

สุขภาพ แห่งชาติ

สุขภาพของทุกคน โดยทุกคน

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ



ปาฐกถาและบรรยายในโอกาส
ต่างๆ รวมถึงการให้สัมภาษณ์
ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการปฏิรูป
ระบบสุขภาพ และการทำวาม
ตามเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ.
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐



สุขภาพ แห่งชาติ

สุขภาพของทุกคน โดยทุกคน

นพ.อัมพล จันทวรินทร์



ปาฐกถาและบรรยายในโอกาส
ต่างๆ รวมถึงการให้สัมภาษณ์
ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูป
ระบบสุขภาพ และการพัฒนา
ตามยุทธศาสตร์ฉบับที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๕๐
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

สุขภาพแห่งชาติ

สุขภาพของทุกคน โดยทุกคน

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ

เลขมาตรฐานสากล

ประจำหนังสือ

978-616-569-040-9

บรรณาธิการ

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ

จัดทำต้นฉบับ

วิไลวรรณ สิริสุทธิ, วันเพ็ญ พินนา

ออกแบบปก-รูปเล่ม

ไพโรจน์ ชินศิริประภา (ครูตัง)

โทรศัพท์ ๐ ๘๑๓๔๓ ๑๕๕๙

พิมพ์ครั้งที่ ๑

เมษายน ๒๕๖๘ จำนวน ๕๐๐ เล่ม

พิมพ์ที่

บริษัท พิมพ์ดี จำกัด ๐ ๒๔๐๑ ๙๔๐๑

จัดพิมพ์เผยแพร่

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ชั้น ๒-๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ

ถนนสาธิตสุข ๖ ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข

อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๐

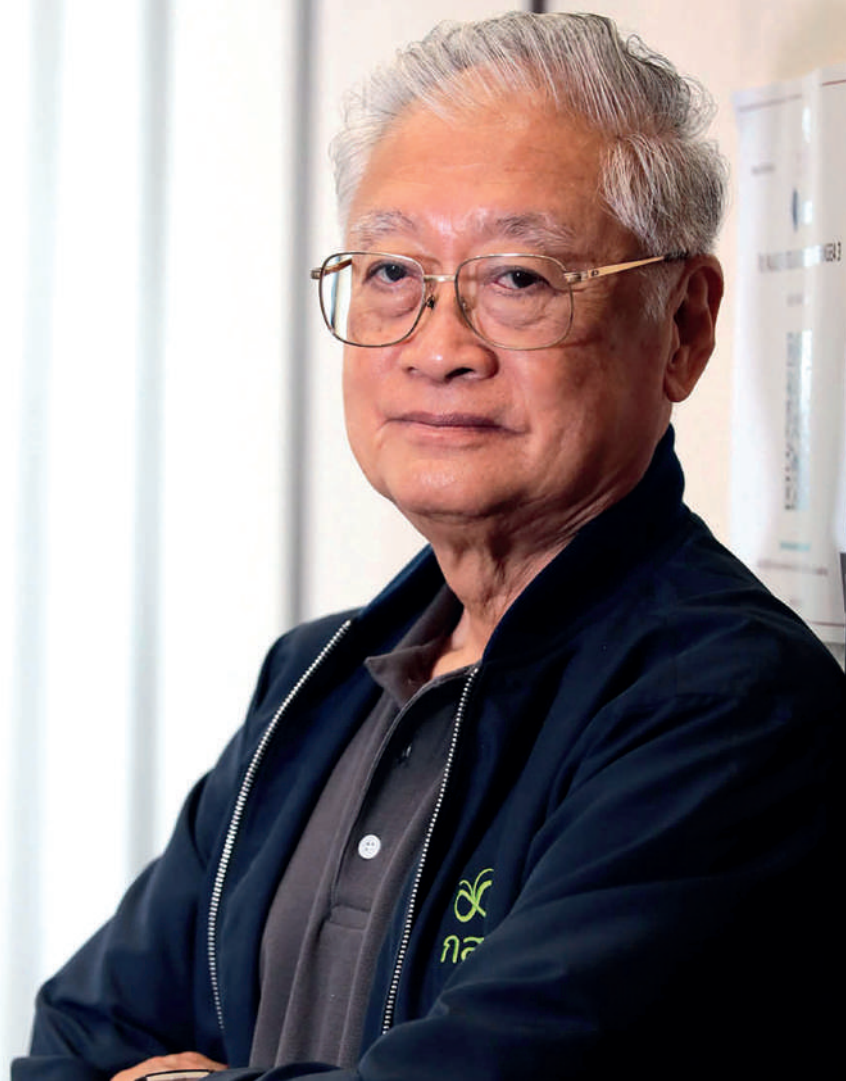
โทรสาร ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๑

เว็บไซต์ : www.nationalhealth.or.th





ประดุกแสงแห่งตะเกียงเคียงคู่ฟ้า
ส่องนำพาครานภาไร้อแสงสี
ส่องกระจ่างพร่างพรายในปฐวี
นำวิถีชี้ทิศทางสว่างพลัน



* คำนิยาม *

หนังสือ **สุขภาพแห่งชาติ สุขภาพของทุกคน โดยทุกคน** เขียนโดย **นพ.อำพล จินดาวัฒนะ** เล่มนี้ ชี้นำขุมทรัพย์และโอกาส ที่สามารถนำไปดำเนินการต่อ เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพแนว “**สร้างนำซ่อม**” ด้วยสามประสาน คือ ภาครัฐหรือการเมือง ภาควิชาชีพและวิชาการ และภาคประชาสังคม ให้ก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง โดยใช้พลังสำคัญที่ **นพ.อำพล จินดาวัฒนะ** ชี้ให้เห็นตลอดเล่ม ตามที่ท่านบอกว่า ท่านทำหน้าที่ “**แจกของ ส่องตะเกียง**”

พลังสำคัญที่สุด น่าจะได้แก่ “**พลังสัมมาทิฐิ**” หรือความเห็นชอบในเรื่องระบบสุขภาพ ที่มีคำแนะนำอยู่ตลอดเล่ม ภายใต้หลักการใหญ่ที่สุดคือ “**สร้างนำซ่อม**” และมีหลักการย่อยอีกมากมาย ได้แก่ สุขภาพองค์รวม (Holistic Health), นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Public Policy), ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies), ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health), สุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All) และคนทั้งมวลเพื่อสุขภาพ (All for Health), ระบบสุขภาพแบบเหรียญสองด้าน, ระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Health Systems), อภิบาลแบบหุ้นส่วน (Governance

by Partnerships), ยุทธศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพแนว Ottawa Charter, ฯลฯ

คุณค่าและความสนุกในการอ่านหนังสือเล่มนี้ คือได้เรียนรู้แนวทางดำเนินการอย่างชาญฉลาด ต่อหลักการตามในย่อหน้าบนที่ นพ. อำพล เสนอจากประสบการณ์อันยาวนานและหลากหลายของท่าน

อ่านต้นฉบับหนังสือเล่มนี้แล้ว ผมมองว่า **สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)** ได้ทำงานขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพไทย ในลักษณะของการเป็นหน่วยงานรวมพลังและขับเคลื่อนพลังของภาคีพัฒนาระบบสุขภาพ ในช่วงเวลา ๑๗ ปีที่ผ่านมาอย่างน่าชื่นชม แต่ที่สำคัญกว่านั้น คือ สารในทุกรอบของหนังสือ ชี้โอกาสที่ สช. จะทำงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพภายใต้บริบทและความท้าทายใหม่ๆ มากมาย เป็นโอกาสทำงานอย่างสร้างสรรค์ในรูปแบบใหม่ๆ ที่อาศัยความเป็นองค์กรขนาดเล็กที่คล่องตัว และไม่มีอำนาจสั่งการ แต่มี **“จิตอำนาจ”** คือ **ศรัทธา-ปัญญา-ภาคี-บารมี** ที่เป็น **Soft Power**

ชุมทรัพย์พลังเชิงระบบที่มีอยู่แล้ว ที่ระบบสุขภาพไทยค่อยๆ สัมผัสมาเป็นเวลายาวนานเกือบหนึ่งศตวรรษคือ โครงสร้างองค์กรที่เข้มแข็งภายในระบบสุขภาพ ประกอบด้วย **กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), สสส., สปสช., สรพ., สช., สพฉ., มสช.,**

มูลนิธิ IHPP, มูลนิธิ HITAP เมื่อผสานกับโครงสร้างการกระจายอำนาจปกครองประเทศ คือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และโครงสร้างการพัฒนาท้องถิ่นและองค์กรชุมชน ได้แก่ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) (พอช.) เป็นโอกาสทองของ สช. ในการทำงานประสานความร่วมมือกับองค์กรเหล่านี้ เพื่อยกระดับสุขภาวะของคนทั่วประเทศ ตามแนวทางที่ นพ.อำพล เสนอไว้ภายใต้หลักการ **“ระบบสุขภาพ” คือ ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวกับสุขภาพ**

ที่สำคัญคือ กรอบและทิศทางของระบบสุขภาพต้องมีการปรับเปลี่ยนเป็นพลวัต โดยที่ **พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐** ได้เขียนเอาไว้อย่างดี ภายใต้การจัดทำ **ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ** ทุกๆ ๕ ปี รวมทั้งกลไกสมัชชาสุขภาพ ๓ แบบ ที่น่าจะเป็นทั้งกลไกให้ภาคีร่วมกันกำหนดเป้าหมายและแนวทางร่วมกันขับเคลื่อนสู่เป้าหมายนั้น ผมตีความว่า นพ. อำพล เติบโตสติว่า อย่าทำตามที่กำหนดไว้ใน พ.ร.บ. และในธรรมนูญ อย่างตายตัว ให้ตีความคุณค่าเบื้องหลังตัวอักษร นำมาใช้ในการทำงานร่วมกับภาคีอย่างมีพลัง

ผมตีความต่อว่า **นพ.อำพล** แนะนำให้ **สช.** ทำงานแบบเลือกทำที่ **จุดคานงัด** ไม่ทำงานแบบลงรายละเอียดทั่วไปหมด เพราะกำลังคนและ

ทรัพยากรมีจำกัด แล้วใช้ผลงานและกิจกรรมสื่อสารสังคม เพื่อดึงดูดภาคีและทรัพยากรเอามาใช้พัฒนาและขับเคลื่อนให้เกิดประโยชน์ต่อบ้านเมืองยิ่งขึ้น ในลักษณะที่ สช. สร้าง New S-Curve ของการพัฒนาระบบสุขภาพแนวสร้างนำซ่อม โดยเน้นทำงานอย่างชาญฉลาด มากกว่าทำงานแบบขยันแต่ไม่ฉลาด

ความฉลาดในอดีต เห็นได้จากความสามารถดึงดูดคนดีมีความสามารถจากวิชาชีพอื่น เข้ามามีส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพ เนื่องจากมองเห็นว่าระบบสุขภาพหรือสุขภาพะ เกี่ยวข้องกับกฎหมาย การออกแบบผังเมืองหรือโครงสร้างทางกายภาพของชุมชนเมืองที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิก เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมเพื่อปฏิสัมพันธ์เชิงบวก ของคนในชุมชนหรือพื้นที่ ฯลฯ สื่อต่อ สช. ว่า ต้องหาทางดึงดูดเชื้อเชิญผู้นำการเปลี่ยนแปลงจากวิชาชีพอื่นๆ เข้ามาร่วมกันใช้ความสร้างสรรค์เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้มากและหลากหลายยิ่งขึ้น

ผมขอเสนอมิติสำคัญสำหรับ สช. และภาคี พิจารณานำไปใช้ประโยชน์ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทยแบบสร้างนำซ่อม อีก ๑ ประเด็น คือ เรื่อง การเรียนรู้ เชิงระบบ จากประสบการณ์ ใช้หลักการและวิธีการของ “การเรียนรู้ ‘ขั้นสูง’ จากการปฏิบัติ” (<https://www.roong-aroon.ac.th/?p=13290>) เน้นที่ใช้หลักการของ Kolb’s Experiential Learn-

ing Cycle (<https://www.gotoknow.org/posts/713644>) ที่เน้นการสะท้อนคิดสิ่งที่สังเกตเห็นจากการปฏิบัติสู่หลักการหรือทฤษฎีแล้วนำหลักการที่คิดได้ไปทดลองใช้ในโอกาสต่อไป เกิดเป็นวงจรเรียนรู้จากการปฏิบัติที่มีการคิดหลักการใหม่ๆ หรือเกิดความเข้าใจหลักการเดิมที่มีคนเสนอไว้ก่อนแล้วให้คมชัดยิ่งขึ้น ซึ่งในที่นี่ เป็นการเรียนรู้จากการปฏิบัติ เรื่องการพัฒนาาระบบสุขภาพ เพื่อคนทั้งมวล

เหมือนอย่างที **นพ. อัมพล จินดาวัฒนะ** แสดงให้เราเห็น ในหนังสือเล่มนี้ ❖

ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช

๙ มีนาคม ๒๕๖๘



* คำนำ *

ในกระแสรากการขับเคลื่อนงานของ **ขบวนการแพทย์ชนบท** เพื่อสุขภาพของคนในชนบท ผู้ทุกข์ยาก และคนไทยทั้งมวล ในช่วง ๔๐-๕๐ ปีที่ผ่านมา มีงานและเรื่องราวดีๆ เกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก รวมไปถึงการก่อกำเนิดกฎหมาย เครื่องมือ กลไกและองค์กรใหม่ๆ ขึ้นมาทำงานเกี่ยวกับสุขภาพในด้านต่างๆ ซึ่งหนึ่งในเรื่องเหล่านั้นคือ การเกิดขึ้นของ **พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐** เกิด **คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)** ทำหน้าที่ดูแลการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และให้ข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมี **สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)** เป็นหน่วยงานเลขานุการ ดำเนินงานอย่างต่อเนื่องมาได้ ๑๗ ปีแล้ว

การก่อกำเนิดกลไกนี้และการดำเนินงานในช่วงแรก มี **นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ** เป็นแกนหลัก จนถึงปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ได้พ้นหน้าที่เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติไป แต่ท่านก็ยังคงเป็นผู้ทรงคุณวุฒิช่วยเหลือให้คำปรึกษา แนะนำการทำงานนี้ตามสมควรเรื่อยมา

ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๕ สมัยที่ **นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ** เป็นสมาชิกวุฒิสภาและหลังจากนั้นมาจนถึงปัจจุบัน ท่านได้รับเชิญไปแสดงปาฐกถา บรรยาย และให้คำปรึกษาบางเรื่อง ต่างกรรมต่างวาระ ซึ่งล้วนมีประโยชน์ต่อการทำงานของ **สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ** และงานตาม **พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐**

สข. พิจารณาเห็นว่า ปาฐกถา การบรรยาย และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของ **นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ** มีประโยชน์ในทางปัญญา ทางการสร้างเสริมพลังใจและจิตวิญญาณ จึงได้จัดพิมพ์เป็นหนังสือเล่มและ อี-บุ๊กเล่มนี้ โดยใช้ชื่อว่า **“สุขภาพแห่งชาติ สุขภาพของทุกคน โดยทุกคน”** ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด ทิศทาง และเจตนารมณ์ของ **พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ**

สข. ขอขอบคุณ **นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ** ที่ยังคงทำงานขับเคลื่อนการสร้างสุขภาพหรือสุขภาวะในมิติต่างๆ และยังคงให้คำปรึกษาแนะนำและคอยช่วยเหลืองานของ สข. อย่างต่อเนื่อง และขอขอบคุณท่านที่อนุญาตให้จัดทำหนังสือเล่มนี้ ❖

นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

มีนาคม ๒๕๖๘



สุขภาพแห่งชาติ ของทุกคนโดยทุกคน

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

จัดตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยเป็นหน่วยงานภายใต้
กำกับ **คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)** ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน
กรรมการมาจากการภาคการเมืองและราชการ ท้องถิ่นและวิชาชีพ และภาคสังคม
ทำหน้าที่ดูแลการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยเน้น
การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และให้ข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในเรื่องที่เกี่ยวข้อง
กับสุขภาพ

โดยขยายมุมมองเรื่องสุขภาพที่กว้างกว่าการแพทย์และสาธารณสุข
ครอบคลุมไปถึงระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งมิติทางกาย
ทางใจ ทางปัญญาและทางสังคม ในทิศทาง สร้างนำซ่อม

จุดกำเนิด

กรม.สสมัยรัฐบาล นายชวน หลีกภัย ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี
ว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 ให้**สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
(สวส.)** ตั้ง **สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปสช.)** เพื่อขับเคลื่อนการจัดทำ พ.ร.บ.
สุขภาพแห่งชาติ ตามข้อเสนอ **รายงานระบบสุขภาพประเทศไทย : ข้อเสนอการปฏิรู
ระบบสุขภาพสืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540** ของคณะกรรมการการ
สาธารณสุขสูง จุดนี้เองที่ **ศ.นพ.ประสพ รัตนากร** เป็นประธาน โดยทำงาน
สร้างความเชื่อ ขึ้นอยู่กับภาคการเมืองและทำงานกับสังคมอย่างกว้างขวาง จน
กระทั่งได้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เมื่อปี 2550

ผู้มีบทบาทสำคัญ

นพ.อรรถ ชินหาญ : ด้วยการสนับสนุนของ **ศ.นพ.เสน** พริ้งพวงแก้ว
ศ.นพ.ประเวศ วะสี **นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์** **นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ**
ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย **นพ.บรรลพ ศิริพานิช** **ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์**
นพ.มงคล ณ สงขลา **นพ.วิฑูรย์ พูลเจริญ** **นพ.สุวิทย์ วิบุลยประเสริฐ** และ
บุคคลอื่นๆ อีกมากมาย





* คำนำผู้เขียน *

ในช่วง ๒-๓ ปีหลังมานี้ ผมได้รับเกียรติเชิญให้ไปแสดงปาฐกถาและบรรยายในโอกาสต่างๆ รวมถึงการให้สัมภาษณ์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ และการทำงานตามเจตนารมณ์ของ **พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐** รวมไปถึงงานที่เกี่ยวข้องบางเรื่อง ซึ่งเป็นการทำงานตามบทบาทหน้าที่ของคนสูงวัย นั่นก็คือ **“การแจกของ ส่องตะเกียง”**

ทาง **สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)** เห็นว่าควรรวบรวมบทปาฐกถา คำบรรยาย และบทสัมภาษณ์ที่เกี่ยวข้องบางส่วนเพื่อจัดทำเป็นหนังสือเล่ม และอี-บุ๊ก ซึ่งถือว่าเป็นการให้เกียรติแก่ผมเป็นอย่างมาก

ผมจึงได้ทบทวน ตรวจสอบ ปรับปรุงบทความเหล่านั้นอีกครั้งหนึ่ง ก่อนจัดทำเป็นหนังสือ ซึ่งหวังว่าจะเป็นสื่อเล็กๆ ชิ้นหนึ่งในการสร้างความเข้าใจ สร้างการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนปัญญา ซึ่งกันและกันได้ตามสมควร

๑๖ สุขภาพแห่งชาติ สุขภาพของทุกคน โดยทุกคน

ขอขอบคุณ **สช.** ขอขอบคุณ **คุณวิไลวรรณ สิริสุทธิ์** และ **คุณวันเพ็ญ
ทินนา** รวมไปถึงทุกคน ที่เกี่ยวข้อง ที่ช่วยดูแลบริหารจัดการงานหนังสือเล่มนี้
สำเร็จเรียบร้อย ❖

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ

อดีตรัฐมนตรี

อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

มีนาคม ๒๕๖๘

* สารบัญ *

คำนิยม	โดย ศาตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช	๕
คำนำ	โดย เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก	๑๑
คำนำผู้เขียน	นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ	๑๕
ย่อมนรยปฏิรูประบบสุขภาพไทย กับก้าวต่อไปสู่ความยั่งยืน	ปาฐกถาในการประชุม “๑๕ ปี สุขภาพแห่งชาติ พลังภาคีสร้างสุขภาวะ” วันที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๕	๒๐
ระบบสุขภาพไทย ไม่เหมือนที่ไหนในโลก	บรรยายให้กับเครือข่ายนักสานพลังสร้างสุขภาวะพื้นที่ (คนส.) รุ่นที่ ๑ (ผ่านระบบชุม) วันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ และบรรยาย เรื่องเดียวกันให้กับ คนส. รุ่นที่ ๒ วันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๖	๕๔
สานพลังรับมือสังคมสูงวัย ภารกิจร่วมของทุกคน	ปาฐกถาพิเศษก่อนปิดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖ วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๖	๑๐๒

ความเป็นมาและความสำคัญของ **๑๑๔**

พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

บรรยายในการสัมมนาคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)

วันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๗

กขป. กับหัวใจ ๔ ห้อง **๑๕๐**

บันทึกเทปนำเสนอในการประชุม

คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.)

พื้นที่กรุงเทพมหานคร วันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

สร้างพลัง สร้างศรัทธา พัฒนาคุณค่า สช. **๑๕๖**

บรรยายในการสัมมนา *พัฒนาบุคลากรของสำนักงาน*

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗

การหนุนเสริมศักยภาพชุมชนท้องถิ่นให้จัดการ (ฟุ้ง) ตนเอง **๑๘๒**

**เพื่อเตรียมรับมือวิกฤติการเปลี่ยนแปลงที่กระทบสุขภาวะ
ของประชาชน**

ปาฐกถาพิเศษในการประชุม “*สาน-เสริมพลังภาคียุทธศาสตร์และ
เครือข่ายนักกฎหมาย เพื่อการขับเคลื่อนกฎหมายและนโยบาย
สุขภาวะอย่างมีส่วนร่วม*” จัดโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริม
สุขภาพ (สสส.) วันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๗

การปฏิรูประบบสุขภาพ การปรับเปลี่ยน

๒๔๒

กระบวนการทัศน์ด้านสาธารณสุข

บทความเขียนให้สมาคมศิษย์เก่าคณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล ธันวาคม ๒๕๖๓

ภาคผนวก

๒๕๘

บทสัมภาษณ์ประกอบการศึกษาวิจัย เรื่อง Peaceful Death

สัมภาษณ์ผ่านระบบZoom โดย สุนีย์ สถาพร
วันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เกี่ยวกับผู้เขียน

๒๙๗





ย้อนรอยปฏิรูป ระบบสุขภาพไทย กับก้าวต่อไปสู่ความยั่งยืน

โดย นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ
สมาชิกวุฒิสภา
และอดีตเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ปาฐกถาในการประชุม
“๑๕ ปี สุขภาพแห่งชาติ พลัภภาคีสร้างสุขภาพะ”

ณ ห้องประชุมโรงแรมอัศวิน แกรนด์คอนเวนชั่น
วันที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๕

คสช./สช. มีการศึกษาที่ท้าทาย
มาก กว้างมาก ไม่ใช่งานพัฒนา
การแพทย์และสาธารณสุขที่มี
กระทรวงสาธารณสุขและองค์กร
ต่างๆ ดูแลอยู่แล้ว ของเราคือ
Bio-Social สุขภาพแบบ Well
-Being



ท่านเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พี่ๆ น้องๆ ผู้มีเกียรติที่เคารพทุกท่าน

ขอบคุณที่เชิญให้ผมมาแสดงปาฐกถาในวันนี้ และขอบคุณเป็นพิเศษ
ที่ให้เกียรติเป็นองค์ปาฐกถาจาก **ท่านชวน หลีกภัย** ซึ่งถือว่าเป็นเกียรติ
อย่างยิ่ง รู้สึกชื่นชม **คสช./สช.** ที่ได้ชวนกันย้อนมองถึงจุดตั้งต้นของการมี
วันนี้ กว่าจะมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งทำให้เราได้เห็นที่มาที่ไป

ผมขอทำหน้าที่ชวนมอง “ย้อนรอยปฏิรูประบบสุขภาพ กับการ
ก้าวไปสู่ความยั่งยืน” คือ มองกลับไปในอดีตแล้วมองไปข้างหน้า

วันนี้ ผมจะพูดใน ๔ ประเด็น คือ

- (๑) วิวัฒนาการระบบสุขภาพไทย
- (๒) นิยามใหม่เรื่องสุขภาพ
- (๓) ๑๕ ปีที่ผ่านมา พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ
- (๔) มองอนาคต



๑. วิวัฒนาการระบบสุขภาพไทย

- **สุขภาพวิถีชาวบ้าน & สุขภาพองค์กรรวม** จะย้อนกลับไปกี่ปีก็ได้ ๑๐๐ ปี ๒๐๐ ปี ๓๐๐ ปี, ๕๐๐ ปี ไปถึง ๑,๐๐๐ ปี สมัยก่อนเรื่องสุขภาพอยู่ในวิถีชาวบ้าน เป็นสุขภาพองค์กรรวม สมัยนั้นยังไม่มีเคยมีการแยกสาขา เมื่อมีการพัฒนาในโลกมนุษย์จึงทำให้เกิดสาขา ซึ่งมีข้อดีแต่ก็มีข้อเสีย คือทำให้เกิดการแยกส่วน สิ่งที่เราขับเคลื่อนเรื่องปฏิรูประบบสุขภาพนั้น จริงๆ เรากำลังเดินกลับไปให้เหมือนในอดีตมากขึ้น คือให้เป็นสุขภาพองค์กรรวม แต่ไม่ทิ้งเรื่องสาขา ทุกวันนี้ แพทย์พยาบาลบุคลากรสาธารณสุขที่ทำงาน

อยู่ในพื้นที่ชาวบ้านเรียกว่า “หมอ” ทั้งหมด เพราะฉะนั้นรากเหง้าสิ่งที่ยัง
ทิ้งไว้อยู่ คือความรู้สึกว่าสุขภาพเป็นองค์รวม ชาวบ้านไม่ได้แยก แต่เราแยก
สาขา นี่ก็เป็นพัฒนาการมายาวนาน

- **สุขภาพราชสำนัก & สุขภาพเชลยศักดิ์** ยุคต่อมาเราเรียก
ว่า การแพทย์ มี ๒ ส่วน คือ สุขภาพราชสำนัก กับ สุขภาพเชลยศักดิ์
ตัวอย่างราชสำนักมีการพัฒนาการแพทย์การสาธารณสุข ที่เราเรียกว่า
แพทย์แผนไทย และมี แพทย์เชลยศักดิ์ วันนี้ถ้าไปนวดจะเห็นว่ายังมี
๒ แบบ

- **การแพทย์ตะวันตก : การแพทย์สากล** ประมาณ ๑๐๐ ปีเศษ
การแพทย์ตะวันตกเข้ามาอย่างเข้มแข็ง ตั้งแต่สมัยก่อนแล้ว สุโขทัยก็มี
อยุธยาที่มี การแพทย์ตะวันตกเข้ามาเป็นสาขา แล้วพัฒนามาจนเป็นวันนี้
การแพทย์ตะวันตกดีไหม ดีครับ ทำให้การรักษาพยาบาลต่างๆ ดีขึ้น มีการ
เรียน มีการพัฒนาผู้คน เกิดเป็นสาขาการแพทย์ซึ่งทำให้เรามีอายุยืนยาว
ขนาดนี้ เราสู้กับโควิดกันทั้งโลกชนะได้เพราะการแพทย์ตะวันตกมีส่วน
สำคัญ ถ้าเรายังทำวัคซีนไม่ได้เราคงล้มตายกันมากกว่านี้ และยังมีปัญหา
อีกมาก

- **การสาธารณสุข** จากนั้นพัฒนามาสู่การสาธารณสุข ยุคนี้
เราใช้คำว่า “การสาธารณสุข” จนเราตั้งกระทรวงสาธารณสุข สมเด็จพระ
พระราชบิดาท่านทรงให้ความสำคัญกับเรื่องสาธารณสุขอย่างมาก เป็น

เรื่องการส่งเสริม ป้องกัน พิ้นฟู ขึ้นมา วมรักษาด้วย เป็น ๔ เรื่องด้วยกัน ไม่ใช่มุ่งรักษาอย่างเดียว เรามีการส่งเสริมเรื่องน้ำ ความสะอาด สุขอนามัย มองย้อนกลับไปดูประเทศไทย ๕๐ ปีเท่านั้น เรายังไม่มีส่วนใช้กันโดยถ้วนหน้าเลย แต่เราพัฒนามาเรื่อยๆ การสาธารณสุขจึงมีคุณประโยชน์มาก กระทรวงสาธารณสุขมีคุณค่ามหาศาลในการทำระบบเหล่านี้ วันนี้เราจึงมีสิ่งพื้นฐานเหล่านี้อยู่ในสังคมทั้งประเทศ ทั้งในเมืองและในชนบท อาจารย์หลายท่านที่นั่งในที่นี้ก็อยู่ในแวดวงสาธารณสุข ได้ทำเรื่องเหล่านี้มา มีผู้คนร่วมทำมากมาย

• **การสาธารณสุขมูลฐาน : Primary Health Care** เมื่อประมาณ ๕๐ ปี เรามี “การสาธารณสุขมูลฐาน” ที่บอกว่า ถ้าเราผลิตแพทย์ และบุคลากรวิชาชีพขึ้นสูงอยู่ข้างบน มีโรงพยาบาล ดีๆ อยู่ข้างบนมากๆ ก็ดี แต่ยังไม่พอ เพราะยังไม่ไปถึงประชาชน จึงต้องทำให้ประชาชนข้างล่างได้รวมตัวกันและมีบทบาท จึงมีเรื่อง “อาสาสมัครสาธารณสุข” “การมีส่วนร่วม” มีอะไรต่างๆ ขึ้นมา

ท่านชวน หลีกภัย พูดเรื่องการเมืองทางตรง คือการเมืองภาคประชาชน ด้านสุขภาพเราทำเรื่องนี้มาก่อนแล้ว สมัยนั้นองค์การอนามัยโลกมี Health for All by the Year 2000 ตั้งเป้า



■ ชวน หลีกภัย

หมายความว่า “คนจะมีสุขภาพดีโดยถ้วนหน้าในปี ๒๕๔๓” ซึ่งตอนนั้นเขามีตัวชี้วัดชัดเจน ไม่ได้หมายความว่าสุขภาพดีแบบสมบูรณ์ เป็นเพียงตัวชี้วัดในขณะนั้น และเรามีผลพวงที่ดีต่อเนื่องมาจนถึงวันนี้ ตัวอย่าง คือ อสม. วันนี้เราสามารถเอาชนะโควิด-๑๙ ได้ ต้องบอกว่า อสม. ที่มาจากระบบสาธารณสุขมูลฐานมีส่วนสำคัญในการจัดการควบคุมป้องกันโรคในระดับชุมชน มีคนสนับสนุนเรื่องเหล่านี้จำนวนมากต่อเนื่องเรื่อยมา จนมาถึงการปฏิรูประบบสาธารณสุข และการปฏิรูประบบสุขภาพ

- **การปฏิรูประบบสาธารณสุข** ทำมาต่อเนื่อง เช่น การแบ่งบทบาทหน้าที่การผลิตบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขกับมหาวิทยาลัย การแบ่งบทบาทหน้าที่ของภาคเอกชนที่เติบโตขึ้น สภาวิชาชีพต่างๆ ก็เติบโตมากขึ้น ในกระทรวงสาธารณสุขก็มีการปฏิรูประบบ มีกรม มีกอง มีการพัฒนาหลายเรื่องเพิ่มขึ้นมา เช่น เมื่อก่อนไม่มีเรื่องสุขภาพจิตก็ทำให้มีขึ้น การแพทย์แผนไทยที่หายไปก็นำกลับมา แต่นั่นเป็นการปฏิรูปในระบบสาธารณสุข ซึ่งมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนหลัก เป็นพัฒนาการที่มีมาตลอด นี่คือความคงงามของประวัติศาสตร์ที่ยาวนาน ในขณะเดียวกัน เรามีโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีอะไรที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ปี ๒๕๓๕ มีครูบาอาจารย์สมัยนั้นท่านมองเห็นการณ์ไกล ว่าการพัฒนาาระบบสาธารณสุขที่มีอยู่นั้นยังไม่เพียงพอ เพราะเรื่องสุขภาพมันอยู่ในทุกมิติ ทุกอย่าง ไม่ใช่แค่ในระบบการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น ทำให้มีการตั้ง **สวรส.** ขึ้นในปี ๒๕๓๕ เพื่อสนับสนุนให้ทำการวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งไม่ใช่วิจัยการสาธารณสุขหรือการแพทย์ แต่เป็นวิจัยระบบ เพราะรู้ว่าระบบต้องมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากบริบทสังคมเปลี่ยนไป เมื่อบริบทเปลี่ยนไปแล้ว ระบบใดที่ยังอยู่กับที่แบบตายตัวนั้นผิดปกติ จะต้องมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไป ดังนั้น **สวรส.** มีส่วนสำคัญในการสร้างองค์ความรู้ มีการส่งคนเข้าไปทำงานกับคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ในยุคที่มี **อาจารย์หมอประสพ รัตนากร** เป็นประธาน มี **อาจารย์หมอไพโรจน์ นิงสานนท์** อยู่ในคณะนั้นด้วย มี **อาจารย์หมอเกษม วัฒนชัย** อยู่ด้วย **คุณหมอสุกร (นายแพทย์สุกร บัวสาย)** **คุณหมอสมศักดิ์ (นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์)** ท่านเหล่านี้ได้เข้าไปทำงานจนเกิด “รายงาน



■ นพ.ประสพ รัตนากร



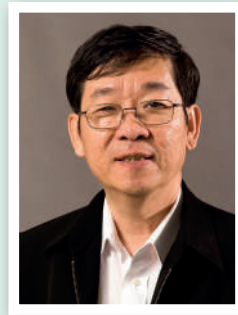
■ นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์



■ นพ.เกษม วัฒนชัย



■ นพ.สุกร บัวสาย



■ นพ.สมศักดิ์ ชุมหริตม์

ระบบสุขภาพประชาชาติ ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐” ขึ้น จะเห็นได้ชัดว่าจริงๆ แล้วเขาทำมาก่อนจะมีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีที่ท่านชวนพูดถึง มีการสร้างองค์ความรู้ตรงนี้มาก่อน แล้วพัฒนาเป็นรายงานระบบสุขภาพประชาชาติ เหล่านี้มันโยงกันหมด รัฐธรรมนูญปี ๒๕๕๐ ให้ความสำคัญกับเรื่องการมีส่วนร่วมให้ความสำคัญกับสังคม และอะไรต่างๆ ที่เราทำทั้งหมดเลย เพราะฉะนั้น สิ่งที่เราทำกันมาทั้งหมด คือการเมืองแบบหนึ่ง หลังจากนั้นจึงเคลื่อนต่อไปในขั้น “การปฏิรูประบบสุขภาพ” มีคำว่า “ระบบสุขภาพประชาชาติ” ถูกใช้อย่างเป็นทางการครั้งแรกในรายงานนี้ นี่คือผลงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภาในยุคนั้น ที่ช่วยกันทำเรื่องนี้ขึ้นมา ช่วงถัดมาจึงนำมาสู่การมีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีที่ท่านชวนพูดถึงแล้วมีการขับเคลื่อนเรื่อยมาจนถึงวันนี้

ท่านผู้มีเกียรติครับ เราทุกคนอยู่ในกระแสธารนี้มาเป็นเวลานาน ผ่านมาในช่วงจังหวะต่างๆ ถ้าเราไม่เข้าใจเรื่องราวเดิม เราอาจจะหลุด เราอาจจะมองเฉพาะจุด และทำให้เราไม่เห็นภาพใหญ่ ดังนั้น รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ คือจุดยึดโยงที่เราต้องให้ความสำคัญ

• **การพัฒนาประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม** ตามที่ผมเรียนตอนต้นแล้วว่า เรื่องทั้งหมดเป็นการพัฒนาประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมจากรัฐธรรมนูญ ปี ๒๕๔๐ ถึงแม้วันนี้รัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าวไม่มีแล้ว แต่ดีเอ็นเอทางความคิดยังอยู่ และในทางปฏิบัติก็กำลังเคลื่อนกันอยู่ในขณะเดียวกันมีการกระจายอำนาจ แม้บางคนที่ยอยากกระจายแบบสุดโต่งจะบอกว่ายังไม่พอใจ อยากจะให้กระจายมากกว่านี้ อยากบอกว่าวันนี้จริงๆ มีการกระจายอำนาจไปในระดับหนึ่งแล้ว ถ้าไม่มีการกระจายอำนาจมาถึงวันนี้ ขนบและภูมิภาคจะไม่มีการพัฒนามาถึงจุดนี้ แต่เรายังอยากให้ไปมากกว่านั้น ทั้งหมดนี้คือเรื่องเดียวกัน เพราะฉะนั้นการแพทย์และการสาธารณสุขเราต้องอยู่ในทิศทางแนวทางนี้

• **กระแสสากล** หลังผ่านการสาธารณสุขมูลฐานมาแล้ว ๔๐-๕๐ ปี มีเรื่องใหญ่ๆ เกิดขึ้นในระดับโลกหลายเรื่อง องค์การอนามัยโลกกับกระแสสากลที่พวกเราอยู่ในกระแสธารนี้ เขาเก่งมากในเรื่องการคิดและการนำความคิด ประเทศต่างๆ ก็มีหน้าที่ไปทำ สาธารณสุขมูลฐานที่เกิดขึ้นประเทศไทยมีส่วนร่วมในการนำการปฏิบัติ ตัวอย่างโครงการที่ “หมอก

จำแป้” แม่ฮ่องสอน ที่ลำปาง ที่พิษณุโลกก็มีการทดลอง เป็นส่วนหนึ่งที่น่าไปสู่การสาธารณสุขมูลฐาน หลังจากนั้นก็มีเรื่องต่างๆ เกิดขึ้นอีกมากมายที่สำคัญ คือ

- **ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ** ซึ่งมี ๕ ยุทธศาสตร์ และ ๑ ใน ๕ ยุทธศาสตร์ คือ **Healthy Public Policies : นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ** คือการ Strengthening หรือ Supporting นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ นี่คือ ดีเอ็นเอ ของ คสช./สช. ซึ่งยังมีเรื่อง Environment, Community, Personal Skill, Health Service System Re-Orientation ด้วย
- **ปัจจัยทางสังคมที่กระทบต่อสุขภาพ : Social Determinants of Health ; SDH** คำนี้พูดซ้ำมากกว่า สุขภาพไม่ใช่แค่เชื้อโรค ไม่ใช่การเจ็บป่วยแบบเก่า ยังมีปัจจัยทางสังคมมากระทบต่อสุขภาพ ยังมีเรื่องสิ่งแวดล้อมที่ไม่ใช่แค่ทางกายภาพ เช่น ส้วม น้ำ ความสะอาด เท่านั้น แต่ยังมีระบบต่างๆ ทุกระบบที่กระทบต่อสุขภาพ เหตุการณ์ที่หนองบัวลำภู เป็น Social Determinants of Health ไม่ได้เจ็บป่วยเสียชีวิต แต่เป็นภัยอย่างอื่นที่เข้ามากระทบ เพราะฉะนั้น Social Determinants of Health เป็นแนวคิดที่ทำให้เราเข้าใจมากขึ้น งาน คสช./สช.ก็อยู่ตรงนี้ด้วย

- **ทศนโยบายห่วงใยสุขภาพ : Health in All Policies ; HiAP**
เรื่องนี้เข้ามาในต่างกรรมต่างวาระ ที่เข้ามาทั้งหมดในระดับสากล ตรงกับงานที่เราทำกันทั้งหมด เพียงแต่เราจะเห็นโอกาสในการ ทำให้งานนี้มีพลังและมีรูปธรรมแค่ไหน
- **สุขภาพองค์รวม : Holistic health** พูดกันมานาน ยังมี **สุขภาพหนึ่งเดียว : One health** คือสุขภาพที่เป็นหนึ่งเดียว สุขภาพสัตว์ สุขภาพคน สุขภาพสิ่งแวดล้อมและสังคม เรียกว่าเป็นสุขภาพองค์รวมก็ได้ แล้วแต่จะเรียก One Health พิสูจน์ให้เห็นจริงแล้ว วันนี้โควิด-๑๙ เกิดขึ้น Ebola กำลังมา เรื่องภัยไข้เจ็บโรคจากสัตว์สู่คน คนสู่สัตว์ มันขยับมาตรงนี้แล้ว
- **สุขภาพดีถ้วนหน้า : Health for All** เป็นเป้าหมายในขณะนั้น แต่วันนี้ต้องขยับมาอยู่ที่ **คนทั้งมวลเพื่อสุขภาพ : All for Health** แล้ว การขับเคลื่อนใน ๑๕ ปี ที่เรามา เราเน้นตรงนี้ไม่น้อย แต่จะต้องทำกันต่อไปอีกมาก

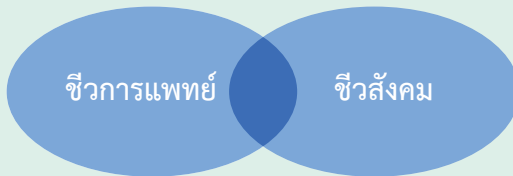
๒. นิยามใหม่เรื่องสุขภาพ

- สุขภาพ : สุขภาวะ ๔ มิติ
 - กาย ใจ ปัญญา (จิตวิญญาณ) สังคม
- ระบบสุขภาพ : ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
 - พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพ (๒๕๔๔)
 - พ.ร.บ. กองทุน สสส. (๒๕๔๔)
 - พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ (๒๕๕๐)
 - การปฏิรูประบบสาธารณสุข (๒๕๕๗+)

หลังการขับเคลื่อนโดยมีรายงานระบบสุขภาพประชาชาติ มีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี มีการขับเคลื่อนหนุนเนื่องกันมา จนกระทั่งมี พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เดียวผมจะให้ท่านดูตอนท้ายว่า สิ่งที่เราทำนี้ องค์การอนามัยโลกเพิ่งประกาศย่ำล่าสุดเมื่อปลายปีที่แล้วนี่เอง นั่นคือระบบสุขภาพได้ให้ความสำคัญกับคำว่า “ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ” การให้ความหมายนี้ไว้ใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ มันกว้างมาก ซึ่งก็คือเรื่อง “สุขภาวะ” (Well-Being) นั่นเอง

๓. ๑๕ ปีที่ผ่านมา พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

- สุขภาพใหม่ & ระบบสุขภาพใหม่
- ระบบสุขภาพแบบเครือข่าย 2 ด้าน



- ระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม & หุ่นส่วน (Participatory Health Systems & Governance by Partnerships)



ประชุมคณะกรรมการ
ปฏิรูประบบสุขภาพแห่ง
ชาติ (คปรส.) (๒๕๔๓)



พลเอกเปรม ติณสูลานนท์
ประธานองคมนตรีและ
รัฐบุรุษ (๒๕๔๙)



ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
(๒๕๔๙)

ภาพนี้บันทึกอยู่ในหนังสือ “ย้อนรอยปฏิรูป” ที่ผมได้เขียนเอาไว้
ในปี ๒๕๔๓ ที่ท่านชวนพูดทั้งหมดอยู่ในนั้น ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี

เกิดสมัยที่ท่านเป็นนายกฯ มีการประชุมครั้งแรกที่ห้องมรกต ทำเนียบรัฐบาล มาถึงวันนี้ ๒๒ ปีแล้ว ที่พูดว่า “๑๕ ปี สุขภาพแห่งชาติ” คงหมายถึงช่วงมี พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติแล้ว แต่จริงๆ แล้วนานกว่านั้น อย่าลืมประวัติศาสตร์ตรึงนี้ด้วยนะครับ

ในขณะที่เราขับเคลื่อนการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เราได้นึกอีกเรื่องหนึ่ง ที่วันนี้อาจจะลดน้อยลงไป คือเรื่องการทำให้ “สังคมเคลื่อนไหว” หรือ Social Movement วันนี้เมื่อเรามี พ.ร.บ. แล้ว เราอาจไปติดกับดักเฉพาะเรื่องใน พ.ร.บ. หรือไม่ ท่านจะเห็นว่าสุขภาพเป็นเรื่อง ๔ มิติ และเป็นเรื่องใหญ่ แสดงว่าสังคมต้องเอาด้วย สังคมต้องขับเคลื่อนด้วย ต้องเคลื่อนไหวไปกับเรา ไม่ใช่เป็นเรื่องการทำงานไปตามเครื่อง



■ พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ (รัฐบุรุษ)

มือใน พ.ร.บ. เท่านั้น เราทำเรื่องสุขภาพะ เราไม่ได้ไปยุ่งเรื่องการแพทย์สาธารณสุข เรื่อง Stem Cell เรื่องอะไรต่างๆ ที่การแพทย์สาธารณสุขเขาทำเต็มที่แล้ว ปล่อยเขาทำไป เราต้องมาทำสิ่งที่กว้างกว่านั้น สมัยนั้นเราทำเรื่องขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียงกันอย่างนี้ ท่านรัฐบุรุษ (พลเอกเปรม ติณสูลานนท์) ท่านก็มาร่วมงาน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขของภูพาน ก็มาร่วมงานเรา เราขับเคลื่อนเรื่อง

ทำนองนี้กันมาตลอด คำถามคือ พอเราขับเคลื่อนมา ๑๕ ปี หลังมี พ.ร.บ. เรื่องเหล่านี้กำลังหายไปหรือยังอยู่

๑๕ ปีผ่านไป สุขภาพตามนิยามใหม่ ระบบสุขภาพกลายเป็นสองด้านของเหรียญ ซึ่งผมนำเสนออยู่เสมอว่า **ชีวการแพทย์** (Biomedical) ไปไกลมาก ก้าวหน้ามากสำหรับสังคมไทย โควิด-๑๙ มายิ่งทำให้เห็นชัดเจน แต่โควิดมาแล้วเราเอาชนะมันได้ เพราะเรามี **ชีวสังคม** (Biosocial) ด้วย ตรงนี้ได้ถูกขบขันหรือทำให้สังคมเห็นแคไหน หรือทำให้เราเห็นแค่ว่า มี อสม. ล้นกว่าคนเท่านั้น แต่แท้ที่จริงแล้วยังมีเรื่องราวของการขับเคลื่อนสุขภาพทางสังคมที่จัดการเรื่องโควิดไปด้วยอีกมาก งาน สข. อยู่ตรง Biosocial ต้องจับคู่อยู่กับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานต่างๆ ที่ทำการแพทย์และสาธารณสุข จึงจะเกิดเป็นเหรียญสองด้านที่ครบ สข. ต้องไปกว้างสุขภาพกลายเป็นระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม มีหุ้นส่วนที่ท่านชวนใช้คำว่า “**ภาคี**” เราได้สาธิตแล้วว่า **Participatory Healthy Systems & Governance by Partnerships** ขออย่าคำว่า “**ภาคี**” หรือ “**หุ้นส่วน**” ตัวเดียวกัน เราต้องทำงานกับ อบจ. อบต. เทศบาล หน่วยงานต่างๆ สภาหอการค้า สภาอุตสาหกรรม ประชาสังคมต่างๆ ต้องจับมือเป็น “**ภาคี**” หรือ “**หุ้นส่วน**” กันให้ชัดเจน ไม่ใช่แค่จับกันเป็นเครือข่ายหลวมๆ อีกต่อไป

- **คสช./สช.**

- สุขภาพ : สุขภาวะ ๔ มิติ

- HiAP

- Healthy Public Policy (HPP)

- ทุกนโยบายสาธารณะที่ดี

- ต้องให้ความสำคัญกับมิติสุขภาพด้วยเสมอ

- Health Systems Reform

คสช./สช. คสช. เป็นกลไกระดับชาติ ต้องเป็นกลไกชี้ทิศทางของระบบสุขภาพ ไม่ใช่กลไกราชการประจำ

สุขภาพ ๔ มิติ เราเคลื่อน HiAP (Health in All Policies) แล้วมาเคลื่อน HPP (Healthy Public Policies) หรือจะเรียกอะไรก็ได้แล้วแต่เราทำงานอยู่ตรงนั้นแหละ ผมเรียกว่า “ทุกนโยบายสาธารณะที่ดีต้องให้ความสำคัญกับมิติสุขภาพด้วยเสมอ”

การปฏิรูประบบสุขภาพ : Health System Reform ; HSR
ผมคิดว่า คสช./สช. ต้องมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ไม่ใช่ทำแค่เรื่อง HiAP และ HPP เท่านั้น ตามที่ผมได้เรียงมาตั้งแต่ต้นจนถึงมีรายงานระบบสุขภาพประชาชาติ มีกลไก ครปส. และมี พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติฯ ที่จะต้องดูแลการปฏิรูประบบสุขภาพต่อเนื่อง

อันนี้สำคัญ ผากท่านผู้บริหารและพี่ๆ น้องๆ ที่ดูแลระบบสุขภาพในอนาคตต่อไป

มีข้อสังเกตว่า ในช่วงหลังนี้ ที่ประเทศมีการปฏิรูประบบสาธารณสุข ตั้งแต่ปี ๒๕๕๗ คสช./สช. ซึ่งเป็นกลไกที่มีหน้าที่ดูแลขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพประชาชาติหายไปหรือไม่

- **บทบาท คสช. /สช.**

ผมวิเคราะห์แบบไม่ดูตัวหนังสือตามกฎหมาย หลักๆ มีดังนี้

- **ชี้ทิศทางระบบสุขภาพในมิติใหม่** คสช. ต้องชี้ทิศ อุตสาหกรรมกฎหมายมาแล้วว่า ระบบสุขภาพครอบคลุม ๔ มิติ คสช. มีนายกรัฐมนตรีมาเป็นประธาน เชื่อมโยงทุกกระทรวง เชื่อมโยงทุกภาคส่วนเป็นพหุภาคี จึงต้องทำเรื่องใหญ่ วันนี้มีแผนปฏิรูปประเทศ จนเลิกแผนปฏิรูปไปแล้ว คสช./สช. อยู่ตรงไหน

- **ส่งเสริมสนับสนุน HPP, HiAP, HSR** ดังที่พูดไปแล้ว ผมคิดว่า Health System Reform คสช./สช. ยังจำเป็นต้องทำหน้าที่ แต่อาจไม่ใช่ตัวหลักตัวเดียว สังคมเปลี่ยนไปเราอาจจะต้องเป็นตัวร่วม แต่ไม่ใช่ปล่อยให้หายไปไหน หรือเป็นแค่ตัวตามเท่านั้น

- **การส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการสร้างหุ้นส่วนทางสังคม** ระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เหล่านี้พอจะผ่านไปได้

• กลไกนี้เชื่อมโยงภาครัฐ โดยเชื่อมถึงระดับนายกรัฐมนตรีและหลายกระทรวง หลายภาคส่วน วันนี้เราควรมีการวิเคราะห์ว่าขาดภาคส่วนใดไปบ้างหรือไม่ วันนี้มีองค์กรใหม่ๆ เกิดขึ้น เราจะดึงเข้ามามีส่วนร่วมในระดับนโยบาย ระดับกรรมการ ระดับชาติได้อย่างไร ยังสามารถเติมได้ แก่กฎหมายได้ หรือไม่ต้องแก่มกฎหมายก็เติมได้ เราเกิดมาเกือบ ๒๐ ปีแล้ว สังคมไม่ได้หยุดนิ่ง เราก็กต้องไม่อยู่นิ่งๆ ต้องปรับตัวให้ทัน



■ นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ อดีตนายกรัฐมนตรี มาประชุม คสช. ที่ทำเนียบรัฐบาล (๒๕๕๒)

• ระดับชาติ ในอดีตเราทำงานกับทุกพรรคการเมือง ทั้งฝ่ายรัฐบาล ฝ่ายค้าน เราทำกับทุกภาคส่วน ผมนำภาพนี้มาให้คุณเพื่อจะบอกว่า **ท่านอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ** เป็นนายกรัฐมนตรี ให้ความสำคัญกับการมานั่งเป็นประธาน คสช. เองโดยตลอด แล้วท่านใช้เครื่องมือนี้เพื่อช่วยรัฐบาลในการทำงานหลายเรื่อง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับ HIA, ธรรมนูญสุขภาพ รวมไปถึงการมอบหมายให้ สช. ทำหน้าที่ใหญ่กว่านั้นอีก คือหน้าที่ขับเคลื่อนการ

ปฏิรูปประเทศ ขณะนั้นการปฏิรูปประเทศไม่ใช่แบบนี้ มีเสียงเรียกร้องจากสังคมมาก ท่านบอกว่าต้องทำตรงนี้ ต้องทำระดับชาติ เมื่อ สช. เป็นองค์กรแห่งชาติ อยู่กับนายกรัฐมนตรี สช. คล่องตัว สช. ทำงานใหญ่ได้ ท่านให้ออกระเบียบสำนักนายกฯ ให้เราทำงานขับเคลื่อนการปฏิรูป ๓ ปี ท่านคือนายกรัฐมนตรีที่มีวิสัยทัศน์ว่า สุขภาพเป็น Well-Being สุขภาพแบบกว้าง ไม่ใช่สุขภาพแบบการแพทย์และสาธารณสุข ท่านแนะนำให้ด้วยว่า ควรทำเรื่องปฏิรูปประเทศ เราก็ทำแล้วต่อยอดมาอีกหลายปี ผมแต่ละตรงไว้นี้เพื่อชวนคิดว่า วันนี้ยังมีการทำงานอย่างนี้อยู่หรือไม่ หรือเรามีธรรมนูญสุขภาพ มีสมัชชาสุขภาพ มีเครื่องมือใน พ.ร.บ. เราก็ทำแค่นั้นเรากำลังติดกับดักหรือไม่

๔. มองอนาคต

- โลกเปลี่ยน สังคมต้องปรับ เรื่องนี้ทุกท่านรู้ดี ผมไม่พูดซ้ำ
- ไม่มีระบบสุขภาพใดที่เป็นอุดมคติ มันต้องมีการพัฒนาตัวเองไปตลอด บางที่เรียกว่า พัฒนา บางที่เรียกว่า ปฏิรูป : Reform ดังที่เรียนว่าในช่วงหลังประเทศมีการปฏิรูป มี สปช. สปท. แผนปฏิรูป กรรมการปฏิรูป มียุทธศาสตร์ชาติ มีแผนแม่บท ฯลฯ เราได้เข้าไปมีบทบาทร่วมมายน้อยแค่ไหน สมัยก่อนนั้นเราร่วมกันนำ วันนี้เรามี พ.ร.บ. มี คสช./สช. คำถาม

คือ เรายังมีส่วนร่วมขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติหรือไม่ หรือเราลดรูปการทำงานให้แคบลงไปแล้ว

- **ระบบสุขภาพต้องปรับตัวให้ทันกับบริบท : Adaptive Context-Based Health Systems** วันนี้บริบทเปลี่ยนแล้ว ระบบสุขภาพต้องเปลี่ยนอีกหลายเรื่อง แม้แต่ตัวเรา คสช./สช./พ.ร.บ. ต้องมีการประเมินแบบ Critical ว่าเราต้องเปลี่ยนอะไรหรือไม่ หรือเราต้องเติมอะไร ตัดอะไรเสริมอะไรหรือไม่ ถ้าแก้กฎหมายยากก็ไม่ต้องแก้ แต่อาจปรับเรื่องวิธีทำงาน หรือการมองใหม่

- **กฎบัตรเจนีวาเพื่อสุขภาวะ : Genewa Charter for Well-Being** เรื่องที่อยากให้ง่าลังใจ คือ Genewa Charter for Well-Being เพิ่งออกมาเมื่อปลายปี ๒๕๖๔ มีเอกสาร ๖ แผ่น ใครที่ทำงานอยู่ในกระแสธารปฏิรูประบบสุขภาพตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ไม่ว่าจะเป็นเครือข่าย เป็นภาคี หรือเป็นอะไร เรื่องเหล่านี้เราควรต้องรู้ คสช. ท่านรู้เรื่องนี้หรือไม่ ผมขออ่านให้ฟังสั้นๆ *“Foundation of Well-Being” เขาพูดถึงวิสัยทัศน์ทางบวกของสุขภาพ (A Positive Vision of Health) คือ สุขภาพเป็น Integration ระหว่าง Physical & Mental & Spiritual & Social Well-Being* ย้านะครับ องค์การอนามัยโลกปกคลุมดประกาศย้าอีกครั้งหนึ่งเมื่อปลายปีที่แล้วนี้เอง ว่า *“สุขภาพหมายถึงสุขภาวะ ๔ มิติ”* จะบอกว่าเกิดก่อนหรือหลัง มี พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ไม่ต้องเถียงกัน

แต่ระดับโลกเขาย้ำว่า สิ่งที่เราทำตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ตรงกับ
องค์การอนามัยโลก เราควรขยายผล ผมคิดว่าองค์การอนามัยโลกเป็น
พันธมิตรกับเราอยู่แล้ว เป็นหุ้นส่วนกับเรา เขาก็เหลียวดูว่าประเทศไทย
ได้สาริตะอะไรไว้จนเห็นชัดเจนชัดขนาดนี้ นี่ก็โอกาสต่อยอดงานได้อีกมาก

FOUNDATIONS OF WELL-BEING

Well-being societies provide the foundations for all members of current and future generations to thrive on a healthy planet, no matter where they live. Such societies apply bold policies and transformative approaches that are underpinned by:

- A positive vision of health that integrates physical, mental, spiritual and social well-being.
- The principles of human rights, social and environmental justice, solidarity, gender and inter-generational equity, and peace.
- A commitment to sustainable low-carbon development grounded in reciprocity and respect among humans and making peace with Nature.
- New indicators of success, beyond gross domestic product, that take account of human and planetary wellbeing and lead to new priorities for public spending.
- The focus of health promotion on empowerment, inclusivity, equity, and meaningful participation.



