) การขยายขอบเขต
การคุ้มครอง และสร้างหลักประกันความมั่นคงทางสังคม 2) การเสริมสร้ง
องค์ความรู้และพัฒนาสมรรถนะแรงงานนอกระบบ เพื่อขยายโอกาสการมี
งานทำ และ 3) การเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการแรงงานนอกระบบ
ถัดมาในช่วงปลายปี 2554 แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน โดยความร่วมมือ
กับสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การพัฒนาเอกชนและเครือข่าย
แรงงานนอกระบบ ก็ได้ร่วมกันผลักดันเชิงนโยบายให้สำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขยายการให้บริการให้ครอบคลุมด้านอาชีวอนามัย
ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน โดยนำร่องจัดบริการสร้างเสริม
สุขภาพ และป้องกันโรคจากการทำงานในชุมชนให้แรงงานนอกระบบใน
2 จังหวัด คือ ลำพูนและขอนแก่น

นอกจากนี้ ยังมีการขยายสิทธิการคุ้มครองประกันสังคมสู่แรงงานนอกระบบ
ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสมทบ และประโยชน์ทดแทน ซึ่งได้ดำเนินการ
มาตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2554 โดยมี 2 ทางเลือกในการจ่ายเงินสมทบ
เดือนละ 70 - 100 บาท คุ้มครองกรณีเจ็บป่วย ทุพพลภาพ เสียชีวิต
และบำนาญชราภาพ กรณีจ่ายเงินสมทบ 100 บาท และรัฐบาลได้ประกาศ
ให้ปี 2558 เป็นปีแห่งการณรงค์สร้างจิตสำนึกความปลอดภัยอาชีวอนามัย
และสภาพแวดล้อมในการทำงาน เพื่อเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพ
รัตนราชสุดา โดยเร่งรัดให้กระทรวงแรงงานสำรวจหาแรงงานนอกระบบที่
ยากจนและจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเป็นลำดับแรก ๆ ซึ่งมีแรงงานจังหวัด
เป็นศูนย์กลางบูรณาการ เพื่อนำมาวางแผนการช่วยเหลือต่อไป

อย่างไรก็ตาม นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพะแรงงานนอกระบบ ยังเป็น
ประเด็นสำคัญของประเทศที่มีช่องว่าง และข้อท้าทายใหม่ ๆ มากมาย
ท่ามกลางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในทุกวัน หัวใจหลักที่จะเป็น
แรงขับเคลื่อน คือ สังคมต้องร่วมกันผลักดันให้เกิดนโยบายการส่งเสริม
และคุ้มครองแรงงานนอกระบบไปสู่การปฏิบัติได้จริง เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ
และสร้างความเป็นธรรมให้เกิดขึ้นในประเทศไทยได้ในที่สุด

รูปธรรมการขับเคลื่อนมิติสุขภาพแห่งชาติ

มติ 1.12 นโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพะของแรงงานนอกระบบ

เป้าหมายของมติ กำหนดนิยาม "แรงงานนอกระบบ" และพัฒนาฐานข้อมูลมาตรฐาน พัฒนาเครือข่ายวิชาการด้านอาชีวอนามัย บูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงาน ในการดูแลสุขภาพแรงงาน และจัดตั้งกลไกเพื่อติดตามการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง



ผลการดำเนินงาน เช่น

- พ.ร.บ.คุ้มครองผู้รับงานไปทำที่บ้าน พ.ศ. 2553** มีผลบังคับใช้วันที่ 15 พฤษภาคม 2554
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับกรมควบคุมโรค และศูนย์วิชาการแรงงานนอกระบบ** อบรมพัฒนาศักยภาพพลไกเฝ้าระวังสุขภาพกลุ่มแรงงานนอกระบบในชุมชน
- สำนักงานสวัสดิการคุ้มครองแรงงานจังหวัด 5 จังหวัดภาคเหนือ** จัดตั้งศูนย์ประสานงานแรงงานนอกระบบ เพื่อพัฒนาเครือข่ายและรณรงค์เรื่องอาชีวอนามัยและสวัสดิการชุมชน
- มูลนิธิเพื่อการพัฒนาแรงงานและอาชีพ** พัฒนากลไกการทำงานเรื่องสุขภาพในพื้นที่เป้าหมาย จังหวัดราชบุรี สำพูน และกาญจนบุรี
- กรมควบคุมโรค** พัฒนาหลักสูตรด้านสาธารณสุขและอาชีพชุมชน จัดทำหลักสูตรอาสาสมัครอาชีวอนามัย และสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล จัดบริการอนามัยเชิงรุกใน 173 พื้นที่
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ** จัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนสำหรับแรงงานนอกระบบ 21 กองทุน และกองทุนที่ดำเนินการร่วมกับ อปท. อีก 13 แห่ง
- ภาคีเครือข่าย** ร่วมกันผลักดันเชิงนโยบายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยขยายบริการให้ครอบคลุมด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงานของแรงงานนอกระบบ นำร่องในจังหวัดลำพูนและขอนแก่น
- มีการขยายสิทธิการคุ้มครองประกันสังคมสู่แรงงานนอกระบบ** ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสมทบและประโยชน์ทดแทน
- รัฐบาล** ประกาศในปี 2558 เป็นปีแห่งการรณรงค์สร้างจิตสำนึกความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน

กลุ่มมติ
ที่ 14

กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ
ผู้ที่เกี่ยวข้อง
เฉพาะ





มติ 2.11

การพัฒนา

ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง



กลุ่มมติ
ที่ 14

กลุ่มเป้าหมาย
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

216



ขับเคลื่อน ‘สูงวัย’ ไม่ไกลตัว

“

นับตั้งแต่ปี 2548 ประเทศไทย
เริ่มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
(Aged Society) จนถึงปัจจุบันได้กลายเป็น

สังคมสูงวัยแบบสมบูรณ์แล้ว

(Complete Aged Society) เนื่องจากในปี 2567

ไทยมีประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปมากถึง 13 ล้านคน

คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด

ในขณะเดียวกัน

อัตราการเกิดของคนไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง

ทำให้จำนวนเด็กและแรงงานลดลงไปด้วย

ซึ่งคาดการณ์ว่าไทยจะยับยั้งเป็น

สังคมสูงอายุแบบสุดยอด (Super Aged Society)

หรือมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 30 ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า

คือ พ.ศ. 2576 ซึ่งสถานการณ์นี้

ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างประชากร

ทำให้จำนวนประชากรวัยทำงานลดลง

และการะในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น

”



กลุ่มบท
ที่ 14

บทที่เกี่ยวกับ
เฉพาะ
ประเทศไทย

217



หนึ่งในสภาพปัญหาของผู้สูงอายุจำนวนมากไม่น้อยที่ปรากฏให้เห็นภาพอย่างชัดเจนคือ การอยู่อย่างโดดเดี่ยวเพียงลำพัง และมีเงินไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ยังต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือประสบกับภาวะทุพพลภาพหรือพิการ ยิ่งเพิ่มความยากลำบากในการใช้ชีวิตมากขึ้น ท่ามกลางวิถีชีวิตของสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไป กลายเป็นครอบครัวเดี่ยว ลูกหลานต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ขาดคนช่วยดูแลผู้สูงวัยที่บ้าน รวมถึงการขาดความช่วยเหลือจากชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ ขณะที่อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงภาระที่ประชากรวัยทำงานต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ ได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประชากรวัยทำงาน 100 คน ต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุประมาณ 31 คน สวนทางกับอัตราส่วนเกือหนุนซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงจำนวนประชากรวัยทำงานให้การเกือหนุนผู้สูงอายุ 1 คน กลับมีอัตราลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยประชากรวัยทำงานประมาณ 3 คน สามารถให้การเกือหนุนผู้สูงอายุ 1 คน ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและวัยทำงานลดลงตามไปด้วย



ก่อนหน้านี้ ประเทศไทยมีการเตรียมพร้อมรับสังคมสูงวัยในมิติต่าง ๆ มาเป็นระยะเวลาหลายสิบปี ทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น โดยชุมชนเริ่มจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวผ่านกลไกอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ แต่ปัญหาหลักที่เป็นหัวใจสำคัญคือ ยังขาดการบูรณาการการทำงานร่วมกันทั้งด้านระบบ บุคลากร งบประมาณ และทรัพยากรสนับสนุน ทำให้ในปี 2552 จึงมีการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จนเกิดเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552 มติ 2.11 การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยสาระสำคัญของมตินี้มุ่งให้รัฐมีหน้าที่จัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และรับรองหลักการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุผ่านบทบาทการดูแลของครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก ภายใต้การสนับสนุนของสถานบริการดูแลผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น มีการพัฒนาศักยภาพแกนนำและอาสาสมัครชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ที่บ้าน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)





จัดหาอุปกรณ์การฟื้นฟู ค่าเดินทาง ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย รวมทั้งพัฒนาระบบที่เชื่อมต่อการดูแลในสถาบัน สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลในระดับที่สูงขึ้น เป็นต้น

เมื่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง กลายเป็นบทบาทหลักของครอบครัวและชุมชน ‘ท้องถิ่น’ หรือ ‘อปท.’ ซึ่งเป็นภาคส่วนที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด จึงเป็นลมใต้ปีกที่สำคัญในการขับเคลื่อนสังคมสูงวัยระดับพื้นที่ โดยการหนุนเสริมให้ครอบครัวและชุมชน มีความรู้ความเข้าใจ พร้อมสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงได้



ขณะเดียวกัน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงมุ่งเสริมฐานรากพัฒนาศักยภาพอปท. ให้มีความเข้มแข็ง โดยในปี 2555 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทั้ง 12 ศูนย์ ได้จัดอบรมเรื่องการจัดสวัสดิการสังคมและการดูแลผู้สูงอายุ ให้บุคลากรของ อปท. จำนวน 1,539 แห่ง ทั่วประเทศ ขณะที่ กระทรวงสาธารณสุข ก็ได้จัดอบรมเรื่องระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และเร่งพัฒนาบุคลากรประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่ง ให้มีศักยภาพในการคัดกรองโรคที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ รวมทั้งการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ พร้อมส่งเสริมพื้นที่ที่มีความพร้อมในการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุในชุมชนด้วย



นอกเหนือจากกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติแล้ว ในปี 2553 สมัชชาผู้สูงอายุก็มีมติเรื่องการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงเกิดขึ้น จึงมีการบูรณาการหลอมรวมการขับเคลื่อนมติสมัชชาผู้สูงอายุกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติดังกล่าว เสนอต่อคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ทำให้มีการดำเนินงานต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์สำคัญหลายประการ เช่น องค์กรปกครองท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ลงนามข้อตกลงร่วมกันบ่งชี้ความร่วมมือระหว่างประเทศญี่ปุ่น (JIGA) ศึกษาการสร้างแบบจำลองการบริการสุขภาพ และสวัสดิการเชิงบูรณาการโดยชุมชน สำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย นำไปสู่

กลุ่มบท
ที่ 14

กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ
ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ
ผู้สูงอายุ

219





การจัดทำ



**ยุทธศาสตร์ระดับชาติ
เพื่อพัฒนาโครงการศึกษารูปแบบบริการ
ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง**



โดยกระทรวงสาธารณสุข บูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และชุมชน ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ขานรับนโยบายดังกล่าว โดยมีการประสานงบประมาณกับ อปท. เพื่อจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก ถัดมาในปี 2554 พากฝั่งรัฐบาลก็มีนโยบายให้ อปท. ทุกแห่ง ปรับเพิ่มเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดให้กับผู้สูงอายุเดือนละ 600 - 1,000 บาท ตามอายุที่เพิ่มขึ้น เป็นต้น



แม้ในห้วงเวลาที่ผ่านมา การขับเคลื่อนงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ดังกล่าว จะมีความก้าวหน้าแบบค่อยเป็นค่อยไป เนื่องจากไม่ได้ถูกกำหนดให้เป็นภารกิจสำคัญของแต่ละหน่วยงาน แต่สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ในปัจจุบัน ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงวัยแบบสมบูรณ์ ประกอบกับ นโยบายของรัฐบาลที่ให้ความสำคัญกับการรองรับสังคมสูงวัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ ทำให้ทุกภาคส่วนให้ความสนใจในการขับเคลื่อนเรื่องนี้กันอย่างจริงจังมากขึ้น และจากนี้คงมีความเคลื่อนไหวที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสังคมสูงวัยได้อย่างชัดเจนมากขึ้น



กลุ่มมติ
ที่ 14

มติดังกล่าวเกี่ยวกับ
กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

‘เพราะสูงวัยไม่ใช่เรื่องไกลตัว’ แต่เป็นเรื่องของทุกคนที่ต้องร่วมมือกัน
ขับเคลื่อนให้ประเทศไทยเป็นสังคมสูงวัยที่มีคุณภาพ



รูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มติ 2.11

การพัฒนาระบบการดูแลและระยะยาว
สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

เป้าหมายของมติ เร่งพัฒนาระบบการดูแลและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งควรได้รับการดูแลที่บ้านหรือในชุมชน โดยภาครัฐให้การสนับสนุนการดำเนินงานของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2

ได้รับฉันทมติ

เมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2552

1

มติคณะกรรมาธิการสุขภาพแห่งชาติ

รับทราบมติ

เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2552

2

มติคณะรัฐมนตรี

รับทราบมติ

เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2554

และมอบหมายให้หน่วยงาน
ที่เกี่ยวข้องนำไปขับเคลื่อน

3

4

ผลการดำเนินงาน เช่น

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ จัดทำแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2554 - 2556)

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2556

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ลงนามข้อตกลงร่วมกับองค์กรความร่วมมือระหว่างประเทศญี่ปุ่น (JIGA) ทำการศึกษาเพื่อสร้างแบบจำลองการบริการสุขภาพและสวัสดิการเชิงบูรณาการโดยชุมชน

กระทรวงสาธารณสุข จัดทำยุทธศาสตร์ระดับชาติ เพื่อพัฒนาโครงการศึกษารูปแบบบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง

กรมอนามัย ดำเนินการส่งเสริมตำบลต้นแบบ ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวปี 2554 ดำเนินการได้ 118 ตำบล และตั้งเป้าให้มีตำบลต้นแบบ ร้อยละ 30 ของทั้งประเทศ

กรมกิจการผู้สูงอายุ ดำเนินการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ และสถานสงเคราะห์คนชรา ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ และตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ 878 แห่งทั่วประเทศ ปี 2554

รัฐบาล มีนโยบายให้ อปท. ทุกแห่งเพิ่มเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดให้กับผู้สูงอายุ เดือนละ 600 - 1,000 บาท สนับสนุนงบประมาณซ่อมแซมบ้านผู้สูงอายุคนละ 20,000 บาท จำนวน 2,591 คน (ปี 2555) และปรับปรุงสถานที่จัดกิจกรรมผู้สูงอายุอีก 677 แห่ง

กลุ่มมติ
ที่ 14

กลุ่มเป้าหมาย
ผู้ที่เกี่ยวข้อง
และหน่วยงาน

221

กลุ่มมิติที่ 15

ด้านสุขภาพจิต

และความรุนแรงในสังคม



กลุ่มมิติ
ที่ 15

ด้านสุขภาพจิต
และความรุนแรงในสังคม

222

มติ 4.2

การจัดการปัญหาการฆ่าตัวตาย
(สุขใจ...ไม่คิดสั้น)