รากฐานสุขภาวะ

สังคมที่มีสุขภาวะ จะเป็นรากฐานให้คนในรุ่นปัจจุบันและ
ลูกหลานในอนาคต ได้เติบโตและงอกงามบนโลกที่น่าอยู่ ไม่ว่า
พวกเขาจะอยู่ที่ใดก็ตาม การจะสร้างสังคมเช่นนั้นจำเป็นจะต้อง

มีนโยบายและวิธีการที่กล้าหาญเพื่อเปลี่ยนแปลงสังคม ซึ่งจะเกิดขึ้นได้จากหลักการต่อไปนี้

- วิสัยทัศน์เชิงบวกด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วยภาวะทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เป็นองค์รวมอย่างสมดุล
- ยึดหลักสิทธิมนุษยชน ความยุติธรรมด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ความเท่าเทียมทางเพศและความเท่าเทียมของคนต่างรุ่น และสันติภาพ
- มุ่งมั่นการพัฒนาอย่างยั่งยืน ปลดปล่อยคาร์บอนต่ำ บนพื้นฐานของประโยชน์ร่วม การเคารพซึ่งกันและกัน และการอยู่ร่วมกับธรรมชาติอย่างกลมกลืน
- ใช้ตัวชี้วัดความสำเร็จแนวใหม่ ที่ให้ความสำคัญกับสุขภาวะของทั้งมนุษย์และโลก มากกว่าตัวเลขมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ และพร้อมไปสู่การจัดลำดับความสำคัญใหม่ เพื่อการลงทุนสาธารณะ
- การสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักการเสริมพลัง การยอมรับความหลากหลาย ความเป็นธรรม และการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมาย

หกโอกาสและความท้าทายต่อระบบสุขภาพ

๑. **โลกโกลาหล** ยกตัวอย่างเรื่องเดียว คือความรุนแรงที่เกิดขึ้นที่หนองบัวลำภู และที่โคราช ใครจะคิดถึงว่าจะมีวันนี้ สังคมจะมีแบบนี้อีกแล้วระบบสุขภาพจะรับมืออย่างไร ระบบการแพทย์และสาธารณสุขด้วยสมมุติง่ายๆ กรณีหนองบัวลำภูที่เกิดเหตุแบบนี้ จะรับมืออย่างไร ขณะนี้เรื่อง Emergency, EMS, การเข้าถึง การเผชิญเหตุ ฯลฯ ดูเหมือนมีความท้าทายอย่างมาก ไม่ใช่แบบเดิมๆ แล้ว แคลิโควิด-๑๙ ก็หนักหนาแล้ว เราสรุปบทเรียนกันหรือยัง และยังมีเรื่องอื่นๆ อีกมากมาย

๒. **โลกร้อน** เรื่องใหญ่มาก โลกร้อนจนเกิด Emerging Diseases & Re-Emerging Diseases มาก ผมขอตะแคงนี้ เรื่องโลกร้อนจะใหญ่มาก จนพ้นช่วงชีวิตของพวกเขา ก็ยังมีปัญหาอยู่ ระบบสุขภาพต้องปรับเปลี่ยนอีกมากเลย เราจับทันหรือไม่



๓. **โลกดิจิทัล** มีทั้งภัยร้ายสารพัดวันนี้เด็กเล็กๆ มีมือถือดูหนังไปแบบไหนก็ได้ เรื่องเลวร้ายมีมาก เรื่องดี ๆ เรื่องเรียนรู้ก็ทำได้มากมาย จะศึกษาเรื่องโรคอะไร หาอ่านเองได้โลกเปลี่ยนไปอย่างนี้ ระบบสุขภาพจะเปลี่ยนอย่างไร

๔. การเมืองใหม่ ขั้วการเมืองของโลกเปลี่ยน การเมืองหลากหลายมากขึ้น ประชาธิปไตยเผด็จการก็มี ในประเทศของเรามีความขัดแย้งติดหล่มความขัดแย้งอยู่ เราเอา Well-Being เป็นตัวตั้ง เราจะพากันเดินไปข้างหน้าอย่างไรในท่ามกลางความขัดแย้ง โดยไม่เข้าไปสู่ความขัดแย้งกับเขาด้วย เป็นต้น

๕. เศรษฐกิจการค้าการลงทุน เรื่องนี้ก็มีอีกมาก ไม่ใช่แค่ Trade & Health วันนี้โรคระบาดคือน้ำหนักเกิน เกิดขึ้นเต็มประเทศ ร้านกาแฟเกิดขึ้นเต็มประเทศ ขายน้ำตาล โรคน้ำหนักเกินระบาดรุนแรง คสช./สช. ว่าอย่างไร มีวิสัยทัศน์อย่างไร จะผลักดันนโยบายอะไร อย่างไร เป็นต้น

๖. การเปลี่ยนผ่านประชากร ยุคนี้เด็กเกิดใหม่หายาก ที่เกิดออกมาก็ไม่ค่อยพร้อมเป็นจำนวนมาก วัยสูงอายุมากขึ้น บางที่เราเรียกว่า “สังคมสูงวัย” แต่จริงๆ แล้วควรจะเรียกว่า “การเปลี่ยนผ่านประชากร” วันนี้ประเทศมีแผนพัฒนาประชากร ๒๕๖๕-๒๕๘๐ คสช./สช. ได้ดูแผนนี้หรือไม่ มีอะไรที่ คสช./สช. จะช่วยขับเคลื่อนให้เป็นจริงได้บ้าง ผมได้ศึกษาแล้ว เขาให้ความสำคัญกับคนทุกช่วงวัยตลอดชีวิต เรียกว่า “เกิดดี อยู่ดี แก่ดี” สช. ทำเรื่องตายดี ควรไปผนวกกับเขาให้ครบดีหรือไม่ เขาเน้นที่ครอบครัว ชุมชน เน้นการมีส่วนร่วม และเน้นเรื่องคนข้ามชาติ คสช./สช. มีความเห็น มีส่วนร่วมขับเคลื่อนอะไรกับเขาด้วยดีไหม



กล่าวโดยสรุป คสช./สช. มีภารกิจที่ท้าทายมาก กว้างมาก ไม่ใช่
งานพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขที่มีกระทรวงสาธารณสุขและ
องค์กรต่างๆ ดูแลอยู่แล้ว ของเราคือ Bio-Social สุขภาพแบบ Well-
Being

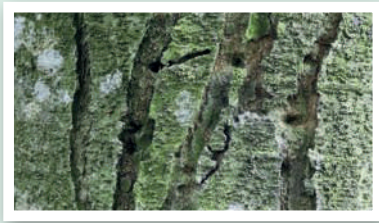
โอกาสและความท้าทาย ต่อ คสช./สช.

- มี พ.ร.บ.สุขภาพ เป็นความชอบธรรมตามกฎหมาย สมัยที่เราทำเรื่องขับเคลื่อนปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ท่านชวนพูดถึง เรามีแค่ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี มีการกำหนดอายุแล้วก็ต่อเป็นระยะ แต่เราทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติมาเพื่อจะเป็นเครื่องมือต่อเนื่องระยะยาว มีความชอบธรรมทางกฎหมายแล้ว เราควรใช้เป็นโอกาสในการทำงานให้เต็มที่

- คสช. เป็นกลไกพหุภาคี เชื่อมอำนาจรัฐกับทุกภาคส่วน ดูแลการพัฒนา HPP, HiAP, HSR “ระดับชาติ” ผมขออนุญาตพูดคำนี้ ซึ่งคุณเอ็นนู ชือสุวรรณ ย้ำตลอดเลยว่า เราออกแบบให้เป็น คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ขีดเส้นใต้คำว่า แห่งชาติ เราจึงต้องทำงานให้สมกับเป็นกลไกแห่งชาติ

- สช. เป็นองค์กรขนาดเล็ก คล่องตัว สานพลัง สร้างนวัตกรรม มองแบบนี้ มองให้เป็นโอกาส แต่ถ้ามองเป็นปัญหาจะบอกว่า “มันเล็ก คนน้อย เงินน้อย ทำไม่ได้” แบบนี้ไม่ใช่แน่ เพราะตอนออกแบบเราต้องการให้ต่างจากราชการ ให้เป็นแบบนี้ เพื่อที่จะทำงานได้คล่องตัว





ให้ดูภาพ ๔ ภาพ นี้ เป็นการพักสายตา

ภาพแรก เป็นภาพผิวต้นไม้ ถ้าเราดูต้นไม้ในระดับนี้เราจะเห็นแต่เปลือกไม้ เห็นจุดเล็กๆ นี่เป็นวิสัยทัศน์ในการทำงาน

ภาพสอง ถ้าเราดูให้ใหญ่ขึ้นเราจะเห็นทั้งต้น

ภาพสาม ถ้าดูให้ใหญ่ขึ้นไปอีก เราจะเห็นต้นไม้หลายต้น

ภาพสี่ ถ้าดูให้ใหญ่ไปอีกเราจะเห็นเป็นป่าทั้งป่าเลย คสช./สช. ต้องดูแบบไหน ผมฝากแค่นี้ ท่านคิดได้เอง

หนึ่งความท้าทายต่อ คสช./สช.



สมรรถนะองค์กร ผมมองรวมทั้ง คสช./สช. องค์กรตัวเล็กๆ ไม่เป็น
ราชการ ทำให้คล่องตัว ท่านต้อง เก่งคิด เก่งวิชาการ เก่งการจัดการ
เก่งสานพลัง ผมขอไม่ลงรายละเอียดประเด็นเหล่านี้

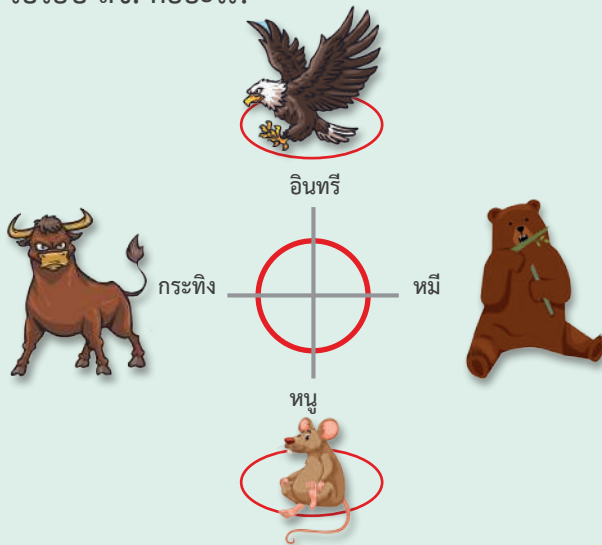
ขอเสริมประเด็นต่อไปนี้ได้

- ท่านมีนายกรัฐมนตรีเป็นหัวโตะ มีกฎหมายรองรับ ไม่มีใครยุบท่านได้ จนกว่าเขาจะยกเลิกกฎหมาย มีงบประมาณในระดับหนึ่งให้ทำงานทุกปี ท่านดูเรื่อง Well-Being ภาคของท่านคือใคร เช่น สภาพัฒน์เป็นส่วนราชการที่ดูภาพใหญ่ ท่านต้องเป็นหุ้นส่วนกับสภาพัฒน์ฯ หรือไม่ ขอดูในส่วนของ Well-Being ท่านจะไปเกี่ยวข้องกับสาธารณสุข กับกระทรวง พม. และอื่นๆ แล้วท่านใช้ความเป็นตัวเล็กของท่านไปช่วยดูในส่วนที่เขาดูได้ไม่ดี หรือเขาเคลื่อนได้ไม่ดี ตัวอย่างแผนพัฒนาประชากรที่ผมเรียนเมื่อสักครู่ สภาพัฒน์ฯ เป็นเจ้าของ ตัวเล็กแบบเราจะช่วยเขาเคลื่อนได้หรือไม่ ถ้าท่านเห็นว่ามันคือประโยชน์ของประเทศ ไม่ใช่เพียงงานตามที่เขียนไว้ใน พ.ร.บ. ถ้าดูในมาตราที่เป็นหน้าที่ของ คสช. จะพบว่าให้บทบาทหน้าที่ไว้กว้างมากให้อำนาจนายกฯ นั่งหัวโตะอยู่แล้ว ถ้ามองแบบนี้ยุทธวิธีในการทำงานจะเปลี่ยนไป มองหน่วยงาน องค์กรต่างๆ เป็นหุ้นส่วน ฝากดูว่าโอกาสแบบนี้จะทำให้มีภาค มีหุ้นส่วนที่ร่วมกันทำงานสำคัญๆ ได้อีกหรือไม่

- มีการพูดถึง PMDU หมายถึง Prime Minister Delivery Unit มีการคิดว่านายกรัฐมนตรีประเทศไทยมีงานรับผิดชอบมาก ควรมีหน่วยงานเล็กๆ ที่คล่องตัว รวดเร็วในการทำงาน เพื่อช่วยผลักดันให้งานออก แบบนี้เลย สช. ทำได้เลยในงานด้านสุขภาวะ เราควรทำหน้าที่แบบ PMDU ไม่ใช่

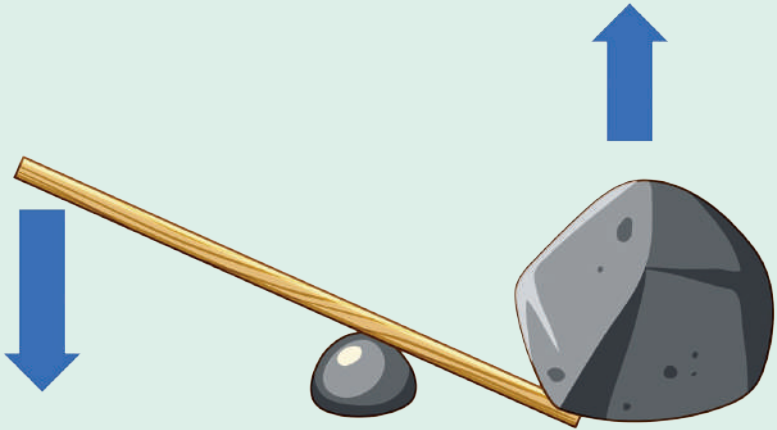
เป็นหน้าที่แบบเลขานุการคณะกรรมการระดับชาติ แบบงานประจำเท่านั้น
จะดีหรือไม่

- เปรียบ สข. คืออะไร?



ผมลองเทียบเคียง สข. กับคน สข. เป็นสิ่งมีชีวิต พวกเราคงได้ฟังมา
บ่อย HR บอกว่าคนทำงานแต่ละคนเปรียบเหมือนสัตว์ ๔ ชนิด บน-อินทรี
คือเก่งคิด ล่าง-หนู คือประสานเก่ง ซ้าย-กระทิง ลุยงานเก่ง และขวา-หมี
คือเจ้าระเบียบ ผมว่า สข. ต้องเก่งบนล่าง (อินทรีกับหนู) อย่าไปเก่งซ้าย
ขวา (กระทิงกับหมี) จะ Work Smart ครับ

หนึ่งคานวัด



สานพลัง (Synergy) สข. มีจุดคานงัดเดียว คือ “สานพลัง”

- **พลังบวก** การสานพลังไม่ใช่แค่การประสานเครือข่าย เราต้องเลยไปกว่านั้น เครือข่ายต้องรักษาเอาไว้ และขยายเพิ่มตลอด ต้องมีการสร้างสัมพันธ์เครือข่ายอย่างต่อเนื่อง ในขณะเดียวกันต้องยกระดับการสาน “พลังภาคี” ให้เป็นการทำงานแบบ “หุ้นส่วน”

- **Growth Mindset** ขอยกตัวอย่าง “โมเดลปั้มน้ำมัน” ปั้มน้ำมันไม่ได้ขายแต่น้ำมัน เขามี ใบอนุญาตตั้งปั้มน้ำมัน มีหุ้นส่วนมาประกอบการ

คิดใหญ่ ชวนทำ ช่วยทำ ร่วมทำ นำแบบผู้รับใช้



เต็มไปหมด และเติบโตไปด้วยกัน สุข. เราจะมีหุ้นส่วนเกิดขึ้นมาหลายๆ เป็น “หุ้นส่วน” มาทำเรื่อง Well-Being ด้วยกัน สำเร็จด้วยกัน มีผลประโยชน์ร่วมกัน คือ เขาได้ด้วย สุข. ได้ด้วย สังคมได้ด้วย ไม่ใช่มาทำงานให้ สุข.

- **คิดใหญ่ ขวนทำ ช่วยทำ ร่วมทำ** ในอดีตเรามักจะพูดว่าการขับเคลื่อนปฏิรูประบบสุขภาพโดย พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ โดยเครื่องมือนี้เหมือนเดินทางขึ้นภูเขาด้วยกัน ซึ่งยากลำบาก เมื่อเราเดินขึ้นมาถึงจุดหนึ่งมีลานกว้าง เราแวะที่ลานนาน เพราะไม่เหนื่อยมาก แต่จริงๆ เรายังต้องเดินไปอีกไกล ดังนั้น ต้องรีบทบทวนว่า ขณะนี้เราอยู่ลานกว้างนานเกินไปหรือไม่ เรายังมีความท้าทายและโอกาสข้างหน้าที่ต้องเดินไปอีกไกล ไช้หรือไม่

- **นำแบบผู้รับใช้** คือ เราต้องทำหน้าที่ **Steward Leadership** หรือ **นำแบบผู้รับใช้ (Servant Leadership)** หรือไม่

ขอบคุณครับ ❖



ระบบสุขภาพไทย ไม่เหมือนที่ไหนในโลก

โดย นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ
สมาชิกวุฒิสภา
และอดีตเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

บรรยายให้กับเครือข่ายนักสานพลัง
สร้างสุขภาวะในพื้นที่ (คนส.) รุ่นที่ ๑
ผ่านระบบ ZOOM
วันพฤหัสบดี ที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๗

ทุกอย่างต้องการความคิดใหม่ๆ
ในทิศทางหลักการที่ถูกต้อง ที่
สำคัญคือ เรื่องสุขภาพ ไม่ใช่
แค่เรื่องที่โรงพยาบาล เพราะ
สุขภาพ อยู่ในทุกที่ ในทุกเรื่องที่
เกี่ยวข้องกับชีวิตของเราทุกคน



เกริ่นนำ

ขอบคุณ **สช.** ที่ชวนมาคุยกับน้องๆ ที่เข้าอบรมหลักสูตร **คนส.** ขอฝาก **สช.** พิจารณาเชื่อมโยงกับเครือข่ายที่ **สช.** เคยจัดอบรมไปแล้วหลายรุ่น ทั้ง **นนส.** และ **คชน.** ด้วยก็จะดีนะคะ

ชื่อเรื่องที่ตั้งนี้ ตั้งเพื่อให้ติดตาม แต่ไม่ได้หมายความว่าระบบสุขภาพของไทยดีกว่าใครๆ นะครับ

เนื่องจากผมเป็นคนสูงวัยแล้ว ก็ขอใช้วิธีเล่าความหลัง เป็นความหลังเชิงประสบการณ์ โดยขอย้อนหลังไปสัก ๕๐-๖๐ ปีที่แล้ว



■ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

เล่าความหลัง



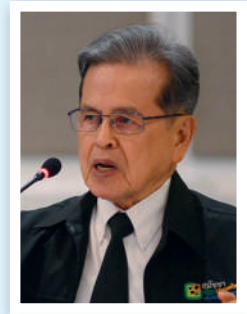
ย้อนไปก่อนปี ๒๕๐๐ เมื่อพูดถึงเรื่องสุขภาพ ก็ต้องให้ความสำคัญกับการมีโรงพยาบาล มีหมอ พยาบาล หยูกยา เครื่องไม้เครื่องมือเพื่อดูแลรักษาโรคภัยไข้เจ็บให้ประชาชนเป็นสำคัญ ก็เริ่มที่เมืองหลวงก่อน แล้วขยายไปหัวเมืองใหญ่ แล้วก็มึนโยบายกระจายโรงพยาบาลให้ครบทุกจังหวัด โดยกระทรวงสาธารณสุขสร้าง **โรงพยาบาลจังหวัด (รพจ.)** ทุกจังหวัด มี ๒ ระดับ คือ **โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)** ในจังหวัดใหญ่ และ **โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)** ในจังหวัดทั่วไป เป็นความพยายามกระจายบริการการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มความเป็นธรรมที่ตีมาก

หลังปี ๒๕๐๐ มีนโยบายกระจายสถานบริการออกไปถึงอำเภอและตำบล ทำให้มี โรงพยาบาลอำเภอ (รพอ.) ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ในทุกอำเภอ มี สถานีอนามัย (สอ.) ทุกตำบล ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

ในสมัยนั้น โรคภัยไข้เจ็บของชาวบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนในชนบท คือโรคติดต่อ ทั้งติดต่อและไม่ติดต่อ ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก ลูกมาก ยากจน กระทรวงสาธารณสุขเคยแก้ปัญหาในพื้นที่ห่างไกลโดยคัดเลือกลูกหลานกำนันรับมาอบรม ๖ เดือน - ๑ ปี แล้วบรรจุให้เป็นผดุงครรภ์กลับไปทำงานที่ตำบล หมู่บ้านของตนเอง ใช้บ้านกำนัน หรืออาคารที่กำนันและชาวบ้านสร้างขึ้นเป็น *สำนักงานผดุงครรภ์ (สผด.)* ทำงานดูแลการคลอด และงานอนามัยแม่และเด็กในยุคที่คนไทยมีลูกมาก นี่เล่าเพื่อให้เห็นวิสัยทัศน์และนโยบายของคนรุ่นเก่าที่มุ่งการดูแลแก้ปัญหาให้คนยากลำบากในชนบทด้วยวิธีการที่นำชื่นชม ซึ่งยุคสมัยนั้นยังไม่มี “การสาธารณสุขมูลฐาน” (Primary Health Care) ที่องค์การอนามัยโลกผลักดัน

อยากเล่าให้หน่อยๆ เห็นภาพการเจ็บป่วยและความยากลำบากของคนชนบทในสมัยนั้น ซึ่งประเทศของเรายังเป็นประเทศรายได้ต่ำ ผมจำเรื่องที่ อาจารย์หมอประเวศ วะสี เล่าให้ฟังนานแล้ว จำไม่เคยลืม อาจารย์เล่าว่า

“ตอนสมัยเป็นแพทย์หนุ่มๆ ทำงานที่ศิริราช (ซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์) วันหนึ่ง มีสามีภรรยาคนหนึ่ง หอบหิ้วกันมาจากอีสาน สามีป่วยหนัก มีก้อนในท้องและตัวเหลืองตาเหลือง หมอวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ก็รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ภรรยาตามไปส่งสามีในตึก ทั้งสองคนจับมือกัน แล้วภรรยาก็พูดว่า ฉันส่งแกแค่นี้แหละ อยู่โรงพยาบาลมีหมอดูแลแล้ว ฉันขอกลับบ้านก่อน เป็นห่วงทางบ้าน ถ้าแก่ตาย เราก็จากกันเพียงเท่านี้ ถ้าแกหาย แยกทางกลับบ้านเอาเอง เราจะได้เจอกันอีก”



■ ศ.นพ.ประเวศ วะสี

จากสภาพที่โรงพยาบาลกระจุกตัว ก็ค่อยๆ กระจายตัวออกไปจนครบทุกจังหวัด อำเภอ และตำบลทั่วประเทศในเวลาต่อมา ประชาชนในชนบทก็เข้าถึงบริการได้ใกล้ชิดขึ้น มากขึ้น

แต่ปัญหาสาธารณสุขไม่ได้มีแค่เรื่องการเจ็บป่วย สมัยนั้นยังคงเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความยากจน ความขาดแคลน ทั้งเรื่องน้ำสะอาด การไม่มีสุขา ขาดความรู้ สภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมไม่ดี เด็กขาดสารอาหาร ได้รับวัคซีนไม่ทั่วถึง เด็กนักเรียนยังมีเหาเต็มหัว มีพยาธิเต็มท้อง การวางแผนครอบครัวยังไม่ทั่วถึง กระทรวงสาธารณสุขก็พยายามกระจายงานด้านสาธารณสุขควบคู่ไปกับงานด้านรักษาพยาบาล เรียกว่า

การบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน มีการผลิตพยาบาล ผดุงครรภ์ พนักงานอนามัยกระจายออกไปทำงานทั่วประเทศ โดยใช้วิธีคัดเลือกนักเรียนในแต่ละจังหวัด เข้าเรียนในวิทยาลัยของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อจบแล้วก็ส่งกลับไปทำงานในโรงพยาบาลและสถานีอนามัยในจังหวัดของตนเอง ซึ่งเป็นนโยบายแก้ปัญหาขาดแคลนบุคลากรได้ดีมากๆ ลดความเหลื่อมล้ำทั้งด้านการศึกษาและการสาธารณสุขไปพร้อมๆ กัน

สมัยนั้น กระทรวงสาธารณสุขผลิตพนักงานอนามัยไปดูแลงานเรื่อง ส้วม น้ำ ความสะอาด งานสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม งานควบคุม ป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน ซึ่งงานเหล่านั้นอยู่ในมือของบุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด แต่วันนี้ หลายเรื่องเปลี่ยนไป เรื่องส้วมกลายเป็นเรื่องพื้นฐานที่มีกันทุกบ้านแล้ว เรื่องน้ำแบ่งไปอยู่กับท้องถิ่นและหน่วยงานอื่นๆ เช่น กรมน้ำบาดาล การประปาชนบท เป็นต้น เรื่องความสะอาด สุขาภิบาล อนามัยสิ่งแวดล้อม ไปเป็นเรื่องของท้องถิ่น และยังมีหน่วยงานอื่นๆ เข้ามาดูแลมากขึ้น

ในยุคสมัยนั้น เน้นการวางแผนครอบครัวกันมาก คนมีลูกมาก เด็กเกิดเยอะมากกว่าล้านคน ถึงวันนี้เด็กเกิดแค่ครึ่งล้าน แต่คนสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมากและรวดเร็ว ปัญหาสาธารณสุขก็เปลี่ยนไปมากมาย

ผมจบแพทย์ไปทำงานปี ๒๕๒๐ ช่วงก่อนหน้านั้นไม่นาน มีการบังคับนักเรียนแพทย์ให้ทำสัญญากับรัฐบาลว่าเมื่อจบแล้วต้องไปทำงานในชนบทหรือในส่วนภูมิภาคอย่างน้อย ๓ ปี เรียกว่า “แพทย์ใช้ทุน” เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบท ซึ่งต่อมาขยายการบังคับไปถึงทันตแพทย์และเภสัชกรด้วย

ในยุคนี ๒๕๒๐ โดยประมาณ มีการเปลี่ยนแปลงใหญ่อีกเรื่องหนึ่งคือเกิดแนวคิดเรื่อง “การสาธารณสุขมูลฐาน”(สสม.) ที่องค์การอนามัยโลกผลักดัน จนเกิด Alma-Ata Declaration ด้วยเห็นว่าการพัฒนาสาธารณสุขที่ทำด้วยบุคลากรสาธารณสุข ถึงให้ดียังไงก็ไม่เพียงพอและไม่ทั่วถึง ชาวบ้านยังเข้าถึงได้ยากลำบาก จำเป็นต้องส่งเสริมบทบาทของชาวบ้านและชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วม ก็เกิดงานสาธารณสุขมูลฐาน มีเรื่อง “๓ ก.” มี กองทุน กรรมการ กิจกรรมในชุมชน มีการคัดเลือกตัวแทนชาวบ้านพัฒนาเป็น ผสส. คือ ผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข และ อสม. คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดย ผสส. ๑ คนต่อ ๑๐ หลังคาเรือน และ อสม. หมู่บ้านละ ๑ คน ต่อหลังจากปรับผสส. ให้เหลือ อสม. อย่างเดียว ทุกวันนี้ยังมี อสม. ทั่วประเทศประมาณล้านกว่าคน เป็นคุณต่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับชุมชนไม่น้อยเลย ปัจจุบันมีการให้เงินค่าตอบแทนด้วยช่วงโควิด-๑๙ ระบาด เราก็ได้เห็นบทบาทของ อสม. ในการช่วยเจ้าหน้าที่ดูแลควบคุมป้องกันโรคในระดับชุมชนได้ดีทีเดียว

ในยุคนั้น มีการตั้งเป้าหมายการบรรลุ “สุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี ๒๕๔๓” (Health for All by the Year 2000) โดยกำหนดตัวชี้วัดสุขภาพดีในปี ๒๕๔๓ ไว้ว่าจะบรรลุตัวชี้วัดใดระดับใดบ้าง ประเทศไทยเราขยันขันแข็งมาก เราทำเรื่อง สสม. มีการสำรวจความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.) ขยายงานสาธารณสุขไปถึงงานที่เกี่ยวกับเรื่องคุณภาพชีวิต เรื่องปากท้อง ชีวิตความเป็นอยู่และสังคมมากขึ้น มีการทำงานร่วมของ ๔ กระทรวงหลัก ได้แก่ มหาดไทย เกษตร ศึกษา และสาธารณสุข ซึ่งต่อมาขยายเป็น ๖ กระทรวง นี่คือการเปลี่ยนผ่านแนวคิดด้านเรื่องสุขภาพออกไปกว้างขึ้นอย่างค่อยๆ เป็นไป

ในที่สุด **ประเทศไทยเราสามารถทำงานบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ก่อนปี ๒๕๔๓**

ช่วงที่ ๓ ตามภาพฉาย ประมาณปี ๒๕๓๐ บวกลบ ประเทศไทยพัฒนาก้าวหน้ามากขึ้น กำลังจะเข้าสู่ยุคโชติช่วงชัชวาล การพัฒนาชนบทก้าวหน้า ชีวิตผู้คนเปลี่ยนไป อุตสาหกรรมเพิ่มขึ้น เมืองขยาย ปัญหาสาธารณสุขก็เปลี่ยนไป การวางแผนครอบครัวดี คนมีลูกน้อยลง เรื่องส้วมน้ำ ความสะอาดดีขึ้นมาก โภชนาการ งานอนามัยแม่และเด็ก ปัญหาต่างๆ โรคภัยไข้เจ็บเปลี่ยนหน้าตา จากโรคติดเชื้อต่างๆ กลายมาเป็นโรคไม่ติดต่อ โรคไม่ติดต่อมากขึ้น แบบแผนวิถีชีวิต วัฒนธรรม และความเป็นอยู่ของผู้คนเปลี่ยนไป สาเหตุที่ทำให้เจ็บป่วย สูญเสียสุขภาพเปลี่ยนไป แต่วันนั้นก็ยัง

ไม่ได้คุยเรื่องโลกร้อน โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำกันมากนัก

ความเจ็บป่วยไม่ใช่แค่เรื่องทางกาย ทางจิตก็เป็นเรื่องใหญ่ จึงมีการกำเนิด **กรมสุขภาพจิต** เริ่มจากการเป็นสถาบันสุขภาพจิต ตั้งใจให้เป็นสถาบันทางวิชาการ แต่ต่อมาเปลี่ยนไปเป็นกรม มีการมองว่าการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน ภูมิปัญญาพื้นบ้าน ที่ถูกละเลยทอดทิ้งมานานว่ามีอะไรดีๆ ไม่น้อย ควรนำกลับมา ก็เกิด **สถาบันการแพทย์แผนไทย** ต่อมายกฐานะเป็น **กรมการแพทย์แผนไทย** ในปัจจุบัน มีการจัดองค์ความรู้ด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน เกิด **สถาบันพระบรมราชชนก (สบช.)** ขึ้น จากการรวมวิทยาลัยในสังกัดกรมต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศมากกว่า ๓๐ แห่ง มาเป็นสถาบันการผลิตและการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข ปรับหน่วยงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ จากกองแผนงานสาธารณสุข เป็น **สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.)**

จุดเปลี่ยนที่สำคัญอย่างหนึ่งในช่วงนั้น คือ การตั้ง “**สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข**” (สวรส.) เป็นกฎหมายฉบับสุดท้ายที่ออกในสมัยรัฐบาล **ท่านนายอานันท์ ปันยารชุน** ให้มาทำหน้าที่ส่งเสริมการวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งไม่ใช่การวิจัยทางการแพทย์หรือการสาธารณสุข หน่วยงานนี้



■ นายอานันท์ ปันยารชุน

จึงใช้คำว่า **“สถาบันวิจัยระบบ”** นับว่าล้ำสมัยมากในยุคนั้น ด้วยเห็นว่าระบบสาธารณสุขของไทยที่เราทำงานได้ผลดี ๆ เรื่อยมา เมื่อสังคมเปลี่ยนโลกเปลี่ยน ปัญหาเปลี่ยน จำเป็นต้องคิดปรับระบบและวิธีทำงานให้ทันสถานการณ์ จึงจะเอาชนะปัญหาหน้าใหม่ๆ ได้ จึงต้องมีการศึกษาวิจัยระบบเพื่อปรับตัวให้ทัน

โดยในช่วงก่อนหน้านั้นไม่นานปี ๒๕๒๙ องค์การอนามัยโลกได้ต่อ ยอดเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน จนเกิด **“กฎบัตรออตตาวา”** (Ottawa charter) พุดถึง **“ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ”** (Health Promotion Strategy) นี่ก็เป็นจุดเปลี่ยนความคิดเกี่ยวกับงานสาธารณสุขที่สำคัญมากอีกอย่างหนึ่ง ที่เปิดมุมมองการทำงานด้านสุขภาพกว้างออกไปจากงานสาธารณสุขแบบเดิมๆ



ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ “Ottawa Charter” เรื่องนี้ยังคงทันสมัยอยู่จนถึงทุกวันนี้ มี ๕ เรื่อง คือ

๑. การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Strengthen Healthy Public Policies) คำว่า **Healthy Public Policies** หมายถึง นโยบายสาธารณะที่ Healthy หรือที่ดี ก็คือนโยบายสาธารณะที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ เกิดจากการมองว่า นโยบายสาธารณะทุกเรื่องมีผลกระทบทั้งบวกและลบต่อสุขภาพ ตัวอย่างที่ยกกันอยู่เสมอๆ ว่า น้ำมันทรายนต์เติมสารตะกั่วหรือไม่เติม ก็เป็นนโยบายที่กระทบต่อสุขภาพด้วย หรือเครื่องดื่ม น้ำอัดลมเติมน้ำตาลมากหรือน้อย ก็เป็นนโยบายที่กระทบต่อสุขภาพด้วย เป็นต้น

งานหลักของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ก็คือ เรื่องการสร้างเสริมความเข้มแข็งของกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพนี้เอง

๒. การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน (Strengthen Community Action) คือต้องเพิ่มความสามารถของชุมชนในการจัดการเรื่องสุขภาพ ควบคุมป้องกันและลดปัญหาที่กระทบต่อสุขภาพลง

๓. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลด้านสุขภาพ (Personal Skill Development)

๔. การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environments) ซึ่งไม่ใช่แค่เรื่องทางกายภาพ ส้วม น้ำ ความสะอาด หรือ อนามัยสิ่งแวดล้อมเท่านั้น แต่หมายรวมไปถึง ระบบต่างๆ ทั้งหลายที่เป็นสภาพแวดล้อมเชิงบริบท หรือที่สมัยใหม่เรียกว่า ระบบนิเวศน์ (Eco System) ที่กระทบต่อสุขภาพด้วย

๕. การปรับระบบบริการสุขภาพ (Re-orienting Health Service System) ปรับระบบบริการสาธารณสุข จากที่เน้นการรักษาพยาบาลเมื่อสุขภาพเสียแล้ว (Ill-health) มาสู่ระบบที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น คือ “สร้างนำซ่อม” ให้มากขึ้น ซึ่งข้อนี้ยากมากนะครับ

การเปลี่ยนชื่อ **สถานีนามัย (สอ.)** เป็น **“โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล” (รพสต.)** ก็วางอยู่บนแนวความคิดของเรื่องนี้ เพื่อใส่คำว่า **“ส่งเสริมสุขภาพ”** เข้าไปด้วย เพื่อย้ำเตือนว่าให้สถานีนามัยไปทางนี้ อย่ากลายเป็นเน้นแต่ที่การรักษาพยาบาล อะไรเดิมที่ทำดีอยู่แล้ว ก็ควรทำต่อไป และทำให้มากขึ้น เช่น การบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพ การทำงานเชิงรุก การเยี่ยมบ้าน การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง เพื่อการมีสุขภาพดีให้มากขึ้น เป็นต้น



เล่าความหลัง (๒)



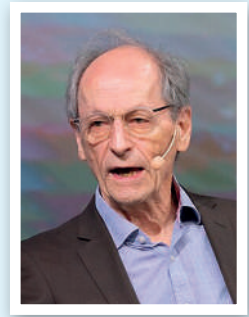
เล่าความหลัง (2)
2540 – 2550

- “ปัจจัยทางสังคมที่กระทบสุขภาพ”
(Social Determinants of Health)
- “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ”
(Health in All Policies)
- “รายงาน “ระบบสุขภาพประเทศไทย”
ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพตาม รธน. 2540
- สปสช., สสส., สช. สรพ., สพฉ.,

ช่วงปี ๒๕๔๐-๒๕๕๐ ในระดับโลก มีการนำเสนอเรื่อง “ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ” (Social Determinants of Health) ให้ความสำคัญที่การมองว่า สุขภาพถูกกระทบจากปัจจัยทางสังคมสารพัดเรื่อง ตอนผมทำงานอยู่ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) ก่อนมี พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เคยได้รับเชิญไปประชุมที่ลอนดอนกับทีมงานวิชาการของคณะกรรมการขององค์การอนามัยที่กำลังผลักดันเรื่องนี้ ซึ่งมี Sir Michael Gideon Marmot เป็นประธาน ตอนหลังเราเคยเชิญบุคคลท่านนี้มาปาฐกถาในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่บ้านเราด้วย เขา

มีการออกรายงานเสนอความคิดนี้ออกมา ซึ่งก็ทำให้ผู้คนเข้าใจว่าเรื่องสุขภาพไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคเท่านั้น แท้จริงแล้วเกิดจากปัจจัยทุกด้านก็ทำให้ความคิดการจัดการเรื่องสุขภาพต้องปรับเปลี่ยนไปด้วย

ในเวลาไล่เลี่ยกัน ก็มีการผลักดันแนวความคิดเรื่อง “**ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ**” (Health in All Policies) ออกมาอีก เพื่อเน้นว่าการออกนโยบายสาธารณะไม่ว่าเรื่องอะไร ด้านใด ขอให้คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพด้วย ก็เป็นการเสริมความสำคัญเรื่อง **การพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ** (Healthy Public Policies) ตามกฎบัตรอตตาวา เข้าไปอีกชั้นหนึ่ง



■ Sir Michael Gideon Marmot

สำหรับในบ้านเรา เรามีรัฐธรรมนูญ ปี ๒๕๔๐ ที่ถือว่าเป็นรัฐธรรมนูญฉบับก้าวหน้าที่สุดฉบับหนึ่ง หลังจากที่มีรัฐธรรมนูญ วุฒิสภายังมาจากการแต่งตั้ง มีอาจารย์ผู้ใหญ่เข้าไปเป็นสมาชิกวุฒิสภา (สว.) อยู่ในคณะกรรมการการสาธารณสุขหลายท่าน ได้แก่ ศ.นพ.ประสพ รัตนากร อาจารย์หมอไพโรจน์ นิงสานนท์ อาจารย์หมอเกษม วัฒนชัย เป็นต้น สรรส. ในยุคนั้นมี นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ นพ.วิพุธ พูลเจริญ เป็นผู้อำนวยการต่อเนื่องกัน ก็เข้าไปร่วมสนับสนุนทำงานวิชาการ มี นพ.สุกกร บัวสาย



■ นพ.วิพุธ พูลเจริญ

เป็นฝ่ายเลขานุการให้กับคณะทำงานภายใต้คณะกรรมการการสาธารณสุข ต่อมาก็เสนอรายงาน “ระบบสุขภาพประชาชาติ : ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ ตามรัฐธรรมนูญปี ๒๕๕๐” ซึ่งถือได้ว่าเป็น “สมุดปกขาว” เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยก็ว่าได้ แนวคิดชั้นนำเรื่อง “สร้างนำซ่อม” ก็มาจากตรงนี้ การจัดทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ส่วนหนึ่งก็มาจากตรงนี้

ตอนผมขึ้นต้นวันนี้ ขวนมองย้อนไปไกลก่อนปี ๒๕๐๐ แล้วมาปี ๒๕๒๐ การทำงานด้านสุขภาพ เริ่มเน้นที่การแพทย์ เพื่อบำบัดรักษา เอาชนะโรคภัยไข้เจ็บ จากการแพทย์ขยายการสาธารณสุขควบคู่กันไปเพื่อการส่งเสริมป้องกัน ต่อมาก็ขยายเรื่องสุขภาพไปกว้าง ว่ากระทบมาจากทุกปัจจัย ทุกเรื่อง ทุกนโยบาย ทุกสาขาการพัฒนาเกี่ยวข้องทั้งนั้น ในยุคหนึ่งมาจากการขยายการมีส่วนร่วมของชาวบ้านและชุมชน ที่เรียกว่าการสาธารณสุขมูลฐาน มีการทำเรื่อง จปฐ. การทำงานข้ามกระทรวง แล้วก็มาเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ เปิดกรอบความคิดเรื่องสุขภาพที่กว้างว่าเป็นเรื่อง สุขภาวะ ๔ มิติ กาย ใจ จิตวิญญาณ (ปัญญา) และสังคม มุ่งทิศทางสร้างนำซ่อม พยายามเปิดให้ทุกภาคส่วนเข้ามาเกี่ยวข้องและ

ทำงานเพื่อสุขภาพร่วมกัน ขยับจาก “สุขภาพดีถ้วนหน้า” (Health for All) มาเป็น “คนทั้งมวลเพื่อสุขภาพ” (All for Health) ปริมณฑลระบบการแพทย์และสาธารณสุข ขยายกว้างออกไปเป็น “ระบบสุขภาพ” ซึ่งถูกใช้เป็นทางการครั้งแรกในรายงานของกรมการสาธารณสุข วุฒิสภาที่ผมกล่าวถึงไปแล้วนั่นเอง

ในช่วงนั้น มีการผลักดันการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมี นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นแกนหลัก ร่วมกับภาคีทั้งหลาย มีการคิดกันมานานว่าจะทำอะไรให้คนที่ยากลำบากได้เข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึง โดยไม่ต้องมีปัญหาเรื่องการเงินเข้ามาเป็นอุปสรรคอย่างที่ผ่านมา ก็มีการทำงานวิชาการรองรับ มีการทดลองโครงการต่างๆ ในพื้นที่เพื่อศึกษารูปแบบแนวทาง มีการสร้างคน เตรียมคนทำงานไปพร้อมๆ กัน จึงเกิดแกนนำหลายด้าน เรียกว่าเป็น “มวลวิกฤติ” (Critical Mass) จำนวนหนึ่ง และเมื่อหน้าต่างแห่งโอกาสทางการเมืองเปิด การเมืองก็นำไปเป็นนโยบายทางการเมือง จนเกิด “พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ปี ๒๕๔๔ ขึ้นมา มีกองทุนขึ้นมาเพื่อให้คนไทย ๔๐-๕๐ ล้านคน ที่ไม่เคยมีหลักประกันการเข้าถึงบริการ



■ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

ทางการแพทย์และสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ได้มีหลักประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นงานที่มีคุณค่าต่อประชาชนอย่างมาก

ในช่วงไล่เลี่ยกัน ก็เกิด “พ.ร.บ. กองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ” นำเงินส่วนเพิ่มจากภาษีเหล้าและบุหรี่ ซึ่งเป็นสินค้าทำลายสุขภาพ (Sin Tax) มาใช้สนับสนุนให้ทุกภาคส่วนทำงานลดผลกระทบด้านสุขภาพจากพิษภัยเหล้าและบุหรี่ และลดการเสียสุขภาพจากปัจจัยทางสังคมอื่นๆ ควบคู่ไปกับการสร้างเสริมชุมชนเข้มแข็งในการจัดการด้านสุขภาพมิติต่างๆ ในทิศทาง “สร้างนำซ่อม” ทำให้การทำงานเกี่ยวกับสุขภาพแบบ All for Health เกิดได้เป็นรูปธรรมมากขึ้นตามลำดับมาจนถึงวันนี้ แทบไม่มีใครไม่รู้จัก สปสช. และ สสส. เรื่องสุขภาพจึงไปไกลกว่าเรื่องการแพทย์และการสาธารณสุขในยุคสมัยเดิม นอกจากนี้ ก็มีการเกิดขึ้นของ สพฉ. สรพ. เพิ่มเติมเข้ามาทำหน้าที่เสริมกันอีกด้วย

เล่าความหลัง (๓)



- “พรบ. สุขภาพแห่งชาติ”
 - “สุขภาพ” : สุขภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย จิต ปัญญา และสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล
 - “ระบบสุขภาพ” : ระบบความสัมพันธ์ ทั้งมวลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
- Geneva Charter 2564
 - “สังคมสุขภาวะ” ต้องมีวิสัยทัศน์เชิงบวก ด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วยภาวะทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เป็นองค์รวมอย่างสมดุล

เล่าความหลัง (3)
• 2550-2560



กล่าวสำหรับเรื่อง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ มีลักษณะเป็นกฎหมายส่งเสริม ไม่เน้นอำนาจบังคับ เน้นวางกรอบทิศทาง กลไก และเครื่องมือใหม่ๆ สำหรับการทำงานเพื่อสุขภาพในโลกยุคใหม่ ขยายความคำว่า “สุขภาพ” ว่าเป็น “ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย จิต ปัญญา และสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล”

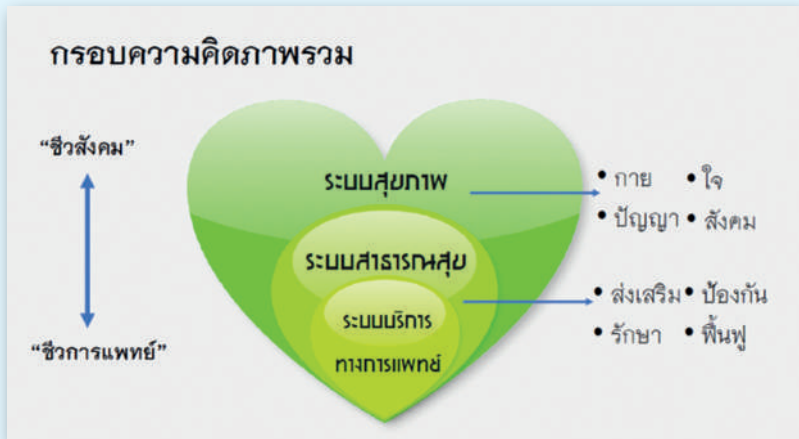
ขยายความคำว่า “ระบบสุขภาพ” กว้างขวางกว่าระบบการแพทย์ และสาธารณสุข ว่าเป็น “ระบบความสัมพันธ์ทั้งมวลที่เกี่ยวข้องกับ

สุขภาพ” ทำงานขับเคลื่อนมาได้เกือบ ๒๐ ปีแล้ว ทั้งหมดนี้ คือ คลื่นความคิดเรื่องสุขภาพที่หมุนเนื่องกันมา ทั้งในบ้านเราเองและเชื่อมกับสากล ในทิศทางเดียวกันดังที่ผมเล่าแล้วข้างต้น อาจกล่าวอีกนัยยะหนึ่งได้ว่า นี่คือการปฏิรูปความคิดและปฏิรูประบบการทำงานที่เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ โดยมีฐานกฎหมายรองรับ (Legitimacy)

ที่น่าสนใจ คือ เมื่อปี ๒๕๖๕ ในระดับสากล มีการออก “Geneva Charter for Well-Being” เชาระบุ่ว่า “สังคมสุขภาวะ” ต้องมีวิสัยทัศน์เชิงบวก (Positive Vision) ในด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วยภาวะทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เป็นองค์รวมอย่างสมดุล ดูแล้วตรงกับ ความหมายสุขภาพใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ของ ประเทศไทยเราเลย ก็เป็นการยืนยันว่า ที่เราขับเคลื่อน “ระบบสุขภาพ” ไปถึงระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ๔ มิติดังนั้น สากลเขาก็เห็นอย่างนั้น ก็ไม่รู้ว่ามีใครตามใคร แต่น่าจะเป็นการคิดการเคลื่อนที่ไปด้วยกันมากกว่า

ผมเป็นคนหนึ่งที่โชคดี ได้ร่วมในขบวนการทำเรื่องนี้ให้เกิดขึ้น ซึ่งมีผู้คนเข้าร่วมทำและเกี่ยวข้องมากมาย ทั้งคนในและนอกวงการสาธารณสุข หลายท่านเสียชีวิตไปแล้ว หลายคนรวมทั้งผมก็สูงวัยแล้ว และดีใจที่เห็นคนรุ่นใหม่ๆ กำลังเข้ามาทำงานกันต่อไป เป็นกระแสธารที่น้ำไม่หยุดไหล จะไหลช้าบ้าง เร็วบ้าง หรือไหลวนบ้าง แต่ก็คงไม่มีไหลกลับ

ภาพรวมระบบสุขภาพไทย



สรุปด้วยภาพนี้ จะเห็นได้ว่า ระบบการแพทย์และระบบสาธารณสุข (Medical Service & Public Health Systems) เป็นเหมือนระบบแกนกลาง เกี่ยวข้องกับ **ศาสตร์ด้านชีวิตการแพทย์ (Bio-Medical)** เป็นหลัก ซึ่งของประเทศเราก็ก้าวหน้ามากมาตามลำดับ การแพทย์ของไทยเราก้าวหน้ามาก มีความเชี่ยวชาญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าประเทศใดในโลก วันนี้กลายเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของประเทศ การแพทย์ของเรากลายเป็นจุดทำเงินให้ประเทศได้มากทีเดียว แต่เรื่องการกระจายเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มความเป็นธรรม แม้ทำกันมานาน แต่ก็ยังต้องทำต่อไปให้ดี

ขึ้นกว่าเดิมอีกมากด้วยเช่นกัน ซึ่งไม่ใช่แค่การกระจายสถานบริการการแพทย์และสาธารณสุขออกไปให้ทั่วถึงเท่านั้น แต่ต้องมีระบบอื่นเข้ามาช่วย อย่างเช่นระบบหลักประกันสุขภาพที่ผมเล่าไปข้างแล้ว

ขอยกตัวอย่างที่ สปสช. ทำให้กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่จำเป็นต้องฟอกเลือด ถ้าการฟอกเลือดต้องไปทำที่โรงพยาบาล สัปดาห์ละ ๒ วัน ชาวบ้านที่อยู่ห่างไกลก็เข้าไม่ถึงบริการนั้น ทางวิชาการมีระบบฟอกเลือดทางช่องท้องด้วยน้ำเกลือ ซึ่งสามารถสอนให้ชาวบ้านทำเองที่บ้านได้ทุกวัน สปสช. จัดไว้ในชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่จำเป็น ก็จัดงบประมาณเพื่อจัดหาหน้าเกลือส่งไปถึงบ้านผู้ป่วยไตวายที่จำเป็นรักษาด้วยวิธีนี้ทั่วประเทศ ไม่ว่าจะอยู่บนดอย หรืออยู่บนเกาะห่างไกลแค่ไหน โดยจ้างบริษัทไปรษณีย์ไทยไปส่งน้ำเกลือฟอกเลือดทางช่องท้องให้ทุกเดือน ผมไปเห็นบนดอย ชาวบ้านเรียกเจ้าหน้าที่ไปรษณีย์ว่า “หมอเลือดแดง” นี่เป็นตัวอย่างดี ที่ให้เห็นว่า ระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขมีความพยายามทำเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มความเป็นทำอยู่ตลอดเวลา เป็นเรื่องที่น่าชื่นชม

ในขณะเดียวกัน บริการการแพทย์นอกภาครัฐก็เติบโตมากๆ เกิดเป็น Medical Hub ที่มีชาวต่างประเทศมาใช้บริการ ทำเงินให้ประเทศไม่น้อย เรื่องเสริมความงาม เรื่องผ่าตัดแปลงเพศก็มีชื่อมาก ซึ่งแน่นอนว่า ระบบเอนไปทางหนึ่ง ก็ย่อมเกิดผลกระทบกับอีกทางหนึ่ง วันนี้แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุขในชนบท ในส่วนภูมิภาคก็ยังคงขาดแคลน เป็นปัญหา

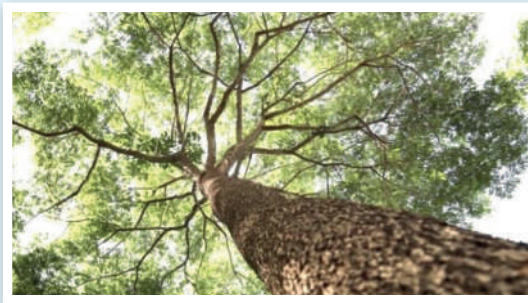
เรื่องร้งยาวนาน ก็ต้องพยายามสร้างสมดุลให้ดี ซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่ง่าย