กลุ่มมติ
ที่ 15

ด้านสุขภาพจิต
และความรุนแรงในสังคม

223



ฟังใจอย่างเข้าใจ สุขใจ...ไม่คิดสั้น



“

เมื่อความพร้อมในการตั้งรับต่อความเปลี่ยนแปลง

และขีดความสามารถในการทนทานต่อปัญหา

ที่ต้องเผชิญของมนุษย์มีไม่เท่ากัน

อีกทั้ง ปัจจัยหลาย ๆ อย่าง ที่เป็นสารตั้งต้น

ของการตัดสินใจฆ่าตัวตาย

ก็มีมากมายรอบด้าน

ทั้งปัจจัยทางสังคม สภาวะทางเศรษฐกิจ

ความสัมพันธ์ สุขภาพ ฯลฯ

ล้วนเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ที่มีสภาวะจิตใจที่บอบบาง

ตัดสินใจเลือกบทสรุปของชีวิต

ด้วยการฆ่าตัวตาย

”

ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2554 มีความห่วงกังวล
ต่อประเด็นดังกล่าว จึงมีมติให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)
นำเสนอมติต่อคณะรัฐมนตรี และมีมติเห็นชอบ เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2555
โดยมีมติให้ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับหน่วยงาน
ที่เกี่ยวข้องกำหนดนโยบายและกลไกด้านต่าง ๆ เพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตาย

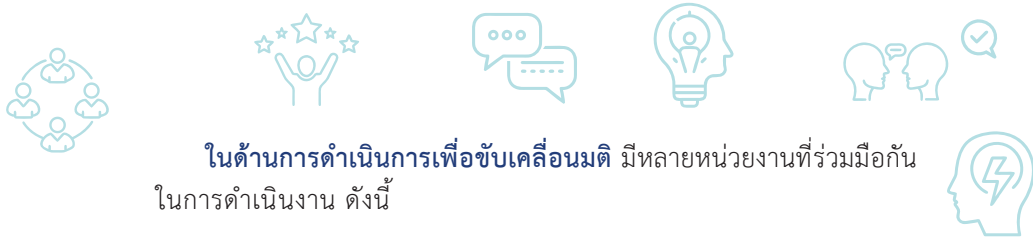


กลุ่มบท
ที่ 15

ด้านสุขภาพจิต
และสุขภาพคนชรา

224





ในด้านการดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนมติ มีหลายหน่วยงานที่ร่วมมือกัน
ในการดำเนินงาน ดังนี้

**กระทรวงสาธารณสุข จัดทำ โครงการพัฒนาระบบป้องกันและจัดการ
ปัญหาการฆ่าตัวตาย** มีการประชุมพัฒนาระบบบริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึง
ของผู้พยายามฆ่าตัวตายระดับประเทศ 400 คน จัดอบรมหลักสูตรระดับ
วิทยาการฆ่าตัวตาย และการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากการ
ฆ่าตัวตาย 36 คน พัฒนารฐานข้อมูลการฆ่าตัวตายระดับประเทศ 1 ฐาน
และจัดตลาดนัดความรู้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย
ระดับประเทศ 1 ครั้ง

กรมสุขภาพจิต ได้ผลักดันการแก้ไขพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551
โดยให้ครอบคลุมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้สามารถกลับมาใช้ชีวิต
เป็นปกติในสังคมและมีอาชีพได้ ผลักดันการขยายสิทธิในการบำบัดรักษา
ของผู้ป่วยที่ตามเดิมใช้สิทธิผู้พิการ ให้ไปใช้สิทธิประกันสังคมได้ พัฒนาระบบ
ส่งต่อผู้ป่วย โดยความร่วมมือกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)
ในการนำส่งผู้ป่วยจิตเวชเข้าสู่การรักษาอย่างทันท่วงที รวมถึงผลักดันกฎหมาย
ควบคุมสื่อต่าง ๆ ที่ชักจูงในทางที่ไม่ดี ทั้งความรุนแรงและการฆ่าตัวตาย

**สถานบริการสาธารณสุขร่วมกับแกนนำชุมชน ดำเนินการตาม โครงการ
ค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย** เพื่อคัดกรอง
รวมทั้งค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และรับผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา

**โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ดำเนินงานโครงการป้องกัน
ปัญหาการฆ่าตัวตาย ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสร้างให้
ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ ยอมรับ และสามารถบอกถึงแหล่งช่วยเหลือได้
2) การพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทั้งภายในและภายนอก
เครือข่ายระบบสาธารณสุข และ 3) การพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง**

กลุ่มบท
ที่ 15

ด้านสุขภาพจิต
และความรุนแรงในสังคม

225



สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผลักดันการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในพื้นที่ พัฒนาเครื่องมือสนับสนุนการจัดทำแผนสุขภาพตำบลด้านสุขภาพจิต ภายใต้ 4 ยุทธศาสตร์ คือ การพัฒนานวัตกรรมและระบบข้อมูลสุขภาพจิต การพัฒนาภาคีเครือข่าย การรณรงค์ เผยแพร่ และขับเคลื่อนนโยบาย สร้างสื่อการเรียนรู้ **“เติมเต็มความเข้มแข็งทางใจ”** กระจายไปยังโรงเรียนจากเขตพื้นที่การศึกษาทั่วประเทศ จำนวน 555 โรงเรียน



อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จัดประชุมร่วมระหว่างโรงพยาบาลกับชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำองค์กรท้องถิ่น พระสงฆ์ เพื่อช่วยเผยแพร่ความรู้ จัดกิจกรรมธรรมะสัญจร เยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อดูแลสุขภาพกายใจของคนในชุมชน



ประชาชนในหมู่บ้านตำบลบ้านปวง อำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน จัดตั้งองค์ผ้าป่าคลายทุกข์ขึ้นในวันพระ นำหลักธรรมคำสอนทางศาสนา มาใช้ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

จังหวัดเชียงราย ตั้ง **“ชมรมแสงเทียนส่องใจ”** จากการรวมตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้เสียชีวิต โดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การฝ่าวิกฤตชีวิตมาให้การช่วยเหลือเพื่อนบ้านในชุมชน

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จัดเวที สช. เจาะประเด็น **“ฆ่าตัวตาย สุขภาวะคนไทยบนปากเหว”** เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2559 และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อน มติการจัดการปัญหาการฆ่าตัวตาย (สุขใจ...ไม่คิดสั้น) ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 12 เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2562

นอกจากการดำเนินการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว

**“
คนรอบข้างคือเกราะป้องกันที่สำคัญที่สุด
ในการยับยั้งปัญหาการฆ่าตัวตาย
”**



กลุ่มบท
ที่ 15

ด้านสุขภาพจิต
และความรุนแรงในสถาบัน

226

รูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ 4.2 การจัดการปัญหาการฆ่าตัวตาย (สนใจ...ไม่คิดสั้น)

เป้าหมายของมติ กำหนดนโยบายและมาตรการด้านการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยจิตเวช และ
ร่วมมือกับสื่อมวลชนเพื่อพัฒนากลไกควบคุมข่าวการฆ่าตัวตาย



ผลการดำเนินงาน เช่น

กระทรวงสาธารณสุข จัดทำโครงการพัฒนาระบบป้องกันและจัดการปัญหาการฆ่าตัวตาย

กรมสุขภาพจิต ผลักดันการแก้ไขพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ผลักดันกฎหมายควบคุมสื่อ
ที่ชักจูงความรุนแรงและการฆ่าตัวตาย

สถานบริการสาธารณสุขร่วมกับแกนนำชุมชน ดำเนินโครงการค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ดำเนินงานโครงการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนการจัดทำแผนสุขภาพตำบลด้านสุขภาพจิต

อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จัดประชุมร่วระหว่างโรงพยาบาลกับชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำองค์กร
ท้องถิ่น พระสงฆ์ เพื่อช่วยเผยแพร่ความรู้ จัดกิจกรรมรณรงค์สุขภาพจิต และเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

หมู่บ้านตำบลบ้านปวง อำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน จัดตั้งองค์ผ้าป่าคลายทุกข์ขึ้นในวันพระ

จังหวัดเชียงราย ตั้ง “ชมรมแสงเทียนส่องใจ” ของสมาชิกในครอบครัวของผู้เสียชีวิต

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จัดเวที สช.เจาะประเด็น “ฆ่าตัวตาย สุขภาวะคนไทยบนปากเหว”
และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อน มติการจัดการปัญหาการฆ่าตัวตาย (สนใจ...ไม่คิดสั้น) ในงาน
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 12

กลุ่มมติ
ที่ 15

ด้านสุขภาพจิต
และความรุนแรงในสังคม

227

กลุ่มมมตี่ อื่น ๆ



กลุ่มมมตี่
อื่น ๆ

ขบวนการ สาน สร้าง สุข (รวม)
ขบวนการ สาน สร้าง สุข (รวม)
ขบวนการ สาน สร้าง สุข (รวม)
ขบวนการ สาน สร้าง สุข (รวม)

228

มติ 1.1

ธรรมนูญว่าด้วย ระบบสุขภาพแห่งชาติ



ក្រុមមតិ
 ទី ១

(๖:๖) **นุถุญญตสฺส** **นุถุญญตสฺส** **นุถุญญตสฺส**
 : **นุถุญญตสฺส** **นุถุญญตสฺส** **นุถุญญตสฺส**
 : **นุถุญญตสฺส** **นุถุญญตสฺส** **นุถุญญตสฺส**



แนวทางสุขภาพ สร้างสังคมสุขภาพ:



ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

คือ กรอบแนวคิดและแนวทาง

ในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์

และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ

เป็นเหมือนหมุดหมายที่ภาคส่วนต่าง ๆ

มองเห็นภาพอนาคตร่วมกัน

ในการกำหนดเป้าหมายของระบบสุขภาพ



กลุ่มมติ
อื่น ๆ

ขบวนการ สาน สร้าง สุข (ภาวะ
สังคมสุขภาพแห่งชาติ) ร่วมมือกับเครือข่าย
องค์กรร่วมผลักดันร่างธรรมนูญ
สุขภาพแห่งชาติสู่กระบวนการพิจารณา

ตามบทบัญญัติในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 25 (1) มาตรา 46 47 และ 48 ที่ได้บัญญัติให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติขึ้น โดยคณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบต่อร่างธรรมนูญฯ นี้ เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2552 และได้ประกาศใช้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2552 ในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2552 เป็นต้นมา