ที่นี้มาดูระบบที่ใหญ่กว่าระบบการแพทย์และสาธารณสุข ระบบการแพทย์เล่าไปบ้างแล้ว ส่วนระบบสาธารณสุขมีการทำงานด้วยมาตรการหลัก ๔ ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ การรักษาพยาบาลจึงเป็นส่วนหนึ่งของระบบสาธารณสุข แต่วันนี้ประเทศไทยไปไกลกว่านั้น เรามี **“ระบบสุขภาพ”** ซึ่งเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกาย จิต ปัญญา และสังคม ต้องใช้ศาสตร์ทางด้านชีวสังคม (Bio-Social) มากกว่าชีวการแพทย์ ลูกศรแนวตั้งด้านซ้ายในภาพ ชี้ให้เห็นน้ำหนักว่าระบบใดน้ำหนักไปทางไหน และต้องการผู้คนจากทุกภาคส่วน ทุกสาขาเข้ามาเป็นผู้ร่วมเล่น หรือร่วมทำในระบบสุขภาพ ไม่เฉพาะแค่บุคลากรด้านสาธารณสุขเท่านั้น หรือพูดอีกสำนวนหนึ่งก็คือ **“ทุกภาคส่วนเพื่อสุขภาพ”** (All for Health) จึงจะเกิด **“สุขภาพดีถ้วนหน้า”** (Health for All) หรือ **“สุขภาพโดยคนทั้งมวลเพื่อคนทั้งมวล”** หรือ **“สุขภาพของคนทุกคน โดยคนทุกคน”** ก็แล้วแต่จะว่ากันไป

๗๘ สุขภาพแห่งชาติ สุขภาพของทุกคน โดยทุกคน



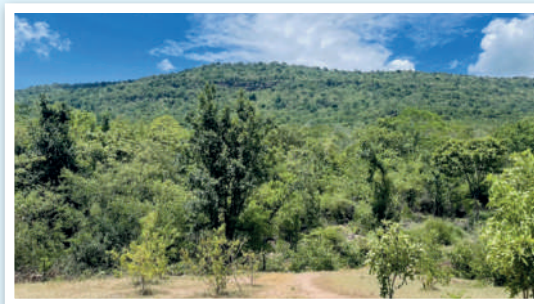
ภาพนี้นำมาให้ดูเล่นๆ เปลี่ยนบรรยากาศ เป็นภาพผิวของเปลือกไม้ เห็นละเอียดยและลึกลงไป ก็คล้ายกับชีวการแพทย์ ต้องลงไประดับเล็กจนมองด้วยตาเปล่าไม่เห็น



ภาพนี้ถอยออกมา จึงเห็นต้นไม้ทั้งต้น แต่ก็ยังเห็นไม่หมด นี่คือมองแบบการแพทย์แต่มองเห็นคน เห็นครอบครัว

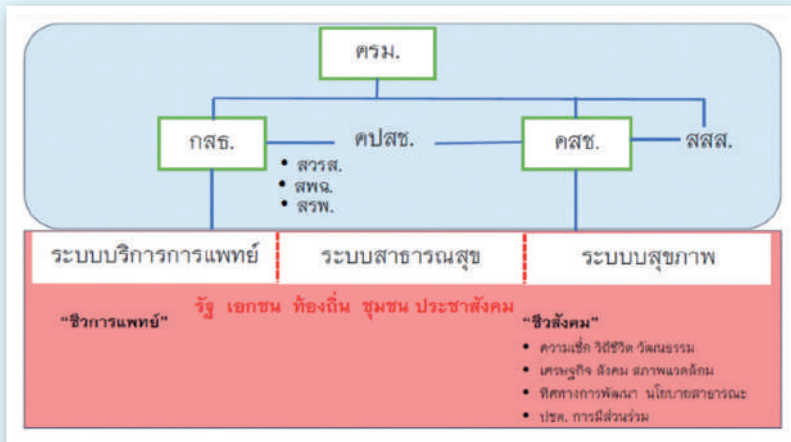


ภาพนี้ เห็นต้นไม้หลายต้น เปรียบได้กับงานสาธารณสุขที่มองกว้าง
ขึ้นไปอีก ไปสู่การส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟู ครอบคลุมมากขึ้น



ส่วนภาพนี้ เปรียบได้กับระบบสุขภาพ ที่ต้องมองป่าทั้งป่า เป็นระบบ
สุขภาพใหญ่ที่ต้องใช้ศาสตร์และศิลป์ด้าน “ชีวสังคม” มองกว้างให้เห็น
สุขภาพทั้ง ๔ มิติ คือ กาย จิต ปัญญา และสังคม

สรุปเชิงโครงสร้าง



ภาพนี้ ผมนำมาวางอีกแบบ มีระบบการแพทย์ ระบบสาธารณสุข ระบบสุขภาพ เดิมวางแบบซ้อนทับเป็นวงกลมสองวงกับหัวใจ ภาพนี้วางเป็นผังภูมิ ทางซ้ายชีวิตการแพทย์เป็นหลัก ทางขวาคือชีวิตสังคม เกี่ยวกับเรื่องความเชื่อ วิถีชีวิต วัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคม การศึกษา แรงงาน สภาพแวดล้อม นโยบาย ประชาธิปไตย การเมือง การมีส่วนร่วม เกี่ยวทุกเรื่อง

สีแดงเขียนไว้ตรงกลาง คือผู้เล่น เดิมรัฐเป็นผู้เล่นหลัก ทุกวันนี้รัฐยังเป็นผู้เล่นขาใหญ่ เอกชนมาร่วมเล่นมากขึ้น ท้องถิ่น ชุมชน ภาคประชาสังคม มาร่วมเล่นมากขึ้นๆ เรียงให้พอเห็นน้ำหนักร่วมเล่น

ด้านซ้ายคือการแพทย์และสาธารณสุข ทางขวาก็กว้างออกไป ทั้งสาธารณสุข เอกชน ท้องถิ่น ชุมชน ประชาสังคม และประชาชนเอง

ถึงวันนี้ อบจ. รับการถ่ายโอน รพ.สต. ไปหลายพันแห่ง เดิมสถานีนอนามัย หรือ รพ.สต. ดูแลงานอนามัยแม่และเด็ก งานสาธารณสุขแบบผสมผสาน โภชนาการ อนามัยโรงเรียน ให้ภูมิคุ้มกันโรค วางแผนครอบครัว สุขศึกษา งานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพิบาล ฯลฯ อยู่ใกล้บ้านใกล้ใจชาวบ้าน แต่อยู่ปลายแถวของระบบสาธารณสุขที่มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นศูนย์กลาง ตอนนี้กำลังเปลี่ยนถ่ายไปอยู่กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถ้าท้องถิ่นรับไปแล้ว เสริมจุดแข็งเดิมให้เข้มแข็งขึ้น ทำงานส่งเสริม ป้องกันรักษา พื้นฟู เน้นเรื่องสาธารณสุข และขยายงานไปเชื่อมถึงเรื่องการพัฒนา นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ งานพัฒนาสภาพแวดล้อมต่างๆ การมีส่วนร่วม การสร้างเสริมชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง และการพัฒนาด้านต่างๆ คือไปทางชีวสังคม (Bio-Social) ให้มากขึ้น ก็จะดีมาก สอดคล้องกับทิศทางของระบบสุขภาพแห่งชาติของบ้านเรา

แต่ถ้า อบจ. เข้าใจเรื่องสุขภาพไปทางชีวการแพทย์ (Bio-Medical) แบบเดิมเป็นหลัก อบจ. บางแห่งมีเงินมาก ก็อาจนำพา รพ.สต. ขยายไปเป็นโรงพยาบาลกระแสหลักที่ใหญ่โตขึ้น หุบร่มาเน้นทำเรื่องรักษาพยาบาล ถ้าอย่างนั้นก็น่าเสียดายการกระจายอำนาจ

สำหรับคำว่า “**ประชาสังคม**” ประเทศไทยเกิดประชาสังคมมากขึ้นในยุค ๒๐-๓๐ ปีหลังมานี้ ในภาคสาธารณสุขหรือสุขภาพ มีประชาสังคมเกิดมากที่สุด เมื่อเทียบกับภาคส่วนอื่น เมื่อปี ๒๕๒๐ ในยุคการสาธารณสุขมูลฐานที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและชาวบ้าน เกิด ผสส. อสม. แล้วก็ค่อยๆ เกิดภาคประชาสังคมในพื้นที่ และในการขับเคลื่อนงานต่างๆ มากขึ้นๆ ถึงขนาดที่กระทรวงสาธารณสุขเคยจัดงบประมาณสนับสนุนด้วย ปัจจุบันเรามีภาคประชาสังคมเพิ่มมากขึ้น เข้ามาร่วมทำงานเกี่ยวกับสุขภาพเต็มไปหมด ไม่ปล่อยให้ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาชีพ ภาควิชาการ คิดกันไปทำกันไปเท่านั้น นี่อาจเป็นสัญญาณความเข้มแข็งของประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมก็ว่าได้

สุดท้าย แผนภูมิด้านบนตรงนี้แหละที่อาจบอกได้ว่า *ระบบสุขภาพประเทศไทยไม่เหมือนที่ไหนในโลก* คือเรามีทั้ง **กระทรวงสาธารณสุข** ที่เป็นหน่วยงานหลักด้านสุขภาพของรัฐบาล (National Health Authority) มีองค์กรและกลไกอื่นๆ เข้ามาร่วมทำงาน แล้วเรายังมี **คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)** ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน รัฐมนตรีสาธารณสุขเป็นรองประธาน ยังมี **สสส.** ไปสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพกันทั้งสังคม มี **สปสช.** ทำเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มี **สพฉ., สรพ.** เสริมหนุนงานทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข นั่นคือระบบสุขภาพของบ้านเราได้ขยายขอบเขตจากระบบการแพทย์และ

สาธารณสุขไปถึงระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแล้ว

ช่วงแลกเปลี่ยน

นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท : ขอบคุณที่อาจารย์เล่ามา ทำให้เราได้เห็นภาพรวม เรียกว่าเป็นประวัติศาสตร์สังคม (Social History) ของระบบสุขภาพที่เราทำงานอยู่หลายๆ คำหลายๆ เรื่อง เราได้เห็นที่มา แม้แต่องค์กรที่ทำงานอยู่เข้าใจภาพรวมชัดเจนมากขึ้น รวมถึงเครือข่ายที่ได้ทำงานอย่างต่อเนื่อง เห็นสิ่งที่เกิดขึ้น ที่เรียกว่า **ภาคประชาสังคม** ซึ่งค่อยๆ ขยายตัวชัดเจนๆ ต่อไปนี้เป็นโอกาสพูดคุยหรือตั้งคำถามครับ



■ นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท

นายเมฆ สายะเสวี : ผมชื่อเมฆ มาจาก “กลุ่มยังธน” เป็นคนในฝั่งธนบุรีที่รวมตัวกันเป็นภาคประชาสังคม ขอแสดงความคิดเห็น ผมชอบที่อาจารย์แยกระบบบริการทางการแพทย์ ระบบสาธารณสุข และระบบสุขภาพ ตรงกับประสบการณ์ของผม คือเมื่อปี ๒๕๕๒ ผมเรียนสถาปนิกเรียนการออกแบบ ตอนเรียนออกแบบโรงพยาบาล จะโฟกัสไปทางซ้ายมาก คือ ระบบบริการทางการแพทย์ ว่าห้อง ICU ต้องเป็นอย่างไร ห้องตรวจ ห้องพยาบาลที่ต้องดูแลรักษาคนไข้อย่างไร



■ เมฆ สายะเสรี

จุดเปลี่ยนของผมเกิดเมื่อไปพบสถานีนอนามัยที่เกาะยาวใหญ่ ที่นั่นค้นพบว่า ก่อนเป็นรพ.สต. ผมพบว่า สิ่งที่คุณหมอในพื้นที่ที่นั่น ไม่ใช่แค่ต้องการเตียงเพิ่มขึ้นเท่านั้น พื้นที่การรักษาผู้ป่วยของคุณหมอนั่นคือการไปหาผู้ป่วยติดเตียงที่อยู่ตามบ้านบนเกาะ ทำให้นิยามความหมายของการออกแบบของผมเปลี่ยนไป คำว่า **กายจิต สังคม** เพิ่งได้ยินจากคุณหมอผอ. สถานี

นอนามัยที่นั่นในครั้งนั้น พอคุยกันมากขึ้น นิยามคำว่าโรงพยาบาลเปลี่ยนไป เช่น เกิดโรงครัวใหญ่ๆ เพื่อไว้ให้ญาติผู้ป่วยทำอาหารให้ผู้ป่วยกิน หรือให้มีห้องพักญาติผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยคนเดียวต้องมีญาติมากันทั้งคันรถ ไม่มีห้องสำหรับญาติ ก็เลยยากลำบากมาก

ผมมีคำถามอาจไม่ต้องการคำตอบ ผมสนใจว่า เราจะมีวิธีการในการออกแบบพื้นที่อย่างไรให้เกิดสมดุลทั้งปึกษายัย คือระบบบริการทางการแพทย์ หมอ พยาบาลทำงานได้เต็มที่ ในขณะที่เดียวกันพื้นที่ตรงนั้นตอบโจทย์เรื่องระบบสุขภาพได้ด้วย ตอบสนองให้ผู้เล่นทำหน้าที่ทั้งซ้ายและขวาไปพร้อมๆ กัน นี่คือสิ่งที่ได้วันนี้และให้เป็นคำถามกับตัวเองต่อไปด้วย

นายเกียรติกร อัครสาร : สวัสดิ์ศรีรับอาจารย์ ผมเหนื่อยทำงานอยู่ที่สำนักงานงบประมาณของรัฐสภา มี ๒ คำถาม อาจารย์พูดหัวข้อใหญ่ว่า “ระบบ

สุขภาพไทย ไม่เหมือนที่ไหนในโลก” และอาจารย์แต่ละประเด็น รพ.สต. อาจารย์พูดถึงศักยภาพของ รพ.สต. การถ่ายโอนไปให้ อบจ. จะไปทำงานทางซ้ายหรือขวามาก คือ ส่งเสริมป้องกัน รักษา พื้นฟู เราจะมีวิธีการหรือแนวทางหรือข้อเสนอในการควบคุมกำกับกำหนดมาตรฐานของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปให้ อบจ. ได้อย่างไร เพื่อไม่ให้ซ้ำร้าย เกิดประเด็นความเหลื่อมล้ำ กลายเป็นว่าไปขึ้นกับศักยภาพของ อบจ. ที่แตกต่างกัน ประเด็นที่ ๒ ผมเข้าใจว่าสมาชิกวุฒิสภา มีบทบาทหน้าที่ในเรื่องการติดตาม เสนอแนะและเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ในมุมมองของอาจารย์ มีประเด็นอะไรที่วุฒิสภายังห่วงใย หรือคิดว่าฝ่ายบริหารยังไม่ให้ความสำคัญหรือให้ความสำคัญน้อยไป



■ เกียรติกร อัตรสาร

นางสาวดวงสมร ดวงใจ : *กลอย* จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัญประเทศ สมาคมเครือข่ายหมอนามัยวิชาการ เรียนอาจารย์เรื่องแรกเรื่องภาระงานของ รพ.สต. ยังเป็นหน่วยปฐมภูมิ มีเกณฑ์ต่างๆ มาจับมากขึ้น ภาระงานไม่ได้อยู่แค่การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเดียว ต้องทำตามมาตรฐานในการดูแล เกณฑ์สามารถทำได้ แต่ที่เป็นปัญหาในเรื่องขาดบุคลากร อย่างที่สระแก้ว ขาดแพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพต่างๆ แพทย์ที่



■ ดวงสมร ดวงใจ

ดูแลหน่วยปฐมภูมิ ดูแลได้ในเฉพาะเขตเทศบาล
ลงยังไม่ถึง รพ.สต. การจะถ่ายโอนไป อบจ. หรือ
อยู่กับกระทรวงต่อไป ต้องสร้างคน ต้องมีคนมา
ทำงาน ตอนนี้เหมือนอยากให้มีความมาตรฐานแต่คน
ยังขาดเหมือนเดิม ทำให้การดูแลประชาชนใน
พื้นที่ยังไม่ได้ประสิทธิภาพ และขาดคุณภาพ อีก
เรื่องคือ โปรแกรม ข้อมูล ไม่ว่าจะกรมกองต่างๆ
ให้ศิ่ย์ข้อมูลจำนวนมาก แต่ไม่สามารถนำข้อมูล
มาใช้ประโยชน์ได้จริง ถ้าจะทำให้ยั่งยืน หมออนามัยควรได้ทำงานกับผู้ป่วย
จริงๆ ได้เยี่ยมบ้าน ไม่ใช่เป็นหมอหน้าจอ ตัวชีวิตก็มาก

นพ.อำพล จินตาวัณณะ : ลองสลับแลกเปลี่ยนกันดูนะครับ

ที่เมฆพุด ผมดีใจที่นำเสนอสร้างความเข้าใจได้มากขึ้น ภาพรูปหัวใจ
ที่มีการแพทย์ การสาธารณสุข สุขภาพ ต้องการสื่อให้เห็นว่าเราต้องปรับ
จากด้าน bio-med ไปทาง bio-social เพิ่มขึ้น นอกจากการรักษา ก็ต้อง
ขยายไปทางการสาธารณสุข ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟู แล้วก็ไปให้ถึง
เรื่องสุขภาพหรือสุขภาวะ ๔ มิติ กาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ ทุกวันนี้มี
Geneva charter ออกมาสนับสนุนเรา ประเทศเราเดินถูกทาง ที่เมฆพุด
เรื่องสถาบันิก เมื่อก่อนอาจไม่ได้คิดว่าจะสำคัญอะไร หรือเกี่ยวอะไรกับ
เรื่องสุขภาพ สุขภาวะ แท้จริงมีความสำคัญมาก เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ

สุขภาพะมากทีเดียว

ผมทราบว่าเอกชนจะสร้างโรงพยาบาล เขาจะคิดถึงการอำนวยความสะดวกไม่ใช่แค่ผู้ป่วย รวมไปถึงญาติ ไม่ใช่โครงสร้างทางกายภาพเท่านั้น แต่เขาคิดถึงระบบต่างๆ ที่เอื้อต่อการดูแลครอบครัวและคนที่เกี่ยวข้อง บางแห่งไปเชื่อมระบบกับโรงแรม ญาติได้มีที่พักและได้มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในขณะที่ผู้ป่วยต้องรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ผมได้เห็นที่ไต้หวัน โรงพยาบาลของมูลนิธิพุทธรณีน้อย เขาให้ความสำคัญกับเรื่องเหล่านี้



■ โรงพยาบาลของมูลนิธิพุทธรณีน้อย

มาก อย่างผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องนอนอยู่ในห้องเป็นวัน เป็นเดือน นอนนานๆ เขามีระบบให้ญาติมาอยู่ด้วย ให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนย้ายออกจากห้องไปในพื้นที่เปิด มีต้นไม้ใบหญ้าคล้ายธรรมชาติ ได้อากาศบริสุทธิ์ แทนที่จะให้อยู่แต่ในห้องอย่างเดียว ญาติก็อยู่ร่วมกิจกรรมได้ การออกแบบต่างๆ เปลี่ยนไป สถาปนิกมีส่วนสำคัญในการคิดและออกแบบเรื่องทำนองนี้ จะทำให้โรงพยาบาลเป็นเหมือนบ้าน หรือทำให้บ้านเป็นเหมือนโรงพยาบาลด้วยได้อย่างไร

ทุกอย่างต้องการความคิดใหม่ๆ ในทิศทางหลักการที่ถูกต้องที่สำคัญคือ เรื่องสุขภาพไม่ใช่แค่เรื่องที่โรงพยาบาล เพราะสุขภาพอยู่ในทุกที่ ในทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของเราทุกคน

สำหรับของห่วยและกลอย มี ๒ ประเด็น คือ ข้อ ๑ รพ.สต. ไปอบจ. เหมาะสมหรือไม่ ต้องเตรียมความพร้อมเรื่องคนให้เพียงพอก่อนหรือไม่ ผมเห็นว่าทุกวันนี้กระทรวงสาธารณสุขมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมากเกินไป ในอดีตเมื่อราวๆ ๒๐ กว่าปีก่อน เคยมีแนวคิดการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขให้เล็กลง แต่วันนี้ยังเหมือนเดิม แนวคิดทำให้เล็กลงคือควรทำในเรื่องนโยบาย มาตรฐานและการสนับสนุน ลดและเลิกภารกิจจัดบริการเอง หรือภารกิจที่จำเป็นน้อย หรือที่คนอื่นทำได้ดีกว่า ส่งไปให้หน่วยงานต่างๆ ทำให้มากขึ้น หรือหาวิธีการบริหารจัดการแนวใหม่ๆ ที่ไม่ติดข้อจำกัดของราชการ อย่างที่กลอยพูดเรื่องขาดคน ไม่มีทางเพิ่มได้

เพราะมันติดขัดนานแล้ว ตำแหน่งไม่มี เงินไม่มี กระทรวงสาธารณสุขต้องวางแผนเรื่องการปรับโครงสร้าง สถานบริการต่างๆ ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดูแลเงินกองทุนเป็นแสนล้านเพื่อให้คนไทย ๔๐ กว่าล้านคนได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น ที่จริงกระทรวงสาธารณสุขต้องทำนโยบายและดูแลเรื่องทรัพยากร ส่วนการจัดบริการต้องให้คนอื่นทำ กระทรวงทำเองให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น แต่ก็ยังไม่เป็นเช่นนั้น

ล่าสุดผมเห็น ศ.นพ.ประเวศ วะสี ท่านเสนอแนะว่า การแก้ปัญหาแพทย์ขาดแคลนในชนบท ควรให้โรงพยาบาลของรัฐเป็นโรงพยาบาลเอกชนในกำกับ คือยังเป็นของรัฐ แต่ให้เขาบริหารแบบเอกชน จะมีประสิทธิภาพสูง วางแผน บริหารคนและทรัพยากรได้ดีกว่า คุณภาพบริการก็จะดี คือเป็นโรงพยาบาลที่ไม่ได้เอากำไรไปแบ่งปันกันเองแบบธุรกิจเอกชน แต่เอากำไรกลับมาพัฒนาต่อไปเรื่อยๆ บุคลากรไม่ต้องมีตำแหน่งทางราชการ คนขาดก็เพิ่มได้ บริหารทรัพยากรได้อย่างคุ้มค่า มีประสิทธิภาพ ไม่ติดขัดระเบียบราชการสารพัด

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว เป็นตัวอย่าง เป็นโรงพยาบาลองค์กรมหาชน มีความก้าวหน้ามาก มีอิสระในการบริหาร พัฒนาบริการ พัฒนาคุณภาพ มีคณะกรรมการกำกับ หารายได้โดยไม่รบกวนงบประมาณจากรัฐเท่านั้น เป็นตัวอย่างที่ดี แต่อาจไม่จำเป็นต้องทำแบบเดียวกัน แต่แนวทางควรไปทางนี้ แต่กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้ศึกษาต่อและไม่พัฒนาต่อเลย

รพ.สต. ก็เช่นเดียวกัน เป็น Gate Keeper เป็นบริการที่อยู่ระดับต้นระดับฐานราก จะเป็นไปได้อย่างไร ถ้ากระทรวงสาธารณสุขยังเป็นคนดูแลทั้งหมด ตั้งแต่ รพ.สต. รพ. ขนาดเล็ก ไปจนถึง รพ. ขนาดใหญ่ อย่างในอดีตมาจนถึงทุกวันนี้ งบประมาณก็มีแค่นี้ คนก็มีเท่านี้ ไม่มีทางที่จะไปทำให้ รพ.สต. เป็นอย่างที่ยกลอยหลุดได้เลย ดังนั้น ยกให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปทำดีกว่าไหม ที่จริงเรื่องนี้ไม่ใช่เป็นคำถามแล้ว เพราะถึงวันนี้ รพ.สต. ประมาณเกือบครึ่งไปอยู่กับ อบจ. แล้ว ประเด็นมาอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุขจะสนับสนุนให้ท้องถิ่นบริหารจัดการและดูแล รพ.สต. ให้ดีได้อย่างไร ให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพแห่งชาติได้อย่างไร ในฐานะที่ รพ.สต. เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ จะดูแลกำกับทิศทางให้ รพ.สต. ทำงานทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู และทำไปถึงเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ๔ มิติ ได้อย่างไร

แต่ทุกวันนี้ดูเหมือนยังมีความขัดแย้งกันอยู่พอสมควร กระทรวงสาธารณสุขไม่อยากจะไป แต่ก็ไปแล้วส่วนหนึ่ง ถ้ามองอีกมุม เมื่อจะต้องไปแน่ๆ แล้ว จะเตรียมการที่ดีอย่างไร หัวใจสำคัญต้องสร้างมาตรฐานให้ไปแล้วดีกว่าเดิม ควรมีการกำหนดวิสัยทัศน์ว่า รพ.สต. ทำหน้าที่อะไร เมื่อถ่ายโอนไปแล้ว และมีกระบวนการทำงานร่วมกันอย่างเป็นกลไกพันธมิตรหรือเป็นหุ้นส่วนร่วมกันได้อย่างไร เชื่อมโยงระบบสาธารณสุขของประเทศอย่างไร เชื่อมโยงกับส่วนกลางและภูมิภาคอย่างไร เป็นเรื่องที่ต้องคิดให้ชัด

ถ้าไม่ชัดก็ต้องมีการศึกษาวิจัยและคิดไปปรับไปด้วยกัน

ซึ่งก็จะตอบหน่วยในข้อ ๒ เรื่องการติดตามยุทธศาสตร์ชาติและแผนปฏิรูปประเทศ อยู่ในวุฒิสภา ผมไม่ได้ดูสายสาธารณสุขโดยตรง ผมดูผลงานด้านสังคม แต่บทบาทวุฒิสภา ต้องติดตามเร่งรัดการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ อย่างประเด็นการถ่ายโอน รพ.สต. ให้ อบจ. เป็นกรณีศึกษาสำคัญ ควรต้องติดตามเสนอแนะและเร่งรัดให้ไปที่ถูกทิศทาง แต่ก็เหมือนกับประเด็นปฏิรูปต่างๆ ที่อยู่ในแผนการปฏิรูปประเทศ และประเด็นงานที่อยู่ในยุทธศาสตร์ชาติจำนวนมาก วุฒิสภาติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดต่อรัฐบาลอย่างต่อเนื่อง แต่ทางรัฐบาลขยับน้อยมากครับ

กลับมาที่กลอย ปัจจุบันงาน รพ.สต. เปลี่ยนไปจากอดีตมาก สมัยก่อนที่เป็นสถานีอนามัย หมออนามัยทำงานใกล้ชิดกับชาวบ้าน ทั้งเรื่องการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การออกเยี่ยมบ้าน เรื่องส่วน น้ำ ความสะอาด การวางแผนครอบครัว งานอนามัยแม่และเด็ก ทำงานเชิงรุกกันมาก ในที่สุดก็ถูกปรับเข้ามาสู่การทำงานในที่ตั้งมากขึ้น พอมายุคข้อมูลก็ใช้เวลาทำงานตรงนี้มาก เคยได้ยินเรื่อง รพ.สต. ติดดาว ทำอะไรตามตัวชี้วัดมากมายจนเวลาที่ควรไปทำงานกับชาวบ้านน้อยลง กลอยบอกว่าทำได้ แต่ต้องมีคนพอ เรื่องคนไม่มีทางพอ เพราะกระทรวงสาธารณสุขมีบุคลากรมากกว่า ๒ แสนกว่าคน จะขอเพิ่มตำแหน่งไม่มีทางแล้ว ระบบราชการกำลังมาถึงทางตันเพราะงบประมาณค่าบุคลากรสูงถึง ๔๐% ของงบประมาณทั้งหมด

แล้ว เพิ่มต่อไปไม่ได้แล้ว ถ้าไม่ปรับรูปแบบการบริหาร ยังคงให้เป็นราชการ ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคกันอยู่แบบเดิมๆ ก็ไปไม่ได้

ผมคิดว่าการอยู่กับองค์กรส่วนท้องถิ่นอาจขยับปรับตัวในเรื่องของบุคลากรได้มากกว่า ผมเคยไปแวะเยี่ยม รพ.สต. แห่งหนึ่งในจังหวัดที่ภาคอีสาน ซึ่งถ่ายโอนไปอยู่กับ อบจ. แล้ว ผู้อำนวยการและทีมงานบอกผมว่า ถ่ายโอนไปแล้วดีกว่าเดิม แต่นั่นเป็นเพียงที่เดียวที่ผมได้ไปคุยมาโดยบังเอิญครับ

นางสาวดวงสมร ดวงใจ : ขอขอบคุณอาจารย์ กลายเป็นลูกศิษย์ **อ.แก้ว (ดร.บุญเรือง ขาวนวล)** และ **พีวิจิต คำไกร** ที่รัฐประเทศ พี่ๆ พุดถึง **อ.อำพล บ่อยๆ** กลายเป็นศิษย์เก่าของสถาบันพระบรมราชชนก เรียนจบวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ยะลา จบปี ๒๕๔๘ สมัยก่อนเรามีป่า มีญาติที่เป็นหมอนามัย สมัยก่อนเวลาเราไปเยี่ยมบ้านไหน สามารถขึ้นบ้านได้ ทานข้าวได้ทุกบ้าน แต่ตอนนี้หมอนามัยมีความห่างกับพี่น้องในชุมชนมาก ด้วยเหตุว่าการทำงานออกหาชาวบ้านน้อยลง และชาวบ้านมีการกิจการทำมาหากินมากขึ้นด้วย ก็เลยห่างเหินกันมากกว่าเดิม

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ : นี่เป็นแบบแผนที่เปลี่ยนไป จริงๆ แล้วเรื่องหมอนามัยไปเยี่ยมบ้านก็มีการถกเถียงมาตั้งแต่สมัยก่อนแล้วว่า เราเปิดตามเวลาราชการ ซึ่งเวลาราชการชาวบ้านไปทำมาหากิน หมอนามัยบางแห่งจึงเปิดนอกเวลาราชการ ชาวบ้านมาขอรับยาคุมกำเนิด

ตอนคำก็ไม่ว่าอะไร เพราะคำแล้วจะเข้านอน เพิ่งนึกได้ตอนกลับมาจากไร่จากนา ก็มารับได้ตอนคำ หมออนามัยเขาก็ปรับวิธีคิด เหมือนที่เมฆพูดเรื่องปรับรูปแบบการออกแบบสถานบริการนั้นแหละ เพราะถ้าเราไปยึดในวิธีการทำงานแบบราชการตายตัว ก็อาจจะไม่เข้ากับวิถีชีวิตของชาวบ้าน

สมัยก่อน หมออนามัยบางแห่งออกไปเยี่ยมบ้านตอนคำ ชาวบ้านกลับจากทำมาหากินแล้ว มีเวลาคุยกัน แต่ทุกวันนี้อาจไม่มีแล้ว เพราะภารกิจและรูปแบบวิธีการทำงานเปลี่ยนไปมาก

นางสาวดวงสมร ดวงใจ : ตอนนี้ถ้าเป็นน้องๆ ที่อยู่ในพื้นที่จริงๆ สามารถทำเหมือนที่อาจารย์พูดได้ น้องที่พักอยู่ในตำบล ชาวบ้านยังสามารถเรียกได้ตลอด แต่ถ้าเป็นน้องมาจากอำเภออื่น จังหวัดอื่น ไม่ได้พักที่ รพ.สต. ก็มาทำงานตามเวลาราชการ วิธีการทำงานก็เปลี่ยนไป

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ : นี่คือปัญหาที่ฝ่ายเรา คือฝ่ายผู้ให้บริการฝ่ายราชการ ไม่ใช่แค่สาธารณสุข ทุกวันนี้โรงเรียนในส่วนภูมิภาคจำนวนไม่น้อย ก็ไม่มีครูอยู่ที่โรงเรียนกันแล้ว ขับรถมาเช้า สอนเสร็จ เย็นกลับแล้วจะทำให้คุณภาพการสอนได้อย่างไร จะสัมพันธ์กับวิถีชีวิตและความเป็นอยู่จริงของคนในชุมชนท้องถิ่นได้อย่างไร ก็คงคล้ายๆ กับหมออนามัยเราเมื่อก่อนอยู่กับชาวบ้าน แต่ถ้าหมอไม่อยู่แล้ว มาทำงานแค่ตามเวลาราชการ ไม่มีทางทำงานได้ดี เพราะห่างกายและห่างใจกับชาวบ้าน อุดมคติการทำงาน ทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู หรือสุขภาพ ๔ มิติ เกิดไม่ได้

อาจกลายเป็นวิธีทำงานที่ถอยหลัง ก็ไม่รู้ว่ามีออนไลน์อยู่กับ อบจ. จะเป็นอย่างไรเหมือนกัน

นางสาวดวงสมร ดวงใจ : ที่รัฐประเทศ พยายามให้น้องๆ พัก อยู่ที่บ้านพัก รพ.สต. แต่บางแห่งก็ห่วงเรื่องความปลอดภัยของบุคลากร เพราะมีทั้งมีคนดีและไม่ดี อย่างฟิวชิด พี่เขาอยู่ตลอด เรียกได้ตลอด ก็ใกล้ชิดกับชาวบ้านมากๆ ที่คุยกับอาจารย์วันนี้ได้ประเด็นไปคุยกันในทีม สสอ. ทำอย่างไรให้หมออนามัยเป็นเหมือนสมัยก่อนที่ใกล้ชิดประชาชนมาก ให้เขาไว้นั่นเชื่อใจเรา นี่เป็นแรงผลักดันค่ะ

นพ.อำพล จินตาวัฒนะ : โดยอุดมคติแล้ว หมออนามัยต้องร่วม ทุกข์ร่วมสุขกับชาวบ้าน หมออนามัยไม่ใช่ผู้ให้บริการตามเวลาราชการ



■ ชูชาติ ตรีรัตนานนท์

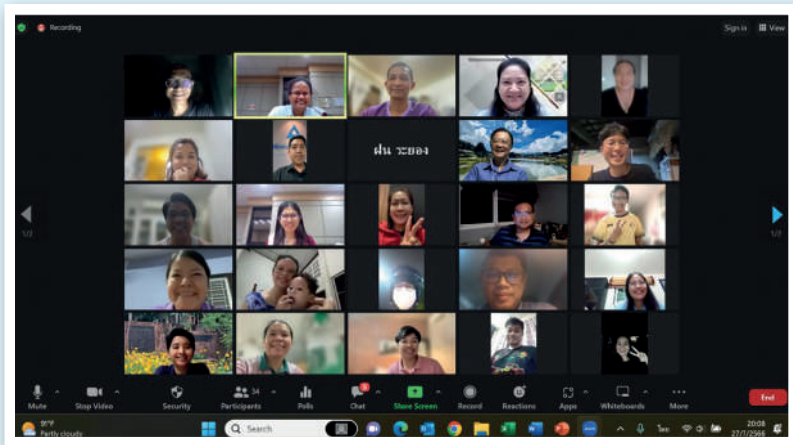
นายชูชาติ ตรีรัตนานนท์ : มอร์ จาก สุข. ครัว เรื่องที่ว่าระบบสุขภาพประเทศไทยไม่เหมือน ที่ไหนในโลก อยากทราบว่าประเทศใดที่มีระบบ สุขภาพที่ดีที่สุดในโลก เขาพัฒนาระบบสุขภาพ อย่างไร มีอะไรแตกต่างหรือเหมือนเรา ทำอย่างไร เขาถึงเป็นระดับต้นๆ ของโลก คำถามที่ ๒ คือ ระบบสุขภาพของเราใช้เวลาประมาณ ๖๐ ปี พัฒนาจนเป็นประเทศที่มีระบบสุขภาพที่ดี มี ประเทศไหนบ้างที่อาจใช้เวลา ๑๐-๒๐ ปี แต่



สามารถพัฒนาได้ใกล้เคียงหรือมากกว่าเราครับ

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ : ขอบทว่า *ไม่มีประเทศใดที่มีระบบสุขภาพดีที่สุดในโลก มันขึ้นอยู่กับบริบทที่แตกต่างกัน หมายถึง สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ระบบ โครงสร้าง ความเชื่อวิถีชีวิต วัฒนธรรมของประเทศต่างๆ* คล้ายกับประชาธิปไตยและการเมืองเราเทียบว่าอเมริกาดีกว่าอังกฤษ อังกฤษดีกว่าฝรั่งเศส ฝรั่งเศสดีกว่าจีน จีนดีกว่าไทย เทียบอย่างนั้นไม่ได้ เพราะสังคมแตกต่างกัน อาจเทียบเป็นเรื่องๆ ไปก็พอเห็นความแตกต่าง แต่ไม่ใช่ว่าประเทศใดดีกว่าประเทศใดไปเสียทั้งหมด อย่างตอนที่โควิด-๑๙ ระบาด ระบบของเราทำเรื่องการป้องกันได้ดีทีเดียว

๘๖ สุขภาพแห่งชาติ สุขภาพของทุกคน โดยทุกคน



คนไทยส่วนใหญ่กลัวตาย ยอมใส่หน้ากากอนามัย ยอมฉีดวัคซีน ในระดับพื้นที่และชุมชน เรามี อสม. มีตัวช่วยสำคัญ เรามีชุมชนที่เข้มแข็งต่างๆ ช่วยกัน ดูแลกันได้อย่างดีทีเดียว ในพื้นที่เราเห็นอาสาสมัคร ชาวบ้าน คนสูงอายุ คนหนุ่ม คนสาว มาช่วยกันทำหน้ากากอนามัย ตั้งด่าน ทำเรื่องป้องกัน อันนี้เป็นลักษณะที่อยู่ในเนื้อตัวของการเป็นสังคมไทย ซึ่งไม่ได้บอกว่าระบบสุขภาพของเราดีกว่าของที่อื่น เทียบกันตรงๆ ไม่ได้

ที่ผมบอกว่าระบบสุขภาพของเราไม่เหมือนที่ไหนในโลก ไม่ใช่ดีกว่าใครในโลก ผมบอกว่าเรามีทั้งระบบการแพทย์และสาธารณสุข แล้วยังมีระบบสุขภาพที่กว้างขวางออกไปเชื่อมโยงกับสังคมทั้งสังคม แต่ไม่ใช่ว่า

เราสมบูรณ์ สวยงาม เราก็ยังต้องพัฒนาทุกด้านไม่รู้จบ

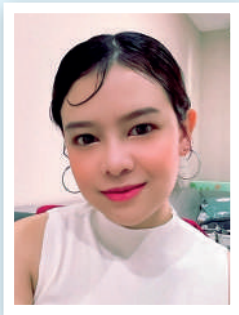
นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท : ผมคิดว่าประเด็นนี้ที่มีคนสงสัยกัน เท่าที่ทราบ องค์การอนามัยโลกก็เลิกเทียบระบบสุขภาพของประเทศต่างๆ ไปนานแล้ว สิ่งที่เราเห็นเป็นตัวอย่างดีๆ ในการพัฒนาที่สอดคล้องกับประเทศมากขึ้น เหมือนการพัฒนาในระดับพื้นที่เอง เราก็คงไม่ได้เทียบว่าจังหวัดใดดีกว่า จังหวัดใด เป็นการพัฒนาเชิงระบบของแต่ละพื้นที่ และคำว่าชุมชนก็กว้างขวางกว่าชุมชนเชิงพื้นที่ ตรงนี้เป็นประเด็นที่ทำให้เราเข้าใจภาพรวมได้มากขึ้น

มุมมองที่สำคัญที่สุด คือ มุมมองเชิงระบบ ระบบมีความเป็นเชิงซ้อนค่อนข้างมาก สิ่งที่ชัดเจนของประเทศไทย คือเราสามารถจัดการความซับซ้อนได้อย่างเป็นระบบมากๆ ขอให้อาจารย์อ้อพล ทิ้งท้ายไว้ให้พวกเราได้เป็นแนวคิด หรือว่าเป็นข้อเตือนใจในการทำงานของพวกเราในฐานะคนที่ทำงานสานพลังในระดับพื้นที่

นางสาวรัตนา เอิบกิง : มีข้อความใน chat จาก นางสาวอรวิ กมลนาวิน โรงพยาบาลชุมชนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก องค์การบริหารส่วนจังหวัดแพร่ น้องนิว บอกว่า ความใส่ใจของพยาบาลหลายๆ คน อยาก



■ รัตนา เอิบกิง



■ อรวิ กมลนาวิน

ย้ายกลับบ้าน แต่ด้วยต้นสังกัดไม่ปล่อย อาจจะด้วยเหตุผลด้านอัตรากำลัง หลังๆ มานี้ทำให้พยาบาลต้องออกนอกระบบไปมาก

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ : สมัยก่อนกระทรวงสาธารณสุขคัดเลือกคนในจังหวัดนั้นๆ มาเรียนแล้วบรรจุกลับไปจังหวัดเดิม ก็อยู่ได้นานๆ จนเกษียณ

เรื่องนี้ก็กลับไปเหมือนปัญหาที่ *กลอย* พูด ต้องยอมรับว่าขณะนี้ระบบราชการตึงตัวมาก อัตรากำลังของข้าราชการโดยรวมมากเกินไปแล้ว ถ้าเป็นบริษัทก็ต้องทบทวนและมีการปรับลดคนและปรับงาน แต่การปฏิรูประบบราชการที่พยายามจะลดกำลังคนลงเกลี่ยจากบางส่วน บางสาขายังทำไม่ได้ ทำให้สาขาที่จำเป็นต้องเพิ่มก็เพิ่มไม่ได้ ค่าใช้จ่ายบุคลากรโดยรวมสูงถึงระดับที่ต่อไปประเทศจะไม่มีเงินมาใช้ลงทุนและพัฒนาได้เท่าที่ควร กระทรวงสาธารณสุขเผชิญปัญหานี้มานานับสิบๆ ปีแล้ว

เมื่อก่อนกระทรวงสาธารณสุขดูแลทั้งประเทศ ให้ความสำคัญกับการทำงานในชนบทและส่วนภูมิภาค ก็รับคนจากทุกจังหวัด ส่งไปเรียนแล้วบรรจุไปทำงานในจังหวัดนั้น เมื่อเร็วๆ นี้ไปเยี่ยม รพ.สต. เมืองปอน อ.ขุนยวม

จ.แม่ฮ่องสอน หมออนามัย ๖ คน เป็นคนแม่ฮ่องสอนทั้งหมด เขาได้รับโอกาสไปเรียนและบรรจุไปทำงานที่จังหวัดบ้านเกิด ทำให้เขาอยู่ได้นานทั้งชีวิต เป็นการลดความเหลื่อมล้ำด้านการศึกษา และลดความเหลื่อมล้ำด้านการงานสาธารณสุขด้วย ตอนหลังมีปัญหาเรื่องตำแหน่งและบรรจุให้อยู่ผิดที่ เป็นปัญหาเล็กๆ ในปัญหาใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากบุคลากรจำนวนมากทั้งประเทศ ก็ยากที่จะบริหารการย้ายของบุคลากรได้

สำหรับบุคลากรสังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ก็มีข้อจำกัดการย้ายข้ามสังกัดมากขึ้นแน่นอน เพราะต่างไม่ขึ้นแก่กัน ผมคิดว่าต้องกลับมาที่หลักคิดสำคัญ คือการสร้างโอกาสให้คนในพื้นที่ได้ไปเรียน แล้วบรรจุให้ทำงานในพื้นที่นั้นๆ จะลดความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ และบุคลากรอยู่ทำงานได้นานด้วย

สุดท้าย อยากเรียนว่าที่นำเสนอวันนี้ เพื่อให้ทุกคนเห็นวิวัฒนาการของระบบในบ้านเรา ไม่ใช่แค่ ๖๐ ปี แต่ตัดมาเพียงช่วงหนึ่งเท่านั้น พัฒนาการเหล่านี้เกิดขึ้นจากผู้คนจำนวนมาก ที่มีการต่อยอดหลักคิด สติปัญญา (Wisdom) มีการทำงานต่อเนื่องมาเป็นเวลาข้ามชั่วชีวิตผู้คน บางท่านเสียชีวิตไปแล้ว ที่อายุมากๆ ก็มาก มีสติและไม่ตีเกิดขึ้นตลอดเวลา ไม่มีอะไรสมบูรณ์ที่สุด บางอย่างเคยดีในอดีต แต่เมื่อเวลาเปลี่ยนไป บริบทเปลี่ยนก็อาจไม่ดีอีกต่อไป ถ้าไม่ปรับเปลี่ยนให้ทันสถานการณ์ ไม่ว่าจะเป็นระบบ

โครงสร้าง กลไก เครื่องมือ กฎหมาย มาตรการต่างๆ ที่เคยใช้ทำงานได้ดี มีความสำเร็จมามากในอดีต ก็จะเริ่มใช้ทำงานไม่สำเร็จเมื่อสภาพแวดล้อมเปลี่ยนไป

อะไรที่อยู่ร่วมกับที่ ในขณะที่บริบทเปลี่ยน จะผิตปกติแน่นอน

คนรุ่นหลังควรได้ศึกษาเรียนรู้ และช่วยกันขยับขับเคลื่อนให้ดีขึ้นไปข้างหน้า **ต้องคิดไปข้างหน้า** (Think Forward) ต้องใช้ทั้งจินตนาการ ปัญญา และองค์ความรู้ มาวางแผนการทำงานเพื่อให้วันข้างหน้าดีกว่าวันนี้ และดีกว่าอดีต อย่าคิดและทำเหมือนปี ๒๕๒๐ หรือ ๒๕๓๐ หรืออยากให้เหมือนเดิม

วันนี้ปี ๒๕๖๖ อีกไม่นานก็จะปี ๒๕๗๐ แล้ว ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยสมบูรณ์แล้ว อีกไม่นานก็เป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด อะไรๆ ก็เปลี่ยนไปหมดแล้ว คิดเหมือนเดิม อยู่เหมือนเดิม ทำเหมือนเดิมไม่ได้แล้ว

ขอให้กำลังใจน้องๆ ทุกคนที่เข้ามาอบรม ทำให้เกิดเครือข่าย มีเพื่อนหลายวิชาชีพ หลายลักษณะการทำงาน ทำให้เราได้รับการเรียนรู้กว้างมากขึ้น หนุนเสริมการทำงานซึ่งกันและกัน เป็นลมใต้ปีกให้กันและกัน จะทำให้เราทำงานประสบความสำเร็จได้ดีมากขึ้น แทนที่จะอยู่คนเดียว ทำคนเดียว

นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท : ขอขอบคุณอาจารย์อำพลฯ ที่ได้มาถ่ายทอดประสบการณ์ สิ่งหนึ่งที่อาจารย์ฝากไว้ คือ เรื่อง **Wisdom** เป็นสิ่งที่ต้อง

เกิดขึ้นให้สอดคล้องกับบริบท และต้องคิดด้วยกันหลายๆ คน เป็นเรื่องยาก และเหนื่อย ต้องผ่านทั้งรอยยิ้ม เสียงหัวเราะและน้ำตา สิ่งสำคัญคือ “ต้องเป็นลมไต่ปีกให้แก่กัน”

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ : ฝากน้องๆ เพิ่มเพื่อนในไลน์และ Scan QR Code มีหนังสือเบาๆ สนบายๆ เป็น E-Book ๔ สี save ไว้อ่านเล่นได้ ถ้าอ่านแล้วไม่ยิ้ม ไม่หัวเราะ หรือหัวเราะมากเกินไป ก็ไปหาหมอนะครับ เป็นของฝากจากลุงหมออำพล ❖





สานพลัง รับมือสังคมสูงวัย : ภารกิจร่วมของทุกคน

ปาฐกถาพิเศษโดย
นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ
สมาชิกวุฒิสภา
และอดีตเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖
โรงแรมเซ็นทารา บายเซ็นทารา คอนเวนชันเซ็นเตอร์
ศูนย์ราชการ แจ้งวัฒนะ กรุงเทพฯ

“สังคมสูงวัย” หมายถึง “สังคมที่มีการเปลี่ยนผ่านประชากร โดยสัดส่วนผู้สูงอายุเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนด สัดส่วนเด็กเยาวชน และวัยแรงงานลดลง มีผลสัมพันธัมที่เกี่ยวข้องและกระทบกับทุกมิติ



ท่านผู้มีเกียรติทุกท่านครับ

ขอขอบคุณ คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ที่ให้เกียรติคนสูงอายุมาพูดเรื่องสังคมสูงวัยในวันนี้

วันนี้ ประเทศสวีเดนมีสัดส่วนประชากรอายุเกิน ๖๕ ปี มากกว่าร้อยละ ๒๐ เช่นเดียวกับประเทศญี่ปุ่น ซึ่งตามนิยามขององค์การสหประชาชาติ เรียกว่าเป็น “สังคมสูงอายุนับสุดยอด” แต่ทั้ง ๒ ประเทศนี้เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว มีรายได้สูง อยู่ในอาการ “รวยก่อนแก่”

สำหรับประเทศไทย วันนี้เรามีสัดส่วนประชากรอายุเกิน ๖๐ ปี ร้อยละ ๒๐ เรียกว่าเป็น สังคมสูงอายุสมบูรณ์ (Complete Aged Society) และอีกเพียงไม่ถึง ๑๐ ปีข้างหน้า (๒๕๗๓) เราจะมีสัดส่วนประชากรอายุเกิน ๖๕ ปี เป็นร้อยละ ๒๐ กลายเป็น สังคมสูงอายุนับสุดยอด (Super-Aged Society) ตาม ๒ ประเทศที่ยกตัวอย่างข้างต้นไปอย่างรวดเร็ว

แต่ทว่า ประเทศของเรายังเป็นประเทศรายได้ปานกลางสูง (Upper Middle Income Country) ที่ติดหล่ม “กับดักประเทศรายได้ปานกลาง” (Middle Income Trap) มานานหลายปี ยังไม่มีทีท่าว่าจะหลุดพ้นได้ เราจึงอยู่ในอาการ “จนก่อนแก่”

โดยปกติแล้ว คำว่า “ระดับสุดยอด” เป็นเรื่องที่ตื่นใจ แต่คำว่า สังคมสูงอายุระดับสุดยอด ไม่เป็นเช่นนั้น กลายเป็นเรื่องที่น่าเป็นห่วงมากกว่า

ผมขอทำความเข้าใจเรื่อง สังคมสูงอายุที่เรียกอีกชื่อว่า “สังคมสูงวัย” ไม่ใช่เรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเท่านั้น ไม่ใช่แค่เรื่อง “กิจการผู้สูงอายุ” ซึ่งประเทศไทยมีระบบกิจการผู้สูงอายุ ทำงานกันมาตามลำดับ ซึ่งทำได้ดีในระดับหนึ่ง เรามิ พ.ร.บ. ผู้สูงอายุแห่งชาติ มาตั้งแต่ปี ๒๕๔๖ มีคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีทั้งรัฐและนอกภาครัฐร่วมขับเคลื่อน เราพยายามเดินตามหลักสากล ไม่ว่าจะเป็นเรื่องปริญญาดำด้วยสิทธิมนุษยชน หลักการของสหประชาชาติ ว่าด้วยผู้สูงอายุ เรามีปัญญาผู้สูงอายุไทย เรามีแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุแห่งชาติ (ระยะ ๓ : ๒๕๖๖-๒๕๘๐) แล้ว เรามีมาตรการขับเคลื่อน สังคมสูงวัยคนไทยอายุยืน ๔ มิติ ยกกระดับเป็นวาระแห่งชาติ มีการจัดสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติต่อเนื่องมาหลายปี เรามีกรมกิจการผู้สูงอายุในกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ฯลฯ ซึ่งงานเหล่านี้เรายังมีเรื่องที่ต้องพัฒนาต่อไปอีกมาก (คณะกรรมการธิการพัฒนาสังคมฯ วุฒิสภาเสนอรายงานการพัฒนาระบบกิจการผู้สูงอายุให้ข้อเสนอแนะสำคัญไว้ รวม ๑๐ ข้อ)

ในขณะเดียวกัน วันนี้เรามี “แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว ปี ๒๕๖๕-๒๕๘๐” มุ่งเสริมสร้างการ “เกิดดี-อยู่ดี-แก่ดี และ ตายดี” เป็นการขยายครอบคลุมประชากรทุกช่วงวัย

ที่นั้หันกลับมาดูเรื่อง “สังคมสูงวัย” ซึ่งเป็นเรื่องที่กว้างและใหญ่กว่าเรื่องกิจการผู้สูงอายุ

“สังคมสูงวัย” หมายถึง “สังคมที่มีการเปลี่ยนผ่านประชากร โดยสัดส่วนผู้สูงอายุเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนด สัดส่วนเด็ก เยาวชน และวัยแรงงานลดลง มีผลสัมพัทธ์ที่เกี่ยวข้องและกระทบกับทุกมิติ ทุกระบบ ทุกสาขาในสังคม ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา สุขภาพ แรงงาน สิ่งแวดล้อม ความรู้ เทคโนโลยี การสื่อสาร และการจัดการของทุกภาคส่วน โดยมีระบบกิจการผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของเรื่องสังคมสูงวัย”

ผมขอเปรียบเทียบง่ายๆ คือ “สังคมสูงวัย” เป็นเรื่องของ “บ้านเก่าแก่ทั้งหลัง” ทุกอย่างเก่า ทุกอย่างแก่ไปหมด เช่น ระบบไฟฟ้า ระบบพลังงาน พื้นที่ใช้สอย การทำมาหากิน ทศนคติ การอยู่ร่วมกัน ฯลฯ รื้อบ้านทิ้งก็ไม่ได้ แต่ต้องพัฒนาให้ทันสมัย เท้าทันการเปลี่ยนแปลง ทั้งในแง่ของพลวัตประชากรและพลวัตด้านอื่นๆ ส่วนเรื่อง “กิจการผู้สูงอายุ” เป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังที่เก่าแก่นั้น



“สังคมสูงวัย : บ้านก็เก่า คนก็แก่”

เมื่อปี ๒๕๕๘ คณะกรรมการการปฏิรูปด้านสังคม สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) ได้เสนอรายงาน เรื่อง “การปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัย” (ประเด็นปฏิรูปที่ ๓๐) เปิดกรอบความคิดเรื่องสังคมสูงวัยที่กว้างกว่า เรื่องกิจการผู้สูงอายุเป็นทางการครั้งแรก และเมื่อเดือนสิงหาคม ๒๕๖๖ ที่ผ่านมา คณะกรรมการการพัฒนาสังคมฯ วุฒิสภา ได้เสนอรายงานเรื่อง “การสานพลังเชิงระบบรับมือสังคมสูงวัย” ต่อยอดจากงานเดิมของ สปช.

มี สสส. เป็นองค์กรร่วมจัดทำรายงานหลัก ซึ่งเน้นเรื่องการรับมือกับระบบการจัดการบ้านที่เก่าแก่ ไม่ใช่แค่เรื่องคนแก่เท่านั้น

ผมขอพูดถึงเรื่อง “บ้านที่เก่าแก่” ให้ชัดเจนลงไปอีกสักนิด โดยขอหยิบบางประเด็นจากรายงานสานพลังเชิงระบบรองรับสังคมสูงวัย ดังนี้

๑. ผลกระทบและแนวโน้มภาพรวมของสังคมสูงวัย (ppt ๑๓ วุฒิสภา)

๒. จุดคานงัด ๔ มิติของสังคมสูงวัย (ppt ๑๕ วุฒิสภา)

๓. ข้อเสนอแนะการสานพลังเชิงระบบรองรับสังคมสูงวัย ๑๘ เรื่อง (ppt ๒๖ วุฒิสภา)

๑) ส่งเสริมนวัตกรรมและธุรกิจที่สอดคล้อง

๒) สร้างทักษะและทัศนคติที่จำเป็นต่อโลกยุคใหม่

๓) ปรับโครงสร้างตลาดแรงงานให้รองรับสังคมสูงวัย

๔) สร้างความรู้ทางการเงินและส่งเสริมการออม

๕) พัฒนามาตรการดึงดูดแรงงานและส่งเสริมการพัฒนาแรงงานแฝง

๖) วางระบบสวัสดิการถ้วนหน้าที่มีความมั่นคงทางการเงิน

๗) สร้างสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร ส่งเสริมสุขภาวะและยั่งยืน

๘) ประสานแผนการสร้างพื้นที่สุขภาวะและแผนคมนาคม

๙) ปรับกระบวนการนโยบายประชากร

๑๐) ส่งเสริมการสร้างสุขภาพและสุขภาวะในทุกช่วงวัย

- ๑๑) ยกระดับบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วม
- ๑๒) บูรณาการการดูแลสุขภาพระยะกลางและระยะยาวแบบไร้รอยต่อ
- ๑๓) สร้างเสริมชุมชนท้องถิ่น ชุมชนเมือง ชุมชนอื่นๆ ให้เข้มแข็ง
- ๑๔) ส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการอยู่ร่วมกัน
- ๑๕) ส่งเสริมความพร้อมในการสร้างครอบครัวคุณภาพ
- ๑๖) จัดสวัสดิการอุดหนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก
- ๑๗) ส่งเสริมการจัดบริการดูแลเด็กและคนสูงอายุ
- ๑๘) สร้างความพร้อมด้านข้อมูลและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง

๑๘ ข้อนี้เป็นส่วนหนึ่งของเรื่องของสังคมสูงวัยที่เราทุกคนต้องตระหนัก เรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนระบบต่างๆ ของบ้านที่เก่าแก่ให้เท่าทัน โดยต้องทำไปพร้อมๆ กับการดูแลคนแก่และคนทุกช่วงวัยที่อยู่ในบ้าน ซึ่งเป็นเรื่องที่ใหญ่และยาก จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกองค์กรทุกภาคส่วน สานพลังกันทำ เหมือนกับการ “แบกของหนัก” ที่ต้อง “ช่วยกันแบกหาม” จึงจะยกให้เคลื่อนที่ได้

สุดท้ายนี้ผมขอเชิญท่านผู้มีเกียรติดู ๔ ภาพนี้



๑. ภาพแม่นิด ชาวบ้านคำปลาหลาย อ.อุบลรัตน์ จ. ขอนแก่น แม่นิดปลูกต้นไม้ยืนต้นนับร้อย นับพันต้นมาได้ ๒๐-๓๐ ปีแล้ว วันนี้แม่นิดบอกว่า ต้นไม้มีมูลค่าสูงเป็นบ้านอายุเลี้ยงชีวิตได้อย่างมั่นคงโดยไม่ต้องรอให้ใครมาสงเคราะห์

๒. ภาพเล่าเรื่องวิสาหกิจเพื่อสังคม Buddy Home Care พัฒนาเยาวชนพื้นที่สูงเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในเชียงใหม่

๓. ภาพกิจกรรมที่บริษัทอโต้อัลลายแอนซ์ (ประเทศไทย) จำกัด ที่ระยอง ซึ่งเป็นบริษัทผลิตรถยนต์ ๒ ยี่ห้อ มีพนักงาน ๕.๔ พันคน มีการส่งเสริมการพัฒนาพนักงานให้มีความสามารถทำงานที่หลากหลายเพื่อทำ



วชิรศึกษา
WIRASIT KHAMHONGKARN
INSTITUTE OF THAILAND

สาระดี ๆ จากสว.



Buddy HomeCare

วิสาหกิจเพื่อสังคม รองรับสังคมสูงวัย

นพ. อำพล จินดาวัฒนะ

สมาชิกวุฒิสภา
กรรมการพัฒนาสังคมและชุมชน
กันยายน 2563

สนับสนุนเยาวชน คนด้อยโอกาส กลุ่มชาติพันธุ์ ฝึกอบรมเป็น
ผู้ดูแลผู้สูงอายุผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน (Caregiver) ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มช.
จบแล้วทำงานเป็นผู้ดูแล ในชุมชน ด้วยรายได้ไม่แพงและทำงานสงเคราะห์ผู้ป่วย
ยากไร้ร่วมกับอาสาสมัครด้วย

มีรายได้เพียงพอพัฒนาคุณภาพชีวิตตัวเองและครอบครัว กุญแจ
เงินเข้ากองทุนให้รุ่นน้อง ๆ ได้เข้าอบรมเพิ่ม

ปัจจุบันมีผู้ดูแลฯ 35 คน ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง ปีละมากกว่า
200 คน ซึ่งยังมีความต้องการอีกมาก บางรายได้รับทุนเรียนต่อเป็นผู้ช่วย
พยาบาลก้าวหน้ามากขึ้น

Buddy HomeCare เลี้ยงตัวเองได้แล้วเป็นวิสาหกิจเพื่อสังคม
ที่เป็นรูปธรรมอีกหนึ่ง



คณะกรรมการติดตามการดำเนินงานโครงการประชารัฐร่วมใจพัฒนาสุขภาพ

๑๑๒ สุขภาพแห่งชาติ สุขภาพของทุกคน โดยทุกคน



อาชีพเสริมและเตรียมอาชีพหลังเกษียณได้อย่างสวยงาม และมีกิจกรรมพัฒนาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตพนักงานมากมาย

๔. ที่ตำบลบางด้วน อ.ปะเหลียน จ.ตรัง เขาใช้จุดพลัง คือ ท้องถิ่น ท้องที่ ท้องทุ่ง (องค์กรชุมชน) และท้องท่าน คือหน่วยงาน องค์กรอื่นๆ ในพื้นที่ ร่วมกันพัฒนาอาชีพต่อยอดเกษตรกรรมสู่การแปรรูปสินค้าขายในโลกยุคใหม่ และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทุกช่วงวัย เน้นการเตรียมคน เข้าสู่วัย สูงอายุ และมีการดูแลผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ครบวงจร ราวกับเป็นสวรรค์บนดินเลยทีเดียว

เหล่านี้เป็นตัวอย่างเล็กๆ ยืนยันว่าเรื่องสังคมสูงวัยนั้นใหญ่และกว้างกว่าเรื่องงานกิจการผู้สูงอายุ เป็นเรื่องของการจัดการบ้านที่เก่าแก่ทั้งหลาย ซึ่งเป็นภารกิจของทุกคน ทุกภาคส่วน เป็น “การรับมือสังคมสูงวัย” ที่ต้องช่วยกันลงมือทำ และต้องสานพลังกันทำให้จริงจังในทุกด้าน โดยภาครัฐต้องเข้าใจให้ถูกต้องและส่งเสริมสนับสนุนให้ถูกทิศทาง

ขอบคุณทุกท่าน สวัสดิ์ครับ ❖



ความเป็นมา
และความสำคัญของ พ.ร.บ.
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

โดย นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ
สมาชิกวุฒิสภา
และอดีตเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

บรรยายในการสัมมนา
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)
ณ ห้องประชุม โรงแรมแกรนด์ริชมอนด์
วันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๗

“งานของ สช./คสช. อยู่ที่วง
หัวใจ ไม่ควรถอยกลับไปอยู่ที่
เรื่องบริการการแพทย์และ
สาธารณสุขมากนัก ควรทำเรื่อง
ที่กว้างออกไป อย่าถอยกลับไป
ทำในเรื่องที่มีคนทำอยู่แล้ว”





สวัสดิ์เพื่อนพี่น้องเครือข่ายภาคีทุกท่านครับ

จาก วิถีทัศน์ “สานพลังความร่วมมือ สร้างนโยบายห่วงใยสุขภาพ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐” เมื่อสักครู๋ ช่วยให้ผมไม่ต้องเกริ่น นานมาก จะเน้นย้ำบางจุดบางมุมเท่านั้น

ขอบคุณ **สข.** ที่ให้โอกาสได้มาร่วมแลกเปลี่ยนในการประชุมสำคัญ ครั้งนี้ และขอแสดงความยินดีกับทุกท่านที่เข้าร่วมกันขับเคลื่อนงานเพื่อ สุขภาวะของคนไทย โดยมีทั้งท่านเก่าและท่านใหม่ เป็นส่วนผสมที่สำคัญ และหลากหลาย อันเป็นลักษณะของ Governance by Partnership อย่าง ชัดเจน ซึ่งโดยทั่วไปมักจะมีกลไกต่างๆ เป็นแบบ Governance by State / Governance by Market ซึ่งกลไก Governance by Partnership นี้

มีจุดเด่นตรงที่ให้ความสำคัญกับทุกภาคส่วนอย่างเสมอกัน และในที่นี้มีทั้งผู้แทนที่มาจากส่วนราชการ ท้องถิ่น วิชาชีพ และภาคประชาชน

ความท้าทายของพวกเรา คือ เราจะใช้กลไกนี้เพื่อสร้างสรรค์ประโยชน์ด้านสุขภาพหรือสุขภาวะของประชาชนและสังคมได้แค่ไหน และอย่างไร? ซึ่งเป็นหน้าที่ของท่านทั้งหลายที่จะใช้ประโยชน์จากโอกาสนี้ และร่วมกันขับเคลื่อนต่อไป

องค์กรส่วนหนึ่งในระบบสุขภาพ

1

- กระทรวงสาธารณสุข (MOPH) 9 กรม
- สปสช.
- สรพ.
- สปพด.
- สสส.
- สวรส.
- สช.



เริ่มต้นด้วยภาพนี้ องค์กรส่วนหนึ่งในระบบสุขภาพ องค์กรแรก คือ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรม

วิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค และกรมอื่นๆ ที่มีภารกิจเป็นหน่วยงานด้านสาธารณสุขระดับชาติ (National Health Authority) มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงฯ เป็นผู้บริหารสูงสุด มีระบบที่เป็นโครงสร้างที่เข้มแข็งร่วม ๑๐๐ ปี ทำหน้าที่ดูแลเรื่องการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ

ถัดมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เกิดมาเพื่อบริหารกองทุนเพื่อการดูแลสุขภาพ ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ เน้นบริหารกองทุนที่เป็น Governance by Partnership คือมีหลายภาคส่วนเข้าไปร่วมกันบริหารกองทุนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของประชาชน ประมาณ ๔๐-๕๐ ล้านคน

ต่อมาคือ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ซึ่งมีลูกค้าคือ สถานพยาบาลทั่วประเทศ ทั้งเอกชนและรัฐ เป็นลูกค้าที่ใหญ่มาก และมีลูกค้ารองลงมาคือประชาชนทั่วไป ที่จะเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพที่ดี

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) มีหน้าที่จัดและพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และพัฒนาคนเป็นฝ่ายสนับสนุนด้านต่างๆ เป็นหน่วยงานหนึ่งที่ทำงานได้ชัดเจน เช่น เรื่องการแพทย์ฉุกเฉินกรณี “สารพิษไซยาไนด์” ที่ รพ.ขุนยวม - รพ.ศรีสังวาลย์ ดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วยเด็กที่ได้รับสารพิษไซยาไนด์ได้อย่างปลอดภัยทันเวลา เป็นส่วนหนึ่งของ

งานที่เข้าไปทำให้เกิดหรือเกิดขึ้นในระบบที่กระทรวงสาธารณสุขดูแล

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ดำเนินงานที่เน้นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ โดย สสส. ได้รับเงินมาจากภาษีเหล้าและบุหรี่ นำมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่ง ณ วันนี้ไม่มีใครไม่รู้จัก สสส. ผมมีโอกาสได้ไปชนบทในพื้นที่ต่างๆ จะเห็นว่ามีงานของ สสส. ไปทั่วเลย แต่ถามว่ารู้จัก สุข. หรือไม่ แทบไม่มีใครรู้จัก ผมคิดว่าเป็นภาระหน้าที่ของท่านทั้งหลาย ไม่ใช่ทำให้คนอื่นรู้จัก สุข. แต่ทำเพื่อสร้างคุณค่าเพิ่มได้อย่างไร ซึ่ง สุข. ก็อายุ ๑๐ กว่าปีแล้ว ถ้าเป็นหัวเผือกหัวมันก็โตขึ้นมาก ถ้าเป็นงูก็ลอกคราบแล้วหลายครั้ง ดังนั้น สุข. คงถึงเวลาที่จะต้องลอกคราบให้เติบโตและมีพลังมากขึ้น

ถัดมา **สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)** ช่วยสร้างความรู้เชิงระบบเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข การเกิดของ สปสช. สุข. สพฉ. สรพ. และ สสส. ก็มีส่วนสำคัญมาจากการทำงานของ สวรส. นี่แหละ ในคลิปวิดีโอเมื่อสักครู่ มีการพูดถึง “**รายงานระบบสุขภาพประเทศไทย ตามข้อเสนอรัฐธรรมนูญปี ๒๕๕๐**” ซึ่งหน่วยงานที่ไปทำงานกับกรมการสาธารณสุข วุฒิสภา ก็คือ สวรส. ได้สร้างองค์ความรู้และขับเคลื่อนจนเกิดกฎหมาย เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมาย เพราะฉะนั้นคุณค่าของ สวรส. มีมานาน และในตอนนี้มี ท่านผู้อำนวยการ สวรส. (นพ. ศุภกิจ ศิริลักษณ์) นั่งอยู่กับเราด้วย ซึ่งท่านอยู่ในแวดวงการทำงานตาม



■ นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฯ มายาวนาน ท่านสามารถ
ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ได้อย่างดี

วันศุกร์ที่ผ่านมา ท่านอาจารย์ประเวศ
วະสี ได้ให้กัณฑ์เทศน์ใหญ่ ซึ่งผมจับความสำคัญ
ได้คือ “ให้ลดอัตราตัวต่อนองค์กร จึงจะทำงาน
ใหญ่ได้” หมายความว่า “ถ้าเราแยกกันทำ จะมีพลังไม่มาก” แต่ดูสิครับเรามีพลังจำนวนมาก
นี้ยังไม่รวมกระทรวงการพัฒนาสังคมและความ

มั่นคงของมนุษย์ (พม.) ที่ดำเนินงานด้านสุขภาวะทางสังคม และสถาบัน
พัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) รวมถึงอีกหลายหน่วยงานที่คล้ายกัน เปรียบ
เหมือนนกที่บินไปด้วยกัน หากรวมฝูงกันได้ แบ่งบทบาทหน้าที่กันทำ พลัง
จะมหาศาล ผมพูดตรงนี้เพื่อท้าทายท่านว่า สช./คสช. ถูกประกอบเครื่อง
ให้เป็น “คณะกรรมการระดับชาติ” มีหน้าที่และอำนาจตามกฎหมายที่
เขียนไว้ในมาตรา ๒๕ และมีนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน สามารถทำอะไร
ได้มากกว่า ๔ เครื่องมือที่ทำอยู่ ซึ่งผมจะนำเสนอเรื่องเครื่องมือและหน้าที่
ของ สช./คสช. ในช่วงต่อไป

สช. คนยังรู้จักน้อย ตัวอย่างในวันประชุมวุฒิสภา สช. ได้เสนอ
ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ เข้าสู่วุฒิสภา บรรจุเป็นวาระ
เพื่อทราบ ไม่มีใครอ่าน ไม่มีใครรู้จัก สช. และที่ผ่านมามี สส. บางท่าน

เสนอให้ยุบด้วย ซึ่งเราควรรับฟังแล้วนำกลับมาทบทวน เนื่องจากเขาอาจจะไม่รู้บทบาทหน้าที่ของ สช. ว่าอยู่ตรงไหน ผมคิดว่าท่านทั้งหลายที่เข้ามาในช่วงนี้สำคัญมาก ด้วยเวลา ๑๕ ปีที่ผ่านมา อย่างเข้าสู่ปีที่ ๑๖ แล้ว ดังนั้นการทำงานของ **คสช.** อาจจะไม่ใช่แค่การมาประชุมร่วมกัน ๒ เดือนต่อครั้ง ผมคิดว่าเป็นความท้าทายของ คสช. ทุกท่านที่มีทั้งท่านเก่าและท่านใหม่

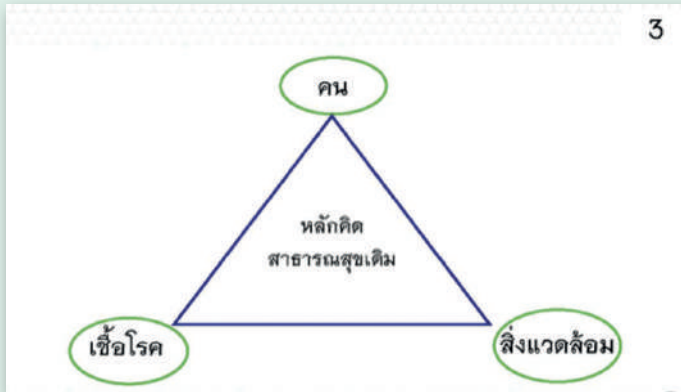


ดูภาพนี้ เพื่อทบทวนว่าทำไมเราถึงมี **พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐** โดยที่การแพทย์ในวงกลมเล็ก คือ ๑ ใน ๔ ของการสาธารณสุข ได้แก่ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู และการแพทย์คือ “**ชีวการแพทย์**” ซึ่งเคยใหญ่มากในช่วง ๑๐๐ กว่าปีก่อน ปัจจุบันการแพทย์เจริญก้าวหน้ามาก คนไม่ตายง่ายๆ แล้ว มีอายุยืนเป็น ๑๐๐ ปี สมัยก่อนเสียชีวิตกันเร็ว



■ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์

มาก เช่น พ่อผมเสียชีวิตอายุ ๕๐ ปี ด้วยโรคไตวาย ถ้าหากอยู่ในยุคที่เทคโนโลยีทันสมัยเหมือนขณะนี้ ท่านอาจจะไม่เสียชีวิตเร็ว ตัวอย่างเช่น นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ได้ผลักดันการวางระบบฟอกเลือดทางช่องท้องสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่บ้านไว้ในระบบหลักประกันสุขภาพ เป็นต้นงานสาธารณสุขก็สำคัญ เป็นการขยายวงออกมา



โมเดลเดิม หลักคิดสาธารณสุขเดิมยังมีอยู่ เรื่อง “คน-เชื่อโรค-สิ่งแวดล้อม” เห็นได้ชัดเจนในช่วงสถานการณ์โควิด-๑๙ ยังเป็นหลักคิดที่ไม่ได้ล้าสมัยเลย ยังใช้ในทางระบาดวิทยาได้ดีอยู่



โมเดลใหม่ หลักคิดสาธารณสุขใหม่ ประกอบด้วย “บุคคล-ระบบบริการ-สภาพแวดล้อม” ส่วนนี้มาทีหลัง เป็นการไล่ช่วงเวลากันมาประมาณ ๒๐-๓๐ ปี มาแล้ว ซึ่ง สุข. และ ศสช. ควรเข้าใจโมเดลหลักคิดใหม่ที่บุคคลมีส่วนสำคัญต่อสุขภาพประมาณครึ่งหนึ่ง ส่วนระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขที่ทุ่มเทพัฒนาใช้งบประมาณมหาศาล มีส่วนทำให้คนมีสุขภาพดีไม่เกิน ๑๐% แต่ก็ถือเป็นสิ่งที่ดีและสำคัญ สำหรับสิ่งแวดล้อมไม่ใช่แค่เรื่องส้วม น้ำ ความสะอาดที่ท้องถิ่นดูแล แต่รวมถึงระบบต่างๆ ที่กระทบต่อสุขภาพ และถ้าเป็นเรื่องสภาพแวดล้อมจะใหญ่กว่าสิ่งแวดล้อมคือนอกเหนือจากทางด้านกายภาพไปอีก สภาพแวดล้อมส่วนใหญ่วิที่กระทบต่อสุขภาพคือระบบอื่นๆ เช่น การลดภาษีเหล้าเมื่อวันที่ ๒ มกราคม ๒๕๖๓

เป็นของขวัญปีใหม่ หรือการมีร้านค้ากาแฟจำนวนมาก ประชาชนบริโภคกาแฟเย็นทุกวันส่งผลต่อน้ำหนักตัวเกิน คนบาดเจ็บ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนปีละเป็นหมื่นเป็นแสน ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ไม่ใช่เชื้อโรค ไม่ใช่พฤติกรรมอย่างเดียว แต่เป็นเรื่องนโยบายและระบบการค้าและสังคม และไม่ใช่ตัวระบบบริการสุขภาพเลย

ระบบบริการก็สำคัญ ต้องพัฒนาตลอด เมื่อวันศุกร์ที่ผ่านมาผมไปโรงพยาบาลที่เคยทำงานอยู่ กำลังจะเปิดศูนย์ฟอกไต จากข้อมูลในอำเภอเล็กๆ มีคนที่จำเป็นต้องฟอกไตจำนวนนับร้อยคน สมัยผมประจำอยู่เมื่อประมาณ ๔๐-๕๐ ปีที่แล้ว มีคนเป็นเบาหวานจำนวนไม่กี่คน โลกเปลี่ยนไปแล้ว การบริการขยายมากเท่าไรก็เอาไม่อยู่ โดยสภาพแวดล้อมส่งผลกระทบอย่างมาก ผมคิดว่าพี่น้อง สข./คสช. ที่ได้มาทำงานตรงนี้ หากทำความเข้าใจให้ชัดเจน จะมีงานที่ต้องทำอีกมาก

ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Strategy)

เราทราบกันดีว่า กฎบัตรรอตตาวา พ.ศ. ๒๕๒๙ มีอิทธิพลมากต่อการทำงานของเรานั้นคือ ยุทธศาสตร์ ๕ ข้อของการสร้างเสริมสุขภาพ คือ

(๑) การพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ

(๒) การสร้างเสริมชุมชนเข้มแข็ง

แนวคิด ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Strategy)

กฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion -1986)

1. การพัฒนาโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Public Policy : HPP)
2. การสร้างเสริมชุมชนเข้มแข็ง (Community Strengthening)
3. การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Environment)
4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลด้านสุขภาพ (Personal Skill Development)
5. การปฏิรูประบบบริการการแพทย์และสาธารณสุข (Health Service System Re-Orientation)

The diagram illustrates the Ottawa Charter for Health Promotion as a circular process with five interconnected strategies, each represented by a blue arrow pointing clockwise. The strategies are: Strengthen Community Action (Renforcer l'action communautaire), Develop Personal Skills (Développer les aptitudes personnelles), Create Supportive Environments (Créer des milieux favorables), Reorient Health Services (Reorienter les services de santé), and Build Healthy Public Policy (Établir une politique saine). The arrows are connected by a red line, forming a continuous loop.

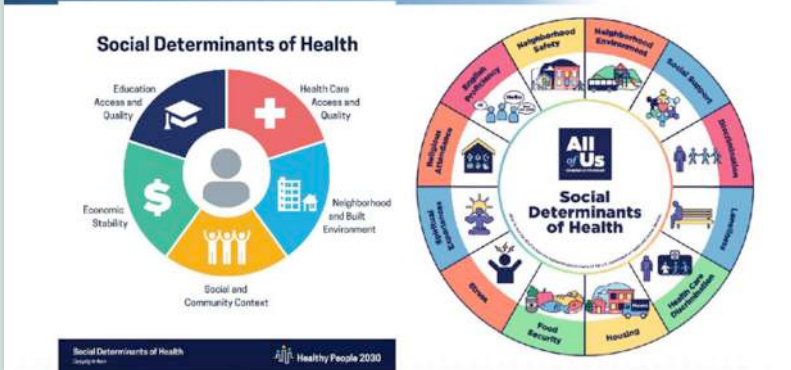
6

(๓) การสร้างสภาพแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ
(๔) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลด้านสุขภาพ และ
(๕) การปฏิรูปบริการสาธารณสุขให้เน้นส่งเสริม ผมคิดว่าต้องคุยกัน
ให้ลึกและชัดเจนว่างานของท่านอยู่ตรงไหน

ภารกิจของ สช. จะเป็นข้อ (๑), (๒) และ (๓) แต่พอไปที่ข้อ (๔) และ (๕) จะลดน้อยลงไป เนื่องจากเป็นบทบาทหลักของกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรอื่น แต่ส่วนที่เป็นหัวใจและยังต้องทำงานกันอีกยาวนาน คือ “นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ” (Healthy Public Policies) โดยส่วนที่เป็นภารกิจหลักของ คสช. จะอยู่ที่ข้อ (๑)-(๓) ซึ่งเป็นงานที่อาจจะ

แนวคิดปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health)

6



ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health ; SDH) เป็นแนวคิดที่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับเชื้อโรคอย่างเดียว แต่ให้ความสำคัญกับปัจจัยทางสังคมทุกด้านที่กระทบกับสุขภาพ ทางซ้ายมือ มี ๕ ตัว การทำงาน คสช. ต้องทำความเข้าใจเรื่องนี้ให้ลึกซึ้ง

แนวคิด ทุณนโยบายห่วยใยสุขภาพ (Health in All Policy : HiAP)

7



แนวคิดทุณนโยบายห่วยใยสุขภาพ

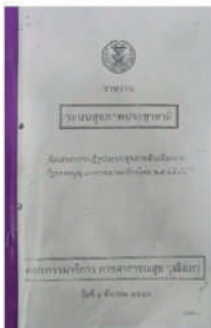
ขยับมาที่การทำงานในช่วงเวลา ๒๐-๓๐ ปี แนวคิดทุณนโยบายห่วยใยสุขภาพ : Health in All Policies หรือ HiAP ได้ขยายความว่าสุขภาพต้องให้ความสำคัญกับเรื่องแรกเป็นอันดับหนึ่งเลย คือ “Healthy Public Policies” ซึ่งองค์การอนามัยโลกและเครือข่ายต่างประเทศ ที่ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ไปร่วมทำงานด้วยมานาน เขาคิดเรื่องนี้เก่งมาก สร้างความคิดใหม่ขึ้นมา ดังนั้น “Health in All Policies” คืองานที่ชัดเจนที่สุดของ คสช. ที่ท่านจะทําอย่างไรให้ทุณนโยบายห่วยใยสุขภาพได้จริง

ผมยกตัวอย่างรูปธรรม เมื่อวันที่ ๒ มกราคม ๒๕๖๗ คณะรัฐมนตรีเห็นชอบให้ลดภาษีสุรา ๓ ชนิด โดยไม่ได้สนใจว่าเป็นนโยบายที่ห่วงใยสุขภาพหรือไม่ มีคนบอกว่ากระทบกับสุขภาพ และให้ความสนใจกับเรื่องนี้ สสส. มีเครือข่ายสามารถเขียนบทความ ทำงานวิจัยต่างๆ ได้ ส่วนพี่น้อง สข./คสช. อยู่ตรงไหน ต้องถามตัวเอง ยกตัวอย่าง ถ้าท่านทำเรื่องเกี่ยวกับทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ เมื่อรัฐบาลมีมติออกมาเช่นนี้ หากท่านอยู่เฉยแสดงว่าท่านไม่ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ ซึ่งเป็นหน้าที่ของท่านหรือไม่

รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ 2543

8

ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพตาม รัฐธรรมนูญ 2540



“รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ ๒๕๔๓” กลุ่มที่จัดทำข้อเสนอคือ นักวิชาการ และ สวรส. เช่น นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ นพ.สุกกร บัวสาย เป็นต้น โดยรายงานฉบับนี้ได้เขียนข้อความสำคัญไว้ว่า “ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๐” ซึ่งเราถือว่ารัฐธรรมนูญ ๒๕๔๐ เป็นประชาธิปไตยมากที่สุดแล้วคำว่า “ปฏิรูประบบสุขภาพ” และคำว่า “ระบบสุขภาพประชาชาติ” ก็ปรากฏขึ้นอย่างเป็นทางการครั้งแรก สมัยก่อนเรียกว่า “ระบบสาธารณสุข” การแพทย์อยู่ตรงนี้ สาธารณสุขใหญ่ขึ้น แต่รายงานนี้พาไปถึงระบบสุขภาพที่กว้างสุดๆ เพราะฉะนั้น พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ไม่ได้เกิดขึ้นในอากาศ ผมถูกบังคับให้มาทำงานนี้ก็เพราะรายงานฉบับนี้ สวรส. ไปทำรายงานนี้เสนอต่อวุฒิสภา วันนั้นรายงานยังไม่เสร็จดี อาจารย์ประเวศ วะสี ให้ผมกับ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ไปเริ่มเขียนขับเคลื่อนตรงนี้ เพื่อผลักดัน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นเครื่องมือปฏิรูประบบสุขภาพ แต่วันนี้ สช./คสช. มีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศหรือไม่ ? เป็นคำถามใหญ่ครับ เขามีการขับเคลื่อนการปฏิรูปต่อเนื่องมาตั้งแต่มีคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) จนวันนี้บอกว่าปฏิรูปสำเร็จแล้ว

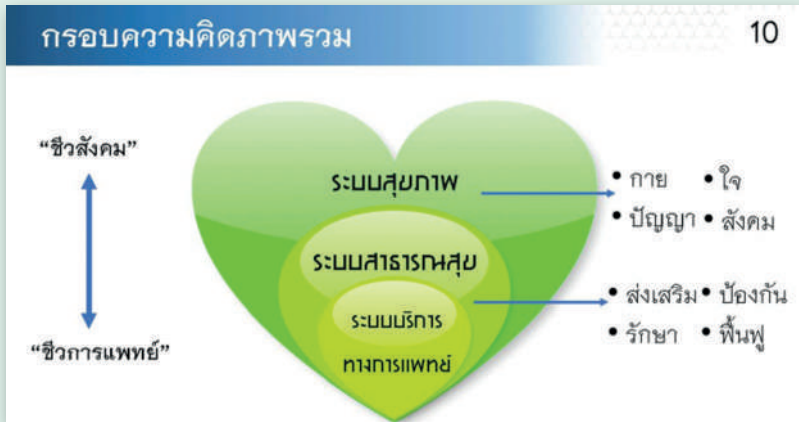


■ นพ.สุวิทย์
วิบุลผลประเสริฐ

และกำลังจะยุบแผนและขั้นตอนการปฏิรูปประเทศแล้ว สช./คสช. ของเรา
อยู่ตรงไหนในวงจรขับเคลื่อนการปฏิรูป ทั้งๆ ที่เรากำลังเกิดมา ภายใต้บทบาท
สำคัญของการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ ก็ขอฝากเป็นคำถามไว้ให้
กับท่านเลขาธิการและคณะ



จินตนาการใหม่ “สร้างนำซ่อม” “สุขภาพเสีย” มาเป็น “สุขภาพ
ดี” มาที่สุดท้ายกรอบความคิดภาพรวมเป็นอย่างนี้ครับ



ซ้ายมือ ชีวิตการแพทย์ก็พัฒนาไป โดยมีการแพทย์การสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข การแพทย์เอกชน การแพทย์มหาวิทยาลัย ฯลฯ ซึ่งตอนนี้ก็ทำไปมากมาย “ชีวิตการแพทย์” ก็คือตรงไส้กลาง ประกอบด้วย การแพทย์และการสาธารณสุข ซึ่งมีเจ้าของ มีคนทำอยู่แล้ว โดยมีวิชาชีพต่างๆ เป็นหลัก กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกน และหน่วยงานที่ผมไล่เรียงข้างต้น ส่วนใหญ่อยู่ตรงวงกลาง บางส่วนอยู่การแพทย์ บางส่วนอยู่สาธารณสุข ดูแลในส่วนการส่งเสริม รักษา ป้องกัน

“ระบบสุขภาพ” ที่เราขยายความออกมาใหม่ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ คือ “วงหัวใจ” เป็นระบบสุขภาพกาย ใจ ปัญญา และสังคม ผมนำเสนอภาพนี้เพื่อบอกท่านว่า “งานของ สข./คสข. อยู่ที่วงหัวใจ ไม่ควร

ถอยกลับไปอยู่ที่เรื่องบริการการแพทย์และสาธารณสุขมากนัก ควรทำเรื่องที่ยากออกไป อย่าถอยกลับไปทำในเรื่องที่มีคนทำอยู่แล้ว” ซึ่งท่านทำไมไม่ไหวแน่ ด้วยความรู้ ความสามารถ เงิน ทรัพยากรที่มีไม่มาก เพราะฉะนั้นขออย่าว่า “เวลาจะเดินไปข้างหน้า ต้องมองให้ชัดเจน”

ผมยกตัวอย่าง ร้านกาแฟในประเทศเราเกิดขึ้นเป็นแสนเป็นล้าน เราบังคับเขาไม่ได้ นี่ใน Governance by Market มาแล้ว คนไทยหันมากินกาแฟเย็นใส่น้ำตาล ๗-๘ ช้อนต่อแก้ว ซึ่งในเรื่องนี้จะมีกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยเป็นผู้ดูแล แล้วองค์กรอย่าง สสส. สช./คสช. ต้องทำอะไร แค่นั้นเกี่ยวกับนโยบายเรื่องนี้ เป็นอีกโจทย์ที่ทำหายไม่น้อยเลย



- ใช้เวลาจัดทำพร้อมกับการทำงานเคลื่อนไหวล่วงคม 7 ปี
 - เป็นกฎหมายส่งเสริม ต้องใช้พลังอำนาจอ่อน (บารมี ปัญญา ศรัทธา ภาวดี)
 - ให้ค่านิยมใหม่ที่ไกลกว่าระบบการแพทย์และสาธารณสุขเดิม
- สุขภาพ : สุขภาวะ 4 มิติ เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างเป็นองค์รวม
- ระบบสุขภาพ : ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ขอเน้นย้ำถึงความพิเศษของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๐ ไว้ ณ ที่นี้อีกครั้ง

ประการแรก คือ ใช้เวลา ๗ ปี ในการจัดทำ พร้อมกับการทำงาน เคลื่อนไหวทางสังคมไปด้วย เป็นอดีตที่ผ่านมาแล้ว และมีการเขียนบันทึก ต่างๆ ไว้มากมาย

ประการที่สอง เป็นกฎหมายส่งเสริม ไม่มีอำนาจบังคับ ฉะนั้น อย่าไปหวังใช้กฎหมายฉบับนี้เป็นอำนาจแข็งไปบังคับใคร แต่ต้องใช้พลัง “อำนาจอ่อน” หรือ “Soft power” นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ได้บอกคำนี้ไว้นานกว่า ๑๐ ปี สมัยก่อนยังไม่มีใครพูดเรื่องนี้กันมากนัก การใช้พลัง “อำนาจอ่อน” คือต้องมีกระบวนการทำงานด้วยกันโดยอาศัย ๔ องค์ประกอบ ได้แก่ “ศรัทธา-ปัญญา-ภาคี-บาร์มี” กล่าวคือ การทำงานของ สช./คสช. ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ท่านต้องมี “ศรัทธา” ต่อแนวคิดและการทำงานในทิศทางนี้ ท่านต้องใช้ “ปัญญา” ต้องมี “ภาคี” จึงจะเกิด “บาร์มี” เพื่อการทำงานใหญ่ งานสำคัญๆ ได้สำเร็จ ท่านลองเปิดดูในไดอารี่ สช. มีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติผ่านมา ๑๕ ปี จำนวน ๙๓ มติ นั้น มีเรื่องอะไรบ้างที่ต้องคิดทบทวนกันอย่างจริงจังว่า “ทำอะไรจะเกิดผลลัพธ์หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับระบบหรือเรื่องใหญ่ๆ สำหรับประเทศได้อย่างแท้จริง” เหมือนที่ อาจารย์เอ็นนู ชือสุวรรณ ย้ำเสมอว่า “สช. เป็นองค์กรแห่งชาติ ต้องทำงานระดับชาติ” เราดูสำห



■ เอ็นนู ชื้อสุวรรณ

ประกอบเครื่องกลไกคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ให้นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และทำงานโดยมีภาคส่วนทั้งหลาย มีภาครัฐ/ราชการ ภาควิชาชีพ/วิชาการ และ ภาคประชาชน มาร่วมแล้ว ควรทำงานเรื่องใหญ่ ต้องอาศัยศรัทธา ใช้ปัญญา และภาคี บารมีก็จะเกิด ถ้าไม่มี ๔ ข้อนี้ หรือข้อไหนยังอ่อนแออยู่ คงต้องเร่งสร้างกัน ขนานใหญ่

ประการที่สาม ให้คำนิยามใหม่ที่ไกลกว่าเรื่องระบบการแพทย์และการสาธารณสุขเดิม ซึ่งคือ “สองวงตรงกลางของรูปหัวใจ” ที่ผมเคยพูด ย้ำว่า อย่ามัวไปมัวมุ่มมั่งอยู่ในสองวงนี้นัก ต้องไปให้กว้างกว่านั้น ซึ่งหมายความว่าท่านต้องไปหาเพื่อนภาคี เช่น “พม.” “พอช.” หรือใครต่อใครที่ทำเรื่องสังคม ไม่ใช่ถอยกลับไปอยู่ในงานการแพทย์และสาธารณสุขเดิม ซึ่งเราไม่ได้ทิ้ง แต่ไม่ใช่กลับไปอยู่ตรงนั้น เพราะจะกลายเป็นการทุบรั้วให้แคบลง กลายเป็นองค์กรที่อยู่ในระบบการแพทย์และสาธารณสุขไปเสีย

“ระบบสุขภาพ” คือ ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ตราบใดที่ยังไม่มีใครแก้กฎหมายฉบับนี้ ก็จะเป็นอย่างนี้อยู่ มีบางคนบอกว่าคุณเขียนกฎหมายใหญ่ไปคร่อมเรื่องทั้งหมด เนื่องจากเรามองว่าสุขภาพเป็นเรื่องสุขภาพ ๔ มิติ ตอนนี้องค์การอนามัยโลกเพิ่งออกกฎบัตรใหม่เมื่อ

ประมาณ ๒ ปีที่แล้ว โดยย่ำ ๔ มิติ เหมือนที่เราเขียนไว้ใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติฯ ดังนั้น งานของเราตรงนี้มีความเป็นสากลสูงมาก ซึ่งประเด็นนี้ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ สามารถยืนยันได้

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ 2550 (ต่อ)

12

สาระ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

The flowchart illustrates the process of the National Health Act 2550. It starts with 'การพิจารณาจากคณะรัฐมนตรี' (Consideration by the Council of Ministers), followed by 'การพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร' (Consideration by the House of Representatives), then 'การพิจารณาของวุฒิสภา' (Consideration by the Senate), and finally 'การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี' (Consideration by the Council of Ministers). The central box is 'การพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร' (Consideration by the House of Representatives). Below this, there are two columns of text: 'การพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร' (Consideration by the House of Representatives) and 'การพิจารณาของวุฒิสภา' (Consideration by the Senate). The bottom box is 'การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี' (Consideration by the Council of Ministers).

- กำหนดสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ (ม.5 – 12)
- กำหนดกรอบและทิศทางระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่ปรับเปลี่ยนเป็นพลวัต (ธรรมนูญสุขภาพ)

Three book covers are shown: 1. 'ธรรมนูญสุขภาพของประเทศไทย ฉบับร่าง' (Draft National Health Constitution of Thailand), 2. 'ธรรมนูญสุขภาพ ฉบับร่าง' (Draft National Health Constitution), and 3. 'ธรรมนูญสุขภาพ ฉบับร่าง' (Draft National Health Constitution).

สาระสำคัญของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ คือ

- กำหนดสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ (ม.๕-๑๒) นอกจากมาตรา ๑๒ แล้ว ยังมีมาตราอื่นๆ อีก ที่ต้องคิดว่าจะส่งเสริมอย่างไรเพื่อให้สังคมรับรู้และได้ใช้ประโยชน์
- กำหนดกรอบและทิศทางระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่ปรับเปลี่ยนเป็น



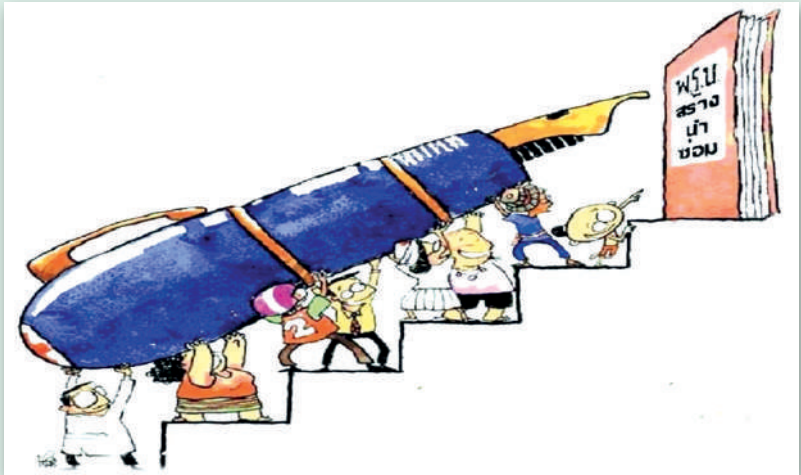
■ ชาญเชวณ ไซยานุกิจ

พลวัต ที่เรียกว่า “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งผมเองก็เคยพลาดในเรื่องการจัดทำธรรมนูญ จากเดิมที่เราเอาทุกอย่างใส่ไว้ใน (ร่าง) กฎหมายสุขภาพแห่งชาติ เมื่อครั้งรับฟังความเห็น ๗ ปี ที่ทำ พ.ร.บ. จะมีรูปที่เป็นปากกาเขียนแบบเงยขึ้น แล้ว นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ท่านบอกว่าเขียนอย่างไรก็ไม่ติดหรอก เพราะรูปมันผิด จะเขียนได้อย่างไร และคนที่บอกและท้าทายผมในตอนนั้นอีกคน เป็นอัยการ (ท่านชาญเชวณ ไซยานุกิจ) ได้มาร่วมกันร่าง พ.ร.บ. ท่านคิดในใจและมาเฉลยตอนหลังว่า “พ.ร.บ. ของหมอไม่มีทางสำเร็จ...จะรอดูว่าพวกหมอยากกฎหมายนี้อย่างไร” ซึ่งวันนี้ผมไม่ได้อยู่ตรงนี้แล้ว แต่ท่านชาญเชวณยังกลับมาอยู่เป็นผู้หลักผู้ใหญ่ในขบวนการสุขภาพแห่งชาติกับพวกเรา



■ มีชัย ฤชุพันธุ์

ท่านมีชัย ฤชุพันธุ์ บอกว่า “ถ้าหากหมอใส่ทุกเรื่องแบบนี้ ตอนที่กฎหมายผ่านสภา คงไม่มีใครผ่านให้หรอก หมอจะล้อมันดันไม้คันหนึ่ง หมอจะเอาไปหมดเลย ทั้งราก ต้น กิ่งใบ มันทำไม่ได้ ควรตัดกิ่ง ตัดใบออก เอาต้นไป เอาแก่นใหญ่ไปให้ได้” เราจึงทำ



พ.ร.บ. สุขภาพสุขภาพแห่งชาติฯ ออกมาจนได้ และจริงๆ เราได้เพราะจิงหะด้วย คือ มีการปฏิบัติ ถ้าไม่มีการปฏิบัติ ผมคิดว่ากฎหมายฉบับนี้คงเกิดยาก เนื่องจากมีความขัดแย้งกับอำนาจเก่าหลายด้าน แต่พอปฏิบัติแล้วได้กฎหมายฉบับนี้ อาจารย์มีชัยบอกว่า “ถ้าหมออยากได้รายละเอียดที่ดีตไป ให้ไปเขียนทีหลัง โดยเขียนเป็นธรรมนูญ และให้มีการปรับทุก ๕ ปี เพื่อให้เข้ากับสถานการณ์ ไม่เช่นนั้นจะตายตัวเป็นภาษากฎหมาย” มาถึงวันนี้ ผมยังซาบซึ้งมาก ที่อาจารย์พูดเป็นจริงครับ ถ้าใช้ภาษากฎหมาย ก็กอดกันที่ภาษากฎหมาย แล้วติดกับดักตัวหนังสือ ไปไหนต่อไม่ได้ เช่น “สมัชชาสุขภาพ” และ “ธรรมนูญสุขภาพ” เป็นต้น เดี่ยวผมจะกลับมาตรนนี้

เมื่อสักครู่ ผมได้เห็นในคลิปวิดีโอว่า “เครื่องมือ ๔ ชิ้น” หากเราดูใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เขียนว่า คือ “กระบวนการนโยบาย” ดังนั้น สมัชชาสุขภาพที่จริงเป็นชื่อสามัญ คือกระบวนการนโยบายสาธารณะที่ทำให้หลายแบบ สมัยนั้นเราทำ Citizen Dialogue เราหาความรู้ใหม่ๆ มาทำ แต่พอมีสมัชชาสุขภาพเขียนในกฎหมาย และบอกว่าสมัชชาสุขภาพแห่งชาติต้องจัดปีละ ๑ ครั้ง เราไปตีตีคำจนกลายเป็นแบรนด์เป็นรูปแบบตายตัวไปหรือไม่

มีน้องใน สข. บอกผมว่า ตอนนี้มีเครื่องมือนโยบายสาธารณะใหม่ๆ จำนวนมาก แต่เรายังติดคำ เพราะฉะนั้นคำในกฎหมายมันอันตราย อาจารย์มีชัยบอกว่าเอารายละเอียดมาใส่ในธรรมนูญไว้ และทำทุก ๕ ปี ตอนนี้เราก็กียทำทุก ๕ ปี แต่ไม่มีใครรู้จักครับ ไม่มีใครเป็นเจ้าของ ไม่มีใครอ้างถึง ผมจำได้ธรรมนูญฯ ฉบับแรก นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ เป็นประธานกรรมการ มีกรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์แผนไทย เข้ามาร่วมทำธรรมนูญฯ เสร็จแล้วก็นำไปอ้างอิงในการทำงาน ดังนั้น เป้าหมายขณะนี้คือ ทำอย่างไรให้คนเป็นเจ้าของและนำไปใช้ ซึ่งธรรมนูญฯ อาจจะเหลือแค่ ๒-๓ หน้า พอไหม ผมไม่ได้พูดเพื่อชี้ว่าถูกหรือผิด แต่ฝากเป็นโจทย์ไว้ให้ไปพิจารณาดู ไม่เช่นนั้นอีก ๓๐ ปีข้างหน้า มาสมัมนาร่วมกันอีกที ก็จะมีธรรมนูญฯ อีก ๖ ฉบับ แล้วจะมีมูลค่าเพิ่มให้กับสังคมมากขึ้นหรือไม่

หัวใจของการมีธรรมนูญ คือ กำหนดให้มีการคิดเรื่องระบบสุขภาพ
อย่างเป็นพลวัต บนฐานวิชาการเชิงประจักษ์ การมีส่วนร่วม ร่วมเป็น
เจ้าของ และนำไปใช้ ซึ่งการที่จะมีการนำไปอ้างอิง ใช้ประโยชน์กันมาก
น้อยเพียงใด ถือเป็นความท้าทายที่ขอฝากไว้

พรบ.สุขภาพแห่งชาติ 2550 (ต่อ)

13



- กำหนดกลไกดูแลระบบสุขภาพ
แห่งชาติที่กว้างกว่ากลไกดูแล
ระบบการแพทย์และสาธารณสุข
แบบรัฐ + สังคม

“คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ” หรือ “คสช.” เป็นการกำหนด
กลไกดูแลระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่กว้างกว่าระบบการแพทย์และสาธารณสุข
ผมเรียกง่าย ๆ ว่าเป็นกลไก “แบบรัฐ+สังคม” จะเป็นสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา
หรือสี่เหลี่ยม ห้าเหลี่ยมไม่เป็นไร แต่หลักๆ คือ รัฐบวกกับสังคม ไม่เช่นนั้น

นโยบายสาธารณะต่างๆ ที่ออกมาจะโดยรัฐเป็นหลัก แต่แบบนี้ให้สังคมเข้ามาร่วมด้วย โดยกำหนดกลไกและเครื่องมือ คือ “กระบวนการ” ถ้าในกฎหมายเขียนว่า “กระบวนการ” อย่าคิดว่าเป็นเครื่องมือตายตัว อยากให้ท่านไปทบทวนอีกนิดว่า ที่เขียนในกฎหมายได้บังคับว่าต้องทำแบบเป็นเครื่องมือ หรือ Tools หรือ Instrument หรือตายตัวหรือไม่ ยกตัวอย่างเช่น รูปแบบการจัดกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมอาจจะมีอยู่ ๓ แบบ ๕ แบบ หรือ ๑๐ แบบได้ไหม แล้วหากใครจะทำก็พร้อมจะสนับสนุน จำเป็นต้องใช้แบรนด์ “สมัชชาสุขภาพ” เท่านั้นหรือไม่ เพราะในช่วงที่ผมเป็นเลขาธิการฯ เคยมีบางหน่วยงานเขาบอกว่าไม่ชอบคำนี้มันเป็นของ สช. ถ้าสามารถทำนโยบายได้โดยวิธีอื่นๆ จะเข้าร่วมด้วย แต่ถ้าทำด้วยสมัชชาสุขภาพเขาไม่ร่วมด้วย ดังนั้นขอฝากท่านพิจารณาดูสักนิดว่าเราติดกับดักหรือไม่

หน้าที่และอำนาจ คสช. สำคัญมาก

15

ข้อ 1 การกำหนดกรอบและทิศทางระบบสุขภาพแห่งชาติ

= เครื่องมือปฏิรูประบบสุขภาพที่เป็นพลวัต

ข้อ 2 ให้ข้อเสนอแนะให้คำปรึกษาต่อ ครม.

ข้อ 3 และ ข้อ 4 ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (คืองานข้อ 1 ของยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพและแนวคิดทฤษฎีนโยบายห่วงใยสุขภาพ)

ข้อ 5 HIA

ข้อ 6 ทำหน้าที่อื่นที่ ครม.มอบหมาย = ตัวช่วยเสริมงานรัฐบาลในการขับเคลื่อนนโยบาย ที่เกี่ยวกับสุขภาพ/สภาวะ ที่เน้นการมีส่วนร่วม (จุดเด่นของ สช.)