เพื่อให้ธรรมนูญฯ ถูกขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ คสช. จึงแต่งตั้งกลไกขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ขึ้นมา 2 คณะ คือ คณะกรรมการติดตาม สนับสนุน และประเมินผลการดำเนินงาน ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และ คณะกรรมการพัฒนา การวิจัยระบบสุขภาพ เพื่อผลักดันธรรมนูญฯ จากตัวหนังสือที่ถูกร้อยเรียง ไปสู่การปฏิบัติได้จริง โดยมีเป้าหมายคือ

1) การได้รับการยอมรับและผูกพันเป็นฐานอ้างอิง เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงาน จากหน่วยงานและองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน



2) เกิดการดำเนินงานทางด้านสุขภาพที่มีทิศทางสอดคล้องกับเป้าหมายของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

3) มีองค์ความรู้เพียงพอเพื่อการขับเคลื่อนและ/หรือ ทบทวน ปรับปรุงธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติฉบับต่อไป

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้ดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เจตนารมณ์ของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติบรรลุผล และนำไปปฏิบัติได้จริงอย่างเป็นรูปธรรม โดยจัดส่ง ชุดความรู้และคู่มือการนำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติให้กับ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน ภาคีความร่วมมือและเครือข่ายแผนชีวิตชุมชนพึ่งตนเอง 4 ภาค เพื่อนำไปใช้เป็นกรอบในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน อีกทั้งยังผลิตสื่อสิ่งพิมพ์และสื่อวีดิทัศน์ จัดโครงการเสริมพลังแลกเปลี่ยนเรียนรู้สู่การปฏิบัติ จัดเวทีเสวนาวิชาการ และจัดโครงการจุดประกายศูนย์เรียนรู้ชุมชนเข้มแข็งผ่านกลไกธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ รวมถึงการติดตามผลการดำเนินงาน เพื่อให้มั่นใจว่าประชาชนในแต่พื้นที่สามารถเข้าถึงระบบสุขภาพที่ดีตามเป้าหมายของธรรมนูญฯ คือ



กลุ่มมติ
อื่น ๆ

แผนการดำเนินงาน
ยุทธศาสตร์สุขภาพ
ประเทศไทย
ฉบับที่ 1
(ฉบับปรับปรุง)
ปี 2561

231



ธรรมนูญ ในฐานกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพ ทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่น เช่น แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 มีภาพรวมที่สอดคล้องกับธรรมนูญ กรอบการจัดทำแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 มีการอ้างอิงจากการพัฒนาระบบสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และนโยบายบริหารงานด้านสาธารณสุข มีความสอดคล้องกับธรรมนูญฯ สุข. มีการจัดกิจกรรมสานพลังกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ ผู้บริหาร สปสช. สสส. คณะกรรมการแพทยสภา และคณะทำงาน การสาธารณสุขพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุ้มครองผู้บริโภค ของสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เพื่อทำความเข้าใจการใช้ประโยชน์ธรรมนูญ และพระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ. 2550 หรือยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (พ.ศ. 2555 - 2559) ของ สปสช. ซึ่งได้นำธรรมนูญฯ ไปเป็นกรอบร่วมในการจัดทำยุทธศาสตร์ เป็นต้น



ธรรมนูญ ในฐานฐานอ้างอิงในการดำเนินงานโครงการต่าง ๆ จากมติสมัชชาสุขภาพ เช่น การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครอง ให้เกิดสุขภาพแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2555 - 2559 การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ความเสมอภาคในการเข้าถึง และได้รับการบริการสาธารณสุขที่จำเป็น เกิดโครงการความร่วมมือ รัฐบาลไทย - องค์การอนามัยโลก ในเรื่องการพัฒนากระบวนสุขภาพชุมชน โดยอ้างอิงเป้าหมายตามธรรมนูญฯ และริเริ่มแนวคิดจากคณะกรรมการ สนับสนุนการพัฒนาการวิจัยระบบสุขภาพเพื่อสนับสนุนธรรมนูญฯ กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ในการพัฒนาระบบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ รวมถึงความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีต่อแผนยุทธศาสตร์พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2555 - 2559) ที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ นำเสนอเมื่อ 4 ตุลาคม 2554 และเห็นชอบยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย (NCD) เป็นต้น



กลุ่มมติ
อื่น ๆ

สนับสนุนการพัฒนาสุขภาพ
ประเทศไทย
สนับสนุนการพัฒนาสุขภาพ
ประเทศไทย
สนับสนุนการพัฒนาสุขภาพ
ประเทศไทย

232





ธรรมนูญฯ ในฐานะฐานอ้างอิงการจัดทำธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ โดยมีทั้งหมด 30 ฉบับ ทั่วประเทศ แบ่งเป็น ภาคเหนือ 12 ฉบับ ภาคใต้ 5 ฉบับ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3 ฉบับ ภาคตะวันออก 10 ฉบับ ซึ่งแต่ละพื้นที่มีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน เช่น ธรรมนูญสุขภาพตำบลชะแล้ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2552 ธรรมนูญสุขภาพอำเภอสูงเม่น ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2552 ธรรมนูญสุขภาพอำเภอสารภี “ร่วมสร้างอนาคต กำหนดปัจจุบันพลิกฟื้นในอดีต” เป็นต้น