“หน้าที่และอำนาจของ คสช.” สมัยนั้นเป็นกฎหมายฉบับแรกที่ยื่นแบบนี้ เพราะกฎหมายทั่วไป ก่อนหน้านั้นใช้คำว่า “อำนาจและหน้าที่” ในช่วงที่ไปชี้แจงกฎหมาย อาจารย์มีชัยบอกว่า “ต้องมีหน้าที่ก่อนมีอำนาจ” และเป็นฉบับแรกที่ยื่นอย่างนี้ ตอนร่าง พ.ร.บ. เข้าสภา สนช.* ผมจำได้ว่ามีหลายท่านทักท้วงว่า ไม่เหมือนกฎหมายฉบับเดิมๆ ที่เขียนกันคือ “อำนาจและหน้าที่” แต่ในที่สุดเราก็สามารถผ่านมาได้

* สภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๔ ตั้งขึ้นเพื่อทำหน้าที่สภาผู้แทนราษฎร วุฒิสภา และรัฐสภา ภายหลังการปฏิวัติ ๒๕๔๔

หน้าที่และอำนาจของ คสช. คือ

(๑) กำหนดกรอบและทิศทางระบบสุขภาพแห่งชาติ คือเครื่องมือปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติที่เป็นพลวัต เรียกว่า “ธรรมนูญสุขภาพ” และให้ทบทวนอย่างน้อยทุก ๕ ปี จึงมีการตั้งคณะกรรมการจัดทำทุก ๕ ปี ขณะนี้เป็นฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งเล่มนี้ก็สวยงาม ลองอ่านดู คำสละสลวยและกินใจมาก แต่ได้นำไปใช้เป็นกรอบและทิศทางของระบบสุขภาพของชาติจริงหรือไม่ ความเป็นเจ้าของร่วมหรือไม่ แล้วท่านจะปรับอย่างไร ผมจึงเรียนว่า “คสช.” ในยุคของท่านนี้ยาก หายใจไม่นาน ๔ ปีหมดไปแล้ว และธรรมนูญฯ ฉบับนี้ก็ใกล้จะหมดอายุ แล้วจะอย่างไรต่อ ข้อ ๑ นี่ทำทนายเรามาก และกำหนดให้ต้องทบทวนทุก ๕ ปี แสดงว่าเป็นการออกแบบให้เราทำงานเป็นผู้ดูแลให้ครอบคลุมระบบสุขภาพแห่งชาติ ตามสถานการณ์และบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป วันนี้ สช./คสช. ได้ครอบคลุมแล้วหรือไม่ ผมพูดง่าย แต่ท่านทำยาก ผมพูดแบบนี้เพื่อตั้งไข่ไว้ให้ แต่ไม่ได้แปลว่าพอผ่านไป ๑๕ ปี ให้ท่านทำแบบเดิมแบบนี้ละ จะต้องกลับมาทบทวน วันนี้ถือว่าผมมาชวนท่านคิดทบทวน

(๒) ให้ข้อเสนอแนะ คำปรึกษา ต่อคณะรัฐมนตรี ข้อนี้สำคัญมาก มีคนบอกว่าจริงๆ แล้ว คสช. มีหน้าที่เป็นที่ปรึกษาคณะรัฐมนตรีด้านสุขภาพ ซึ่งสุขภาพไม่ได้หมายถึงการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเดียว และเท่าที่เห็น คสช. น่าจะยังไม่ได้ใช้บทบาทนี้นัก ผมคิดว่าข้อ ๒ นี้ ยัง

เป็นโอกาสทองในการทำงาน ที่อาจต้องดึงมาเป็นข้อใหญ่ข้อหนึ่งเลยหรือไม่ เพื่อเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพของรัฐบาล จึงจะถือว่าใช้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติฯ อย่างมีค่า ยิ่งยุคนี้ปัจจัยทางสังคมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพมีมาก หากเทียบเคียงกับ สสส. ที่สนับสนุนทุนในการสร้างเสริมสุขภาพแล้ว พอจะเป็นหุ้นส่วนกันได้หรือไม่

(๓) และ (๔) ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ ส่วนนี้ทำได้กว้างมาก หรือว่าจะรอแค่มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เสนอต่อ คสช. และ ครม. มีมติรับทราบหรือเห็นด้วยแล้วไม่ทำตาม จริงๆ แล้วยังมีเรื่องอื่นอีกจำนวนมากที่เป็นนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งมีทั้งแบบตั้งรับ หรือพัฒนาเป็นแบบเชิงรุกที่เราเสนอเองได้ โดยมีข้อ ๒ เปิดช่องไว้ให้ท่านสามารถสแกนได้เลยว่า มีเรื่องอะไรที่เกี่ยวกับสุขภาพที่ไกลกว่าเรื่องการแพทย์และสาธารณสุข เช่น พยาธิใบไม้ดับ การกินหวานมันเค็ม ผลกระทบโลกร้อนต่อสุขภาพ เป็นต้น

(๕) HIA เป็นทั้งกระบวนการและเครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะแบบหนึ่ง

(๖) ทำหน้าที่อื่นที่ ครม. มอบหมาย ซึ่งในอดีตเคยมีการมอบหมายให้ สช. ทำงานเป็นเลขานุการของกลไกปฏิรูปประเทศ ที่มีคณะกรรมการปฏิรูป (คปร.) ท่านอานันท์ ปันยารชุน เป็นประธาน และคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป (คสป.) มี ท่านอาจารย์ประเวศ วะสี เป็นประธาน โดยการ

ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีมารองรับการทำงานที่ใหญ่กว่าเรื่องสุขภาพ คือการปฏิรูปประเทศ ระยะเวลา ๓ ปี ได้งบประมาณสนับสนุนมากกว่า ๑๐๐ ล้านบาท และขยายเวลาดำเนินการต่ออีก ๓ ปี รวมเป็น ๖ ปี นอกจากนี้ สมัย นพ. พลเดช ปิ่นประทีป เป็นเลขาธิการฯ ท่านได้ดำเนินการของบกลางมาส่งเสริมการทำงานของภาคประชาสังคมในทุกจังหวัด ทั่วประเทศ ดังนั้นข้อ ๖ มีสองแบบ คือ รอรัฐบาลมอบหมาย หรือเราพิจารณาเรื่องที่สำคัญเสนอต่อรัฐบาลเพื่อมอบกลับมาให้ทำ จึงอยากเรียนว่าข้อ ๖ นี้ ถือเป็นโอกาส

ผมมองว่า ขณะนี้ในด้านสุขภาพไม่มีอะไรสำคัญมากเท่ากับการสานพลังกันรับมือสังคมสูงวัย ที่ไม่ใช่แค่เรื่องคนสูงอายุ แต่เป็นเรื่องการรับมือสังคมสูงวัย ในคนทุกวัยและทุกระบบ ซึ่งมีประเด็นการทำงานมากถึง ๑๗-๑๘ ประเด็น วันก่อนผมไปปาฐกถาในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ดูเหมือนเรื่องสังคมสูงวัยเรายังทำกันแบบแยกส่วน เช่น พม. ก็จะเน้นเรื่องกิจการผู้สูงอายุ แต่ยังมีอีกหลายเรื่องที่ยัง

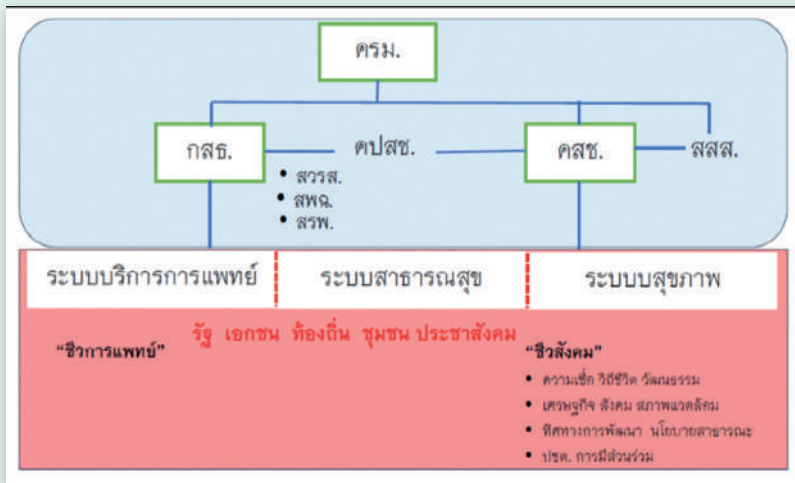


■ อานันท์ ปันยารชุน



■ นพ.พลเดช ปิ่นประทีป

ไม่มีใครขัดเคือง ผมจึงมองว่าเรื่องนี้เป็นโอกาสให้ สช. ได้ทำงานใหญ่ เพื่อสร้างคุณค่าสำหรับประเทศ ซึ่ง สช. ถนัดอยู่แล้วในเรื่องการบูรณาการสานพลัง ผมจึงขอย้ำข้อ ๒ และข้อ ๖ ส่วนเรื่องเครื่องมืออื่นๆ ที่ สช. ทำ ขอให้ทบทวนสำนึก อย่าไปติดเครื่องมือ แต่คิดให้เป็นกระบวนการ โดยอาจจะมีเครื่องมือในชื่อต่างๆ กันไป และเน้นที่กระบวนการนโยบายสาธารณะที่เน้นการมีส่วนร่วม ในเรื่อง Health in All Policies



ภาพนี้ หากมองที่กลไกของรัฐ “กรม.” คือ กลไกบริหารราชการแผ่นดินสูงสุด ส่วนทางซ้ายมือ มีกระทรวงสาธารณสุขและระบบการแพทย์และ

สาธารณสุข “สปสช.” ก็มาทางเรื่องการแพทย์และสาธารณสุข “สวรส.” “สพฉ.” “สธพ.” ก็อยู่ทางซีกนั้น เป็นภาคีหลักของกระทรวงสาธารณสุข เน้น “ชีวการแพทย์” อาจจะมีมาทางชีวสังคมบ้างส่วนหนึ่ง ส่วน “คสช.” อยู่ซีกทางขวาเน้น “ชีวสังคม” เป็นสุขภาพพวงกว้างเหมือนกับ “สสส.” ผมจึงบอกว่า อย่าไปยุ่งทางซ้ายมากนัก จะทำให้เหนื่อย แล้วทางขวาก็ไม่ได้ทำ ที่จริงเพื่อนแค่นี้ยังไม่พอ ยังต้องมีกระทรวงต่างๆ ใน คสช. ที่วางไว้หลายกระทรวง เพื่อให้ร่วมกันคิดร่วมกันทำเรื่องสุขภาพแบบกว้าง คือ “สุขภาพทางสังคม”

กลับมาสุดท้าย ทั้ง “คสช.” และ “สสส.” เน้นเรื่องของสุขภาพทางสังคมและปัญญา เป็นสุขภาพพวงกว้างหรือสุขภาพะ โดยทั้งสองมีคณะกรรมการที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานเหมือนกัน แสดงว่าต้องการยกระดับให้เป็นระดับชาติ ไม่ใช่องค์กรด้านซ้ายที่อยู่ในกลุ่มของกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง แต่จะทั้งกันไม่ได้ กระทรวงสาธารณสุขยังสำคัญมาก ดังนั้นจึงต้องเชื่อมกันไว้

ดูเหมือนว่า หาก “คสช.” และ “สสส.” สามารถจับมือกันได้ และแบ่งบทบาทหน้าที่กันทำ ซึ่งในมาตรา ๕ ของ สสส. กำหนดว่า “ส่งเสริมสุขภาพตามนโยบายสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งมีกองทุน สสส. ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในประชากรทุกวัยตามนโยบายสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ นโยบายสุขภาพแห่งชาติก็คือ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและ

สังคมแห่งชาติ ธรรมนูญว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ แผนสาธารณสุขแห่งชาติ เป็นต้น ส่วนคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หรือ คสช. มีหน้าที่ดูเรื่องนโยบายสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้นมีจุดยึดโยงกันชัดเจน ถ้า คสช. จับมือกับ สสส. และเน้นเรื่องการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพแห่งชาติ ก็จะช่วยให้ สสส. ไม่ต้องทำงานหนักในเรื่องการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย ดังนั้น ถ้าเราทำความเข้าใจกับระดับนายกรัฐมนตรี ที่เป็นประธานของทั้งสองบอร์ด และทั้งสององค์กรได้ จะเป็นนิมิตหมายที่ดีมาก สมัยอดีตรัฐมนตรีทำอย่างนี้ แต่ผมทำไม่สำเร็จ และขณะนี้โอกาสเปิดแล้ว คือเรามีผู้จัดการ สสส. ใหม่ และเลขาธิการ คสช. ใหม่ทั้งคู่ หากคุยกันให้ชัด แบ่งงานกันทำ จะเป็น การเสริมซึ่งกันและกัน จะมีพลังเพิ่มมากขึ้นได้หรือไม่

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)



สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ

- บริหารจัดการเพื่อการสานพลังทุกภาคส่วน
สนองงานตามหน้าที่และอำนาจของ คสช.
- ทำงานใหญ่ไม่ติดกรอบ

สุดท้าย “สข.” มีหน้าที่บริหารจัดการเพื่อสานพลังทุกภาคส่วน ในการสนองงานตามหน้าที่และอำนาจของ คสช. ซึ่งจะขอกลับไปหาคำเดิมของผมในช่วงเริ่มต้น คือ “ สข. ต้องใช้พลังอำนาจอ่อน ๔ ตัว ได้แก่ ศรัทธา ปัญญา ภาคิ บารมี” อาจจะเรียงให้ปัญญาขึ้นมาก่อนก็ได้ เพราะถ้าปัญญาเกิดก็จะสร้างศรัทธาได้ สร้างบารมีได้ โดยที่ต้องมีภาคิมาด้วยเสมอ ผมว่านี่คือ “หัวใจของ สข.” ซึ่งหมายรวมถึงท่านทั้งหลายที่กรุณาเสียสละเข้ามาอยู่ใน คสช. นี้ด้วย

ขอฝาก สข. คือ “ต้องทำงานใหญ่ ไม่ติดกรอบ และถึงเวลาที่ สข. จะลอกคราบ ให้ตัวใหญ่ขึ้นเหมือนงู เหมือนหัวเผือกหัวมัน”

ขอบพระคุณครับ ❖





กขป.

กับหัวใจ ๔ ห้อง

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ

สมาชิกวุฒิสภา

และอดีตเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

บันทึกเทปนำเสนอในการประชุม

คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.)

พื้นที่กรุงเทพมหานคร

วันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

สุขภาพ หมายถึง “สุขภาวะ
ทั้งมิติกายใจ สังคม และปัญญา
เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่าง
สมดุล” ระบบสุขภาพ หมายถึง
“ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่
เกี่ยวข้องกับสุขภาพ”



เกริ่นนำ

พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๐ ถือกำเนิดมาจากข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ หลังรัฐธรรมนูญปี ๒๕๔๐ ด้วยความเชื่อมั่นในแนวทางประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ว่ามีความจำเป็นที่จะต้องเสริมประชาธิปไตยแบบตัวแทน

ภายใต้กฎหมายดังกล่าว นิยามความหมายเรื่อง สุขภาพ ว่าหมายถึง “สุขภาวะ ทั้งมิติกาย ใจ สังคม และปัญญา เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” ระบบสุขภาพ หมายถึง “ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ” เป็นการเปิดมิติเรื่องสุขภาพที่กว้างกว่าเรื่องการแพทย์และสาธารณสุข

กำหนดให้มีกลไกระดับชาติ คือ ”คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ”(คสช.) มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีภาครัฐและภาคสังคมเข้าร่วมเป็นกรรมการ เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพในทิศทางใหม่ที่เน้น ”การสร้างนำซ่อม” และเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในสังคม

เขตสุขภาพเพื่อประชาชน

ปี ๒๕๕๗ คสช. เสนอ ครม. ให้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยเขตสุขภาพเพื่อประชาชน กำหนดให้มี “คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน” (กขป.) เพื่อเป็นกลไกทำงานเกี่ยวกับสุขภาพในเชิงพื้นที่

กำหนดเป็น ๑๓ เขต

โดยมีหลักที่สำคัญว่าเป็นกลไกทำงานแนวราบ เหมือน “เส้นด้าย แนวนอน” ถักทอกับการทำงานของภาครัฐ หน่วยงาน และองค์กรต่างๆ ที่ทำงานอยู่แล้ว เหมือน “เส้นด้ายในแนวตั้ง” เพื่อให้ผ้าเป็นผืนสวยงาม

โดยเชื่อว่าการมีกลไกสานพลังถักทอแนวนอน เมื่อเชื่อมโยงกับการทำงานแนวตั้ง จะทำให้งานต่างๆ ประสบความสำเร็จได้ดีกว่าการต่างคนต่างทำงานในแนวตั้ง

กขป. ประกอบด้วยทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาสังคมและภาคส่วนอื่นๆ เข้ามาทำงานบนหลักคิด “การสานพลังแนวราบ” ไปเชื่อมการทำงานกับกลไกแนวตั้งต่างๆ ไม่ใช่ให้มานั่งคิดงานเอง ทำงานเอง เนื่องจากมีหน่วยงาน องค์กรภาคส่วนต่างๆ ทำอยู่แล้ว

กล่าวได้ว่า กขป. มีหน้าที่เป็น “ช่างเชื่อม” ไม่ใช่ “ช่างทำ”

หัวใจ ๔ ห้องของ กขป.

“หัวใจ ๔ ห้อง” ของ กขป. คือ ศรัทธา ปัญญา ภาคิ มีการเรียนรู้
หนึ่ง มี “ศรัทธา” เชื่อมั่นในความสำคัญของพลังบวก ปชต. แบบมีส่วนร่วม มีทัศนคติเชิงบวก เน้นสานพลังทุกภาคส่วนอย่างเป็นกัลยาณมิตร
สอง ใช้ “ปัญญา” ไม่ใช่อำนาจ อำนาจแก้ปัญหาที่มีความสลับ-

ซับซ้อนไม่ได้ กขป. ไม่มีอำนาจ ไม่มีทรัพยากร งานต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพมีคนอื่นทำอยู่แล้ว กขป. มีหน้าที่สานเชื่อมให้เกิด “พลังรวมหมู่” สำหรับทำงานยากๆ ร่วมกันให้สำเร็จ ไม่คิดงานเอง ทำงานเอง ซึ่งจะไม่สามารถทำได้สำเร็จ

การทำงานแบบนี้ได้ ต้องเน้นใช้ปัญญา ข้อมูล ความรู้ ความรัก ความเข้าอกเข้าใจ สานเสริมเติมพลังในการทำงานต่างๆ ของกันและกัน

ตัวอย่าง ในเขตกรุงเทพมหานครมีการเสียชีวิตและบาดเจ็บปีละเป็นพันเป็นหมื่นคนจากอุบัติเหตุจราจร ในจำนวนนั้น ๘๐% เกิดอุบัติเหตุจากจักรยานยนต์ การแก้ปัญหาเรื่องนี้มีหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทำอยู่แล้วไม่น้อย แต่แก้ไม่สำเร็จ เพราะมีปัจจัยเกี่ยวข้องมากมาย

หาก กขป. คิดทำงานแก้ปัญหาเอง ทำไม่ได้แน่ๆ นอกเสียจากการทำหน้าที่สานพลังเชื่อมโยงทุกหน่วยงาน องค์กร ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เข้ามา ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแชร์ ร่วมแก้ปัญหา ร่วมกันพัฒนา

ยังมีเรื่องที่เกี่ยวข้องกระทบกับสุขภาพอีกมากมาย รออยู่ เช่น ขยะ ชุมชน อาหารการกิน สิ่งแวดล้อม ความเป็นอยู่ของผู้คน ฯลฯ

สาม มี “ภาคี” การต่างคนต่างคิด ต่างคนต่างทำ ทำงานสำเร็จได้ยาก และได้น้อย การชวนกันทำงานอย่างมียุทธศาสตร์ รัฐสถานการณ์กำหนดประเด็นและเป้าหมายที่ต้องการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพให้สำเร็จ

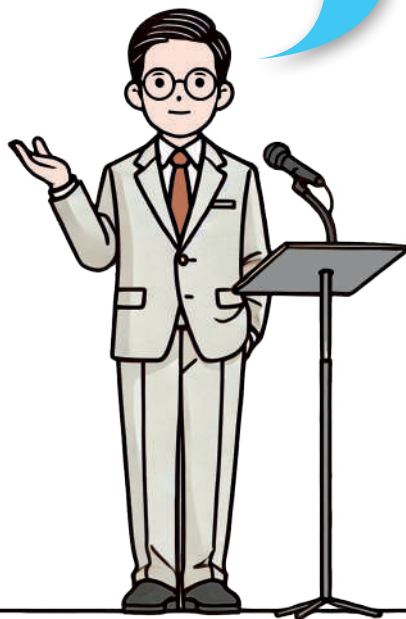


“สร้างพลัง สร้างศรัทธา พัฒนาคุณค่า สช.”

บรรยาย โดย
นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ
สมาชิกวุฒิสภา
และอดีตนายกรัฐมนตรี

ณ ห้องประชุมโรงแรมราวินทรา บีช
รีสอร์ท แอนด์ สปา พัทยา
วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗

การอภิบาลแบบเครือข่ายหรือ
หุ้นส่วน ต้องเน้นการสร้าง
ความเข้าใจ ความไว้วางใจ แสวง
หาจุดร่วม สงวนจุดต่าง เสริมกัน
ให้ทุกฝ่ายได้ประโยชน์และไปด้วย
กันได้



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นองค์กรหนึ่งที่มีการเปลี่ยนผ่านของคนใหม่ๆ เข้ามาทำงานอยู่ตลอดเวลา ทำงานไปได้เกือบสองทศวรรษแล้ว ดังนั้น ถึงเวลาหนึ่งที่ควรทบทวนในทุกๆ ด้าน ขอคุณ สช. ที่เชิญมาจุดประเด็นชวนกันทบทวน ในที่นี้มีน้องหลายคนทำงานมาตั้งแต่ยุคแรกก่อนเป็น สช. คือสมัยที่เป็น สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) และมีน้องๆ รุ่นหลังๆ เข้ามาเพิ่มค่อนข้างมาก จึงเป็นเรื่องดีที่มีการทบทวนเพื่อช่วยกันนำพาองค์กรให้เติบโตไปข้างหน้าได้อย่างสวยงาม

ผมทำงานมาตั้งแต่ยุค สปรส. และ สช. รวมเป็น ๑๗ ปี ตอนนั้นทำหน้าที่เป็นกัปตันที่ลงเล่นพร้อมกับลูกทีม ซึ่งผลการแข่งกันก็เป็นที่น่าพอใจระดับหนึ่ง ตอนนี้เป็นคนนอก การมองอะไรต่างๆ จึงเป็นการมองแบบคนนอกดูคนในเล่น



■ นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ

ผมสิ้นสุดภารกิจ ออกไปเป็นคนดูอยู่นอกสนาม เกือบ ๑๐ ปี สช. เปลี่ยนกัปตันมาแล้ว ๓ คน ได้แก่ คุณหมอฟลเดช ปิ่นประทีป คุณหมอประทีป ธนกิจเจริญ และ คุณหมอสุเทพ เพชรมาก เกมการเล่นก็เปลี่ยนไปมาก บริบทเปลี่ยน มีความท้าทายใหม่ๆ เกิดขึ้น เกมเล่นยากขึ้น แต่ถ้าเป็นการเล่นฟุตบอลก็จะง่ายกว่าเพราะกติกา

เหมือนเดิม เพียงแต่เราต้องวางแผนให้ดี ฝึกซ้อมให้ดี เล่นให้ดีเพื่อให้ทีมชนะ

แต่ในโลกการทำงานจริง สภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ต่างๆ เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เปรียบเสมือนกติกาเปลี่ยนไปด้วย หากเรายังเล่นเหมือนเดิม ทำเหมือนเดิมก็ชนะยากขึ้น หรือขยับขึ้นมาอยู่ในแนวหน้าได้ยาก การเปลี่ยนโค้ช การเปลี่ยนยุทธวิธีการเล่น ก็เป็นวิธีหนึ่งที่เราจะทำให้ขยับมาอยู่แนวหน้าได้ ผมคาดหวังว่า สข. จะสามารถขยับมาเป็นทีมแนวหน้าได้ และสามารถตอบคำถามสังคมได้ว่า “มี สข. ไว้ทำไม” ซึ่งงานนี้อยู่บนไหล่ของ **คุณหมอสุเทพ เพชรมาก** แล้ว

ย้อนไปในสมัยที่เราทำงาน สปรส. ซึ่งมีเป้าหมายอยู่ที่การจัดทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เป็นการทำงานแบบการเคลื่อนไหว (Movement) เพื่อให้ได้มาซึ่งกฎหมายฉบับหนึ่งเพื่อวางทิศทางระบบสุขภาพใหม่ ที่เรียกว่า “สร้างนำซ่อม” ซึ่งยังเป็นหัวใจที่สำคัญอยู่จนถึงทุกวันนี้ มีผู้คนจำนวนมากเข้ามาร่วมคิดร่วมเขียนร่วมผลักดันกฎหมายฉบับดังกล่าว หลังจากที่มี

กฎหมายและเกิดองค์กร สข. แล้ว ก็เป็นยุคลงหลักปักฐาน (Establishment) เริ่มมีความตายตัว และมีข้อจำกัดในการทำงานเกิดขึ้น ส่งผลให้ความสุขและสีสันในการทำงานลดลง แม้ว่าจะงานที่ทำจะหนักแต่ก็ไม่มีพลัง



■ นพ.สุเทพ เพชรมาก

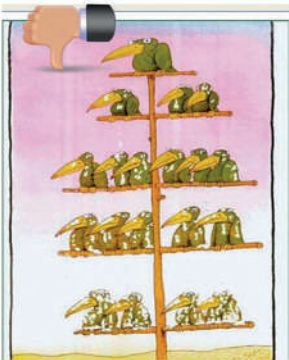
พอสำหรับขับเคลื่อนงานใหญ่ให้เป็นที่ประจักษ์ต่อสังคมได้ จนมีคนตั้งคำถามว่า “มี สข. ไว้ทำไม” คุณหมอสุเทพเข้ามาบริหารในช่วงเวลาที่ยากลำบาก ซึ่งอยู่ที่พวกเราต้องช่วยกันคิดให้ทะลุ อย่าทำงานไปวันๆ ตามงบประมาณที่ได้รับ แบบต่างคนต่างทำไปเรื่อยๆ

๑. การอภิบาลโดยรัฐ

๒. การอภิบาลโดยตลาด

๓. การอภิบาลแบบเครือข่าย

คุณลักษณะของการอภิบาล ๓ รูปแบบ



รูปแบบ “เน้นสนับสนุนให้เธอ”



รูปแบบ “เน้นคุณทำเอง”



รูปแบบ “เน้นเรามาทำด้วยกัน”



คุณลักษณะของการอภิบาล ๓ รูปแบบ

เรื่องแรกที่ขอฟุดถึงคือ เรื่องการอภิบาล หรือการบริหารจัดการในสังคม สรุปลง่ายๆ ได้ ๓ แบบ ได้แก่

๑. การอภิบาลโดยรัฐ เป็นการจัดการด้วยระบบและโครงสร้างแบบอำนาจ ใช้กฎหมาย กฎเกณฑ์ กติกา กลไกต่างๆ เข้ามากำหนด เน้นการสั่งการบนลงล่าง ยึดแบบแผนตายตัว ยึดหยุ่นน้อย ได้ผลน้อยกับเรื่องที่ซับซ้อนและหลากหลาย ประสิทธิภาพต่ำ ปรับตัวช้า เกิดความไม่ไว้วางใจกัน เกิดนวัตกรรมใหม่ๆ ได้ยาก

แนวคิดการเกิด สข. ที่มีกฎหมายเฉพาะ ให้ทำหน้าที่เป็นหน่วยเลขานุการของ คสช. ไม่ได้เป็นส่วนของราชการ แม้ว่าอยู่ในโครงสร้างการอภิบาลโดยรัฐ แต่ปรัชญาการมีกฎหมายนี้ก็เพื่อการทำงานส่งเสริมสนับสนุนมากกว่าหน่วยงานรัฐที่เป็นส่วนราชการโดยทั่วไป

๒. การอภิบาลโดยตลาด ไม่ต้องมีโครงสร้างแบบราชการ ซึ่งเป็นการทำงานแบบภาคเอกชนที่มีทั้งรูปแบบนิติบุคคลต่างๆ มีสมาคม มีสภาหรือกลุ่มเฉพาะที่รวมตัวกันเพื่อผลประโยชน์ทางธุรกิจ เช่น ธุรกิจบริการด้านสุขภาพ หรือธุรกิจกาแพอเมซอน สามารถคิดและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพก้าวหน้ามาก ปรับตัวตามการเปลี่ยนแปลงของบริบทแวดล้อมต่างๆ ได้ดีและเร็วกว่า

๓. การอภิบาลโดยเครือข่ายหรือการอภิบาลแบบหุ้นส่วน เป็นงานทำงานที่มีการสานเสริมเชื่อมกันเพื่อตั้งศักยภาพของทุกฝ่ายมาร่วมกันทำเป็นลักษณะการทำงานที่ทำหาย สข. มากที่สุด ต้องเชื่อมการทำงานทั้ง ๓ ภาคส่วนเข้าด้วยกัน คือ (๑) ภาครัฐ ได้แก่ หน่วยงานของรัฐ องค์กรอิสระต่างๆ ฝ่ายนิติบัญญัติ รวมถึงองค์กรของรัฐที่ไม่ใช่ราชการ (๒) ภาคธุรกิจ ได้แก่ องค์กรที่ประกอบธุรกิจทุกระดับ สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สมาคมธนาคารแห่งประเทศไทย สมาคมธุรกิจการท่องเที่ยว เป็นต้น และ (๓) ภาคประชาสังคม ปัจจุบันมีเป็นจำนวนมาก ทั้งที่เป็นนิติบุคคล มูลนิธิ สมาคม สภาวิชาชีพ องค์กรชุมชน กลุ่มคนต่างๆ อีกมากมาย ซึ่งต้องวิเคราะห์และทบทวนอยู่เสมอ

การอภิบาลแบบเครือข่ายหรือหุ้นส่วน ต้องเน้นการสร้าง ความเข้าใจ ความไว้วางใจ แสวงหาจุดร่วม สงวนจุดต่าง เสริมกันให้ทุกฝ่ายได้ประโยชน์และไปด้วยกันได้ การทำงานของ สข. ต้องใช้การอภิบาลแบบนี้ ซึ่งไม่ค่อยมีใครทำ ดังนั้น สข. ต้องทำให้เก่ง ให้เชี่ยวชาญเรื่องนี้

ผมคิดว่า สข. ควรมีกระบวนการเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องคุณค่าและปรัชญาในการทำงานขององค์กร ตามแนวทางการอภิบาลแบบหุ้นส่วน ให้กับบุคลากรของ สข. เช่น มีการสรุปความรู้ของผู้ทรงคุณวุฒิในเวทีต่างๆ การสรุปสาระสำคัญของการทำงานต่างๆ ซึ่งมีอยู่มากมาย

และเกิดขึ้นใหม่ตลอดเวลา รวมไปถึงวิธีการทำงานต่างๆ เพื่อให้บุคลากรได้เรียนรู้และพัฒนาการทำงานไปตลอดเวลาของการทำงาน รวมไปถึงการจัดระบบเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ทำให้เข้มข้น เฉพาะเจาะจง พิถีพิถัน ไม่ผิวเผินหรือฉาบฉวย หรือปล่อยให้ทำงานกันไปเรื่อยๆ จนการอภิบาลอาจผิดเพี้ยนไปโดยไม่ตั้งใจ

บทความใน นิตยสารสานพลัง ปีที่ ๑๓ ฉบับที่ ๑๖๓ พฤษภาคม ๒๕๖๗ เลขาธิการคนปัจจุบันได้กล่าวว่า **“เราลงทุนพัฒนาระบบการแพทย์เพื่อสร้างโรงพยาบาล มียา มีครุภัณฑ์อุปกรณ์การแพทย์ราคาแพงมากมายแค่ไหน กลับช่วยให้คนมีสุขภาพดีได้เพียงแค่ ๙% ขณะที่สาเหตุปัจจัยหลัก ๗๕ % ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม”** สมัยก่อนผมก็พูดเรื่องนี้ พูดถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพสามด้าน คือ **ด้านแรก** เรื่องคนและพฤติกรรม **ด้านที่สอง** ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และ **ด้านที่สาม** คือสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสภาพแวดล้อมต่างๆ รวมไปถึงระบบนโยบายต่างๆ หรือที่เรียกว่าบริบท ซึ่งเป็นเรื่องที่เราพูดกันมานานแล้ว

งานของ สช. เราทำเกี่ยวกับระบบและสภาพแวดล้อมเป็นหลัก เกี่ยวข้องกับเรื่องต่างๆ เช่น เรื่อง **“ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ”** (Health in All Policies) เรื่อง **“การพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ สุขที่เน้นการมีส่วนร่วม”** (Participatory Healthy Public Policies)

“การมีส่วนร่วมทางสังคมเพื่อสุขภาพและสุขภาวะ” (Social Participation for Health & Well-Being) มีความสำคัญและเป็นงานใหญ่และยาก เพราะฉะนั้นบุคคลากรของ สช. ต้องรู้ให้ชัด รู้ให้ลึกซึ้ง

ผมตั้งข้อสังเกตว่า งานที่เราทำมาทั้งหมดนี้คนภายใน สช. ได้เรียนรู้กันมาน้อยแค่ไหน ควรต้องหาวิธีการเพื่อสร้างเรียนรู้อย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง โดยเฉพาะนักวิชาการ ผู้ชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหาร เลขธิการ รองเลขธิการ ต้องเข้าใจอย่างลึกซึ้งไปด้วยกัน ไม่ทำงานแบบ ซินๆ ไปกับงานเดิมๆ หรือคุ้นชินกับการทำงานด้านสาธารณสุข หรือการบริหารจัดการแบบอบิบาลโดยรัฐ เป็นต้น ซึ่งเป็นการสร้างพลังขึ้นภายใน เพื่อการสร้างศรัทธาไปพร้อมๆ กันด้วย เพื่อเราจะได้ตระหนักร่วมกันอยู่ตลอดเวลา ว่าเรากำลังทำงานใหญ่และงานสำคัญอยู่ ส่วนเรื่องเงินเดื่อนนั้น เป็นเพียงส่วนประกอบที่องค์กรตอบแทนให้เท่านั้น เราไม่ได้ทำงานเพื่อเงินเดื่อนเท่านั้น

ยกตัวอย่าง ล่าสุดสมัชชานามัยโลกรับมติตามข้อเสนอของไทย และประเทศภาคี เรื่อง **“Social Participation for UHC, Health and Well-Being”** เรื่องนี้ใหญ่มากสำหรับ คสช. และ สช. เลยทีเดียว เพราะเป็นข้อเสนอของประเทศไทยที่กลั่นมาจากประสบการณ์การทำงานจริงของไทย โดย สช. และองค์กรภาคีหลักต่างๆ มีบทบาทสำคัญมาก และเมื่อ ๒ ปีที่แล้ว ก็มี Geneva Charter ออกมา พูดถึงเรื่องสุขภาพ หรือสุขภาวะ

๔ มิติ ว่าประกอบด้วย Physical, Mental, Spiritual and Social ตรงกับนิยามเรื่องสุขภาพตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ที่เราปักหลักทางกฎหมายและขับเคลื่อนกันมาเกือบ ๒๐ ปีแล้ว

คำถามคือ พวกเรารับรู้เรื่องสำคัญเช่นนี้มากน้อยแค่ไหน ควรมีการสื่อสารให้บุคลากรภายในและภาคีเครือข่ายรับรู้และร่วมกันหาทางใช้ประโยชน์ต่อยอดการทำงานของประเทศไทยได้อย่างไร โดยควรมีแผนการขับเคลื่อนให้ชัด เนื่องจากเป็นเรื่องใหม่และเป็นกระแสดับสากลเลยทีเดียว

ที่ผ่านมา สช. เราทำงานสอดคล้องกับกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพตามข้อเสนอใน Ottawa Charter ปี ๒๕๒๙ ใน ๓ ข้อแรก มาโดยตลอด รวมถึงสอดคล้องกับเรื่อง Social Determinants of Health, Health in All Policies, HIA เป็นต้น แต่หลังจากที่เรามีกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ เราไปติดกับดักของตัวเอง มุ่งทำงานตามเครื่องมือต่างๆ ที่ระบุอยู่ในกฎหมายเท่านั้นหรือไม่ ตรงนี้ต้องช่วยกันทบทวนดูด้วย

ใน รายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. ๒๕๖๗ ซึ่งวารสารนี้ทำกันมานานกว่า ๑๐ ปีแล้ว ผู้สนับสนุนหลักคือ สสส. สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล เป็นแกนทำงาน สช. เป็นองค์กรเข้าไปร่วม โดยในยุคหนึ่งมี อาจารย์หมอวิชัย โชควิวัฒน์ เป็นประธานชี้ทิศทาง ผมเคยเป็น



■ ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล

ประธานอยู่ช่วงหนึ่ง ปัจจุบันมี **อาจารย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล** เป็นประธาน เนื้อหาฉบับล่าสุดว่า ด้วยเรื่องของความเครียด มีการนำเสนอข้อมูลวิชาการที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และมีเรื่องการทำตัวชีวิตด้านสุขภาพใหม่ออกมา ทุกปี ไม่หยุดอยู่แค่โรคหรือการเจ็บป่วยแบบเดิม ขยายปริมณฑลเรื่องสุขภาพกว้างตามกรอบของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เลย ซึ่ง สช. สามารถนำ

มาต่อยอดในการทำงานได้มากมาย โดยเราควรหันมาขับเคลื่อนประเด็นหลักๆ ที่เป็นเรื่องใหญ่ๆ เรื่องใหม่ๆ ทั้งขาขึ้น (นโยบาย) และขาเลื่อน (นโยบาย) โดยไม่ติดเครื่องมืออะไรที่ตายตัวเท่านั้น

ในวาระฉบับที่ผมกล่าวถึง นำเสนอเรื่องเด่น คือ **“ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ”** ผมว่าความสำคัญไม่ได้อยู่แค่ตัวธรรมนูญในกระดาษ แต่ต้องไปให้ทะลุสู่การเป็นรูปธรรมและเกิดของจริงกับสังคม สรุปตรงนี้ ผมขอฝากให้มองเรื่องสำคัญต่างๆ ทำนองนี้ ซึ่งเรามีอยู่ใกล้ๆ ตัวเราทั้งนั้น ขอให้นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการทำงานขึ้น ถ้าเราคิดเองไม่ทะลุ ต้องระดมคนอื่นมาช่วยคิด ดีหรือไม่



ภาพฉายนี้ได้พุดกับ คสช. เมื่อวันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๗ ขอนำมาสรุปตรงนี้อีกที ว่า คสช. ซึ่งมี สช. ทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการ ต้องมี ๔ คาถา ประกอบด้วย

๑. ศรัทธา นื่องๆ ที่มาทำงานที่นี้มีความศรัทธาในการทำงานหรือไม่ ตอบได้ไหมว่าเจตนารมณ์ของการมี พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติคืออะไร คุณค่าเพิ่มกับสังคมจากเราคืออะไร งานหลักของเราคืออะไร เรามียุทธศาสตร์อะไร ตอนนี้เราอยู่ตรงไหนแล้ว เป็นต้น เราารู้สึกศรัทธาอะไรต่อการกิจของ สช. ไม่ใช่ตอบได้แค่เครื่องมือที่เราทำ ขอให้เราใช้วิธีคิดแบบกาแฟอเมซอน ที่มุ่งเน้นเรื่องการเติบโตไปด้วยกัน

๒. ปัญญา สุข. ต้องมีหน้าที่พัฒนาคนทุกคนของ สุข. ให้มีความพร้อม เวลาคุณจะไปพูดที่ไหน ต้องสามารถพูดได้อย่าง Smart พูดให้คนอื่นเข้าใจได้ว่างานของ สุข. คืออะไร เราต้องไม่ทำงานเหมือนไก่ที่คอยแต่จิกหากินเล็กๆ ไปตามพื้นดินไปวันๆ เราต้องยกระดับสมรรถนะให้สามารถบินได้ อย่างน้อยก็เป็นนกกระจอกบินได้ระดับหลังคาบ้านเพื่อจะได้มองเห็นในมุมกว้าง ถ้าบินได้สูงขึ้นไปอีกก็เป็นนกพิราบ สามารถบินข้ามหมู่บ้านได้ หรือถ้าคุณเป็นระดับหัวหน้า คุณต้องบินได้ในระดับบนกอินทรีหรือเหยี่ยว สามารถมองเห็นข้ามภูเขาเลย แต่เวลาจะต้องมองใกล้ ก็บินลงมามองได้ อย่างแหลมคมแม่นยำ เมื่อไหร่ก็ตาม ถ้าเรามีคนในองค์กรเป็นไก่กันมากๆ พลังร่วมจะน้อย ไม่ได้หมายความว่าให้ทุกคนต้องเป็นนกพิราบหรือเป็นเหยี่ยวทั้งหมดนะครับ

ขอกลับมาพูดถึงกาแฟอเมซอนอีกสักนิด เมื่อก่อนไม่มีใครรู้จักกาแฟอเมซอน รู้จักแต่บีนน้ำมัน ปดท. ว่าห้องน้ำสะอาด เมื่อเข้าบีนนี้ ใกล้ๆ ห้องน้ำมีร้านกาแฟอเมซอน แต่งร้านง่ายๆ ดูดี ราคาไม่แพงเวอร์ คนก็เริ่มเข้าร้าน ไปบีน ปดท. ที่ไหนก็เจออเมซอน คนค่อยๆ รู้จักเพิ่มขึ้นๆ ปัจจุบันเขาขยายเป็นร้านกาแฟ Stand Alone ทำสวยขึ้น ไม่ใช่แค่รูปแบบเดิมๆ เท่านั้น เขาไปเปิดในที่ต่างๆ มากขึ้น ให้คนอื่นช่วยลงทุน ช่วยกันทำ ได้ด้วยกัน ได้ด้วยกัน

สข. เราเรียนรู้อะไรจากเขาเพื่อนำมาปรับยุทธศาสตร์การทำงานของเราได้บ้างหรือไม่?

เราควรทบทวนครั้งใหญ่ เพื่อไม่ให้ทุกคนมัวแต่ไล่จิกกินอาหารกันไปวันๆ จนเหนื่อยและเกิดความเครียด งานบางอย่างต้องกล้าเลิกทำ กล้าเปลี่ยนแปลง ไม่ทำแบบเดิมๆ หรือทำแล้วได้ผลน้อยหรือได้ผลไม่คุ้มค่าที่ลงไป กาแฟเมซอนเริ่มด้วยสาขาเดียว พอจับมือกับ ปตท. กระจายไปทั่ว ตอนนี้เปิดให้คนอยากร่วมลงทุนเข้ามาร่วม ไปเปิดที่อื่นๆ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เริ่มไล่หลังหายใจรุดตันคอร้านกาแฟข้ามชาติได้แล้ว

สข. กำลังถูกตั้งคำถาม และในขณะที่เดียวกันคุณก็ทำงานไม่มีความสุข และทำได้ไม่สำเร็จตามเป้าหมายใหญ่ที่ควรจะเป็น อย่างที่ผมขิ้นตันไว้ว่ากีฬาฟุตบอลซึ่งเดี๋ยวนี้นักเตะเก่งขึ้นมาก สิ่งสำคัญคือการมีการวางแผนดี เทคนิคดี ไค้ซดี และมีการฝึกฝน มีการใช้วิทยาศาสตร์เทคโนโลยีเข้ามาช่วย วันนี้ เรามีวิทยาการเทคโนโลยีเข้ามาช่วยการทำงานได้มาก เราต้องรู้จักนำมาใช้อย่างชาญฉลาด ให้สมกับการเป็นองค์กรระดับชาติที่เฉลียวฉลาด

เวลาที่เราไปทำงานที่ไหน ภาพลักษณ์และบุคลิกภาพภายนอกก็เป็นเรื่องสำคัญ ต้องดูดี ไม่ซ้ำเหมาเกินไป บางครั้งคน สข. ซ้ำเหมามากเกินไปสักหน่อย แต่ที่มากไปกว่านั้นคือความรู้ ความเชี่ยวชาญในเนื้อหาสาระของงาน สามารถแสดงให้เห็นคนอื่นเข้าใจ คือนำเสนอเก่ง ให้ความเห็นหรือ

ข้อเสนอได้ดี มีรูปธรรมและยกตัวอย่างได้ การสื่อสารต้องกระชับ ชัดเจน มีเนื้อหาสาระสำคัญครบถ้วน จะช่วยสร้างการจดจำที่ดีได้ และเป็นการสื่อสารองค์กรไปในตัวด้วย ซึ่งเรื่องเหล่านี้ต้องมีการฝึกฝนทุกระดับอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

๓. ภาคิ งานของ สช. ต้องอาศัยภาคิ ถ้า สช. ขาดภาคิก็ม้วนเสื่อได้เลย **คุณหมอสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ** เคยวิเคราะห์ไว้ว่า กระทรวงสาธารณสุขมีกฎหมายเป็นอำนาจ, สปสช. มีเงินเป็นอำนาจ, สสส. มีเงินและภาคิเป็นอำนาจ, สช. มีอย่างเดียวที่จะเป็นอำนาจได้ ก็คือ “ภาคิ” งานของเราจึงจะสำเร็จ ไม่ใช่มีอำนาจเหนือภาคิ แต่ภาคิคืออำนาจของเรา เราต้องมีภาคิในทุกภาคส่วน รัฐ เอกชน วิชาการ สังคม ทั้งในและต่างประเทศ ทั้งในรูปองค์กรและบุคคล

สิ่งที่ สช. ต้องวิเคราะห์ทบทวน คือ เรามีภาคิกว้างขวางเพียงพอหรือไม่ เพื่อนเก่ายังคิอยู่หรือไม่ มีเพื่อนใหม่เพิ่มมากพอไหม มีการบริหารความสัมพันธ์ภาคิอย่างไร ตรงนี้สำคัญมาก ทั้งระบบฐานข้อมูลภาคิ ระบบปฏิสัมพันธ์ในมิติต่างๆ การร่วมทุกข์ร่วมสุข ร่วมงานเขา ร่วมงานเรา ฯลฯ ผมเคยถามน้องใหม่ๆ ที่ สช. ที่รับผิดชอบงานบางอย่างอยู่ ว่าเขารู้จักองค์กรนี้ไหม รู้จักคนนี้ไหม ที่เคยทำงานกับ สช. อย่างใกล้ชิดในอดีต เขาตอบว่าไม่รู้จักเลย ก็รู้สึกว่าเป็นอาการที่น่าเป็นห่วง

ผมคิดว่า เรื่องนี้เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่ควรมีการทบทวนและปรับระบบการบริหารความสัมพันธ์ภาคีกันอย่างขนานใหญ่

๔. บารมี ไม่มีใครหรือองค์กรใดจะมีบารมีเกิดขึ้นมาได้ลอยๆ พระพุทธเจ้าก็ไม่ได้มีบารมีเกิดขึ้นมาลอยๆ องค์กรใดๆ จะเกิดบารมีได้ต้องมีองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ การมีกฎหมายรองรับ (Legitimacy) สข. มี พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ รองรับ แต่ก็ไม่พอ เราจะเห็นได้ว่าองค์กรบางแห่งก็มีกฎหมายรองรับ แต่คนไม่เชื่อมั่น ไม่ศรัทธา ไม่ยอมรับ ก็ไม่มีบารมี องค์กรจะต้องมีผลงานที่มีคุณค่าแก่สังคมเป็นที่ประจักษ์จึงจะมีเครดิต (Creditability) และมีผลงานรายเดือน รายปี ไปทำรายงานประจำปีได้ ก็ยังไม่พอ ต้องมีผลดีต่อผู้คนและสังคมเป็นที่ประจักษ์ด้วย น่าเชื่อถือ ไว้วางใจ องค์กรจึงจะได้รับการยอมรับ (Acceptability) ซึ่งจะกลายเป็นบารมีขององค์กรนั้นๆ ตามมา

สข.เป็น “องค์กรสร้างคุณ” ไม่ใช่ “องค์กรให้โทษ” โอกาสสร้างบารมีจะง่ายกว่า

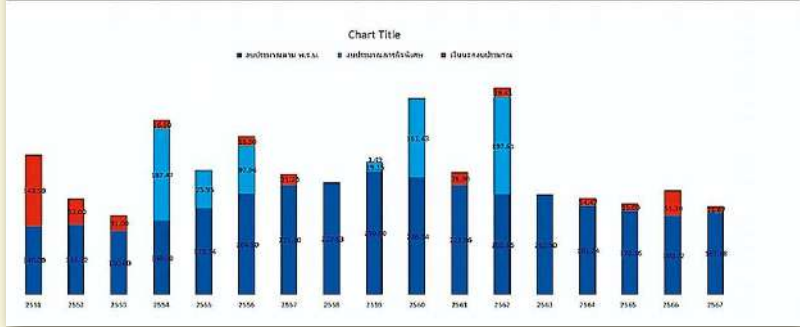
ฝาก คบ.สช. (17 พ.ค.2567)



1. สช. เงินน้อย	→	ต้องมีเพื่อนมาก
2. สช. งานยาก (นามธรรม)	→	ต้องสร้างรูปธรรม
3. โลกพลิกผัน (ยุค เร็ว ไร้พรมแดน วาบไหวย ไม่แน่นอน)	→	ต้องจับประเด็นปัจจุบัน (Current Issues) วิธีท างานใหม่ๆ, งาน ใหญ่ๆ ไม่หุ้ยมหุ้ม, สร้างการมีส่วนร่วม ใหม่ๆ สื่อสารใหม่ๆ
4. การจัดการที่ดี	→	“WE CAN”

ภาพนี้ ผมนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหาร สช. (คบ.) ไปเมื่อวันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๗ ได้กลับมานั่งทบทวน เห็นว่า เมื่อ “สช. เงินน้อย ต้องมีเพื่อนมาก” ดังกล่าวไปแล้ว แต่การมีเพื่อนมากอย่างเดียวไม่พอ เพราะในโลกความเป็นจริงก็ต้องมีเงินด้วย จึงขอเสนอการใช้ยุทธศาสตร์ ที่ให้องค์กรหนึ่งเป็นเจ้าภาพ และอีกองค์กรหนึ่งเป็นเจ้ามือ ก็คือการทำงาน แบบหุ้นส่วน ไม่ต้องลงทุกอย่างเท่ากัน แต่ลงสิ่งที่มีมากกว่า หรือที่เป็น จุดแข็ง

งบประมาณได้รับจากสำนักงบประมาณตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2551-2567																	หน่วย (ล้านบาท)	
ปีงบประมาณ	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564	2565	2566	2567	
เงินอุดหนุนเฉพาะกิจ	143.59	52.00	31.00	16.50		16.30	21.70		1.49	26.00	19.41			14.47	15.00	51.30	11.67	
งบบริหารงานทั่วไปพิเศษ				187.47	75.95	97.99			19.15	101.43							197.61	
งบพัฒนาสุขภาพ พ.ศ.	340.00	143.12	130.00	150.00	175.24	204.50	223.10	227.43	250.00	236.74	232.94	202.85	202.90	181.34	170.16	160.22	167.58	
รวม	283.59	195.12	161.00	353.97	251.69	320.76	244.80	227.43	270.64	396.17	248.36	419.27	202.90	195.71	185.16	212.02	379.35	



ขอพูดถึงเรื่องงบประมาณ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ สข. ได้รับงบประมาณจำนวน ๑๔๐ ล้านบาท และยังมียกงบประมาณเดิมที่เหลือสะสมในสมัย สปรส. อีกประมาณ ๑๔๓ ล้านบาท สมัยนั้นเราใช้เงินประหยัดกันมาก ต่อมาในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๔ เรามีภารกิจใหญ่ที่รัฐบาลมอบหมายให้ทำ คือเป็นองค์กรแกนขับเคลื่อนเรื่องการปฏิรูปประเทศ เราได้รับงบประมาณเฉพาะภารกิจเพิ่มมาทำงานพิเศษ ทำให้เราได้งบประมาณเพิ่มขึ้นมาค่อนข้างมาก ข้อมูลบุคลากรของ สข. ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ เรามีพนักงานประจำอยู่ประมาณ ๕๐-๖๐ คนเท่านั้นเอง ซึ่งวันนี้เงินเดือนของทุกคนสูงขึ้นมาก เราวางกรอบเงินเดือนพนักงานสูงกว่าราชการมากพอสมควร คำถามก็คือเมื่อเงินเดือนสูงขึ้น แล้วสมรรถนะสูงขึ้นทันกัน

ใหม่ หรือยังทำงานคล้ายๆ เดิม หรือทำงานแบบแยกส่วนกันทำหรือทำงานเล็กกว่าเดิม ขอฝากเป็นคำถามท้าทายน้องๆ สข. ทุกคน

เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๙ เราได้รับงบประมาณจำนวน ๒๕๐ ล้านบาท ก็ถือว่าตอนนั้น สข. ได้งบประมาณเพิ่มขึ้นมากพอสมควร แต่เมื่อมาดูข้อมูลหลังปี พ.ศ. ๒๕๕๙ จะเห็นว่า สข. ได้งบประมาณลดลงมาก ซึ่งหากได้รับงบประมาณเท่าเดิมก็แย่แล้ว เพราะค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรเพิ่มขึ้นทุกปี จำนวนคนเพิ่ม ตำแหน่งเพิ่มสูงขึ้นส่งผลให้งบประมาณด้านบุคลากรเพิ่มสูงขึ้นมาในยุคที่ **คุณหมอพลเดช ปิ่นประทีป** เป็นเลขาธิการ ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ สข. ได้รับเงินโครงการเฉพาะกิจ ทำให้มีเงินเพิ่มขึ้นและมีคนมาทำงานนั้นเพิ่มขึ้น

แต่หลังจากนั้น งบประมาณที่ สข. ได้รับก็ลดลงเรื่อยๆ ซึ่งถ้าปล่อยให้เป็นอย่างนี้ไปเรื่อยๆ สข. คงอยู่ยาก ทำงานยาก ในขณะเดียวกันก็ถูกตั้งคำถามจาก สส. ว่ามี สข. ไว้ทำไม สถานการณ์ที่ยากลำบากอย่างนี้ คนทั้งองค์กรต้องรับรู้ ไม่ใช่รู้แค่สำนักยุทธศาสตร์หรือผู้บริหารเท่านั้น

นอกจากนี้ การได้รับงบประมาณลดลงทำให้สัดส่วนของงบบุคลากรสูงขึ้น เกิน ๓๐% ซึ่งก็มีการหาเงินพิเศษมาเพิ่มด้วยการทำโครงการเล็กๆ ขอเงินจากองค์กรต่างๆ มาทำงาน โดยใช้บุคลากรของ สข. ไปทำงานโครงการเล็กๆ เหล่านั้น ก็เป็นการเอาคนของ สข. ที่มีน้อยและเงินเดือนสูง

ไปทำงานโครงการย่อยๆ ที่ไม่ใช่งานหลัก (Core Business) ของ สข.หรือไม่ ที่จริงความพยายามหาแหล่งเงินมาเติม ก็เป็นเรื่องที่ดี แต่การบริหาร ควรพิจารณาให้ดี ควรหาวิธีการที่ไม่กระทบภารกิจหลักขององค์กร

เราสามารถจัดการกับความท้าทายต่างๆ ประการแรกคือ ทำอย่างไร ให้งบประมาณของเราเพิ่มขึ้น ซึ่งเมื่อผมนั่งดูข้อมูลเปรียบเทียบข้อมูลใน ปีงบประมาณ ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ เห็นว่างบประมาณภาพรวมของประเทศคือ ๒.๓๙ ล้านล้านบาท สข. ได้รับงบประมาณอยู่ที่ ๒๕๐ ล้านบาท และในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ งบประมาณภาพรวมของประเทศคือ ๓.๓ ล้านล้านบาท (เพิ่มขึ้นจากเดิมประมาณ ๔๐%) แต่ สข. กลับได้รับงบประมาณเพียง ๑๖๗ ล้านบาท (ลดลงจากเดิม ๓๓%) สำนักงานงบประมาณคงเห็นความผิดปกติงานของเราแน่นอน หรือเราชี้แจงอะไรไม่ได้ เขาเห็นว่าเราย่ำเท้าอยู่กับที่หรือเปล่า เรามุ่งให้ความสำคัญที่กระบวนการ ไม่สามารถแสดงผลงานหรือผลิตภาพที่ชัดเจนหรือไม่ หรือเราทำได้ดีแล้ว แต่อธิบายเขาไม่ได้ ซึ่งถ้าในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ และปีต่อไป เป็นเหมือนๆ เดิม อะไรจะเกิดขึ้น จึงถึงเวลาแล้วที่ทุกคนในองค์กรต้องตระหนัก และสมุหวิคิดกันให้ได้ว่าจะปรับ ยุทธศาสตร์และการทำงานกันอย่างไร ไปซึลๆ แบบเดิมๆ ไม่ได้แล้ว

ที่ผ่านมา เราเน้นสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ ซึ่งผู้ที่อยู่ในกระบวนการข้างขึ้นเราเรียกว่า คณะกรรมการจัดสมัชชาฯ แล้ว มีอีกคณะหนึ่งทำหน้าที่ขับเคลื่อนๆ เราน่าจะต้องทบทวนว่าคณะกรรมการ

ควรมีชุดเดียว ดูงานทั้งวงจรนโยบายจะดีกว่าไหม พัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายให้ครบวงจรให้เกิดผลที่เป็นรูปธรรมต่อสุขภาพหรือสุขภาวะอธิบายได้ จับต้องได้

ถึงวันนี้เรามีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเกือบ ๑๐๐ เรื่องแล้ว เราจะหมุนให้มิติเคลื่อนเป็นจริงได้อย่างไรแค่ไหน ประเมินความสำเร็จได้อย่างไร ต้องช่วยกันคิดใหม่ทั้งหมด ซึ่งรวมไปถึงงานอื่นๆ ด้วย ไม่ใช่แค่เรื่องสมัชชาสุขภาพเท่านั้น

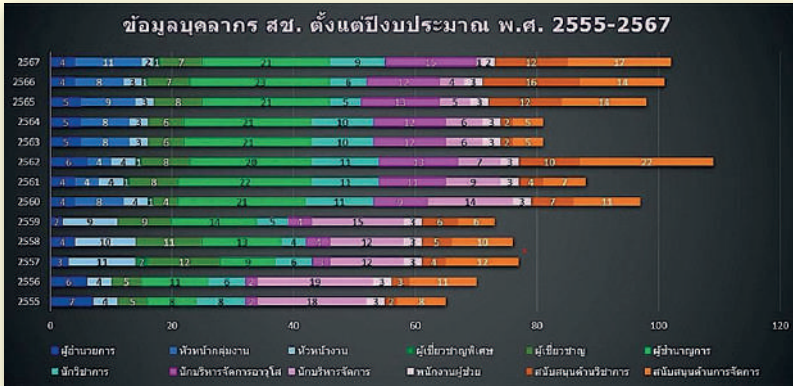
ขอยกตัวอย่าง เรื่องการขับเคลื่อน พ.ร.บ. อากาศสะอาด หรือการจัดการกับ PM2.5 จำได้ว่าเคยมีมติเรื่องการแก้ปัญหาหมอกควัน ซึ่งเป็นข้อเสนอมาจากภาคีภาคเหนือเมื่อ ๑๐ กว่าปีก่อน จนได้มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ นำเข้า คสช. เสนอ ครม. รองนายกรัฐมนตรีผู้เป็นประธาน คสช. เคยเชิญประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนเรื่องนี้ แต่ต่อมาเราเจียบหายไปในขณะที่ปัญหารุนแรงขึ้น ทั้งภาคเหนือและภาคอื่นๆ รวมถึงในกทม. ด้วย กลายเป็นปัญหาที่ใหญ่มาก มีหน่วยงานและภาคีต่างๆ เข้าเกี่ยวข้องมากขึ้น ถึงขั้นเสนอให้ออกกฎหมายว่าด้วยอากาศสะอาด แต่ดูเหมือนว่า คสช. สช. ภาคีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ กลับหายไปหรือไม่ แสดงว่ามติสมัชชาสุขภาพที่เคยมีมันจบไปห้วนๆ แล้วหรืออย่างไร