หลังจากการประกาศใช้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 1 ต่อมา คสช. ได้มีมติแต่งตั้ง**คณะกรรมการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552** เมื่อวันที่ 7 มิถุนายน 2556 (ตามที่กฎหมายกำหนดให้มีการทบทวนทุก 5 ปี) **เพื่อนำไปสู่การถอดบทเรียนและปรับปรุงธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับใหม่ ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติด้านการเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น** แก้ไขจุดบกพร่องเดิมและหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำได้ดียิ่งขึ้น เปรียบเสมือนการสร้างธรรมนูญฯ ให้แข็งแรงและทรงประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้พิจารณาทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 1 และจัดทำ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 และ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ตามลำดับ โดยเป้าหมายยังคงเป็นการขับเคลื่อนและสานต่อเจตนารมณ์ของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่ดีและเกิดกติการ่วมของชุมชนที่ยั่งยืน



กลุ่มมติ
อื่น ๆ

“เราร่วมกันสร้างสรรค์
อนาคตที่ดี
: บทเรียนจากธรรมนูญฯ ฉบับที่ 1
สู่ธรรมนูญฯ ฉบับที่ 2
(ฉบับ) โดย น.ร. ส.ร. (ว.)

233

รูปธรรมการขับเคลื่อนมิติสุขภาพแห่งชาติ

มิติ 1.1 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

เป้าหมายของมิติ การเห็นชอบในหลักการของร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 1 เพื่อนำไปใช้เป็นกรอบในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของทุกภาคส่วน โดยมีการเผยแพร่ สนับสนุน และติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อขับเคลื่อนให้ธรรมนูญฯ เป็นรูปธรรม



ผลการดำเนินงาน เช่น

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ให้กับหน่วยงานและองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน รวมถึงธรรมนูญสุขภาพในระดับพื้นที่ที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ทั้งหมด 30 ฉบับทั่วประเทศ

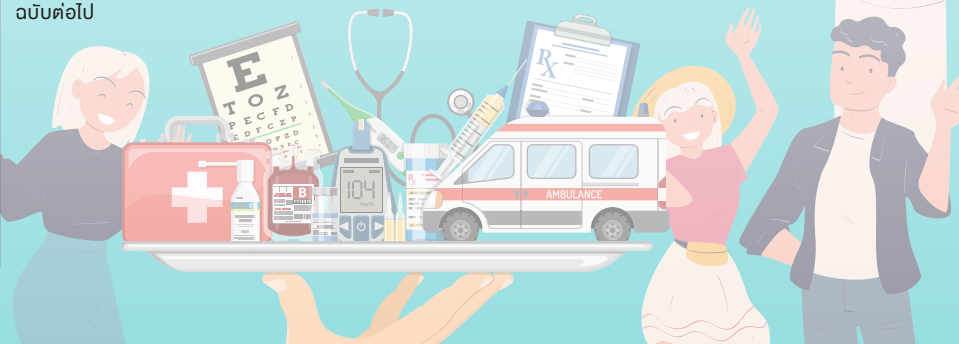
เกิดการดำเนินงานทางด้านสุขภาพ ทั้งในระดับประเทศและท้องถิ่น ที่มีทิศทางสอดคล้องกับเป้าหมายของธรรมนูญฯ

มีองค์ความรู้อย่างพอเพียง เพื่อการขับเคลื่อนและ/หรือทบทวนปรับปรุงธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ ฉบับต่อไป

กลุ่มมิติ
อื่น ๆ

สนับสนุน
โดย
สำนักงาน
คณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ
(สช.) และ
กระทรวง
สาธารณสุข

234





มติ 5.11

กลไกและกระบวนการ สมาชิกสุขภาพ



กลุ่มมติ
อื่น ๆ

“เรียนรู้และทำความเข้าใจกับกระบวนการ
การดำเนินงานขององค์กร”
(มติที่ 5.11) หรือ มติ 5.11

235



สมัชชาสุขภาพร่วมใจ จับมือขับเคลื่อน สังคมสุขภาพ:ยั่งยืน



“

ความมุ่งหมายของการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ก็เพื่อให้เป็นกลไกในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
และร่วมมือขับเคลื่อนมติสมัชชาให้มีประสิทธิภาพ
แต่จากการติดตามกระบวนการดำเนินงาน
การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ในช่วงที่ผ่านมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2551 - 2554
สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีข้อห่วงกังวล
เกี่ยวกับการขาดความยืดหยุ่นในการดำเนินการ
ซึ่งนั้นจะทำให้การขับเคลื่อนมติสมัชชาขาดความสิ้นไหล
และไม่เกิดความก้าวหน้า



สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจำนวนหนึ่ง

จึงรวมตัวกันเพื่อยื่นประเด็นเรื่องกลไกและกระบวนการสมัชชาสุขภาพ
เข้าสู่การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2555

”



ที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รับทราบมติสมัชชาสุขภาพ
แห่งชาติ ประเด็นการปรับปรุงกลไกกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เมื่อวันที่ 25
มกราคม 2556 จากนั้น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
ได้ทำการทบทวนและพัฒนาหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ 6 - 7 - 8 ดังนี้



กลุ่มมติ
อื่น ๆ

ขบวนการ สาน สร้าง สุข (ภาวะ
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
เป็นการทำงานร่วมกัน
ของภาคประชาสังคม
และภาคส่วนต่าง ๆ
เพื่อขับเคลื่อน
สังคมสุขภาพ:ยั่งยืน)