เรื่องอื่นๆ ที่สำคัญ เช่น การเข้าสู่สังคมสูงวัย ซึ่งเป็นเรื่องใหญ่ที่กระทบกับทุกมิติในสังคม เราเคยมีมติเล็กๆ เกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุ ตอนนี้ต้องมาทบทวนกันใหม่หรือไม่ โดยวิเคราะห์ให้ชัดเจนรอบด้าน ผลักดันนโยบายที่เกี่ยวข้องให้สำเร็จมากขึ้น ถ้า สช. ชวนภาคียุทธศาสตร์หลักๆ มาร่วมกันคิด ก็จะทำให้การะงานชัดเจน กำหนดงานได้ คิดตัวชี้วัดได้ ทำค่าของบประมาณได้ เรามี คสช. เป็นร่มใหญ่ที่พร้อมสนับสนุนการทำงานของ สช. อยู่แล้ว หรืออีกนัยยะหนึ่ง คือเราสามารถคิดงานสำคัญๆ เสนอ คสช. ได้อยู่แล้ว

สช. ต้องคิดใหญ่ ทำใหญ่ ไม่จมอยู่กับทำงานเล็กๆ หรืองานเชิงกระบวนการแบบเดิมๆ เราต้องหาเพื่อนภาคียุทธศาสตร์มาคิดด้วยกัน ทำร่วมกัน เป็นลมใต้ปีกของกันและกัน อย่าคิดเองทำเอง พลังเราไม่พอ

ถึงวันนี้แล้วเราควรทบทวนยุทธวิธีการทำงานของเราเองด้วยดีหรือไม่ ที่เป็นแบบแยกส่วนรวมศูนย์ ว่าควรบริหารงานแบบกระจายเชิงพื้นที่ดีหรือไม่ งานจะดีกว่าทำแบบเดิมหรือไม่ จะเป็นการเสริมความเข้มแข็งของพื้นที่ไปพร้อมๆ กันด้วยหรือไม่ มีเรื่องให้คิดทบทวนได้อีกมาก

๑๗๘ สุขภาพแห่งชาติ สุขภาพของทุกคน โดยทุกคน



มาดูในส่วนของบุคลากร เรามีบุคลากรตำแหน่งนักบริหารจัดการอาวุโสถึง ๑๕ คน ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนขึ้นตามระยะเวลาทำงาน แต่มีข้อสังเกตว่าตำแหน่งดังกล่าวปรับเปลี่ยนขึ้นตามศักยภาพด้วยหรือไม่ ผมเสนอให้ สข. วิเคราะห์ วิจัยว่าในแต่ละปี สข. ใช้งบประมาณในการเดินทางไปเท่าไร แยกรายสำนัก รายบุคคล เป็นต้น เพราะเห็นคนของ สข. เดินทางกันมาก ไปกันทั่วประเทศ งบประมาณในการเดินทางเหล่านี้ส่งผลต่อเงินในการทำงานเช่นกัน สำหรับบุคลากรที่จ้างผ่านพัสดุตามโครงการต่างๆ เมื่อโครงการจบ การจ้างควรจบ เพราะขณะนี้จำนวนบุคลากรของ สข. ค่อนข้างเต็มอัตรา และต้องดูแลเรื่องการพัฒนาบุคลากรอย่างเข้มข้น (Intensive) ไปพร้อมๆ กันด้วย เราต้องพัฒนาคนเก่าให้เต็มที่ที่เราไม่สามารถเพิ่มคนใหม่ได้อีกมากนัก

การปรับยุทธศาสตร์ด้านการสื่อสารสังคมก็ควรให้ความสำคัญ โดยทำให้ทุกคนเป็นผู้สื่อสารได้เอง เนื่องจากปัจจุบันเรามีช่องทางและรูปแบบการสื่อสารใหม่มากมาย ทุกคนควรผลิตเนื้อหาและสื่อสารได้เองโดยมีหน่วยการกลางสนับสนุนให้เหมาะสม แต่ไม่ต้องรอให้หน่วยกลางทำอย่างเดียว การทำงานยุคนี้ต้องใช้ความรวดเร็วและนอกกรอบแบบ อะไรที่ทำแบบ Conventional จะล้าสมัยและไม่ทันการณ์มากขึ้นเรื่อยๆ

Motto ใหม่ของ สช. “**สานพลังปัญญา สร้างสรรค์นโยบายสาธารณะ**” สะท้อนให้เห็นว่า สช. เน้นเรื่องการพัฒนานโยบาย ไม่มีเป้าหมายในเรื่องการสร้างสังคมสุขภาวะ ซึ่งแตกต่างไปจากเดิม ที่ใช้ว่า “**สานพลังสร้างสุขภาวะ**” ด้วยอาจมองว่ามันไกลเกินไป จึงปรับมาโฟกัสที่การพัฒนา นโยบายสาธารณะ เรื่องนี้ สช. เปลี่ยนไปหรือไม่ เมื่อเราเน้นที่นโยบาย เราก็อาจไม่เน้นไปที่ความสำเร็จ

ผมเข้าไปทำหน้าที่วุฒิสมาชิกมา ๕ ปี ไม่เคยมี สช. เข้าไปพบเพื่อแสวงหาความร่วมมือในการทำงานร่วมกัน มีแต่ผมที่ชวนพวกเราไปร่วมทำงาน ในเรื่องการสร้างเสริมชุมชนเข้มแข็ง เรื่อง Living Will เรื่องกิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย เป็นต้น ซึ่งก็มีตัวแทน สช. ไปร่วมบ้าง ไม่ร่วมบ้าง

คสช. และ สช. เป็นกลไกนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับชาติ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ดังนั้น สช. ต้องแอ็กทีฟ หากาศึกยุทธศาสตร์

ร่วมทำงาน ไม่ควรกัมน้ำกัมตาทำงานแบบเดิม หรือเปลืองไปทำงานที่
กระทรวงสาธารณสุข หรือกระทรวงอื่น องค์กรอื่นทำได้ดีอยู่แล้ว ที่สำคัญ
คืองานของเราไม่ใช่แค่การมีนโยบายเท่านั้น เราต้องสร้างรูปธรรมให้
สำเร็จด้วย โอกาสที่จะได้รับงบประมาณมาทำงานก็จะมากขึ้น

สข. มีหน้าที่ตามที่กฎหมายวางกรอบใหญ่ให้แล้ว สามารถเสนอ
ทำงานเรื่องใหญ่ๆ ได้ โดยไม่ต้องรอคำสั่งจากใคร แม้ว่า สข. ต้องถูก
หน่วยงานราชการและฝ่ายกำกับควบคุมละเอียดขึ้น แต่นั่นไม่ใช่ข้อ
จำกัดของการทำงาน สข. ต้องยืดหยุ่นกับองค์กรที่ สข. ทำงานด้วย ต้อง
คิดใหญ่ มองใหญ่ ทำงานใหญ่ ไม่หุ้มนหุ้ม

สิ่งที่ผมพูดมาทั้งหมดนี้อะยาเพิ่งท้อถอยและสิ้นหวัง แต่อยากให้นำ
ไปคิด ไปเปลี่ยนให้เป็นพลังในการทำงาน ให้เรามองเห็นจุดอ่อนและปรับ
เปลี่ยน จุดเด่นของ สข. คือ สข. เป็นองค์กรที่น่ารัก แต่ต้องเพิ่มความ
Smart ทั้งภายในและภายนอก รอบรู้และเก่งเนื้อหาสาระ ปรับวิธีการ
จัดการแบบเป็นมิตรและเอื้ออำนวยต่อผู้เกี่ยวข้อง ผมเชื่อว่า สข. ทำได้
และการได้มาทำกิจกรรม OD ร่วมกันเป็นเรื่องที่ดี แต่ต้องมีการกลับไป
สรุปเพื่อทบทวนและออกแบบงานกันอย่างจริงจัง

ขอสรุปตรงนี้ ๓ ประเด็น ได้แก่

๑. การแสวงหางบประมาณ เชื่อว่าเราสามารถหาเงินมาเพิ่มได้โดยการคิดงานให้ชัด และใช้เงินที่มีทำงานให้ได้ผลสูงสุด คือมีทั้งประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ

๒. การพัฒนาและยกระดับสมรรถนะของบุคลากร ให้เก่งขึ้น มีขีดความสามารถในการทำงานได้ดีสมกับตำแหน่ง เช่น การส่งไปเรียนหรืออบรมในหลักสูตรบังคับที่สอดคล้องกับงาน จัดให้มีการจัดการความรู้ จัดระบบ Coaching การ Training งาน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงาน เพื่อให้มีความทันสมัยและเก่งขึ้นตลอดเวลา

๓. การปรับยุทธศาสตร์การทำงานในสถานการณ์ที่งานยาก ทรัพยากรน้อย โดยการเป็นองค์กรขนาดเล็กแต่มีสมรรถนะสูง ใช้นวัตกรรมเข้ามาเสริม ไม่ติดกรอบ

ขอฝากไว้ให้คิด ขอบคุณและสวัสดีครับ ❖



การหนุนเสริมศักยภาพ
ชุมชนท้องถิ่นให้จัดการ
(พึง) ตนเอง เพื่อเตรียมรับมือ
วิกฤตการเปลี่ยนแปลง
ที่กระทบสุขภาวะของประชาชน

ปาฐกถาพิเศษ โดย
นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ
สมาชิกวุฒิสภา
และอดีตเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ในการประชุม “สาน-เสริมพลังภาคียุทธศาสตร์
และเครือข่ายนักกฎหมาย เพื่อการขับเคลื่อน
กฎหมายและนโยบายสุขภาวะอย่างมีส่วนร่วม”
ที่โรงแรมเซ็นทารา ไทฟ์ ศูนย์ราชการ แจ้งวัฒนะ
วันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๗

ทุกอย่างต้องการความคิดใหม่ๆ
ในทิศทางหลักการที่ถูกต้อง ที่
สำคัญคือ เรื่องสุขภาพ ไม่ใช่แค่
เรื่องที่โรงพยาบาล เพราะสุขภาพ
อยู่ในทุกที่ ในทุกเรื่องที่เกี่ยวข้อง
กับชีวิตของเราทุกคน



ขอชื่นชมแนวคิดการรวมตัว เพื่อร่วมคิด ร่วมทำงานดีๆ ที่เป็นกุศลของท่านทั้งหลาย ซึ่งคงจะมีความร่วมมือทำงานกันอย่างมีคุณค่ายิ่งๆ ขึ้นไป

ผมขอแนะนำ ๔ ส่วน ซึ่งเชื่อมโยงเสริมกัน เรียงลำดับไป เนื้อหา
มาก ท่านสามารถศึกษาเพิ่มเติมให้ลึกซึ้งลงไปได้อีกมาก

สาระสำคัญ 4 ส่วน



ส่วนที่ 1 วิฤต และความท้าทาย

ส่วนที่ 2 สุขภาพ & สุขภาวะ “สุขภาพของทุกคนโดยทุกคน”

ส่วนที่ 3 ชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง

ส่วนที่ 4 การสานพลังเครือข่าย ภาคี หุ่นส่วน

วิกฤต & ความท้าทายมหากาฬสู่จุลภาค 10 เรื่อง



1. ภูมิรัฐศาสตร์
2. การพึ่งพิงหลายด้านเทคโนโลยี
3. โลกเดือด
4. ถักดักประเทศรายได้อานกลาง
5. สังคมสูงวัย (บ้านก็เก่า – คนก็แก่)
6. การเมืองไร้เสถียรภาพ
7. ความขัดแย้งหลายมิติ
8. การอภิบาลล้าหลัง
9. คนอื่นรุ่ง เราติดหล่ม จมปลัก
10. พยาธิสภาพทางสังคม



(อำพล, 12 ก.ย. 67)

3

ส่วนที่ ๑

วิกฤตและความท้าทาย ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในโลกนี้

วิกฤตและความท้าทายที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในโลกนี้ ซึ่งกำลังรุนแรง หนักหน่วง และรวดเร็วมาก

ผมขอให้ท่านลองคิดตาม โดยใช้หลักเหมือนการถ่ายภาพที่ต้องมี Zoom Out - Zoom In เพื่อปรับโฟกัสจุดที่ต้องการมองให้ชัด มี ๑๐ เรื่องคือ

๑. ภูมิรัฐศาสตร์ของโลก กำลังเปลี่ยนแปลงมาก ทั้งเรื่องการแย่งชิง การครอบงำ สงครามสู้รบ สงครามการค้า มีทั้งการร่วมมือและการกีดกัน การย้ายถิ่น การก้าวข้ามพรมแดนของทุกเรื่อง กระทั่งถึงทุกประเทศ และถึงระดับชุมชนท้องถิ่นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

๒. การพังทลายทางเทคโนโลยี (Technology Disruption) การล้ำสมัยอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีเก่า เกิดเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาเปลี่ยนโลก เปลี่ยนทุกสิ่ง เอามาใช้ในทางดีก็ได้มาก ทั้งการประกอบกิจการงาน การเรียนรู้ การสื่อสาร ฯลฯ แต่ผลทางร้ายก็มาก โจรเปลี่ยนหน้าไป เข้าไปปล้นในทุกที่ ทุกเวลา กระทั่งทุกคนทั้งในเมือง ในชุมชนท้องถิ่นทุกระดับ

๓. โลกร้อนหรือเดือด บัดนี้การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศเลยจุดโลกร้อนไปแล้ว สภาวะอากาศสุดขั้ว ความไม่แน่นอนของดินฟ้าอากาศ สิ่งแวดล้อมไม่เหมือนเดิม PM2.5 เป็นกรณีตัวอย่าง ขยะล้นเมืองและล้นชุมชน ทั้งบนบกและในน้ำ พบไมโครพลาสติกในอสุจิและในสัตว์น้ำ อุณหภูมิโลกเปลี่ยน เชื้อโรค แผลง สัตว์ทั้งหลายเปลี่ยน กระทั่งต่อผู้คนไม่ว่าจะอยู่ที่ใดบนโลกใบนี้

๔. กับดักประเทศรายได้ปานกลาง นี่เป็นวิกฤตและความท้าทายใหญ่ของประเทศไทยมาหลายทศวรรษ เราติดอยู่ที่การพัฒนาประเทศด้วยการผลิตเทคโนโลยีต่ำ อาศัยแรงงานราคาถูก คนไม่ต้องเก่งมาก แต่ต้องทำ

มาก ต้องขายมาก แต่ได้กำไรน้อย พัฒนาจากประเทศยากจนเป็นประเทศกำลังพัฒนา มาติดอยู่ที่ประเทศรายได้ปานกลางสูง (Upper Middle Income Country) แต่ขยับยกระดับต่อไปไม่ได้ เหมือนรถติดหล่ม คนของเราไม่เก่งในโลกใหม่ เทคโนโลยีและนวัตกรรมของเราไม่พอที่จะผลิตของแพงขายแพง

ถามเรายังมีความเหลื่อมล้ำกว้างมาก

ธนาคารโลกแนะนำการออกจากกับดักด้วย ๓ เรื่อง คือ “ลงทุน-เทคโนโลยี-นวัตกรรม” เรื่องนี้ยาว คุณกันได้อีกมาก

ถามว่าเกี่ยวกับสุขภาพหรือสุขภาวะของคนในชุมชนท้องถิ่นหรือไม่

“เกี่ยวครับ เกี่ยวมากเสียด้วย ถ้าเราทำไม่ดี ชุมชนท้องถิ่นจะยิ่งอ่อนแอ เกิดทุกขภาวะเพิ่มขึ้นทุกที”

๕. สังคมสูงวัย เข้ามาซ้ำเติม เรามีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนถึงระดับสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ อัตราเจริญพันธุ์ต่ำกว่า ๑ เด็กเกิดน้อย สัดส่วนวัยทำงานลดลง **ญี่ปุ่นรวยก่อนแก่ก็ยังไม่ แต่บ้านเรา “จนก่อนแก่” ก็แย่ยิ่งกว่า**

เรื่องสังคมสูงวัย ขอทำความเข้าใจว่ามีไข่เรื่องของคนสูงอายุเท่านั้น หรือมุ่งไปทำเรื่องการดูแลประชากรกลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น แต่สังคมสูงวัยเป็นสถานการณ์ที่เรียกว่า



“บ้านก็เก่า คนก็แก่” หรือพูดใหม่ว่า “สังคมสูงวัย กว้างไกลกว่า เรื่องผู้สูงอายุ”

ระบบทุกระบบ งานทุกสาขากำลังเก่าและแก่ คือล้าสมัยไปด้วยกัน ไม่ทันการเปลี่ยนแปลงของโลกที่เกิดขึ้นรวดเร็วมาก

เมื่อ ๕๐ ปีก่อน คนรุ่นผมไปออกค่ายอาสาพัฒนา ไปสร้างโรงเรียน ในชนบท เพราะอาคารเรียนไม่พอ เด็กมาก แล้วก็เข้ายุควางแผนครอบครัว บุกคุ่มกำเนิดกันทุกรูปแบบ จากลูกมากยากจน มาถึงวันนี้ใครๆ ก็ไม่อยาก

มีลูก หรือมีลูกน้อย ที่พร้อมไม่ท้อง ที่ท้องไม่พร้อม มีปีละนับหมื่น จากเด็กเกิดปีละกว่าล้าน มาเป็นปีละไม่ถึง ๕ แสนคน

โรงเรียนไม่มีนักเรียน อาคารร้าง ครูล้น แต่ก็ไม่สามารถปรับมาใช้ประโยชน์กับการ Re-Skill Up-Skill การสร้าง New Skill ให้คนรุ่นผู้ใหญ่ เก่งเท่าทันโลกใหม่ได้

การสอนในโรงเรียน ในชุมชนท้องถิ่นทั่วประเทศ ส่วนใหญ่ยังเป็นแบบเดิมๆ นี่เป็นตัวอย่างให้เห็นสภาพ “บ้านก็เก่า” ซึ่งเป็นปัญหาซ้ำเติมวิกฤตกับดักประเทศรายได้ปานกลาง คนในชุมชนท้องถิ่นมีแต่ผู้สูงวัย คนวัยทำงานหาทำยาก อาชีพก็โบราณ ไม่สามารถพัฒนาไปทางใดให้ทันโลก

๖. การเมืองไร้เสถียรภาพ เรามีปัญหาการเมืองไม่มีคุณภาพ แม้เป็นประเทศประชาธิปไตย แต่ล้มลุกคลุกคลานมาก ประชาธิปไตยสลบ รัฐประหาร ประชาธิปไตยแบบตัวแทนที่มุ่งอำนาจและผลประโยชน์ จับประชาชนเป็นตัวประกัน ทุจริตคอร์รัปชัน ระบบอุปถัมภ์ แย่งชิงอำนาจ การทุจริตเชิงนโยบาย เราตีกันมาข้ามทศวรรษแล้ว

ถึงวันนี้ก็เชื่อว่าชาติเรากำลังมีคณะรัฐมนตรีครบครันเครื่องมืออาวุธ ลูกบ้าง พ่อบ้าง น้องบ้าง สมาชิกวุฒิสภาก็มาจากระบบฮั้วที่เกิดจากรัฐธรรมนูญ เปิดช่อง ฯลฯ

เมื่อหันไปดูหลายประเทศ หลายคนอาจร้องให้ เรามีการกระจายอำนาจ กันบ้างแต่ต่อการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นในระดับหนึ่ง แต่เส้นทางประชาธิปไตยที่ดีในระดับฐานราก ยังต้องได้รับการพัฒนาอีกมาก

๗. ความขัดแย้งหลายมิติ นอกจากความขัดแย้งทางการเมืองแล้ว สังคมเรายังเกิดความขัดแย้งทางความคิด ความเชื่อ อุดมการณ์ วิถีชีวิต วัฒนธรรม ความขัดแย้งระหว่างกลุ่มคน ระหว่างช่วงวัย ไม่มีทิศทางหรืออุดมการณ์ของชาติร่วมกันพอที่จะเรียกได้ว่า “**มีความเป็นเอกภาพ**” เกิดการแบ่งกลุ่มแบ่งฝ่าย ทอนพลังมากกว่าความพยายามสานพลังร่วมกันให้เกิดเป็น “**พลังรวมหมู่**” ที่มุ่งให้ประเทศชาติ สังคม ชุมชน ก้าวหน้าไปในทิศทางเดียวกันได้

๘. การอภิบาลล้าหลัง (ขอไปพูดในส่วนที่ ๓) การอภิบาลหรือ Governance มีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศอย่างมาก เรายังใช้รูปแบบการอภิบาลโดยรัฐรวมศูนย์ เหมือนสมัยสังคมนิยมง่าย ไม่ซับซ้อน เมื่อเวลาผ่านไปเป็นร้อยๆ ปี เราก็นั่งใช้วิธีเดิม ซึ่งทำให้การบริหารจัดการประเทศติดขัด กลายเป็นอุปสรรคของการพัฒนาที่เรียกว่า เป็นการ “**มัดตราสั่ง**” ประเทศเอาไว้แน่น

เรามีกรมและหน่วยงาน ๒๐๐-๓๐๐ หน่วย มีอำนาจ มีทรัพยากร มีคน บริหารแบบบนลงล่าง กฎหมาย ระเบียบต่างๆ มีนับแสนฉบับ ทำงานเป็นไซโล คิดแทน ทำแทนแบบคุณพ่อรู้ดี “**One Fit All**” แจกปลามากกว่า

แจกเบ็ดหรือสอนคนให้หาปลา เป็นยังงี้ก็ยังเป็นอยู่อย่างนั้น ย่ำเท้าอยู่กับที่มาเป็นร้อยปี เคยมีความคิด ความพยายามที่จะปฏิรูป แต่ก็ยังไม่ประสบความสำเร็จ

๙. คนอื่นรุ่ง เราติดหล่ม จมปลัก หันไปดูประเทศอื่น ไม่ต้องไกล เอาแค่เอเชีย หรือย่อมาที่อาเซียน เขาวิ่งเร็วมาก แต่เราเหมือนรถที่ติดหล่ม ลึก บางคนเรียกว่า “สังคมจมปลัก”

อินเดีย ประชากรมากที่สุดในโลก เด็ก เยาวชน คนทำงานมีจำนวนมาก เป็นสัดส่วนที่สูง จีนก็เติบโตมาก แม้ปัจจุบัน GDP จะชะลอตัว แต่ยักษ์ตื่นแล้ว เราจะเห็นคลื่นคนของเขาสร้างงานในประเทศและนอกประเทศอย่าง ก้าวหน้าและกระตือรือร้น

ที่ดูไป คนอินเดีย ภาษาอังกฤษดี มีอาชีพตั้งแต่แรงงาน บริการ งานสำนักงาน และ CEO คนฟิลิปปินส์ ทำงานพยาบาล และบริการต่างๆ คนไทยเราแทบไม่มีเลย ที่มีบ้างไปทำงานอะไร ต้องคอยหลังไม้ค้ำรับ

จีนแทบไม่ต้องพูดถึง สินค้า บริการ กำลังไหลทะลักไปทั่วโลก คนจีนก็ไหลทะลัก คนไทยจะทำอะไร จะอยู่อย่างไร OTOP, SMEs , ธุรกิจบริการในเมือง ในชุมชนท้องถิ่นของคนไทยจะอยู่อย่างไร แม้แต่ที่ดินที่กำลังถูกรุกคืบ ผมลงไปในพื้นที่บ่อย เห็นว่าเขารุกคืบลงไปลึกมาก ไม่เห็นรัฐบาลและราชการทำอะไร นอกจากส่งเสริมทางตรงและอ้อมเพิ่มเข้าไปอีก

ฟรีวีซ่า ๑๐๐ ประเทศ มีคนนานาชาติมาไทย มีทั้งมาดี มาร้าย ไม่มีระบบตรวจสอบควบคุมที่ดีเลย เจอระบบบังคับใช้กฎหมายที่หย่อนยาน เต็มไปด้วยผลประโยชน์ กระทบสุขภาวะสังคม ลงไปถึงระดับชุมชนท้องถิ่น ตามมา ฝรั่งตะแพทย์หญิงก็ทำท่าว่าจะไม่ผิด



■ พิปพ รงไชย

เมื่อ ๑๐ ปีก่อน ผมเป็นประธานคณะกรรมการชี้ทิศการทำรายงานสุขภาพคนไทย ของ สสส. ทุกปีเราจะต้องเขียนเรื่องเด่น ๑ เรื่อง **พิปพ รงไชย** เสนอให้เขียนเรื่อง “**ประเทศไทย : หลุมดำอาเซียน**” แต่กรรมการไม่เลือก ผมว่าวันนี้ประเทศไทยเราเป็นหลุมดำที่ใหญ่กว่านั้น

โรงงานกำจัดขยะพิษผิดกฎหมาย บ่อขยะ พิษผิดกฎหมายก็อยู่ในชุมชนท้องถิ่น ฯลฯ หน่วยงานของรัฐทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไปอยู่ไหน อะไรบังตา โครงสร้างการอภิบาลไม่เอื้อให้เราปกป้องสุขภาวะ ป้องกันสิ่งเลวร้ายได้ใช่ไหม

คนไทยเห็นอะไรมีราคาดีก็วิ่งตามๆ กันไป เห็นทุเรียนแพงก็ไค้นต้นไม้อื่น ปลูกทุเรียนทั่วประเทศเพิ่มขึ้นมากกว่า ๑,๐๐๐% เวียดนามปลูกเพิ่ม ๔๐๐% โดยเขาจัดโซนนิ่งเพื่อให้ใช้พื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ ของเราไม่มีนโยบาย

๑๐. พยาธิสภาพทางสังคม (Social Pathology)

พุดมา ๙ ข้อ บางท่านบอกว่ายังไม่เห็นเกี่ยวกับสุขภาพสักเท่าใด เดี่ยวผมจะพูดต่อในส่วนที่ ๒ ครับ ว่าทุกเรื่องี่พุดมาเกี่ยวกับสุขภาพทั้งนั้นเลย

เรื่องการเจ็บป่วยทางสังคมมีให้เห็นมากมาย ตัวอย่างชัดๆ ได้แก่ อุบัติเหตุบนท้องถนน มีคนตายปีละมากกว่า ๑๐,๐๐๐ คน เฉลี่ยวันละเกือบ ๕๐ คน บาดเจ็บนับแสน สูญเสียเศรษฐกิจมหาศาล เรามีปัญหา ยาเสพติดทุกหัวระแหง ผมลงไปชุมชนท้องถิ่น ชาวบ้านบ่นเรื่องนี้มาก เขาบอกว่าตำรวจรู้หมดว่าใครขาย ใครเสพ ก็เหมือนกับห่วยใต้ดินและธุรกิจสีเทาต่างๆ นั้นละครับ แถมอยู่ๆ ก็ทำให้กฎหมายเสรี ประเทศไทยกลายเป็นหลุมดำกักยาเพิ่มเข้าไปอีก ก็กระทบกับสุขภาพคนและสุขภาพะสังคม จากน้ำมือของรัฐและทุนบางกลุ่มเพิ่มเข้าไปอีก เรื่องพิษภัยที่มากับอาหาร ยาฆ่าแมลง สารเคมี ขยะ น้ำ อากาศ กระทบต่อสุขภาพผู้คนทั้งนั้น ชาวบ้านในชุมชนท้องถิ่นมีน้ำประปาที่สะอาดน้อยกว่าคนในกรุง และราคาแพงกว่า นี่ก็เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำ พฤติกรรมการบริโภค อาหารการกิน การโฆษณาบ้าเล็ดทุกช่องทาง หลอกหลวงล้างเงินจากกระเป๋าชาวบ้าน ๒๔ ชั่วโมง **ออย.** หรือ **สคบ.** ก็เอาไม่อยู่ การบริโภคเกินบริโภคผิด ฯลฯ เป็นปัญหามากมาย เรื่องเหล่านี้กระทบกับสุขภาพหรือสุขภาพะของทุกคนไม่ว่าจะอยู่ในเมืองหรืออยู่ในชุมชนท้องถิ่นแห่งไหนใด

ส่วนที่ ๒

เรื่องสุขภาพหรือสภาวะ

ผมมีภาพฉายเป็นหลัก จึงขอพูดแต่ให้ท่านได้ร่วมเรียนรู้ต่อไป จะไม่ลงรายละเอียดมากนัก



สุขภาพ : สุขภาวะทั้งทางกาย ทางใจ ทางปัญญา
(จิตวิญญาณ) และทางสังคม
เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

ระบบสุขภาพ : ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมด
ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

(พรบ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550)

4

ในบ้านเรา มีการขับเคลื่อนกระบวนการมองเรื่องสุขภาพ จากเรื่อง
มดหมอหยูกยา ไปสู่เรื่องสุขภาพกว้างมานานแล้ว

เรานิยามเรื่อง “สุขภาพ ว่าเป็นสุขภาวะทั้งทางกาย ใจ จิต
วิญญาณและสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล”

ระบบสุขภาพ จึงหมายถึง ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือสุขภาพะนั่นเอง

ไม่ใช่ระบบที่กระทรวงสาธารณสุขดูแลเท่านั้น หรือเรื่องของโรงพยาบาล หมอ พยาบาล หรือคนที่ทำงานในสาขาสาธารณสุขเท่านั้น

นี่เป็นเหตุว่า ทำไมเวลาทำงานเรื่องสุขภาพอย่างที่เราสัมมนากันอยู่ในวันนี้ จึงมีพวกท่านทั้งหลายที่มาจากต่างวิชาชีพ ต่างสาขา มาทำงานร่วมกัน



แนวคิดเรื่องสุขภาพ

- ชีวการแพทย์ สุขีสวัสดิ์คม
- สร้างนำซ่อม
- สุขภาพของทุกคนโดยทุกคน (HFA & AFH)

เพราะเราหยิบเรื่องสุขภาพจาก Biomedical ขยายสู่ Biosocial ที่มุ่งเน้นทิศทาง “สร้างนำซ่อม” และ “สุขภาพของทุกคน โดยคนทุกคน” หรือ “สุขภาพของคนทั้งมวล โดยคนทั้งมวล”

ขอพาท่านไปดูแนวคิดระดับสากลอย่างคร่าวๆ



Ottawa Charter (๒๕๒๙) ออกมาเกือบ ๔๐ ปีแล้ว แต่ยังทันสมัย

เขาสรุปยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ (= สร้างนำซ่อม) ๕ ประการ

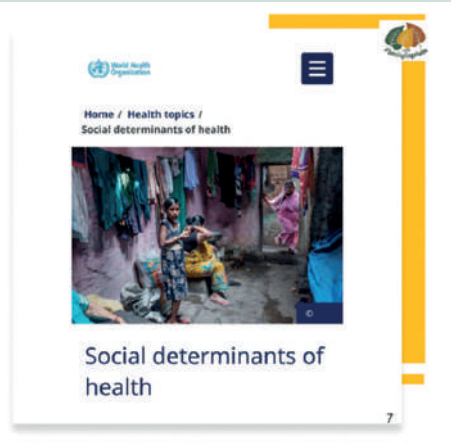
- ๑) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ
- ๒) การเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง
- ๓) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
- ๔) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล

๕) การปรับระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

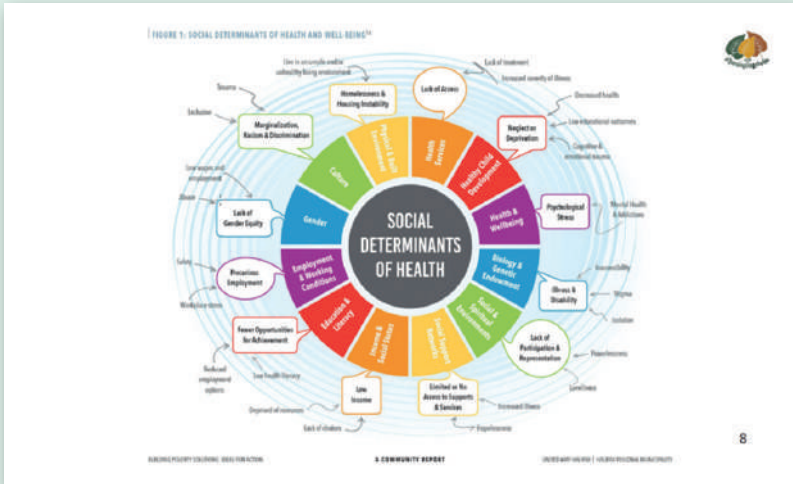
ข้อ ๓ สภาพแวดล้อม ในที่นี้ หมายถึง ทั้งสภาพแวดล้อมด้านกายภาพ ดินฟ้าอากาศ ล้วน น้ำ ความสะอาด และหมายรวมไปถึงระบบต่างๆที่มีอยู่ในสังคม ซึ่งล้วนมีผลต่อสุขภาพทั้งสิ้น

งานที่พวกท่านกำลังชวนกันมาทำนี้เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์ที่ ๑, ๒ และ ๓ ครับ ขอให้ท่านโฟกัสตรงนี้ให้ดี จะได้ไม่ตีกรอบตัวเองแคบ

ปัจจัยทางสังคมที่
กระทบกับสุขภาพ
WHO 2005
(พ.ศ. 2548)

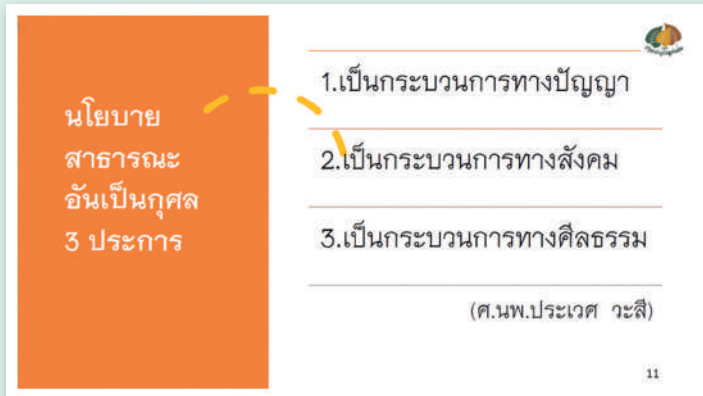


๑๔๘ สุขภาพแห่งชาติ สุขภาพของทุกคน โดยทุกคน



ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ SDH (๒๕๔๘) ออกมาเกือบ ๒๐ ปีแล้ว

เพื่อย้ำว่า ผลกระทบต่อสุขภาพไม่ได้มาจากแค่เชื้อโรค หรือการเจ็บป่วยแบบเดิมๆ เท่านั้น แต่มาจากปัจจัยทางสังคมทุกเรื่อง PM2.5 การบาดเจ็บล้มตายบนท้องถนน โรคอ้วน น้ำหนักเกิน โรคทางจิต ชัดเจนว่าเป็นผลกระทบจากการพัฒนา ไม่ใช่จากเชื้อโรค



เรื่องนี้สอดคล้องกับที่ ศ.นพ.ประเวศ วะสี พูดถึงนโยบายสาธารณะที่ดี ว่าต้องมีกุศล ๓ คือ

๑) เป็นกระบวนการทางปัญญา คือ มีการใช้หลักฐานข้อเท็จจริงที่ผ่านการศึกษาวิเคราะห์สังเคราะห์อย่างดี จนเป็นความรู้ที่เรียกว่า เป็นการสร้างนโยบายบนฐานความรู้ (knowledge-based policies formulation)

๒) เป็นกระบวนการทางสังคม เนื่องจากนโยบายสาธารณะกระทบสังคมทั้งหมดอย่างรุนแรง ดังนั้นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คือ คนในสังคม ควรได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมเรียนรู้ ร่วมกำหนดนโยบาย โดยทำเป็นกระบวนการที่เปิดเผย โปร่งใส ทุกฝ่ายเข้าร่วมได้

๓) เป็นกระบวนการทางศีลธรรม นโยบายสาธารณะที่ดีต้องเป็นไปเพื่อความถูกต้องดีงาม และเพื่อประโยชน์สุขของคนทั้งสังคม ไม่แบ่งร้นเพื่อประโยชน์เฉพาะตนหรือเฉพาะกลุ่ม

ท่านลองศึกษาให้ลึกซึ้งต่อไปได้

GENEVA CHARTER FOR WELL-BEING
2021 (พ.ศ. 2564)

FOUNDATIONS OF WELL-BEING

Well-being societies provide the foundations for all members of current and future generations to thrive on a healthy planet, no matter where they live. Such societies apply bold policies and transformative approaches that are underpinned by:

- A positive vision of health that integrates physical, mental, spiritual and social well-being.
- The principles of human rights, social and environmental justice, solidarity, gender and inter-generational equity, and peace.
- A commitment to sustainable low-carbon development grounded in reciprocity and respect among humans and making peace with Nature.
- New indicators of success, beyond gross domestic product, that take account of human and planetary wellbeing and lead to new priorities for public spending.
- The focus of health promotion on empowerment, inclusivity, equity, and meaningful participation.

12

Geneva Charter ๒๕๖๔

เขาออกมาย้ำว่า วิสัยทัศน์ทางบวกในเรื่องสุขภาพ คือการบูรณาการสุขภาพะทางกาย-ใจ-จิตวิญญาณ-สังคม ซึ่งตรงกับของบ้านเราที่มีกฎหมายรองรับและขับเคลื่อนงานกันมานับสิบปีแล้ว

Resolution on Social Participations for UHC, Health and Well-being : WHA ครั้งที่ 77, 2024 (พ.ศ. 2567)



ต่อขอยอดมติเรื่อง

- Health governance for UHC 2023
- PHC. 2018
- SDG. 2015
- Public, Community and civil society Participations for Health equity : SDH, 2011

13

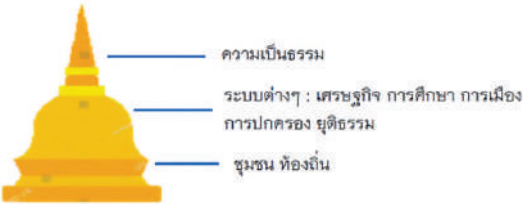
ล่าสุดปีนี้อเอง (๒๕๖๗) สมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๗๗ รับรองมติการมีส่วนร่วมทางสังคมต่อเนื่องสุขภาพและสุขภาวะ ซึ่งเมืองไทยขับเคลื่อนมา ๒๐-๓๐ ปีแล้วเช่นกัน

งานที่พวกท่านกำลังทำก็อยู่บนฐานคิดทิศทางนี้ทั้งสิ้น

วิกฤตและความท้าทายต่างๆที่ผมนำเสนอไปในส่วนที่ ๑ จึงมีผลกระทบต่อสุขภาพหรือสุขภาวะในมุมมองที่กว้างนี้ชัดเจน

ส่วนที่ ๓

ชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง



พระเจดีย์แห่งการพัฒนา ชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งจัดการตนเองได้เป็นฐานของพระเจดีย์องค์พระเจดีย์คือระบบต่างๆ ที่ต้องเชื่อมระหว่างฐานกับยอดระบบและฐานต้องเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ยอดคือความเป็นธรรม

(จากบทความ “บนเส้นทางแห่งการจัดการตนเองของแผ่นดินไทย” ศ.นพ.ประเวศ วะสี

14

ขอเริ่มต้นที่หลักคิด เรื่องการสร้างเสริมให้ชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง เป็น ๑ ใน ๕ ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ ตาม Ottawa charter ที่กล่าวถึงไปแล้ว ในโครงการที่พวกท่านกำลังทำกันก็กล่าวถึงเรื่องนี้ และในหัวข้อที่ท่านสนทนากันและที่ให้ผู้ฟังทุกคนมองเห็นความสำคัญเรื่องนี้

แสดงว่าเรามีกรอบคิดที่เห็นทิศทางตรงกัน

ศ.นพ.ประเวศ วะสี ท่านชื่อนานแล้ว ว่า พระเจดีย์แห่งการพัฒนาต้องให้ความสำคัญที่การสร้างเสริมชุมชนท้องถิ่นให้เข้มแข็ง เชื่อมโยงกับระบบต่างๆ อย่างเกื้อกูลกัน ประเทศก็จะเข้มแข็งมั่นคง

ความหมาย “การอภิบาล” แบบดั้งเดิม



“การปกครองที่เต็มไปด้วยความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่
ความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน โดยเล็งเห็นคุณค่า
และศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์
เป็นการปกครองที่มุ่งหวังให้ทุกคน ทั้งผู้ปกครองและผู้ถูกปกครอง
ได้รับประโยชน์สูงสุด และมีความสุข”

พจนานุกรม ไทย-ไทย อ.เปลื้อง ณ นคร

15

การอภิบาลโดยรัฐ



- มีรูปแบบการบริหารแบบ
พื้นฐาน
- ใช้อำนาจบนลงล่าง เป็น
องค์กรแบบเครื่องจักร, จัด
โครงสร้างแบ่งงานเบ็ดเสร็จ
ตายตัว
- มีความไว้วางใจ/ความ
เชื่ออกเชื่อใจต่ำ
- มีนวัตกรรมการน้อย



ผู้อำนวยการ
ใหญ่/อธิบดี
ผู้อำนวยการ

หัวหน้าหน่วย

หัวหน้าทีม

พนักงาน

16

การอภิบาลโดยตลาด

การอภิบาลโดยรัฐ บางส่วน
ถูกแทนที่โดยการอภิบาลด้วย
กลไกธุรกิจและตลาดน้ำ

ทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงขึ้น
มีความยืดหยุ่นมากขึ้น แต่ก็
เกิดความไม่แน่นอนสูงตาม
ไปด้วย



17

ทีนี้ผมชวนท่าน Zoom out มองกรอบคิดใหญ่อีกเรื่องหนึ่งที่ดำรง
อยู่ในสังคมไทยมายาวนานนับร้อยๆปี

คือ การอภิบาลประเทศ (Governance)

เรายังให้ความหมายด้วยการอธิบายไว้ว่า คือ การปกครองที่เต็มไปด้วย
ความเอื้อเพื่อเผื่อแผ่ ความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน โดยเล็งเห็น
คุณค่าและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ เป็นการปกครองที่มุ่งให้ทุกคน
ทั้งผู้ปกครองและผู้ถูกปกครอง ได้รับประโยชน์สูงสุดและมีความสุข

ซึ่งก็คือการอภิบาลโดยรัฐเป็นหลัก มีผู้ปกครองและผู้ถูกปกครอง

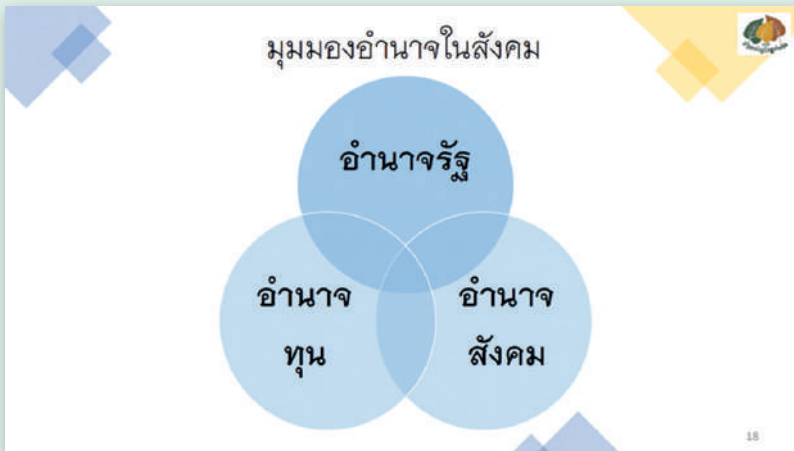
ซึ่งเคยใช้ได้ผลดีในอดีตสมัยที่สังคมไม่สลับซับซ้อน

จาก การอภิบาลโดยรัฐ ก็เกิด การอภิบาลโดยตลาด เต็บโตตีคู่
ขึ้นมา เข้มข้นขึ้นหลังจากที่เรามีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
แล้วต่อมาก็มีการพัฒนาเรื่อง การอภิบาลแบบเครือข่ายหรือแบบหุ้นส่วน
ตามมา งานที่พวกเราทำกันส่วนใหญ่วางอยู่บนแนวคิดการอภิบาลแบบ
หุ้นส่วนครับ

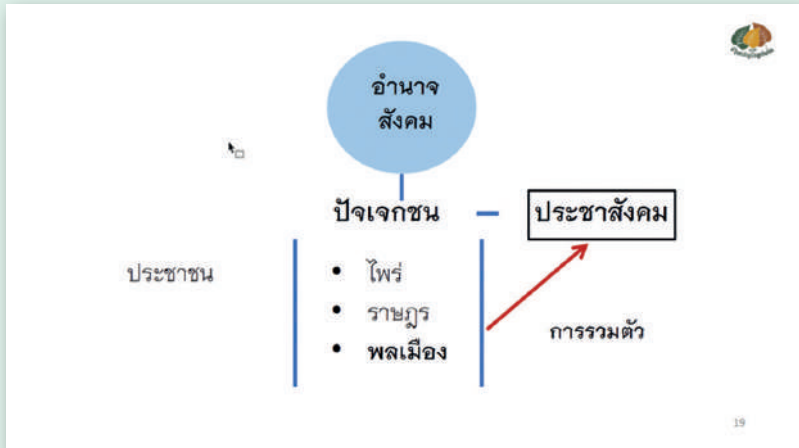
ท่านที่สนใจ ผมเขียนหนังสือเล่มเล็กๆ อ่านง่ายๆ ไว้ มี ๓๘ หน้า
ชื่อว่า “การอภิบาลร่วมสมัย” (ค้นใน Google ได้เลย หรือค้นที่หิ้งหนังสือ
อิ-บุ๊กของผมก็ได้ <https://fliphtml5.combookcase/ougcz>)



พูดถึงเรื่องนี้ ขอพาท่านย้อนมองเชิงรัฐศาสตร์ เรื่อง ดุลอำนาจในสังคม ซึ่งมี ๓ อำนาจ ตามอุดมคติแล้ว ทั้ง ๓ อำนาจควรสมดุลกัน เหมือนสามเส้าตั้งหม้อข้าวของคนสมัยก่อน ต้องสมดุลจึงจะวางหม้อข้าวหุงข้าวให้สุกได้ ถ้าไม่สมดุลก็ตั้งหม้อข้าวไม่ได้



แต่ในความเป็นจริงของบ้านเรา สามอำนาจไม่สมดุลกัน อำนาจรัฐและอำนาจทุนใหญ่มาก อำนาจสังคมอ่อนแอกว่ามาก แม้จะมีการเติบโตของภาคประชาสังคมมาในยุค ๓๐-๔๐ ปีมานี้ก็ตาม ถึงวันนี้คนยังรู้จักและเข้าใจอำนาจสังคมน้อย



อำนาจสังคม พัฒนามาจากประชาชนที่เป็นปัจเจก จากข้าทาสเป็นไพร่ เป็นราษฎร เป็นพลเมือง ก็ยังไม่เข้มแข็ง ไม่มีอำนาจพอ จนกว่าจะรวมตัวกันเป็นองค์กรภาคประชาสังคมในรูปแบบต่างๆ หรือองค์กรชุมชนรูปแบบต่างๆ ก็จะค่อยๆมีอำนาจมากขึ้น เข้ามามีส่วนร่วม มาร่วมพัฒนาประเทศ และถ่วงดุลกับอำนาจรัฐและอำนาจทุนได้มากขึ้น

ในสังคมที่พัฒนาก้าวหน้าไปแล้ว เมื่อพลังอำนาจทางสังคม ภาคประชาสังคม (Civil Society) เติบโต ก็เข้ามาร่วมอภิบาลสังคมแบบหุ้นส่วนมากขึ้น

การอภิบาลแบบเครือข่าย/หุ้นส่วน

การเกิดขึ้นของ
รูปแบบที่ ๓ วางอยู่
บนหลักการของ
เครือข่ายและ
ค่านิยมร่วม



- ความเป็นหุ้นส่วน
- เน้นความไว้วางใจ/ความซื่อสัตย์
- ประโยชน์ร่วมกัน, จันทมิตี



20

ความหมาย “การอภิบาล” แบบก้าวหน้า



“ปฏิสัมพันธ์กันของภาครัฐ องค์กรสาธารณะต่างๆ
ภาคธุรกิจ ภาคประชาสังคม เพื่อร่วมกันแก้ปัญห
ความท้าทายต่างๆ ในสังคม และสร้างสรรค์โอกาสใหม่”

(แปลจาก Meuleman 2008)

21

ภาพฉายที่ ๒๐ สรุปภาพรวมการอภิบาลแบบเครือข่ายหรือหุ้นส่วน ซึ่งจำเป็นสำหรับการอภิบาลสังคมในโลกยุคใหม่ที่มีความสลับซับซ้อนกว่าในอดีตมาก

ในทางสากล จึงมีการอธิบายความหมายของการอภิบาลใหม่ ว่า หมายถึง ปฏิสัมพันธ์กันของภาครัฐ องค์กรสาธารณะต่างๆ ภาคธุรกิจ ภาคประชาสังคม เพื่อร่วมกันแก้ปัญหา ความท้าทายต่างๆ ในสังคม และ สร้างสรรค์โอกาสใหม่

นี่คือกรอบคิดที่ให้ความสำคัญกับทุกภาคส่วน ในการเข้าร่วมคิด ร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศ ไม่ใช่มีแต่คุณพ่อรู้ดีแบบการอภิบาลดั้งเดิมซึ่งบ้านเรายังใช้กันมาก

ฝากทุกท่านด้วยนะครับ หัวข้อสัมมนาของท่านมองที่การเสริมศักยภาพชุมชนท้องถิ่น รับมือวิกฤตและความท้าทายจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ อาจจะไม่เพียงพอ

ควรมองให้ถึง “การสร้างสรรค์โอกาสใหม่” คือ การส่งเสริมการคิดและทำเรื่องดีๆ บ่มเพาะเรื่องดีๆ ต่อยอดเรื่องดีๆ ควบคู่ไปกับการรับมือหรือแก้ปัญหาต่างๆ ด้วยหรือไม่

ที่ชุมชนท้องถิ่นมีเรื่องดีๆ เกิดขึ้นไม่น้อย ในขณะที่มีปัญหายู่มากมายก็ตาม

ทุกท่านครับ การที่ท่านกำลังรวมตัวกันทำ เรื่องหนุนเสริมชุมชน
ท้องถิ่นเข้มแข็ง จะต้องวางอยู่บนกรอบความคิดการอภิบาลที่ถูกต้อง
หรือเรียกร้อง ผลักดันขับเคลื่อนให้เกิดการอภิบาลแบบหุ้นส่วนให้ได้
อย่างน้อยก็ในระดับพื้นที่ครับ

จากนี้ ผมขอชวนท่าน Zoom in ไปดูเรื่องดีๆ ที่ชุมชนท้องถิ่น ให้ความสนใจ
กันบ้าง



จังหวัดสระแก้ว

ตำบลคลองหินปูน อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

ที่นั่น สภาองค์กรชุมชนเข้มแข็ง ผู้นำทางธรรมชาติเข้มแข็ง ทำงาน

กับท้องถิ่น ท้องที่ หน่วยงานต่างๆทั้งภายนอกและภายใน สามารถตั้ง กองทุนซื้อที่ดินมาจัดสรรแบ่งให้ชาวบ้านที่ยากจน สร้างบ้านอยู่อาศัยผ่อนส่งระยะยาว มีอาจารย์นักพัฒนาท้องถิ่นจากมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ออกไปทำงานคลุกอยู่กับชาวบ้าน สร้างงาน สร้างนวัตกรรมดีๆ ขึ้นหลายอย่าง

ในการสัมมนา สสส.ชวนอาจารย์สายกฎหมายจากหลายสถาบัน มาร่วมคิดร่วมทำงาน ผมอยากเสนอท่านว่าต้อง “go to community” ครับ มีเรื่องราวให้ท่านได้เรียนรู้และรอให้ท่านช่วยหนุนเสริมอีกมาก



ตำบลนาทอน อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล

ที่นั้องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เข้มแข็งมาก อบต.ไม่ได้ทำตัวเป็นหน่วยราชการปกครองประชาชน แต่ทำตัวเป็น “ศูนย์บริการประชาชนและชุมชน” ใช้การอภิบาลชุมชนแบบหุ้นส่วน ทันสมัยมาก มีกิจกรรมดีๆ มากมาย มี “ขันชีนาทอน” เป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาวะของคนนาทอน โดยคนนาทอน เป็นทั้งกฎ เป็นทั้งนโยบาย รายละเอียดเป็นอย่างไร ท่านศึกษาต่อได้ทางเพจ หรือ face book หรือไปเยี่ยมเรียนรู้ดูงาน พร้อมพักผ่อนวิถีชุมชนท้องถิ่นไปพร้อมๆ กันได้เลย ท่านจะพบกับคนรุ่นใหม่ ๆ ของที่นี่ ซึ่งไปเรียนจบปริญญาแล้วก็กลับมาทำงานที่บ้านอย่างมีความสุขและมีชีวิตชีวา



สาระดีๆ จากสว.5.