236





1. พัฒนาระบบการสมัชชาสุขภาพ

ทั้งในส่วนกระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 และการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

1.1 พัฒนาระบบการพัฒนาร่างข้อเสนอเชิงนโยบายสมัชชา

สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2558 เพื่อให้มีการจัดการอย่างเป็นระบบ มีกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง สร้างความเป็นเจ้าของในประเด็นปัญหา ร่วมกัน โดยเริ่มตั้งแต่ การกำหนดประเด็นจัดระเบียบวาระ โดยแบ่งเป็นประเด็นเชิงรับที่ได้รับเสนอจากภาคีเครือข่ายและจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และประเด็นเชิงรุกจากการชักชวน กระตุ้น หนุนเสริม และการพัฒนาวิชาการ แก่กลุ่มเครือข่ายต่าง ๆ มีการเปิดรับการเสนอประเด็นจากภาคีเครือข่ายตลอดทั้งปี เพื่อให้มีระยะเวลาที่เพียงพอในการพัฒนาประเด็นให้เป็นระเบียบวาระ จัดกระบวนการสนับสนุนให้มีการกำหนดขอบเขตการพัฒนาด้วยการให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholder) การเปิดเวทีร่วมพัฒนาข้อเสนอฯ ก่อนการจัดทำร่างระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยกลุ่มเครือข่ายพื้นที่จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นต่อร่างระเบียบวาระสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ระหว่างวันที่ 26 พฤศจิกายน - 17 ธันวาคม 2558



1.2 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ทำการสื่อสาร

เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน กับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง

มีการจัดทำช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายทั้ง Website ของงานสมัชชาสุขภาพ (www.samatcha.org) จัดทำจดหมายข่าวอิเล็กทรอนิกส์

“เกาะติด NHA 365 วัน”

รวมถึงจัดทำช่องทางอีเมลของกลุ่มเครือข่ายสมาชิกสมัชชาสุขภาพ ช่องทางโซเชียลมีเดียต่าง ๆ เช่น Line และ facebook เป็นต้น

กลุ่มมติ
อื่น ๆ

“เราร่วมกันสร้าง
อนาคตที่ดี
สำหรับทุกคน”
: 02-012-0123456
www.samatcha.org

237





1.3 พัฒนากลไกและแนวทางการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อยกระดับการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้เกิดผลเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น มีการจัดกลุ่มมติเป็น 2 กลุ่ม และตั้งกลไก อนุกรรมการขับเคลื่อน และติดตามมติสมัชชาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข และอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สังคมและสุขภาวะ เพื่อขับเคลื่อนมติ



2. พัฒนาการทำงานกลุ่มเครือข่าย

2.1 มีการทบทวนกลุ่มเครือข่าย ให้มีความสอดคล้องกับภารกิจของหน่วยงาน โดยปัจจุบันมี 280 กลุ่มเครือข่าย



2.2 สร้างความเข้าใจต่อบทบาทของกลุ่มเครือข่ายในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

2.3 เสริมสร้างบทบาทความเป็นตัวแทนของกลุ่มเครือข่าย ที่จะเข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ



3. มีการนำเสนอความก้าวหน้าการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในหลายรูปแบบ เช่น การรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ การจัดเสวนาการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ การจัดนิทรรศการรูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น



โดยเป้าหมายในการดำเนินการทั้งหมด เพื่อการสร้างสมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์ มุ่งเน้นการดำเนินการอย่างเป็นระบบ ควบคู่กับความยืดหยุ่น ตั้งอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ และสนับสนุนการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากทุกภาคส่วน

กลุ่มมติ
อื่น ๆ

ขบวนการ สาน สร้าง สุข (ภาวะ)
สังคมสุขภาพแห่งชาติสู่ระบบความโปร่งใส



รูปธรรมการขับเคลื่อนมตีสมิชชาสุขภาพแห่งชาติ

มติ 5.11 กลไกและกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

เป้าหมายของมติ พัฒนาศมิชชาสุขภาพให้เป็นกลไกสำคัญในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เสริมสร้างขีดความสามารถของภาคีเครือข่าย พัฒนาระบบข้อมูลและการเรียนรู้ พัฒนาหลักเกณฑ์การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ



ผลการดำเนินงาน เช่น

คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หน่วยงานบูรณาการพัฒนากลไกกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทุกปี

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) มีการทบทวนและพัฒนาหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน



กลุ่มมติ
อื่น ๆ

“เรียนรู้และยอมรับการปฏิรูป โดยลงมือทำแบบค่อยเป็นค่อยไป
หากอยู่ภายใต้ยุทธศาสตร์ - งบประมาณที่ :
(จะเน่) โดย ณัฐ รมชาติ

239

ติดตาม ข่าวสาร



สช. สำนักงาน
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



NHCOThai



สช. สำนักงาน
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



สช. NHCO Thailand

ติดตาม
ข่าวสาร

ศูนย์เฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์สุขภาพ
ประเทศไทย (สช.) โทร 02-2542000



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ เลงที่ 88/39 หมู่ 4
ซอยติวานนท์ 14 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

E-book



☎ 02 832 9013

✉ nhco@saraban.mail.go.th

🌐 www.nationalhealth.or.th



ISBN 978-616-569-046-1