ช่วยคุณไม่เคล

อ่านจบจบใจสบาย

1. รู้จักสุขภาพตัวเอง 2. รู้จักครอบครัว 3. รู้จักชุมชน 4. รู้จักประเทศไทย 5. รู้จักโลก

5 ขั้นตอนสู่ชีวิตที่ดี 5 ขั้นตอนสู่ชุมชนที่ดี

รู้สุขภาพตัวเอง รู้จักครอบครัว รู้จักชุมชน รู้จักประเทศไทย รู้จักโลก

มีสุขภาพที่ดี ชีวิตดี มีครอบครัวที่ดี ชุมชนที่ดี ประเทศไทยที่ดี โลกที่ดี

มีสุขภาพที่ดี ชีวิตดี มีครอบครัวที่ดี ชุมชนที่ดี ประเทศไทยที่ดี โลกที่ดี

มีสุขภาพที่ดี ชีวิตดี มีครอบครัวที่ดี ชุมชนที่ดี ประเทศไทยที่ดี โลกที่ดี

นพ.อำพล จินตรัตนพงศ์

อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย

18 ตุลาคม 2563

จังหวัดชัยนาท

28

ตำบลห้วยยู อำเภอนาคู จังหวัดชัยนาท

ที่นั่นมีการตั้ง “บริษัทสร้างสุขตำบลห้วยยู” เพื่อเป็นจุดรวมของ คนทั้งตำบล ก้าวข้ามกำแพงหน่วยงาน กำแพงสาขาอาชีพ ทำงานด้วย จตุพลัง ท้องถิ่น ท้องที่ หน่วยงานอื่นๆ องค์กรชุมชนและภาคประชาสังคม ขับเคลื่อนงานร่วมกัน ๕ ด้าน ประชุมกันทุกเดือน เวียนไปทุกหมู่บ้าน เป็นเวทีสื่อสาร แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันจากการทำงานจริง เขาทำอย่าง สม่ำเสมอมา ๑๐ กว่าปีแล้ว มีกองเลขานุการร่วมที่เข้มแข็ง หน่วยงานต่างๆ เข้ามาหนุน เข้ามาร่วม แต่ไม่ใช่เข้ามาเป็นเจ้าของหรือครอบงำ

ถ้ามีโอกาส อยากให้ท่านลองศึกษาเรียนรู้เพิ่มเติม ผมได้ชวน กพร. และหลายภาคส่วนไปถอดบทเรียนมาไว้ในรายงานของวุฒิสภาชุดที่แล้ว ด้วย

จากนี้ผมขอพาท่าน Zoom out กลับขึ้นมา โดยขอชี้เรื่องที่ท่าน ควรศึกษาเพิ่มเติม เพื่อการทำงานของท่าน ๑๒ เรื่องดังนี้

กรณีที่ ๑

กรณีศึกษา 1



เรียนรู้จากคำสอนด้วยการทรงปฏิบัติให้เห็นเป็นแบบอย่างของในหลวงรัชกาลที่ 9



เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา



มูลนิธิโครงการหลวง

เรียนรู้จากในหลวงรัชกาลที่ ๙

ท่านทรงหนุนเสริมการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นที่ยากลำบากให้คนไทยเห็นผลมานานมาก ท่านทรงใช้วิธีลงไปเรียนรู้อย่างเข้าถึง ให้เข้าใจความจริง (อ.ประเวศ บอกว่า คนข้างบนส่วนใหญ่ไม่เข้าใจความจริงของบ้านเมืองข้างล่าง) และส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาได้ตรงจุด เน้นให้รู้วิธีจับปลา ไม่ใช่การแจกปลาแบบที่นักการเมืองและราชการที่อภิบาลโดยรัฐนิยมทำกัน (นี่กำลังจะแจกเงินอีก)

พระองค์ทรงใช้มุนีธิ ซึ่งเป็นองค์กรสาธารณะประโยชน์ เป็นภาคประชาสังคม เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนโครงการต่างๆอย่างเห็นผล คนพื้นที่สูงได้รับการพัฒนาทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม มีสุขภาวะที่ดีขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

ฝากท่านศึกษาเรื่องนี้ให้ลึกซึ้งต่อไปด้วย

กรณีที่ ๒

กรณีศึกษา 2



เมื่อปี ๒๕๔๐ เรามีรัฐธรรมนูญฉบับที่ให้ความสำคัญกับประชาชน และชุมชนมากที่สุดฉบับหนึ่ง แต่ก็ เป็นช่วงที่เราประสบวิกฤตเศรษฐกิจ

ต้มยำกุ้ง ต้องกู้เงิน IMF เรามี Social Investment Fund (SIF) มีการบริหารโครงการและเงินกู้ ผ่านแผนสนับสนุนให้ชุมชนท้องถิ่นคิดและทำเอง มีการส่งเสริมการเรียนรู้และการพัฒนาเพื่อให้ชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง คนก็เก่งขึ้นด้วย งานก็ดีขึ้นด้วย บรรยากาศศึកคักมาก เราเกิดชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งในด้านต่างๆกระจายไปทั่ว

แต่ในยุคต่อๆ มาแทบไม่มีเลย กับไปสู่การบริหารแบบตัดเสื้อโหลแจกบนลงล่างเป็นหลักเหมือนเดิม แม้แต่ช่วงวิกฤตโควิด-๑๙ รัฐบาลกู้เงินจำนวนมาก มีเงินฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมชุมชนท้องถิ่น ๔ แสนล้านบาท เราเสนอแนะให้รัฐบาลบริหารแบบ SIF รัฐบาลฟังแต่ไม่ได้ยิน กลับให้ส่วนราชการทำโครงการใหม่บ้าง ปิดฝุ่นโครงการเก่าบ้าง เอาเงินไปทำงานกันเอง ชุมชนท้องถิ่นเป็นเพียงแค่สนามปฏิบัติการ ประชาชนเป็นเพียงตัวประกอบของโครงการที่ใช้เงินมากมาย น่าเสียดายครับ

สสส. มีเงินปีละไม่กี่พันล้าน แต่ท่านทำงานแบบหั่นส่วนหลายระดับ ข้ามภาคส่วน สร้างเสริมความเข้มแข็งเพื่อสุขภาพจะได้ผลดีมาก ขอชื่นชมครับ

กรณีที่ ๓ การกระจายอำนาจ



กรณีศึกษา 3

การกระจายอำนาจ



27

หลังปี ๒๕๔๐ ยังโชคดีที่เราได้มีการกระจายอำนาจ มีองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด และอื่นๆ เกิดขึ้น ทำให้การอภิบาลโดยรัฐรวมศูนย์ ชยับไปเกิดการอภิบาลที่ใกล้ชิดชุมชนท้องถิ่นมากขึ้น มีอำนาจ มีหน้าที่ มีคน มีทรัพยากร เกิดงานดีๆ ขึ้นไม่น้อย เช่น การดูแลเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนในชุมชนท้องถิ่น การพัฒนาพื้นฐานแต่ในภาพรวมก็ยังไม่ถึงระดับการอภิบาลแบบหุ้นส่วนที่ดีมากนัก ส่วนหนึ่งยังลอกเลียนแบบการอภิบาลโดยรัฐไปทำในพื้นที่ และเกิดปัญหาเรื่องการใช้อำนาจที่ไม่ชอบขึ้นไม่น้อย เรื่องนี้ยังต้องพัฒนาอีกต่อไป แต่ก็นับว่าเป็นทิศทางที่ถูกต้องแล้ว

กรณีที่ ๔ พระราชบัญญัติสภาองค์กรชุมชน ปี ๒๕๕



กรณีศึกษา 4

28

ถือว่าเป็นเรื่องดีที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาขององค์กรภาคประชาสังคมในพื้นที่ชุมชนท้องถิ่น คือ การเสริมพลังอำนาจสังคมโดยมีกฎหมายรองรับ แต่เรื่องนี้ยังต้องพัฒนาและยกระดับอีกมากเช่นกัน ฝากท่านศึกษาต่อด้วย



อยากฝากท่านโดยอ้างอิง อาจารย์ไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม ซึ่งท่านมุ่งมั่นเรื่องการเสริมสร้างชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งมาก ท่านวิเคราะห์ว่าในชุมชนโดยเฉพาะระดับตำบล มีพลัง ๔ พลัง เรียกว่า “จุดพลัง” คือ **หนึ่ง พลังท้องถิ่น** ได้แก่ อบจ. เทศบาล อบต. เป็นต้น **สอง พลังท้องถิ่น** ซึ่งมีมานานมากแล้ว ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน เป็นต้น **สาม พลังองค์กรชุมชนและภาคประชาสังคม** ได้แก่ สภาองค์กรชุมชน วัด กลุ่มและองค์กรภาคประชาชนต่างๆ ที่ปัจจุบันเกิดขึ้นมากพอสมควร ซึ่งรวมไปถึงองค์กรธุรกิจเอกชนด้วยก็ได้ และ **พลังหน่วยงานต่างๆ** ได้แก่ รพ.สต. โรงเรียน โรงพัก หน่วยงานในสังกัดต่างๆในพื้นที่ เป็นต้น

อาจารย์ไพบูลย์ท่านมองแบบ Growth Mindset และมองบนความเป็นจริง จึงมองแบบสานพลังทุกภาคส่วนที่มีตัวตนอยู่แล้ว เพื่อร่วมกันพัฒนาชุมชนท้องถิ่นไปด้วยกัน นี่คือนวัตกรรมที่น่าสนใจมากครับ

กรณีที่ ๕ ข้อเสนอการปฏิรูประบบสร้างเสริมชุมชนเข้มแข็ง



สมัยผมเป็นประธานคณะกรรมการการปฏิรูปด้านสังคมฯ ในสภาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) เราพ่วงคำว่าชุมชนเข้าไปในชื่อคณะกรรมการชุดนี้ด้วย เพราะเราเชื่อเรื่องชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง เชื่อว่าการปฏิรูปประเทศต้องให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ด้วย เราจัดทำ รายงานข้อเสนอการปฏิรูป

ระบบเพื่อส่งเสริมชุมชนเข้มแข็ง เสนอรัฐบาล คสช. ไป เมื่อต้นปี ๒๕๕๘ เพื่อสร้างความเข้าใจและให้ข้อเสนอแนะต่อการปฏิรูประบบต่างที่จะช่วยให้ชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง เป็นฐานการพัฒนาประเด็นปฏิรูปประเทศ ด้านสังคมในเวลาต่อมา



โดยเราเสนอกรอบความคิดเชิงระบบไว้ ๔ เรื่องใหญ่ คือ การจัดการชุมชน การจัดการทุนและทรัพยากรชุมชน สวัสดิการชุมชน และสัมมาชีพชุมชน

ฝากท่านศึกษาเพิ่มเติมต่อไปด้วย

กรณีที่ ๖ ยุทธศาสตร์ชาติกับชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง



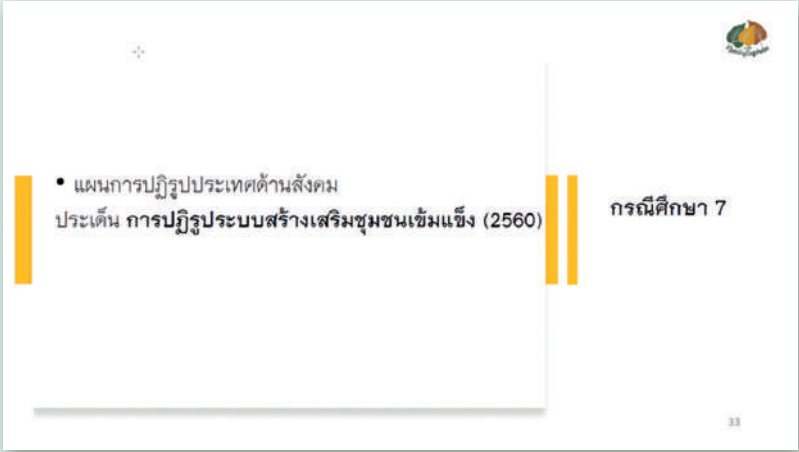
- ยุทธศาสตร์ชาติด้านที่ 1
แผนแม่บทด้านความมั่นคง
“ตำบลมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน”
- ยุทธศาสตร์ชาติด้านที่ 4
“ชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง จังหวัดจัดการตนเอง”

กรณีศึกษา 6

32

หลังจากที่ประเทศมีรัฐธรรมนูญปี ๒๕๖๐ เมื่อมีการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ ๖ ด้าน มี ๒ ยุทธศาสตร์ที่ให้ความสำคัญกับเรื่องชุมชนท้องถิ่น คือ **ยุทธศาสตร์ที่ ๑** แผนแม่บทด้านความมั่นคง กำหนดเรื่อง “ตำบลมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” ไว้ด้วย และ **ยุทธศาสตร์ที่ ๔** กำหนดเรื่อง “ชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง จังหวัดจัดการตนเอง” เอาไว้ด้วย แสดงว่า รัฐบาลทิศทางให้ความสำคัญกับชุมชนท้องถิ่นไว้แล้ว แต่การลงมือทำกันให้จริงจังยังมีน้อยอยู่

กรณีที่ ๗ แผนปฏิรูประบบสร้างเสริมชุมชนเข้มแข็ง



• แผนการปฏิรูปประเทศด้านสังคม
ประเด็น การปฏิรูประบบสร้างเสริมชุมชนเข้มแข็ง (2560)

กรณีศึกษา 7

33

เมื่อมีการทำแผนปฏิรูปด้านสังคม ผมได้รับแต่งตั้งให้เป็นกรรมการด้วย (ปี ๒๕๖๐) ได้รับมอบหมายให้เป็นแกนทำแผนปฏิรูประบบสร้างเสริมชุมชนเข้มแข็งต่ออีก ซึ่งเป็น ๑ ใน ๕ ประเด็นปฏิรูปด้านสังคม



เราก็ต่อยอดข้อเสนอของสภาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) ปี ๒๕๕๘

เกิดภาพบ้านหลังนี้ (เน้นเรื่องชุมชนเข้มแข็ง ส่วนเรื่องการปฏิรูปการปกครองส่วนท้องถิ่นมีการทำแผนปฏิรูปแยกต่างหาก)

เราพยายามทำความเข้าใจให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ได้แก่

๑. เขียน “เป้าประสงค์” ชุมชนเข้มแข็งให้ชัดเจนขึ้น ท่านดูที่หลังคาบ้านในภาพฉายได้

๒. ระบุ “เงื่อนไข” ที่จะต้องทำเพื่อสร้างเสริมชุมชนเข้มแข็งให้ได้จริง ไว้๓ประการ ท่านดูที่พื้นบ้านในภาพฉาย

๓. เสนอการปฏิรูปเชิงประเด็นและระบบไว้ ๔ เรื่อง สอดคล้องกับข้อเสนอการปฏิรูประบบสร้างเสริมชุมชนเข้มแข็งของสปช. ปี ๒๕๕๘ (ดูที่ฝั่บ้านด้านขวามือในภาพฉาย)

๔. ในแผนนี้มีการเพิ่มเติมข้อเสนอการปฏิรูปเชิงพื้นที่ให้ชัดเจน คือการปฏิรูปโดยใช้ตำบลเป็นศูนย์กลาง จากการตกผลึกว่า “ตำบล คือ พื้นที่ยุทธศาสตร์ของการพัฒนา” มีขนาดพอเหมาะ (ทั้งประเทศมีประมาณ ๘,๐๐๐ ตำบล) มีจุดพล้ง (ดูที่ฝั่บ้านด้านซ้ายมือในภาพฉาย)

ตัวอย่างกรณีศึกษาเชิงพื้นที่ ๓ เรื่องที่ผมเล่าไปแล้ว เป็นการทำงานชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งที่ระดับตำบลทั้ง ๓ เรื่อง

ฝากท่านไฟ้กั่สงานที่ตำบลให้ดีครับ

กรณีที่ ๘ ข้อเสนอการจัดการตำบลเข้มแข็ง



การจัดการตำบลเข้มแข็งตามแนวทางยุทธศาสตร์ชาติและแผนการปฏิรูปประเทศ

กรณีศึกษาที่ 8

35

น่าเสียดายที่แผนปฏิรูปข้างต้น รัฐบาลที่ผ่านมาไม่ได้ทำอะไรให้เกิดผลเป็นชิ้นเป็นอันมากนัก เมื่อผมไปอยู่ในวุฒิสภา ก็ชวนหน่วยงาน องค์กรต่างๆ มาทำการศึกษาจัดทำรายงานข้อเสนอเรื่อง “การจัดการตำบลเข้มแข็ง ตามยุทธศาสตร์ชาติและแผนการปฏิรูปประเทศ” ไว้อีกฉบับหนึ่ง

กรณีที่ ๙ กองทุนสุขภาพตำบล



กรณีศึกษา 9

พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2544 (สปสช.)

กองทุนสุขภาพตำบล

- การจัดการแบบหุ้นส่วน
- ร่วมทุน



ย้อนไปที่ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๔ นอกจากทำให้คนไทยเข้าถึงการบริการสาธารณสุขที่จำเป็นโดยถ้วนหน้าแล้ว ยังมีการเขียนเรื่อง “กองทุนสุขภาพตำบล” ไว้ด้วย เรื่องนี้ต้องให้เครดิต คุณหมอสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ซึ่งท่านเสียชีวิตไปแล้ว ท่านมองเห็นเรื่องการส่งเสริมชุมชนเข้มแข็งมานานแล้ว

กองทุนนี้ สปสช. ใส่งินให้ตำบลทุกปี คิดให้ตามรายหัวประชากร กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ต้องร่วมลงขันด้วยทุกปี และ

มีกรรมการพหุภาคีดูแลกองทุนด้วยการอภิบาลแบบหุ้นส่วน เป็นตัวอย่าง
กลไกทางการเงินชุมชนด้วยการอภิบาลแบบหุ้นส่วนในระดับตำบลที่
ควรเรียนรู้และส่งเสริมการขยายผล ให้เป็นเครื่องมือหนุนเสริมทางการเงิน
เพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น ซึ่งระบบกองทุนอื่นๆ ไม่มี
อย่างนี้เลย

กรณีที่ ๑๐ สสส. กับตำบลเข้มแข็ง



กรณีศึกษา 10



•งาน สสส.

- ตำบลสุขภาวะ
- การพัฒนาข้อมูลตำบลโดยการสำรวจ

สสส. สนับสนุนการทำงานสร้างสุขภาพ/สุขภาวะมากมาย ด้วย
รูปแบบหนุนเสริมการทำงานแบบหุ้นส่วน ที่เกี่ยวกับชุมชนท้องถิ่นก็มาก
เช่นเรื่อง “ตำบลสุขภาวะ”

ผมขอพูดถึงเรื่องการสนับสนุน “การพัฒนาระบบข้อมูลของตำบล โดยตำบลเพื่อตำบล” ที่ สสส.ลงไปหนุนมากกว่า ๓,๐๐๐ ตำบล น่าชื่นชมมาก ผมไม่มีเวลาเล่าให้ลึก ท่านศึกษาเพิ่มเติมเองได้



ข้อเสนอการพัฒนาฐานข้อมูลตำบล รองรับการจัดการตำบลเข้มแข็งแบบหุ้นส่วน
ตามยุทธศาสตร์ชาติด้านที่ 4 การสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม

ตอนอยู่ในวุฒิสภา ผมได้ชวนหลายองค์กรที่เกี่ยวข้องมาศึกษาบทเรียนสำคัญนี้ ทำรายงานข้อเสนอเรื่อง การพัฒนาฐานข้อมูลตำบล รองรับการจัดการตำบลเข้มแข็งแบบหุ้นส่วน เสนอให้รัฐบาลต่อยอดให้เต็มพื้นที่ทั่วประเทศ โดยเสนอให้กรมการปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพหลัก ก็ต้องตามดูผลกันต่อไป

งานนี้จะช่วยสร้างเสริมชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งขึ้นอีกมาก เมื่อคนทั้งชุมชนรู้ข้อมูลของตัวเอง ใช้ข้อมูลของตัวเอง ร่วมวางแผน ร่วมแก้ปัญหา ร่วมสร้างสรรค์เรื่องดีๆบนโอกาสและจุดแข็งของตัวเอง โดยรัฐสนับสนุนตามเงื่อนไข ๓ ข้อที่ผมพูดไปแล้ว ก็จะสามารถสร้างสุขภาวะ รับมือกับวิกฤติต่างๆและลดทุกข์สภาวะในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้นแน่นอน

กรณีที่ ๑๑ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๐

กรณีศึกษา 11

- พรบ. สุขภาพแห่งชาติ, 2550
 - เครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (PHPP)
 - ธรรมนูญสุขภาพ, สมัชชาสุขภาพ เป็นต้น



กฎหมายนี้เป็นกฎหมายส่งเสริม ขยายกรอบความคิดเรื่องสุขภาพ และระบบสุขภาพกว้างครอบคลุมไปถึงสุขภาวะ ๔ มิติ ไม่เพียงแค่การ

แพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดสากลที่ผมนำเสนอไปในส่วนที่๒แล้ว ทำให้เรื่อง **สุขภาพเป็นของทุกคนโดยทุกคน** เน้นทิศทาง **“สร้างนำซ่อม”** มีกลไกและเครื่องมือส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ ด้วยการทำงานแบบหุ้นส่วน **สานพลังักทอการทำงานแนวดิ่งกับแนวนราบเข้าด้วยกัน** มีภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนกระจายอยู่ทั่วประเทศ และมี **ข้อตกลงกับรัฐบาลได้โดยตรง** อยู่แล้วด้วย จึงเป็นอีกกลไกหนึ่งในการสร้างเสริมชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งได้

ซึ่ง **ศ.ดร.บรรเจิด สิงคะเนติ** ท่านเป็นกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และเป็นประธานกรรมการบริหารของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติอยู่ด้วย สามารถเชื่อมโยงใช้ประโยชน์เสริมหนุนงานของพวกท่านได้เป็นอย่างดี



■ ศ.ดร.บรรเจิด สิงคะเนติ

กรณีที่ ๑๒ แนวทางการบริหารจัดการตำบลเข้มแข็งแบบหุ้นส่วน



การพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการตำบลเข้มแข็งแบบหุ้นส่วน

41

ก่อนพ้นวาระจากวุฒิสภา ผมได้ชวน กพร. และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาเรียนรู้การบริหารหรือการอภิบาลแบบหุ้นส่วนที่เกิดขึ้นที่ตำบลนำมาพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายชื่อว่า ข้อเสนอการพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการตำบลเข้มแข็งแบบหุ้นส่วน เสนอให้ส่งเสริมเรียนรู้ต่อยอดขยายผลเรื่องนี้ เชื่อมเข้ากับระบบการบริหารงานแบบบูรณาการเชิงพื้นที่ เสนอรัฐบาลไปแล้ว ถ้ามีโอกาสฝากท่านศึกษาและช่วยกันผลักดันต่อด้วยนะครับ ผมเป็นคนนอกที่พ้นหน้าที่ไปแล้ว

๑๒ กรณีศึกษาที่ผมนำมาเล่านี้ เพื่อให้ท่านเห็นทั้งเรื่องหลักคิด กลไก เครื่องมือ และข้อเสนอเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง เป็น “ฐานทุน” ที่มีอยู่แล้ว ซึ่งยังต้องการแรงดึงและแรงดันจากทุกภาคส่วนให้เกิดการขับเคลื่อนไปข้างหน้าอีกมาก

งานที่พวกท่านกำลังรวมตัวกันคิดและทำ สามารถเรียนรู้และต่อยอดจากเรื่องต่างๆเหล่านี้ได้ ในขณะที่เดียวกันงานของพวกท่านก็จะเป็นแรงดึงและแรงดันให้เรื่องต่างๆเหล่านี้ขยับไปข้างหน้าได้ด้วย

ส่วนที่ ๔

ผมไม่มีเวลาพอที่จะพูดถึงสิ่งที่เตรียมมาเกี่ยวกับเรื่องการทำงานแบบ
หุ้นส่วน ขอไปอย่างรวดเร็วๆ ครับ

การสานพลังเครือข่าย ภาคี หุ้นส่วน



1. เครือข่าย : Networks
2. ภาคี : Partners
3. หุ้นส่วน : Partnerships

ความเข้มข้น
การbinเป็นฝูง

การมีส่วนร่วม 5 ระดับ (Participation)

ประสานงาน (CO-ordination)

ร่วมมือ (Collaboration)

หุ้นส่วน (Partnerships)

สานพลัง (Synergy)





ระดับความร่วมมือ

- ร่วมอุดมการณ์
- ร่วมความมุ่งมั่น
- ร่วมเจตนารมณ์
- ร่วมกรอบคิด
- ร่วมวัตถุประสงค์
- ร่วมเป้าหมาย
- ร่วมคิด ร่วมทำ : ร่วมมือ
- ร่วมรับผิดชอบ
- ร่วมสุขร่วมทุกข์

45

If you want to go fast, go alone.
If you want to go far,

GO TOGETHER.

African Proverb



ท่านดูจากภาพฉายเองเลยนะครับ ทุกท่านคงเข้าใจเรื่องการทำงาน
สานพลังมาก่อนแล้ว ผมเพียงนำมาย้ำว่า “การสานพลังทำงานด้วยกัน
จะได้งานมากกว่าและดีกว่าต่างคนต่างทำแน่นอน”



ปิดท้าย

กรณีศึกษาปิดท้าย



• การจัดทำ “พรบ. สุขภาพแห่งชาติ” บทเรียน 7 ปี

• มาตรา 12 “พินัยกรรมชีวิต” (Living Will)

- มิติชีวิต คุณค่า ความเชื่อ ศาสนา
- มิติการแพทย์และสาธารณสุข
- มิติเศรษฐศาสตร์และการจัดการสังคม
- มิติสิทธิและกฎหมาย

จึงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมหลายมิติ หลายภาคส่วน หลายระดับ **ทั้งสังคม**

48

ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเชื่อมโยงเขา



49

เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการรวมตัวทำงานของพวกท่าน ขอเล่าประสบการณ์ที่ผมเป็นแกนจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงปี ๒๕๔๓-๒๕๕๐ บทเรียน ๗ ปีมีเรื่องราวเล่าได้มากมาย ผมเขียนเป็นหนังสือไว้หลายเล่ม ท่านที่สนใจเปิดอ่านจากหนังสือออนไลน์ของผมชื่อว่า “ห้องสมุดนายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ” (<https://fliphtml5.com/bookcase/ougcz>)



ตัวอย่างในกฎหมายฉบับนี้ มีมาตรา ๑๒ เรื่องสิทธิในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นเรื่องใหม่ของไทย เป็นเรื่องเกี่ยวกับ ๔ มิติ คือ

- (๑) มิติชีวิต คุณค่า ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม
- (๒) มิติการแพทย์และสาธารณสุข
- (๓) มิติเศรษฐศาสตร์และการจัดการสังคม และ
- (๔) มิติสิทธิและกฎหมายซึ่งรวมถึงเรื่องนโยบายด้วย

เราจึงต้องใช้การสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อทำงานเชื่อมพลัง ๓ ด้าน ตามที่ ศ.นพ.ประเวศ วะสี เรียกว่า “ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา”

งานอย่างนี้ทำไม่ง่ายครับ มีทั้งคนเห็นด้วยเห็นต่างหลากหลายแง่มุมกว่างานจะสำเร็จได้ ต้องใช้เวลานานและต้องใช้ความเพียรไม่น้อยเลย และเมื่อได้กฎหมายแล้ว ก็ยังต้องสานพลังขับเคลื่อนต่อไปไม่รู้จบ

ผมขอให้กำลังใจทุกท่านที่กำลังจะทำงานยากๆ ในทำนองเดียวกันนี้ครับ ❖



การปฏิรูประบบสุขภาพ การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ ด้านสาธารณสุข

โดย นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ
อดีตรัฐมนตรี
อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานมูลนิธิสานพลังเพื่อแผ่นดิน (มสผ.)

บทความเขียนให้สมาคมศิษย์เก่า
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ธันวาคม ๒๕๖๗

แนวคิดการสาธารณสุขยุคใหม่
เน้นบทบาทของทุกคน ทุกภาคส่วน
ให้เข้ามาทำงานร่วมกัน เป็นการ
ผสมต่อยอดแนวคิดที่เกิดจากการ
ผลักดันขององค์การอนามัยโลก
และการตกผลึกความคิดและการ
ทำงานของประเทศไทยเอง



เกริ่นนำ

ในยุคอดีตนานมาแล้ว การดำเนินงานต่างๆ ในสังคมเป็นไปอย่าง
องค์รวม ไม่ได้แยกด้าน แยกสาขาออกจากกัน เรื่องสุขภาพในครั้งกระโน้น
ปะปนอยู่ในเรื่องการเงินชีวิตของคนทั่วไป เมื่อเจ็บไข้ได้ป่วย ก็เกิด “ยาขอ
หมอวาน” พัฒนามาเป็น “การเจียดยา” ฟังพากันเองของคนในชุมชนต่างๆ

เมื่อประเทศมีการพัฒนาเปิดกว้าง รับแนวทางการพัฒนาที่เป็นสากล
มากขึ้น มีการรับศาสตร์และศิลป์ องค์ความรู้ วิทยาการและเทคโนโลยี
ที่เป็นรายสาขา รายด้านต่างๆ เพิ่มขึ้นตามลำดับ

ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพนั้น การแพทย์เจริญก้าวหน้ามาก เป็นเรื่อง
ที่มุ่งการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาเยียวยาผู้ป่วย ต่อสู้กับโรคร้ายไข้เจ็บที่
เกิดขึ้นจากสาเหตุต่างๆ ด้วยความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ชีวการแพทย์ (Bio-
Medicine)

ในขณะเดียวกัน ก็มีการพัฒนาศาสตร์และศิลป์ที่เกี่ยวกับการส่งเสริม
สุขภาพ การป้องกันโรคร้ายไข้เจ็บ ซึ่งครอบคลุมทั้งเรื่องการรักษาพยาบาล
และการฟื้นฟูสุขภาพ ที่กว้างกว่าการแพทย์ เรียกว่า การสาธารณสุข
(Public Health) ควบคู่กันไป

สมเด็จพระราชบิดา กรมหลวงสงขลานครินทร์ ท่านสนใจและให้
ความสำคัญเรื่องสาธารณสุขอย่างเด่นชัด

การสาธารณสุขมูลฐาน เพิ่มการมีส่วนร่วม

การดำเนินงานด้านการแพทย์และการสาธารณสุข โดยมีมือของบุคลากรวิชาชีพเพื่อสนองประชาชนอย่างเดียว ไม่อาจสำเร็จผลได้ด้วยดีทั้งหมด ด้วยปัจจัยหลายด้าน ทั้งข้อจำกัดด้านทรัพยากร ความรู้และเทคโนโลยี การกระจายตัวของบริการ กำลังคนและอื่นๆ จึงเกิดแนวคิด **การสาธารณสุขมูลฐาน** (Primary Health Care) ที่ผลักดันโดยองค์การอนามัย (Alma Ata Declaration, พ.ศ. ๒๕๒๑) ขยายการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขและกิจกรรมชุมชนรูปแบบต่างๆ เพื่อร่วมมือกับบุคลากรสาธารณสุขดำเนินงานด้านสุขภาพ โดยกำหนดเป้าหมายเชิงตัวชี้วัดให้บรรลุ **“สุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี ๒๕๔๓”** (Health for All by the Year 2000) เป็นการยกระดับการสาธารณสุขเพิ่มการมีส่วนร่วมมากขึ้น ซึ่งประเทศไทยทำงานเกิดผลสำเร็จอย่างดี และหลายเรื่องมีความต่อเนื่องยั่งยืนมาจนถึงทุกวันนี้

ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพ และนโยบายสาธารณสุขที่ดีเพื่อสุขภาพ

เมื่อสังคมพัฒนาเรื่อยมา โรคภัยไข้เจ็บ ปัญหาด้านสุขภาพก็เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา มีทั้งที่เกิดจากเชื้อโรคแบบเดิมๆ เชื้อโรคใหม่ๆ โรคไม่ติดต่อ โรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บ เสียชีวิตจากภัยคุกคามสุขภาพ

รูปแบบใหม่ๆ และพยาธิสภาพทางสังคมต่างๆ เช่น การบาดเจ็บล้มตายจากอุบัติเหตุจราจร อาชญากรรม ความรุนแรงต่างๆ พิษร้ายจากสุรา ยาสูบ ยาเสพติด การบริโภค การอาชีพ พฤติกรรม และวิถีชีวิตรูปแบบต่างๆ

เกิดคำว่า “โรคและภัยคุกคามสุขภาพ” ซึ่งในเวลาต่อมา องค์การอนามัยโลก ได้นำเสนอกรอบคิดเรื่อง “ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ” (Social Determinants of Health) เพื่อเปิดมุมมองใหม่ในเรื่องสุขภาพที่กว้างกว่าเดิม



โดยก่อนหน้านี้ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๒๙ องค์การอนามัยโลกได้ผลักดัน
กฎบัตรอตตาวา “Ottawa Charter” เพื่อเสนอกรอบคิดเรื่อง “การส่งเสริม
สุขภาพ” (Health Promotion) แนวใหม่ ด้วยยุทธศาสตร์หลัก ๕ ประการ
คือ

๑. การพัฒนาความเข้มแข็งของนโยบายสาธารณะที่ดีเพื่อสุขภาพ
(Healthy public policies strengthening) ด้วยมองเห็นว่า นโยบาย
สาธารณะไม่ว่าเรื่องใดๆ ย่อมมีผลต่อสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบ

๒. การพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นเพื่อการทำงานที่
เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Community Action Strengthening)



๓. การพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
(Environment Strengthening)

๔. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลด้านสุขภาพ (Personal Skill Development)

๕. การพัฒนาปรับเปลี่ยนระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Health Service Systems Re-Orientation)

ในเวลาต่อมาได้มีการผลักดันแนวคิด เรื่อง “ทุนนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (Health in All Policies: HiAP) เพื่อให้ความสำคัญต่อเรื่องนโยบายสาธารณะให้มากยิ่งขึ้นเพิ่มเติมออกมาด้วย

แนวคิด ทุนนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policy : HiAP)



ประเทศไทยยับยั้งการปฏิรูประบบสุขภาพ : การปรับเปลี่ยน
กระบวนทัศน์ด้านสาธารณสุขใหม่

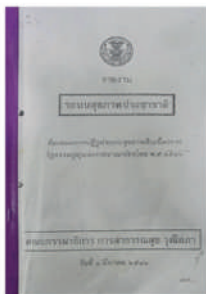
ปี พ.ศ. ๒๕๓๕ มีการตั้ง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
ขึ้นมาทำหน้าที่วิจัยระบบสาธารณสุข เพื่อเตรียมปรับยุทธศาสตร์ มาตรการ
และกลไกรับมือปัญหาสุขภาพน้ำใหม่

ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ มีการจัดทำรายงานระบบสุขภาพประเทศไทย :
ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ ปี พ.ศ.
๒๕๔๐ โดยคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ชุดที่มี ศ.นพ.ประสพ
รัตนากร เป็นประธาน

รายงานระบบสุขภาพประเทศไทย 2543

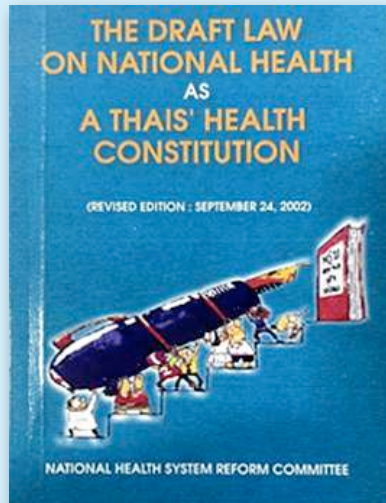
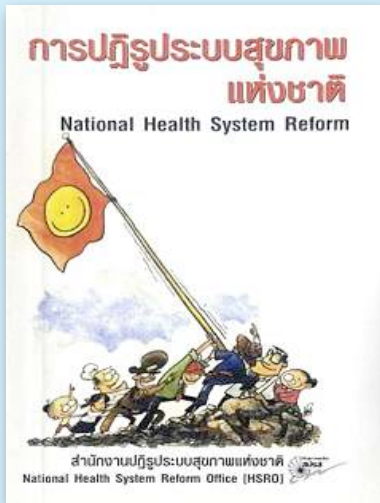


ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพตาม รัฐธรรมนูญ 2540



- นิยามสุขภาพกว้าง ครอบคลุม ๔ มิติ คือ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ
- นิยามคำว่า “**ระบบสุขภาพ**” ที่กว้างกว่าระบบการแพทย์และสาธารณสุขเดิม
- เสนอทิศทางการจัดการระบบสุขภาพ “**สร้างนำซ่อม**”
- เสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ ระบบการแพทย์และสาธารณสุขให้เท่าทันสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

ในปีเดียวกันนั้น มีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ตั้ง **คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ** มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ยกระดับเรื่องสุขภาพกว้างกว่าเรื่องการแพทย์และสาธารณสุข มี **สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.)** ทำหน้าที่หน่วยเลขานุการ ขับเคลื่อนพลังความรู้ เชื่อมกับพลังทางสังคมและพลังทางการเมือง **ตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา** เพื่อจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพของสังคมไทย ตามแนวคิดและข้อเสนอในรายงานระบบสุขภาพประชาชาติของวุฒิสภา



นอกจากการชูแนวคิดระบบสุขภาพแบบ “สร้างนำซ่อม” แล้ว ยังผลักดันแนวคิดต่อยอดจากการสาธารณสุขมูลฐานเดิมที่มีเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า มาเป็น “สุขภาพดีโดยคนทั้งมวล เพื่อคนทั้งมวล” (All for Health for Health for All) เป็นการสร้าง **แนวคิดการสาธารณสุขยุคใหม่** ที่เน้นบทบาทของทุกคน ทุกองค์กร ทุกสาขา ทุกภาคส่วนให้เข้ามาทำงานร่วมกัน เป็นการผสมต่อยอดแนวคิดที่เกิดจากการผลักดันขององค์การอนามัยโลก และการตกผลึกความคิดและการทำงานของประเทศไทยเอง

๒๕๒ สุขภาพแห่งชาติ สุขภาพของทุกคน โดยทุกคน

ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ มี พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เกิดขึ้น





สุขภาพแห่งชาติ

ของทุกคนโดยทุกคน

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

จัดตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยเป็นหน่วยงานการให้กับ **คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)** ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการมาจากทั้งภาคการเมืองและราชการ ภาควิชาการและวิชาชีพ และภาคสังคม ทำหน้าที่ดูการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และให้ข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

โดยขยายมุมมองเรื่องสุขภาพที่กว้างกว่าการแพทย์และสาธารณสุข ครอบคลุมไปถึงระบบความสัมพันธ์ทั้งมวลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งมิติทางกาย ทางใจ ทางปัญญาและทางสังคม ในทิศทาง สร้างนำซ่อม

จุดกำเนิด

กรม.สมัยรัฐบาล นายชวน หลีกภัย ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 ให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ตั้ง สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปร.) เพื่อขับเคลื่อนการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ตามข้อเสนอ รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ : ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพสืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ของคณะกรรมการการสาธารณสุข จุดฉกฉก ชุคทีมี ศ.นพ.ประสพ รัตนากร เป็นประธาน โดยทำงานสร้างความรู้ เชื่อมโยงกับภาคการเมืองและทำงานกับสังคมอย่างกว้างขวาง จนกระทั่งได้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เมื่อปี 2550

ผู้มีบทบาทสำคัญ

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ด้วยการสนับสนุนของ ศ.นพ.เสมอ พริ้งพวงแก้ว
ศ.นพ.ประเวศ วะสี นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ
ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย นพ.บรรลพ ศิริพานิช ศ.นพ.วิฑูรย์ อังประพันธ์
นพ.มงคล ณ สงขลา นพ.วิฑูร พูลเจริญ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ
บุคคลอื่นๆ อีกมากมาย



ให้คำนิยาม “สุขภาพ” ว่า หมายถึง สุขภาวะทั้งทางกาย จิต ปัญญา และสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

ให้คำนิยาม “ระบบสุขภาพ” ว่าเป็น ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550



- ใช้เวลาจัดทำพร้อมกับการทำงานเคลื่อนไหวสังคม 7 ปี
- เป็นกฎหมายส่งเสริม ต้องใช้พลังอำนาจย้อน (บารมี ปัญญา ศรัทธา ภาวดี)
- ให้คำนิยามใหม่ที่ไกลกว่าระบบการแพทย์และสาธารณสุขเดิม

สุขภาพ : สุขภาวะ 4 มิติ เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างเป็นองค์รวม
ระบบสุขภาพ : ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

กำหนดให้มี “คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ” (คสช.) มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีองค์ประกอบจากทั้งภาคการเมือง ราชการ วิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้แทนภาคประชาชนจากทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ทำหน้าที่สนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะที่ดีเพื่อสุขภาพ ด้วยเครื่องมือและ

กลไกต่างๆ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย ได้แก่ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ, สมัชชาสุขภาพ, การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ, เขตสุขภาพเพื่อประชาชน, การพัฒนานโยบายสาธารณะที่ดีต่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในเรื่องนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

โดยมี “สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ” (สช.) เป็น
หน่วยงานของรัฐที่มีใช้ส่วนราชการ เป็นองค์กรเลขานุการ

[illegible]

เป็นการเปิดมิติการทำงานเรื่องสุขภาพที่กว้างและครอบคลุมทั้งเรื่อง การแพทย์และการสาธารณสุข และเกี่ยวข้องกับการพัฒนาในสาขาอื่นๆ ซึ่งล้วนมีผลกระทบทั้งบวกและลบต่อสุขภาพด้วยทั้งสิ้น



ซึ่งในเวลาก่อนหน้านั้นไม่นาน ได้เกิด พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕, และอื่นๆ เข้ามาเสริมการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรต่างๆ ที่ทำงานการแพทย์และสาธารณสุขอยู่เดิมแล้ว

เรื่องราวการปฏิรูประบบสุขภาพที่เกิดขึ้นมาจนถึงวันนี้ อาจเรียกในอีกสำนวนหนึ่งได้ว่าเป็น “เป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ด้านสาธารณสุขใหม่” ก็ว่าได้ ❖



กาย ใจ ปัญญา สังคม
ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู





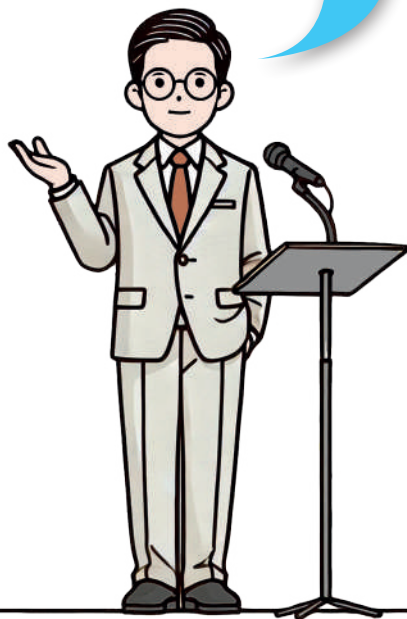
ภา ค ฃ น ว ก

บทลัษภษณ
บพ.อำนพล จินดาวิธนะ
ประกอบการศีกษาวิจัย เรือง

Peaceful Death ภายใต้โครงการเมืองกรณา เพื่อการอยู่และตายดี

สนับสนุนโดย
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
โดย คุณสุนิย์ สถาพร
วันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๗

พวกเราไม่ได้ทำงานโดดๆ แต่
ทำงานเป็นเครือข่าย การทำ
งานแบบนี้จึงสัมพันธ์เรื่องความ
เข้าใจ เรื่องมิติของความเป็น
มนุษย์ เรื่องมิติของ Spiritual
Health





■ สุนีย์ สถาพร



■ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

Sunee Sathaporn : ขอเรียนถามว่าเส้นทางชีวิตคุณหมอก่อนมาเป็นสมาชิกวุฒิสภาและผลักดันเรื่องระบบชีววิถี คุณหมอมีแรงบันดาลใจอะไร มีจุดมุ่งหมายอย่างไร

อำพล จินดาวัฒนะ : ผมเป็นนักเรียนแพทย์ใน ยุคแสวงหาประชาธิปไตย ผ่านยุค ๑๔ ตุลา ๒๕๑๖ ยุคนั้นบ้านเมืองกำลังแสวงหาประชาธิปไตยจากเผด็จการ นักศึกษารุ่นผมและเพื่อนๆ และน้องๆ ในเครือข่ายช่วงนั้นอยู่ในกระแสธารนั้น ผมเป็นคนหนึ่งในบรรดาพี่ เพื่อน และน้องๆ ออกไปทำงานในชนบท เรียกว่าเป็น หมอบ้านนอก หรือ เป็นแพทย์ชนบท มุ่งสู่การทำงานกับคนต่างจังหวัด พวกเราไปอยู่ตามโรงพยาบาลอำเภอกัน เป้าหมายคือการสร้างสุขภาพดีให้กับประชาชน ไม่ว่าจะเป็นการดูแลเยียวยารักษา การเจ็บไข้ได้ป่วยแบบสมัยก่อน รวมทั้ง

การพยายามทำให้เรามีสุขภาพดี พวกผมจึงคุ้นเคยกับฐานของสังคมคือชนบท ซึ่งสมัยนั้นยากลำบากกว่าทุกวันนี้มาก

ด้วยการทำงานนั้น เราเกาะเกี่ยวกันเป็นกลุ่มก้อน เป็นชมรมแพทย์ชนบท แล้วเติบโตจากการทำงานที่ระดับอำเภอ มาที่ระดับจังหวัด บางคนเข้าไปทำงานในส่วนกลาง ผมเป็นคนหนึ่งที่ได้เข้าไปอยู่ในเครือข่ายนี้ ไม่ใช่เพียงแค่เราไปรับราชการเป็นข้าราชการแล้วจบกัน พวกเราไม่ได้มุ่งเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอยู่ในโรงพยาบาลใหญ่ เมื่อเราทำอยู่ในสายธารนี้ เราเกาะเกี่ยวกันเป็นเครือข่าย ทำงานในราชการ โตมาทำเรื่องนโยบาย การบริหารในวงการแพทย์และสาธารณสุข ทำงานภาคประชาสังคมด้วย มีเครือข่ายกว้างขึ้นเรื่อยๆ

เรามีกัลยาณมิตรหลักผู้ใหญ่มากมายอยู่ในกระแสนี้ ตัวผมก็อยู่ในกระแสนี ความคิดของท่านอาจารย์พุทธทาสภิกขุ ผมเคยไปบวชอยู่กับท่านช่วงหนึ่ง อยู่ในกระแสนี้อาจารย์หมอเสม พริ้งพวงแก้ว อาจารย์หมอ



■ ท่านพุทธทาสภิกขุ



■ นพ.เสม พริ้งพวงแก้ว



■ นพ.ประเวศ วะสี



■ พระไพศาล วิสาโล

ประเวศ วะสี เป็นต้น พวกเราไม่ได้ทำงานโดดๆ แต่ทำงานเป็นเครือข่าย การทำงานแบบนี้จึงสั่งสมเรื่องความเข้าใจ เรื่องมิติของความเป็นมนุษย์ เรื่องมิติของ Spiritual Health พระอาจารย์ไพศาล วิสาโล เราก็คือเครือข่ายกับท่าน เป็นกัลยาณมิตรซึ่งกันและกัน

อาจเรียกว่าทำไปทำมาเลยกลายเป็นหมอสังคม เป็นหมอที่คุณดูแลเรื่องทิศทางในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาวะหรือสุขภาพ ที่มองว่าสุขภาพไม่ใช่แค่การแพทย์และสาธารณสุข สุขภาพเป็นเรื่องสุขภาวะ ๔ มิติ กาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ เราเรียนจากการทำงาน ตอนเราเรียนแพทย์ พอมาทำงานแล้วเรากลายเป็นนักสาธารณสุข แล้วไม่ใช่แค่นักสาธารณสุขมันไปเรื่องนักสังคม เราเริ่มเข้าใจจากการทำงานและเรียนรู้จากกันและกันเช่นเรื่องของ

มานุษยวิทยา สังคมวิทยา เราเรียนจากการปฏิบัติเรียนซึ่งกันและกัน เรามีเพื่อนอย่างเช่น คุณหมอโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ คุณหมอวิรุฬห์ ลี้มสวาท เขาเรียนมานุษยวิทยาการแพทย์ พวกนี้เราเป็นเครือข่ายกัน เรา

มีฟอร์มพูดคุยและก็แลกเปลี่ยนองค์ความรู้
การทำงาน ประสบการณ์ซึ่งกันและกันที่เรียก
ว่า “กลุ่มสามพราน” มีอาจารย์หมอประเวศ
นั่งหัวโต๊ะ แล้วเรียนรู้ร่วมกันจากประสบการณ์
ความรู้และการทำงานของผู้อื่น มาเป็นเวลา
๔๐ ปีแล้ว พบปะสม่ำเสมอ ใครไปทำงานอะไร
ที่ไหนก็นำมาแลกเปลี่ยนกัน นื่องบางคนยังอยู่โร
งบาลอำเภอ เขาก็มีโอกาสได้มาแลกเปลี่ยน พื
บางคนเติบโตมาเป็นผู้บริหาร เติบโตมาอยู่ใน
ส่วนกลาง ไม่ใช่ทำอยู่แค่ในกระทรวงสาธารณสุข
แต่ไปในหลายวงการ ก็มาแลกเปลี่ยนกัน

เมื่อผมเข้ามาอยู่ในส่วนกลาง ได้รับการ
มอบหมายให้ไปดูเรื่องการผลิตและพัฒนา
บุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขทั้งแพทย์
พยาบาล นักการสาธารณสุข ซึ่งมีวิทยาลัยที่
กระทรวงดูแลอยู่เกือบ ๔๐ แห่ง ผมอยู่ตรงนั้น
๕ ปี ก็ดูแลเรื่องการพัฒนาคน หลังจากนั้นเข้าสู่
ในยุคประมาณปี ๒๕๔๐ กว่าๆ ประเทศไทยเรามีรัฐธรรมนูญปี ๒๕๔๐
ที่เรียกว่าเป็นประชาธิปไตยค่อนข้างดี ให้ความสำคัญกับเรื่องการมีส่วนร่วม



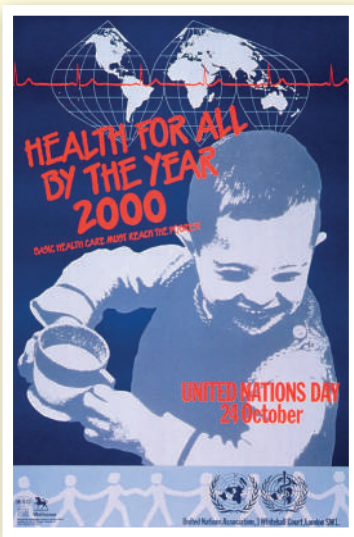
■ นพ.โกมาตร จิงเสถียร-
ทรัพย์



■ นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท

ทุกภาคส่วน ในข้อเสนอรัฐธรรมนูญปี ๒๕๔๐ ทำให้นำมาสู่การคิดประเด็นเรื่องการปฏิรูปหลายเรื่องตามมา ในระบบสาธารณสุขซึ่งเป็นการแพทย์และสาธารณสุข ถูkmองว่าควรมีการปฏิรูปไปสู่การเป็นระบบสุขภาพที่กว้างกว่าการแพทย์และสาธารณสุข คือเป็นระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพทั้งหมด ไม่ใช่แค่เรื่องของมดหมอหยูกยา เป็นเรื่องของการสร้างสุขภาพะในทุกมิติ และทุกคนเกี่ยวข้องทั้งหมด

ในยุคนั้นนั้น องค์การอนามัยโลกผลักดันเรื่อง Health of All by the Year 2000 (สุขภาพดีถ้วนหน้า ๒๕๔๓) มีความพยายามพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุข มีการสาธารณสุขมูลฐานให้คนมีสุขภาพดี มีตัวชี้วัดต่างๆ แต่ประเทศไทยเราไปไกลกว่านั้น เรามองว่ามันต้องไปถึงยุค All for Health คือ ทุกคน ทุกภาคส่วน ต้องมาให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพในขณะเดียวกัน องค์การอนามัยโลกผลักดันเรื่อง Health Promotion Strategy คือยุทธศาสตร์การสร้าง



เสริมสุขภาพ ๕ ด้าน ซึ่งทำให้เรื่องสุขภาพขยายไปไกลกว่าเรื่องการแพทย์และสาธารณสุข เช่น เขาพูดถึง Strengthening Healthy Public Policies (การเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ) อันนี้กว้างมากเลย เพราะฉะนั้นแสดงว่าทิศทางที่เมืองไทยเราทำในยุคนั้นกับองค์การอนามัยโลกนี้ไปด้วยกัน ซึ่งก็มีคนไทยไปทำงานกับองค์การอนามัยโลกด้วยตลอด

ความคิดนี้เกิดขึ้นมาว่า ไม่ใช่หยุดแค่การพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุข แล้วคนจะมีสุขภาพดีถ้วนหน้าไม่พอ ต้อง All for Health ให้ความสำคัญกับ Healthy Public Policies (นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ), Healthy Community (ชุมชนสุขภาวะ), Healthy Environment (สภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ), Environment (สภาพแวดล้อม) ก็เปลี่ยนไปจากเรื่องกายภาพ อย่างเช่น ล້วม น้ำ ความสะอาด ต้องหมายถึงสภาพแวดล้อมทั้งปวงไม่ว่าระบบนโยบายสาธารณะ ระบบคมนาคม ระบบเมือง มันเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพทั้งนั้น แล้วก็ให้ความสำคัญกับ เรื่องการปรับระบบการแพทย์และสาธารณสุขที่ต้องมุ่งสร้างสุขภาพ เรียกว่า Health Service System Reorientation (การปรับทิศทางใหม่ของระบบบริการสุขภาพ) แล้วก็เพิ่ม Personal Skill (ทักษะส่วนบุคคล) ในด้านเรื่องสุขภาพที่เป็นเรื่องสุขภาวะ อันนี้เป็น Wave (คลื่น) ที่เกิดขึ้นมา ในขณะเดียวกัน องค์การอนามัยโลกก็มีเรื่องของ Health

๒๖๖ สุขภาพแห่งชาติ สุขภาพของทุกคน โดยทุกคน



■ นพ.ประสพ รัตนากร



■ นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์



■ นพ.เกษม วัฒนชัย

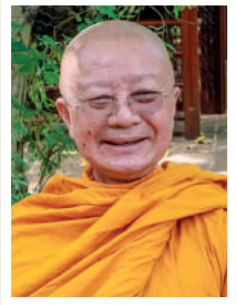
in All Policies (ทุกนโยบายให้ความสำคัญกับสุขภาพ) มาอีก คือ ให้ความสำคัญกับสุขภาพในทุกนโยบาย มีเรื่องที่เราเรียกว่า Social Determinants of Health (ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ) ออกมาว่าสุขภาพไม่ได้อยู่ที่เชื้อโรคอย่างเดียว แต่มันอยู่ที่ปัจจัยทางสังคมทุกด้านก็ตามๆ กันมา นโยบายสาธารณะดีไหม สภาพคมนาคมดีไหม สิ่งแวดล้อมดีไหม อาหารการกินดีไหม เศรษฐกิจมัน Harmful หรือ Helpful ต่อสุขภาพะ ทั้งหมดนี้เป็นคลื่นตามๆ กันมา บ้านเรามองว่า เราจะต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยวุฒิสภาในยุคหลังปี ๒๕๔๐ มีอาจารย์ผู้ใหญ่เข้าไปทำงานในนั้นหลายท่าน เช่น อาจารย์หมอประสพ รัตนากร อาจารย์หมอไพโรจน์ นิงสานนท์ หัวขบวนแพทย์ชนบท สองท่านนี้เสียชีวิตไปแล้ว ท่านที่ยังอยู่ เช่น อาจารย์หมอเกษม วัฒนชัย เป็นต้น

มีการทำรายงานของคณะกรรมการการสาธารณสุขของวุฒิสภา ในปี ๒๕๔๓ เป็นข้อเสนอต่อการปฏิรูปตามรัฐธรรมนูญปี ๒๕๔๐ คือ “รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ” ใช้คำว่า Health System แล้วแปลภาษาไทยว่า เป็นระบบสุขภาพเป็นทางการครั้งแรก เมื่อก่อนนี้เราเรียกระบบตรงนี้ว่า ระบบการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งหนักไปทางชีวการแพทย์ แต่พอพูดถึงระบบสุขภาพ National Health System (ระบบสุขภาพแห่งชาติ) ขึ้นมา เป็นการเอาความคิดเรื่องสุขภาพ ๔ มิติมาใส่สุขภาพเกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วน แล้วก็เน้น “การสร้างนำซ่อม” มีทิศทางนี้ เขียนเป็นคล้ายๆ สมุดปกขาวขึ้นมา

ผมถูกชวนมาขับเคลื่อนแนวคิดอันนี้ โดยมีเป้าหมายทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เริ่มปี ๒๕๔๓ ทำงานเชื่อมวิชาการ เชื่อมการเคลื่อนไหวทางสังคมและเชื่อมภาครัฐ มาร่วมกันคิดเรื่องสุขภาพในมิติใหม่ ไม่ใช่เป็นการไปยกร่างกฎหมายแล้วมาเสนอสภาโดยไม่มีใครรู้ แต่เราไปชวนกัน มีการออกแบบ เอาสิ่งที่อยู่ในรายงานนั้นมาเขียนเป็นประเด็นต่างๆ แล้วเอาไปถาม ไปจัดเวทีทั่วประเทศ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นองค์กรสนับสนุน ทำงานตรงนั้น ๓ ปี เกิดการเปิดเวทีสมัชชาสุขภาพ ฟังความเห็นกัน แล้วค่อยมายกร่างกฎหมายพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พอทำ ๓ ปี ปรากฏว่าทำไม่เสร็จ ต้องขยายเวลา ใช้เวลาทั้งหมด ๗ ปี จนได้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ออกมา



■ แม่ชีคันสนีย์ เสถียรสุต



■ หลวงตาปพนพัชร

พระราชบัญญัติฉบับนี้ก็มีรากเหง้ามา ไม่ใช่คิดในอากาศ มีผู้คนมีส่วนร่วมในการผลักดัน เรื่อง Peaceful Death (การตายอย่างสงบ) ก็ดี เรื่อง Living Will (หนังสือแสดงเจตนาารมณ) ก็ดี ปรากฏอยู่ในนั้นด้วย เป็นเชื้อที่ทำให้มีการทำงานของ สช. ขับเคลื่อนเชื่อมโยงขยายวงในวันนี้ โดยที่มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่เราไปออกแบบไว้ให้นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน เพื่อให้เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของทุกภาคส่วน ไม่ใช่แค่กระทรวงสาธารณสุข

แล้วเรื่องเกี่ยวกับ Good Death (การตายดี), Peaceful Death (การตายอย่างสงบ), Living Will (หนังสือแสดงเจตนาารมณ), Directive Care Plan (การวางแผนดูแลล่วงหน้า), Palliative Care (การดูแลแบบประคับประคอง) ก็อยู่ในหนึ่งในองค์ประกอบหนึ่งของ

ระบบสุขภาพใหญ่ ผมทำงานกับเครือข่ายเต็มไปหมด ไม่ว่า คุณแม่ชีคันสนีย์ เสถียรสุต ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๓ อาจารย์พระทั้งหลาย เช่น หลวงตาปพนพัชร ที่วัดคำประมง ผมก็รู้จักกับท่านตั้งแต่สมัยที่ทำเรื่องนี้

เมื่อถ้าย้อนหลังไปก็ ๑๐ กว่าปี ท่านดูแลคนเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย มีผู้ป่วยไปเสียชีวิตที่วัดคำประมงอย่างมีความสุขในระยะท้ายของชีวิตจำนวนมาก ท่านมียาพื้นบ้าน ยาต้ม ยาอะไรให้กิน แล้วก็อยู่กับสิ่งแวดล้อมที่ดี อยู่กับธรรมชาติ เป็นอะไรที่น่าสนใจมาก ซึ่งก็คือสถานชีวภิบาลรูปแบบหนึ่ง ผมคิดว่า **จะต้องมีหลากหลายรูปแบบในประเทศไทย**

ผม เห็นด้วยว่าทุกวันนี้**อาจต้องมานั่งเรื่องในเมือง ในเมืองไม่ค่อยมีใครดูแล** แต่อย่างวัดคำประมง ที่พระอาจารย์ท่านดู คนเมืองไปหาท่านไม่น้อย ในบ้านปลายชีวิตไม่มีทางไปและในที่สุดระยะท้ายจะต้องเสียชีวิต อยู่กับครอบครัวก็ลำบากแล้ว ไปเสียชีวิตที่โรงพยาบาลอย่างเดียวก็ไม่ไหว มีส่วนหนึ่งเขาก็ไปอยู่ที่นั่น แล้วก็จากไปเรียกว่าเป็น Peaceful Death

ผมมาทำงานนี้ไม่ได้จับเรื่องนี้โดยเฉพาะ แต่บังเอิญเมื่อจับแล้ว ก็ทำให้ได้เรียนรู้ เข้าใจมากขึ้น มีเครือข่ายภาคี ในขณะเดียวกัน ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเน้นเรื่องกระบวนการนโยบายสาธารณะ สุดท้ายผมทำงานตรงนี้ไปแล้ว โดยปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ผมไปเป็นสมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) เป็นประธานกรรมาธิการปฏิรูปด้านสังคม ต่อมาเป็นสมาชิกสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ (สปท.) และเมื่อมีรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๖๐ ก็เป็นกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสังคม พอถึงปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้รับการสรรหาให้เข้าไปเป็นสมาชิกวุฒิสภา ผมก็ยังทำงานด้านสังคม

โดยตรง เป็นประธานคณะกรรมการติดตาม เสนอแนะ เร่งรัดการปฏิรูปด้านสังคม กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย ในนั้นก็ยังมีเรื่องหนึ่งคือเรื่องระยะท้ายของชีวิต ผมไปชวน สช. มาร่วมศึกษาทำรายงานเพื่อต่อ ยอดงานที่ สช. ทำ เสนอแนะเชิงนโยบายให้รัฐบาล โดยทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ต่างๆ ให้คมชัดยิ่งขึ้น

Sunee Sathaporn : รายงานฉบับนี้ดีมาก ๆ เลย ต้องขอชมคะ คราวนี้ขอเรียนถามถึงเรื่องที่เป็นข่าวมาในช่วงประมาณหนึ่งปีที่แล้ว เรื่องหมอรุ่นใหม่ลาออกเยอะ ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขก็ออกมาตั้งเป้าหมายว่าจะมีทีมแพทย์ครอบครัว ๖,๕๐๐ ทีมภายในก็ปีข้างหน้า ๒-๓ ปีข้างหน้า แต่มีรายงานว่าทีมแพทย์ที่มาเรียนด้านเวชศาสตร์ครอบครัวยังมีน้อย คุณหมอมองปัญหาเรื่องคนรุ่นใหม่อย่างไร ทั้งการลาออก ทั้งมาเรียนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวน้อย

อำพล จินดาวัฒนะ : เดี่ยวผมจะกลับมาตอบเรื่องคนรุ่นใหม่ ในประเด็นนี้ ผมอยากขอย้อนกลับมาดิฉันว่า เอาประเด็นเรื่อง Peaceful Death (การตายอย่างสงบ) หรือ Good Death (การตายดี) หรือระยะท้ายของชีวิต ขณะนี้ ในบ้านเราภายใต้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติหรือแม้แต่อื่นๆ ก็ตาม ค่อนข้างเห็นตรงกันว่า ระยะท้ายของชีวิตมีความสำคัญ ไม่ใช่เป็นเรื่องที่ปล่อยไปตามยถากรรม หรือตกไปอยู่ภายใต้กระบวนการหรือระบบอะไร ถูกยกขึ้นมาเป็นประเด็นสาธารณะไปแล้ว โดยที่มีองค์กร



■ คุณสุณีพุดถึง
รายงาน สว. ฉบับนี้



ภาคีเครือข่าย มีฐานกฎหมายรองรับ ทำให้มีความสำคัญมากขึ้น เหมือน
ครั้งหนึ่ง สมัยก่อนปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็กมีมาก เพราะคนท้อง
จำนวนมาก ลูกมาก ยากจน ไม่วางแผนครอบครัว ก็เจ็บป่วยหรือตายจาก
ตรงนั้นมาก ก็ต้องให้ความสำคัญกับการลดปัญหาเหล่านั้น

จนเราผ่านยุคนั้นมาจนถึงยุคที่เรียกว่า คนเกิดน้อย อายุยืนยาวขึ้น
แต่คนที่มีชีวิตอยู่ยากในการที่จะตาย ตอนจะตาย ซึ่งในอดีตไม่ค่อยมี
ปัญหานี้ เพราะเขาเสียชีวิตในอายุที่ไม่ยืดยาวอย่างทุกวันนี้ แล้วก็ยาก
ลำบากอย่างทุกวันนี้ เพราะว่าการแพทย์สาธารณสุขไม่ได้ก้าวหน้าขนาดนี้
ถึงช่วงหนึ่งก็เสียชีวิตไป คุณพ่อผมเสียชีวิตอายุ ๕๐ เอง ท่านเป็นไต้หวัน
แต่ถ้าเป็นในยุคนี้คุณพ่อผมไม่เสียชีวิตเร็วอย่างนั้น เพราะไต้หวันพอกได้

คุณพ่อผมอาจจะอยู่อีก ๒๐ ปี แต่ตอนท้ายของชีวิตจะยากลำบาก
คนในยุคปัจจุบันตอนท้ายชีวิตจะยากลำบากกว่าคนในอดีต ด้วยปัจจัย
ทั้งหลายทั้งปวง แต่ในสังคมไทยได้คิดกันแล้วว่า ให้ความสำคัญน้อยนะ
เรื่องช่วงท้ายของชีวิต แม้แต่ สข. หรือในวุฒิสภา มีการทำรายงานตั้งที่ว่า
แสดงว่าวุฒิสภาก็ให้ความสำคัญกับเรื่องระยะท้ายของชีวิต มันถูกยกระดับ
ขึ้นมา เป็นกระแสสูงในเรื่องให้ความสำคัญกับช่วงระยะท้ายของชีวิต
แล้วค่อยลงรายละเอียดไปถึงว่าตอนระยะสุดท้ายจริงๆ จะเอาอย่างไร
อันนี้เป็นประเด็นที่หนึ่งที่ยากเรียนเป็นภาพใหญ่ก่อน

ภาพที่ ๒ อยากเรียนว่า **เรื่องที่เราคุยกันนี้ มันบรรจบกัน ๔ มิติ**
มิติที่หนึ่ง คือระบบการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งเดี๋ยวพอเราคุยกันเรื่อง
Palliative Care (การดูแลแบบประคับประคอง), Intermediate Care
(ระบบบริการช่วงกลาง), Primary Care (ระบบบริการปฐมภูมิ) และสถาน
ชีวาภิบาล ทั้งหมดนี้เป็นมิติระบบบริการฯ

ผมขยายความตรงนี้นิดหนึ่ง มีผู้ใหญ่คนหนึ่ง ภรรยาท่านเข้าสู่ระยะ
สุดท้ายชีวิต เมื่อได้รับการรักษาเนื่องจากเขาเป็น VIP ก็ต้องได้รับการดูแล
แบบถึงที่สุด คือ เครื่องไม้เครื่องมือ เจาะคอ ให้สารอาหาร นู่นนี่นั่นทุกอย่าง
นอนโรงพยาบาลในห้องพิเศษของรัฐ ๔ ปี ยังไม่เสียชีวิต อันนี้เดี๋ยวจะไปสู่
มิติที่ ๔ ด้วย มิติที่ ๑ นี่การแพทย์ **แสดงว่าการแพทย์ดังได้ แทนที่จะ**
เสียชีวิตแต่ยืดการตายออกไปได้ กรณีที่ผมยกตัวอย่างให้เห็น ๔ ปียังไม่

เสียชีวิต เขาใช้ห้องพิเศษไปแล้ว ๑ ห้อง คุณ ๔ ปี วันนี้นำการแพทย์เริ่มกลับมาคิดแล้วว่าอาจต้องมาคุยกันก่อนจะถึงที่สุดท้าย ซึ่งจะมาเกี่ยวข้องกับมิติที่ ๓

มิติที่ ๒ คือเรื่อง คุณค่าของชีวิต ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม เป็นเรื่องราววิถีคิดในสังคมคิดต่อเรื่องการตายอย่างไร ค่อยๆ คุยกัน ทบทวนว่าคนไทยคิดอย่างไร ท่านอาจารย์พุทธทาสท่านก็สอน ท่านบอกว่า **อย่าหอบสังขารหนีความตาย** ประเทศตะวันตก ประเทศต่างๆ ก็คิดไม่เหมือนกัน ตรงนี้ เรื่องใหญ่เลย มีคนคิดไม่เหมือนกัน แตกต่างวัฒนธรรม หรือบางคนบอกว่าความตายอย่ามาพุดนะ เตรียมตัวตายนี้ อย่ามาพุด มันเหมือนแข่งตัวเอง ก็มีสารพัด

มิติที่ ๓ คือ มิติทางด้านสิทธิ สมัยก่อนเรื่องนี้ไม่มีพุดกันในสังคมไทย แต่ระยะหลังพอพัฒนามาต้องพุดเรื่องสิทธินะ ว่าเวลาผมปวดหัวตัวร้อนเป็นไข้ไม่สบาย ผมมีสิทธิรักษาเอง หรือถ้าผมเป็นหนัก ผมเลือกได้จะไปหาหมอไหม ถ้าไปหาหมอ หมอบอกว่าเป็นอันนี้ต้องผ่าตัด ผมยังมีสิทธิบอกว่าผมไม่ผ่าตัดละ ผมขอกลับบ้านไปรักษาด้วยวิธีอื่น แต่สิทธิตรงนี้นั้นหายไปในวันที่ผมไม่รู้ตัวตอนท้ายของชีวิต อันนี้ถูกดึงขึ้นมาพุดกันมาก ตอนทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ตอนเคลื่อนอันนี้ว่า อ้าว! สิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลมันหายไปไหน ในวันที่ไม่รู้ตัวและในวันสุดท้ายของชีวิต นั่นแหละตัวดี! ไม่รู้ตัว เลยกลายมาเป็นสิ่งที่อยู่ใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

มาตรา ๑๒ ว่า บุคคลมีสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระท้ายของชีวิต เขียนหนังสือ Living Will เอาไว้ก่อนว่า ณ วันนั้น ฉันขอไม่ทำอะไรบ้าง อันนี้ไม่เคยมี นี่คือมิติที่ ๓ ที่เกิดขึ้นในบ้านเรา



พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวดที่ 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ
มาตรา ๑๒ กำหนดว่า บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการ
สาธารณสุขที่เป็นไปเพียง เพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อบูการทรมาน
จากการเจ็บป่วยได้ การจัดทำแบบอิเล็กทรอนิกส์ (e – Living Will) สามารถทำได้
ตามพ.ร.บ.ธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ.2562



มิติที่ ๔ มิติค่าใช้จ่าย ที่ผมยกกรณี VVIP ค่าใช้จ่ายของสาธารณะ ๔ ปี ค่าใช้จ่ายของบุคคลเท่าไร เพราะฉะนั้นมีเรื่องเงินทอง การจะยืดให้ยาวหรือสั้น เกี่ยวกับเงินทั้งนั้น และการรักษาระยะท้ายของชีวิตอาจจะแพงมากด้วย ก็เป็น ๔ เรื่องด้วยกัน วันนี้ระบบการแพทย์และสาธารณสุขของเรามีทั้งเอกชน หวังกำไร (Profit Making) ก็มี ไม่หวังผลกำไร (Non-Profit) และ Public (ภาครัฐ) ก็มี เพราะฉะนั้น มิติเรื่องค่าใช้จ่ายก็เข้ามาด้วย

ผมขอย้ำตรงนี้มี ๔ มิติ ที่เข้ามาบรรจบกัน ในเรื่องที่คุณเจี๊ยบกำลังทำการศึกษาเรื่อง Leadership (ภาวะผู้นำ), Collective Leadership (ภาวะผู้นำร่วม) อันนี้ ใช่เลย เพราะการที่จะทำให้เรื่องนี้ดำเนินต่อไปก้าวหน้ามากขึ้น ต้องมี ๔ เรื่องที่คิดไปพร้อมกัน พอ ๔ เรื่องคิดไปพร้อมกัน ก็ต้องการภาวะการนำร่วมแน่นอน ไม่มีทางสำเร็จโดยฝ่ายใดฝ่ายเดียว โดยเฉพาะอย่างยิ่งฝ่ายการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งเป็นคนดูแลระบบการแพทย์และสาธารณสุข ถ้าทัศนคติหรือตัวระบบดี ก็เอื้อทำให้ Peaceful Death (ความตายอย่างสงบ) เกิดได้ แต่ถ้าไม่เอื้อก็จะทำให้ Peaceful Death (ความตายอย่างสงบ) เกิดได้ยาก

จึงบอกได้เลยว่า ระบบการแพทย์และสาธารณสุขคือหัวใจให้เกิด Peaceful Death (การตายอย่างสงบ) นั่นคือระบบ Palliative Care (การดูแลแบบประคับประคอง) แน่นนอน ถ้าไม่มีระบบ palliative care ทุกอย่างก็เกิดยาก แล้ว Palliative Care (การดูแลแบบประคับประคอง)

บวกกับ Primary care (ระบบบริการปฐมภูมิ) หรือ Community Care (การดูแลในชุมชน) หรือ Home Base Care (การดูแลที่บ้าน) ต้องมี ซึ่งต้องไปด้วยกันกับ Palliative Care ถูกไหมครับ แคร่ระยะท้ายผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดมาก จะปล่อยให้อยู่ได้อย่างไร จะต้องได้ยาอะไรอย่างไร เพื่อลดความทุกข์ทรมาน ถ้าระบบการแพทย์และสาธารณสุขเอื้ออำนวยต่อการให้ยาที่บ้าน ที่สถานชีวาภิบาล ที่วัด ที่อะไรต่างๆ การเกิด Peaceful Death ก็เกิดได้จริง เพราะระยะท้ายไม่เชื่อว่าเจ็บป่วยแล้วจากไปสบายทุกคน เครื่องไม้เครื่องมืออะไรแค่ไหนอะไรยังไง เพราะฉะนั้น ตัวระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขต้องปรับ Palliative Care (การดูแลแบบประคับประคอง), Primary Care (ระบบบริการปฐมภูมิ), Community Care (การดูแลในชุมชน), Family Care (การดูแลโดยครอบครัว) หรือ Setting ต่างๆ หรือแม้แต่ที่เราพูดเรื่องชีวาภิบาลขึ้นมา



■ ดร.ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์

คราวนี้ในส่วนของ ความเข้าใจของสังคม ความเชื่อเรื่องชีวิต การตาย คุณค่า มุมนี้มันก็ต้องมีคนที่อยู่ในกลุ่มต่างๆ เช่น ที่ วัดคำประมง หลวงพี่ไพศาล ใครต่อใคร หรือ พุทธิกา หรือ เครือข่ายต่างๆ หรือแม้แต่อาจารย์ ดร.ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์ ที่จุฬาฯ อาจารย์เป็นนักวิชาการ

ไม่ได้เป็นหมอ อาจารย์อยู่ทางด้านสังคม เพราะฉะนั้น Leadership ต้องเกิดหลายๆ ที่

กลุ่มถัดมาคือกลุ่มสิทธิ กลุ่มสิทธิก็ต้องเกิด นักกฎหมายต่างๆ ที่ต้องเข้ามาเกี่ยวข้อง อย่างเช่น ทำไมมี มาตรา ๑๒ ใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ แล้ววันนี้เห็นเขาพัฒนาไปสู่ E-Living Will อะไรต่างๆ เหล่านี้ จะเห็นว่ามิมิติเรื่องกฎหมาย ซึ่งต้องมีการพูดคุยทำความเข้าใจกันอีกมากมายว่า กฎหมาย Living Will ไม่ใช่ตีความตามตัวหนังสือ ถ้าทบทวนงานต่างๆ จะเห็นชัดเจน ต่างประเทศหลายประเทศเขาใช้เครื่องมือตัวนี้ เป็นเครื่องมือสำหรับเป็นสื่อกลาง พูดคุยกัน และเตรียมตัวล่วงหน้า Advance Care Plan (การวางแผนการดูแลล่วงหน้า) โดยใช้ Living Will เป็นตัวตั้งต้นในการพูดคุย หรือบางแห่งไม่มี Living Will เลย แต่เขาเน้นว่าระบบดูแล ต้องมีการพูดคุยก่อนว่าถึงวาระท้ายแล้วจะเอากันยังไง พูดคุยตอนยังมีสติสัมปชัญญะดี ญาติพี่น้อง ใครต่อใครจะเอาอย่างไร เพื่อให้ End up ได้อย่าง Peaceful เพราะฉะนั้นเรื่องสิทธิก็เข้ามา

เรื่องที่ ๔ ค่าใช้จ่าย เงินทองก็ต้องมี Stakeholder (ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย) เข้ามาอีก ไม่ว่าเรื่องระบบประกัน ระบบหลักประกันสุขภาพสวัสดิการของรัฐอะไรต่างๆ จะเอื่อยังไง เพราะฉะนั้นด้วยเหตุผลที่ผมพูดตรงนี้ก่อน เพื่อจะบอกว่าสิ่งที่คุณเจียบศึกษานี้สำคัญมาก สำคัญตรงที่ว่าเรื่องนี้จะ Upscale ได้ แล้วไปได้เรื่อยๆ ต้องการ Collective Lead-

ership (ภาวะผู้นำร่วม) แน่นอน และถามว่าบ้านเรามีหรือไม่ มีก่อดัว
ขึ้นอยู่ทั้งในภาครัฐ ภาคสุขภาพ ภาคสาธารณสุข และนอกภาคสุขภาพ
พอสมควร ผมเห็นการเติบโตของเรื่องนี้มาพอสมควร แต่เราอาจจะต้อง
คุยกันลึกต่อไปต่อไปว่า แล้วจะทำให้มีพลังข้างหน้าเพิ่มขึ้นได้อย่างไร

Sunee Sathaporn : คำถามคือว่า Collective Leadership
เป็นที่ยอมรับได้สักแค่ไหน เพราะว่าอำนาจไม่เท่ากัน ทรัพยากรไม่เท่ากัน
แล้วจริงๆ ความเป็นพันธมิตรระหว่างประชาสังคมกับภาคบริการสุขภาพ
แม้ว่าจะมีความเห็นตรงกัน แต่ก็เป็นการจับมือกันอย่างหลวมมาก

อำพล จินดาวัฒนะ : ที่คุณเจียบพูด มีประเด็นซ้อนประเด็นอยู่สัก
นิดหนึ่ง คือ ในเชิงของความไม่เท่ากันในเชิงของพลังอำนาจ ซึ่งรวมหมายถึง
ถึงพลังอำนาจการจัดการและทรัพยากร จริงดังนั้น ในสังคม มีอำนาจใหญ่
อยู่ ๓ อำนาจ อำนาจรัฐคือ อำนาจวิชาชีพ จะอยู่ตรงนี้ แล้วก็อำนาจ
ทางด้านสังคม ที่คุณเจียบพูดไป อย่างประชาสังคมที่เกิดวิสาหกิจเพื่อสังคม
(Social Enterprise) รุ่นนี้นั้น ก็เป็นพลังอำนาจอันหนึ่งจริงๆ อันนี้เป็น
ทางเลือกอย่างหนึ่งของประชาชน แต่จริงๆ รัฐมีพลังอำนาจใหญ่จะต้อง
เป็นฝ่ายสนับสนุนให้ถูกทางเพราะทรัพยากรไม่เท่ากัน อีกพลังอำนาจหนึ่ง
อยู่ในภาคเอกชน วันนี้ต้องมองให้เห็นว่าในเมืองไทยเรา ภาคเอกชนทางด้านการ
แพทย์และสาธารณสุขเขาเติบโตมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโครงสร้าง
เมืองมากกว่าในชนบท และมีส่วนมากต่อเรื่องของการดูแลเรื่องเหล่านี้ด้วย

เพราะฉะนั้น พลังอำนาจไม่สมดุล อันนี้จริง

ในข้อเสนอที่เราเสนอจากวุฒิสภาเสนอไปที่รัฐบาล เราเสนอให้รัฐบาลเข้ามารับผิดชอบหลายเรื่อง ตั้งแต่ Policies ในทิศทางมันยังไม่ชัด สำหรับบ้านเรา คุณจะส่งเสริมการตายดีระยะสุดท้ายชีวิต คุณยังไม่มีนโยบายเรื่อง Palliative Care Development (การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคอง) ที่ชัด เราก็เสนอแนะไป หรือแม้แต่เรื่องหูกยาที่ปลายทาง แม้แต่ในโรงพยาบาลของรัฐเอง Opioid สำหรับโรงพยาบาลเล็กไม่สามารถมีไว้เองได้ เพราะไม่คุ้มในการที่จะเก็บไว้ การเอาออกจากโรงพยาบาลใหญ่ไปโรงพยาบาลเล็ก โรงพยาบาลเล็กไปให้เขาอยู่ที่บ้านก็ยังไม่ลงตัว ติดขัดเรื่องกฎหมายเรื่องอะไรต่างๆ เพราะฉะนั้นที่เราเสนอแนะคือเรื่องทำนองนี้ เรื่องภาครัฐ จะต้องให้ความสำคัญ ต้องสนับสนุนเรื่องนี้อย่างเข้มข้นมากขึ้น นี่คือการร้องภาวะผู้นำของภาครัฐ

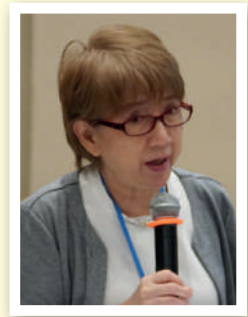
ในขณะเดียวกันใน Leadership ภาครัฐมี Leadership ในภาคการแพทย์ การแพทย์มี Contradiction (ความขัดแย้ง) อยู่ในระหว่าง High Technology Specialty Care (การดูแลเป็นพิเศษด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง) ทิศทางนี้ทั้งโลกเป็นอย่างนี้หมด คือถ้าเครื่องไม้เครื่องมือราคาสูง ราคาแพง ยาก รักษายากๆ มันอาจ Contradict หรือเป็นอะไรที่ตรงกันข้ามอยู่กับเรื่องง่ายๆ Appropriate (เหมาะสม) โดยเฉพาะการตายในช่วงสุดท้ายซึ่งอาจไม่ต้องการเทคโนโลยีสูง ต้องการ Appropriate

Technology แล้วก็ไม่ใช่ยุ่งกับเขามากนัก อย่าไปใส่เทคโนโลยีมากนัก แต่ดูแลเขาให้ดีที่สุด ไม่ทุกข์ทรมาน เพื่อจากไปอย่างสงบอย่างดี

ดังนั้นสิ่งที่คุณเจ๊บบไปค้นพบ พบว่าไม่ค่อยมีคนมาทำงานด้านนี้ ระบบตรงนี้ไม่ค่อยเข้มแข็ง และเห็นอยู่มีคนทำอยู่บ้าง จริงครับ เพราะ Motivation (แรงจูงใจ) ต่ำกว่า ถ้าผมอยู่ในระบบการแพทย์ แล้วผมไปมุ่งสู่การผ่าตัดด้วยนาโนเทคโนโลยี รักษาโรคที่ไม่เคยรักษาได้ ความท้าทาย และแรงจูงใจมีมากนัก แต่ การที่ผมกลับมาดูคนไข้ให้เขาตายดี ไม่ต้องใช้ยามาก ให้เขาไม่ทุกข์ทรมาน มี Palliative Care มีอะไรอย่างดี แรงจูงใจต่ำกว่ามาก ซึ่งโดยลักษณะของวิชาชีพและในโครงสร้างของการแพทย์เป็นอย่างนี้ แต่ไม่ใช่สิ้นหวังนะครับ เพราะในประเทศอื่นๆ ก็มีปัญหานี้เหมือนกัน

ในขณะเดียวกัน ถ้าอำนาจแรกคืออำนาจรัฐ อำนาจที่เขาดูแลกลไกวิชาชีพได้ เขาส่งเสริมสนับสนุนให้ถูกทาง ให้การเจริญเติบโตของ Palliative Care ดีขึ้น จูงใจ ในนั้นถ้าจำไม่ผิด ข้อเสนอมีเรื่องตำแหน่ง เรื่องอะไรด้วย นะ ที่ผมรับฟังมา เขาให้ใส่ไว้ด้วย ถ้าให้คนเหล่านี้เขาเติบโตได้ จะมีคนส่วนหนึ่งที่เขาไม่ได้มุ่งไปสู่เรื่อง Incentive แบบไฮเทค หรือ Specialty แบบนั้น เขามุ่งมาสู่เรื่องการเขาทำแบบนี้ในช่วงท้ายของชีวิตมนุษย์ ผู้คนจะเข้ามาสู่เรื่องแบบนี้มากขึ้น ตัวอย่าง อาจารย์หมอ ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ที่มหาวิทยาลัยขอนแก่น และอีกหลายๆ ท่านก็ทำ

เรื่องเหล่านี้มาก เพราะว่าสูงวัยมากขึ้น มี Chronic Disease (โรคเรื้อรัง) กว่าที่จะเสียชีวิตยุ่งยากมาก ปริมาณงานตรงนี้นับมากขึ้น สมัยก่อนตายง่ายและยาก ตรงนี้นับมาก เมื่อมากก็จะมีคนส่วนหนึ่งที่เขาสงสัยว่า ผมไม่คิดถอดใจว่า คนรุ่นใหม่ไม่ค่อยสนใจ เพราะคนรุ่นเก่าก็ไม่ค่อยสนใจสักเท่าไร แต่วันนี้เริ่มมีเรื่องของการให้ความสำคัญตัวนี้มากขึ้น ผมว่ามีหมอพยาบาลบุคลากรในระบบทั้งคนรุ่นเก่าและคนรุ่นใหม่ที่หันมาดูแลตรงนี้นับมากขึ้น สมาคม Palliative Care ของพยาบาลก็มีนะครับอะไรต่างๆ มีกลุ่มคนที่มีความตั้งใจที่มากตรงนี้ แต่ ถ้าตัวระบบใหญ่และรัฐสนับสนุน ไม่ใช่ต้องไปเท่ากับ Highly Specialty (ทักษะพิเศษอย่างสูง) แต่ให้เขาได้มีคุณค่า มีที่ยืน มี Incentive (จูงใจ) มีการ Recognition (การยอมรับยกย่อง) ที่ดี ผมว่าจะมาทางนี้ดีขึ้น แต่อย่าไปคิดว่าต้องเท่ากัน



■ รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

ในขณะเดียวกัน ไม่ใช่หยุดแค่ตรง Palliative Care เพราะ Palliative Care ของบริการสาธารณสุข แค่เป็นตัวไปหนุนเสริม Community Care (การดูแลในชุมชน) เพราะท้ายที่สุดเราไม่ได้หวังว่า คนที่จะได้ตายอย่างสงบต้องอยู่ใน Setting โรงพยาบาล เขาควรจะไปอยู่

Setting ที่ใกล้บ้านที่เขามีความสุขที่สุด ที่เรารับฟังมา เขาบอกว่าถ้าเลือกได้ ต้องการเสียชีวิตในท่ามกลางญาติพี่น้อง สถานที่ที่เราคุ้นชิน การอยู่อย่างมีความสุข ไม่ใช่อยู่ภายใต้ในเครื่องมือเครื่องมืออะไรระโยงระยาง



■ รศ.พญ.จันทพงษ์ วะสี

อย่าง อาจารย์หมอประเวศ ล่าสุดที่ท่านป่วยหนัก ท่านยังเขียนเล่าเลยว่าท่านรู้สึกซึมเศร้าเมื่อท่านต้องเข้าไปอยู่ในห้อง ICU ช่วงที่อาจารย์จันทพงษ์ วะสี เข้าไปเยี่ยมได้สั้นๆ ตอนหลังน้องๆ อนุญาตให้อาจารย์จันทพงษ์เข้าไปอยู่ด้วยได้ ท่านก็ดีขึ้นมา เห็นชัดเจนว่า Setting ที่ต้องการสำหรับ Peaceful Death (การตายอย่างสงบ) ควรเป็นที่ซึ่งต้องใกล้ Family (ครอบครัว) มากที่สุดใช้ไหม แต่บางคนบางชาติ

ก็จะต่างกัน ถ้าเสียชีวิตที่บ้านดูเหมือนคนรู้สึกว้าใจ คุณพ่อภรรยาของผมเสียชีวิตที่บ้าน มีคุณแม่อยู่ ลูกๆ อยู่ด้วย ท่านมีความสุขจากไปอย่างสงบ ตอนนั้นท่านได้วายเรื่อจริง ท่านขอไม่พอกไต ท่านบอกว่าขอไปแบบสงบ อันนั้นญาติพี่น้องเข้าใจ มาถึงยุคนี้ คนชั้นกลางที่อยู่ในเมืองส่วนหนึ่งไม่อยากให้พ่อแม่เสียชีวิตที่บ้าน เขาบอกว่า บ้านใครมีคนตาย เวลาจะขายบ้าน ราคามันตก ก็คิดต่างกันไป ในชนบทอาจคิดอีกแบบนึง เขาไม่ถือเรื่องคนเสียชีวิตในบ้าน แต่คนในเมืองบอกว่าไม่ได้ละ บ้านจะเสียราคา



■ เยือนเย็น วิสาหกิจเพื่อสังคม

ควรไปเสียชีวิตที่อื่น อีกอย่างหนึ่ง อยู่ที่บ้านก็ลำบากในการดูแลแบบ ประคับประคองด้วย ถ้าอุดมคติคนชั้นกลางส่วนหนึ่งก็ให้ไปเสียชีวิตที่ โรงพยาบาล แต่ พ่อแม่เขาอาจไม่ยอมไปเสียชีวิตที่โรงพยาบาล จะไป ที่ไหนดีล่ะที่ Setting เหมาะสม ดังนั้น Setting ที่เหมาะสมต้องมีความ หลากหลาย อย่าง เยือนเย็น วิสาหกิจเพื่อสังคม ทำวันนี้ คนเสียชีวิตที่ บ้านได้โดยมีทีมไปเยี่ยม ไปช่วยดูแล ไปให้คำแนะนำอะไรต่างๆ เพราะ ฉะนั้น สถานชีวภิบาลในความหมายที่ผมเข้าใจ ไม่ควรเป็น Setting รูปแบบตายตัว

ผมมองว่าความสำคัญในประเด็น “สถานชีวาภิบาล” คือการพัฒนาเรื่องการตายดีระยะท้ายของชีวิต ให้เป็นประเด็นสำคัญ ทิศทางที่ควรจะมีผลักดันให้มีความหลากหลายรูปแบบ และ ภาครัฐต้องมาหนุน Empower ระบบการแพทย์และสาธารณสุข และระบบการเงินการคลังด้วย ระบบยาด้วย อะไรต่างๆ ด้วย ให้สอดคล้องกับการที่ผู้คนเขาจะได้มีสถานชีวาภิบาลที่เหมาะสมหลายรูปแบบ สมมุติถ้าวัดทำขึ้นมา หรืออย่างที่ยื่นยื่นทำ เขาต้องทำด้วยความมั่นใจของคุณหมอและทีมงานตรงนั้น ซึ่งต้องหาเองทุกอย่าง จากการเจ็บป่วยที่เห็นเด็กเจ็บป่วย ทุกข์ยากก่อนจากไป จึงใช้ระบบ Social Enterprise (วิสาหกิจเพื่อสังคม) เข้ามาดูแล ถ้ารัฐเห็นว่าใช่ รัฐต้องมีระบบการเงินการคลังสนับสนุนเขาบ้างหรือไม่ รัฐไม่ควรทำเสียเอง ซึ่งทำไม่ได้ดีแน่ อันนี้เป็นข้อเสนอที่หนึ่ง ผมคิดว่าค่อยๆ พัฒนาไป ค่าใช้จ่ายจะถูกลง ตัวละครผู้เล่นจะมีหลากหลายโดยใช้เครื่องมือกฎหมายต่างๆ และระบบต่างๆ ที่มีไปส่งเสริมสนับสนุน

โรงพยาบาลเอกชน ลองส่องให้ตี มีจำนวนมากขึ้น ที่เขาให้ความสำคัญกับเรื่องการตายดีระยะท้ายชีวิต เขาไม่ได้เพียงแต่มีการเซ็น Living Will แต่เขาสร้างความตระหนักขึ้นมาในหมู่คนไข้และบุคลากร โดยเฉพาะคนไข้ที่เป็นคนไข้ประจำสูงอายุ หรือเจ็บป่วยบางโรค เขามีระบบการพูดคุย ให้มีการเตรียมตัว เป็น Advance Care Plan (การวางแผนการดูแลล่วงหน้า) พูดคุย บางคนเขียนไว้ก็เขียน บางคนไม่เขียน

ก็มีการพูดคุย เพื่อจะได้เตรียมช่วงท้ายของชีวิตเขา และจะได้บริการที่ดี เอกชนไม่ได้หมายความว่าเขาคือการสูบทรัพยากรตอนท้ายของชีวิตอย่างเดียว เขาวางแผนเพื่อให้คนใช้ระยะท้ายเข้าสู่ระบบตายดี อันนี้ก็น่าสนใจมาก เป็นชีวาทิบาลแบบของเขา ที่ทำให้คนใช้จากไปโดยไม่สิ้นเปลืองมาก และไม่ทุกข์ทรมาน รับผิดชอบต่ออีกกลุ่มหนึ่งได้ แทนที่ต้องไปใช้ทรัพยากรสาธารณะอย่างสิ้นเปลือง ก็สามารถใช้ Setting ของเอกชน แทนที่จะไปเป็น Primary Care (ระบบบริการปฐมภูมิ) ไปอยู่ใน Community (ชุมชน) ซึ่งเป็นไปไม่ได้ เขาอาจมี Setting ที่สิ้นเปลืองน้อย แล้วคุณพ่อคุณแม่ได้จากไปอย่างมีความสุข อะไรอย่างนี้เป็นต้น

ผมเห็นในไต้หวัน เขาก็มีทำแบบนี้ เคยไปดูงานที่ มูลนิธิพุทธฉือจี้ ที่ไต้หวัน เขามีโรงพยาบาล Humanized Health Care (ระบบดูแลสุขภาพที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์) เขามี Setting ดูแลคนใช้ระยะสุดท้าย วอร์ดเขาน่าอยู่มาก มีระเบียงออกไป มีต้นไม้ มีการออกไปพักผ่อนได้ เช่นเตียงออกไปได้ เพื่อให้คนระยะสุดท้ายได้อยู่แบบมีคุณภาพชีวิตและมีญาติพี่น้องอยู่ได้ ทำอาหารการกิน พูดคุยได้ อะไรได้ มันอาจจะไปแบบนี้อีกแบบหนึ่งสำหรับเมืองไทย เนื่องจากเมืองไทยเรามี คนที่อยู่ Socio-Economic ต่างต่าง เพราะฉะนั้นอาจจะมีภาพที่แตกต่าง ผมถึงบอกว่าดีที่รัฐบาลเขาไม่สั่งการให้ไปจัดตั้งสถานชีวาทิบาลเหมือนกันไปหมดทั่วประเทศ



■ พญ.นิษฐา เอื้ออารีมิตร

Sunee Sathaporn : ตอนนี้คุณหมอแนะนำให้ดูโรงพยาบาลเอกชนด้วย เจ็บก็ไม่ได้ติดต่อกับโรงพยาบาลคุณไปแล้วค่ะ คุณหมอนิษฐา เอื้ออารีมิตร

อำพล จินดาวัฒนะ : ทราบว่าเขาพยายามจะทำในทิศทางนี้ ลองไปดู ผมไม่รู้รายละเอียด เพียงแต่รู้ว่าเขากำลังพยายามจะเปิดบริการ สำหรับเอกชน ที่จะไปในแนวทางนี้



■ พญ.เรณูขวัญ กัณหาสิงห์

Sunee Sathaporn : ที่ธรรมศาสตร์มีนัดสัมภาษณ์กับ อาจารย์หมอเรณูขวัญ ค่ะ

กลับมาที่คำถามนะคะ คือ คุณหมอเข้าใจปัญหา และคุณหมอมองอะไรในแง่ดีมากในสายตาเจ๊บนะคะ แต่เราก็หลบความจริงไปไม่ค่อยพบนะคะว่า ระบบการเมืองของบ้านเรา มันไม่เสถียร ผู้นำทางการเมืองมาแล้วก็ไป รัฐมนตรีมาแล้วก็ไป เขาตีลังกาเป็นตำนานยังงี้ เขาก็ต้องไป แล้วนโยบายของเขาก็ถูกดองอะไรอย่างนี้ค่ะ แล้วระบบชีวาภิบาล มันจะไปข้างหน้าได้ยังไงคะคุณหมอ ถ้ามันเรามีระบบอย่างนี้

อำพล จินดาวัฒนะ : ผมมองอย่างนี้ ที่คุณเจี๊ยบพูดในโลกความจริง หรือว่าผู้นำการเมืองมาแล้วก็ไป แล้วหวังอะไรไม่ค่อยได้ ผมก็คิดอย่างนั้น ผมไม่รู้สึกรว่าจะต้องการการเมืองที่แบบ Strong และชัด แล้วใช้ มาทำ เพราะการเรียกร้องอันนั้นมันอุดมคติ หาไม่เจอ ผมกลับคิดว่าเรื่องที่เราคูยกัน ต้องถูกพัฒนาด้วย Collective Leadership (ภาวะผู้นำร่วม) กระบวนการต่างๆ มีอยู่แล้ว อย่าไปฝากความหวังไว้กับทางนักการเมืองที่เข้ามาบริหารประเทศเท่านั้น หมายความว่า จะต้องเคลื่อนตัวไปโดย Leadership ที่อยู่ใน สามสี่ภาคส่วนที่ผมพูดถึง ในภาครัฐ โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน วิชาชีพ มีตัวละคร และมี Leadership เกิดขึ้น ต้องไปหนุนเสริมให้ Leadership เหล่านี้มีพลัง รวมหมู่กันไป ข้างหน้า ในขณะเดียวกันเรามี Leadership ภาคสังคม ภาคศาสนา ที่ทำอยู่ ถักเชื่อมตรงนี้เข้ามา แล้วเรายังมี Leadership ทางด้านนักกฎหมายที่ทำเรื่องนี้ดี เข้าใจเรื่องเหล่านี้ดี แล้วรู้ว่าถ้าไม่ทำอะไร ในบ้านปลายชีวิตคนมันจะยากลำบาก ทั้งเงินทอง ทั้งหมดสิทธิเสรีภาพ ในการปฏิเสธ ครอบครัวก็ยากลำบากไปด้วย มี Leadership เหล่านี้เกิดขึ้น ทั้งรุ่นใหญ่ ผู้หลักผู้ใหญ่อายุมากๆ แล้วอย่างพวกผม มาถึงระดับกลางระดับคนรุ่นใหม่ แล้วก็ในภาคเอกชน ภาควิชาการต่างๆ นานา

ในภาคเอกชน นั้นถ้าผมมองมิตินี้ก็คือ ให้ความสำคัญไปตรงเรื่องมิตินี้
๑ การแพทย์ของเอกชนเราทำไม่ได้ โทมากอย่างที่ผมบอกแล้ว ถ้าเขาขยับ

ตัวมาทางนี้ จะเกิดคุณค่ามาก แทนที่จะไปมุ่งแต่เทคโนโลยี มันจะทำให้บุคคลรอบครัวก็ไม่ได้สิ่งที่ควรจะได้ สิ้นเปลืองมาก แต่ถ้าเขามาทางนี้ จะทำให้บุคคลรอบครัวก็ได้สิ่งที่ดีและไม่สิ้นเปลือง Resource (ทรัพยากร) คนก็เสียน้อย Resource ของชาติก็เสียน้อย Resource ทั้งโลกก็เสียน้อย อันนี้แค่นั้นไม่พอ ในกลุ่มนี้ผมมอง Leadership ในระดับท้องถิ่นด้วย Leadership ในระดับท้องถิ่นก็คือ ไม่ว่าจะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคชุมชนและสังคม ที่เมืองไทยเราก็มีไม่น้อยที่อยู่ข้างล่าง มี Leadership ต่างๆ เกิดขึ้น เขาอาจจะยังไม่ได้จับเรื่องชีวิธาภิบาลโดยตรง ซึ่งอันนี้ผมเองความรู้ก็น้อย น้อยที่เขาทำเรื่องสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งต้องขับเคลื่อนนโยบายให้ เขาจะรู้ดีกว่าผม

ผมมองว่าจะต้องสร้างกระบวนการชักทอการนำเหล่านี้เข้ามา ด้วยเหตุผลว่าเราเห็นการเปลี่ยนแปลงดีๆ หลายเรื่องในเมืองไทย มันไม่ได้เกิดเพราะการเมืองเคาะและเดินไปข้างหน้าให้ได้ตามนั้น แต่เกิดจากการรวมมวลต่างๆ ที่มีอยู่เหล่านี้เป็น Collective Leadership แล้วบินไปด้วยกัน ถ้ามาเทียบเคียงระบบสุขภาพหรือระบบการแพทย์และสาธารณสุข มันไม่ได้มีนโยบายรัฐบาลคนไหนมาทำให้ Strong และคิดไปข้างหน้า แต่มีการเตรียมครับ เหมือนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กิติ พ.ร.บ. สุขภาพกิติ สสส. กิติ ที่เราเกิด เราไม่ได้ร่อนักการเมืองคนไหนหรือที่อุดมคติมาพาเราไป แต่เราได้สร้างความคิด สร้างความรู้

และสร้างผู้คน แล้วก็ขับเคลื่อนจนมีการเปลี่ยนแปลง วันหนึ่งการเมืองเห็นว่าใช่ เขาก็ผลักข้างหลัง มันก็จะไปข้างหน้า

ผมคิดว่าผมเห็นความสำคัญกับเรื่อง Collective Leadership Strengthening (การเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาวะผู้นำร่วม) Collective Leadership (ภาวะผู้นำร่วม) ผมพูดไปแล้ว ในหลายๆ สาขา ต้อง Strengthening (เสริมสร้างความเข้มแข็ง) มันต้องมีกระบวนการ ถ้าผมเสนอ กระบวนการที่เราคิดว่ามันเป็นกระบวนการที่จะทำให้ Collective Leadership ปรากฏตัวและมากขึ้น แข็งแรงขึ้น แล้วพากันบินเป็นฝูง ได้มากขึ้น คือกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติ ที่อาจารย์หมอประเวศใช้คำว่า Interactive Learning Through Action (การเรียนรู้ร่วมกันผ่านการปฏิบัติ) คือกระบวนการที่จะต้องมี ทำให้ผู้คนที่เขาทำเรื่องเหล่านี้ปรากฏตัว นำเสนอสิ่งที่เขาทำ ถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนความรู้ ให้อำลัใจกัน เสริมการเชื่อมกัน แล้วมันจะทำให้ไม่โดดเดี่ยว แล้วกระบวนการเหล่านี้ควรจะเป็นกระบวนการ Continuous (ต่อเนื่อง) ไม่ใช่เป็น Once Upon a Time (ครั้งเดียวจบ) ซึ่งถ้าเกิดแบบนี้ ทำๆ ไปแล้วเกิดรัฐบาลซื้อไอเดีย หรือแม้แต่กระทรวงสาธารณสุขซื้อไอเดีย ไปผลักดันให้เรื่องดีๆ ขยายผลได้ การสนับสนุนให้เกิดกระบวนการ Interactive Learning Through Action จะทำให้ Leadership เติบโต ครอบคลุม ทั้งในเชิงจำนวนที่ขยายเป็น collective มากขึ้น และโตในเชิงคุณภาพ

ของ Leadership เหล่านั้น ที่จะขับเคลื่อนไปข้างหน้า

ผมยกตัวอย่างง่ายๆ ผมกลายเป็น Leadership ในเรื่องนี้ไปโดยปริยาย จากการที่ผมได้เข้ามาทำงานต่อมาเกือบ ๒๐ ปี แต่ผมไม่ได้เป็นคนดู Peaceful Death (การตายอย่างสงบ) ผมไม่ได้เป็นคนบริการ ผมอยู่ในขบวนเคลื่อนนโยบายผลักดันเชื่อมต่อโยงโน้นนี่ ถ้าผมเป็นตัวคนเดียว ขบวนที่ผมว่าเนี่ยย่อมหายไปเลย ซึ่งมี Leadership ที่เขาทำจริงอยู่เต็มทีเลย เขาก็ทำในส่วนของเขาได้เต็มที ถ้าคุณเจ็บบทำ Map ออกมา จะเห็นผู้นำเชื่อมป็น Network ใหญ่ได้ ถ้าต่างคนต่างทำต่างอยู่ ไม่เชื่อมกัน ก็ไม่มีพลัง งานบางเรื่องจะสำเร็จได้ เช่น เรื่องยา Opioid (กลุ่มยาที่ใช้ระงับอาการปวดระดับปานกลางไปถึงรุนแรง ทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง) ผมคิดว่าในรายงานที่เสนอไปก็ยังไม่สำเร็จหรอกครับ ถ้ามันไม่มีกระบวนการมาพูดคุยมาอะไรต่างๆ แล้วผลักดัน จริงๆ อาจจะผลักดันง่ายนิดเดียวโดยที่ อย. แก่ไขกฎระเบียบหรือกติกาอะไรเพียงเล็กน้อย ก็ได้เลย แต่ถ้าเราผลักดันแบบ Vertical (แนวตั้ง) หรือแบบเป็นแบบ Official (ทางการ) แบบนี้ อาจจะไม่มีใครแก่เลยนะ แล้วก็ไม่มีใครตามด้วยนะ ตามไม่ไหว

แต่ถ้ามีกระบวนการที่ผมว่า เช่นแต่ละปีอาจจะต้องมี Symposium หรือมี Workshop หรือมี Seminar ใหญ่ ที่มีการจัดที่เป็นระบบ ให้แต่ละคนมาแชร์ มีการจัดการความรู้ ไม่ใช่มาบ่นปัญหา แต่มาเล่าสู่กันฟัง แล้วก็มีปัญหา มีข้อเสนอแนะ บางครั้งบางคราวบางเรื่อง พอรู้ถึงกัน

แก้ได้เลย อาทิตย์หน้าแก้เสร็จแล้ว เพราะเขาบอกว่านี่อำนาจเขา ถ่ายนิดเดียว แต่ทุกวันนี้ปัญหาใหญ่คือ เมื่อเราต่างคนต่างทำ เนื่องจากเรื่องมัน Complicate (ซับซ้อน) มากใช้ไหม มันหลายด้าน แล้วผู้คนตัวละครเล่นก็มาก ปัญหาต่างๆ ก็ไม่ได้แก้ แต่ถ้ามีกระบวนการที่ผมว่า บางอันถูกแก้ได้ หรือบางอันจะต้องผลักดันเป็นเชิงนโยบายใหญ่ ก็สามารรถร่วมกันคิดร่วมกันทำได้ ถ้าเราจะไปรอพรรคใดพรรคนึง มีความคมชัดเรื่องนี้ แล้วรอเขาได้อำนาจรัฐ มาถึงมาแก้ได้เลย ผมคิดว่าไม่มี เพราะโครงสร้างพรรคการเมืองของเราไปสนใจเรื่องอื่น เรื่องนี้ถือว่า Priority น้อยมาก เขาไม่ให้ความสนใจหรอก

จากประสบการณ์ที่ผมและเครือข่ายอาจารย์พี่ๆ น้องๆ ทำมา เราเชื่อเรื่อง Interactive Learning Through Action เชื่อเรื่องการสร้างมวลความรู้ มวลความรู้นี้ก็จะเป็นปัญญาไปด้วยนะ แล้วมวลคน ผู้คนที่อยู่ในขบวนนี้ แล้วก็จะสร้างกำลังใจ สามตัวนี้พร้อมหนุนไป จะทำให้สิ่งดีๆ ต่อยอดได้ สิ่งไม่ดีหรือปัญหาต่างๆ แก้ได้ หรืออาจจะเสนอแนะและผลักดันนโยบายดีๆ ให้เกิดขึ้นได้ ในที่สุดถ้านโยบายดีรัฐบาลเขาจะซื้อเอง

Sunee Sathaporn : คราวนี้ขอถามความเห็นเกี่ยวกับหลักการของ Collective Leadership ซึ่งเลียบคตมาเป็นดัชนี ๑๐ ตัวของหลักการนี้ ซึ่งเอามาจากไอร์แลนด์เหนือ อังกฤษ และแคนาดา นะคะ จะถาม



COLLECTIVE LEADERSHIP

คุณหมอว่าคุณหมอเห็นด้วยหรือเปล่าคะข้อแรก *ภาวะผู้นำคือความ
รับผิดชอบของทุกคน*

อำพล จินดาวัฒนะ : เห็นด้วย

Sunee Sathaporn : ข้อสอง ต้องมีภาวะผู้นำร่วมในทีมตัวเอง
และก็ข้ามทีมด้วย

อำพล จินดาวัฒนะ : อันนี้ก็ชัดเจน

Sunee Sathaporn : ข้อสาม ภาวะผู้นำต้องพึ่งพาอาศัยกันเป็นระบบแห่งความร่วมมือไม่ใช่การทำงานแบบไซโล

อำพล จินดาวัฒนะ : อันนี้ก็ยิ่งชัด พุดไปหมดแล้ว ผมคอนเฟิร์ม

Sunee Sathaporn : ข้อสี่ ภาวะผู้นำต้องมีความกรุณา คือใส่ใจเข้าใจเห็นใจช่วยด้วยใจ

อำพล จินดาวัฒนะ : ก็ถูกอีก

Sunee Sathaporn : ข้อห้า ให้คุณค่ากับผู้นำทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

อำพล จินดาวัฒนะ : ถูกครับ

Sunee Sathaporn : ข้อต่อมากล้าเสียงและเรียนรู้จากความผิดพลาด

อำพล จินดาวัฒนะ : ก็น่าจะโอเค

Sunee Sathaporn : ข้อต่อมาเป็นพันธมิตรที่มีความเท่าเทียมกันยอมรับในบทบาทและทักษะที่หลากหลายของผู้นำในเครือข่าย

อำพล จินดาวัฒนะ : เห็นด้วยครับ

Sunee Sathaporn : ข้อต่อมา เห็นความสำคัญของการติดต่อกันหรือกันสม่่าเสมอเพื่อสร้างความไว้วางใจและความคืบหน้าในงาน

อำพล จินดาวัฒนะ : ดีครับ เห็นด้วย

Sunee Sathaporn : ข้อต่อมา สนับสนุนและเห็นคุณค่าของภาคี
เครือข่ายยินดีแบ่งปันข้อมูลทรัพยากรปรึกษาหารือและเรียนรู้ร่วมกัน

อำพล จินตาวัฒน์ : เห็นด้วยครับ

Sunee Sathaporn : ข้อสุดท้าย นำข้อขัดแย้งขึ้นมาคุยกันเพื่อ
หาทางแก้ไขอย่างรวดเร็วเป็นธรรมและโปร่งใสโดยไม่ตำหนิกัน

อำพล จินตาวัฒน์ : เห็นด้วยครับ

Sunee Sathaporn : คุณหมอคิดว่าเหล่านีมา Implement ใน
เครือข่ายวิชาการของเราได้ไหมคะ

อำพล จินตาวัฒน์ : หลักการได้ แต่วิธีการต้องแตกต่างกันตาม
บริบทของสังคมที่ไม่เหมือนกัน



■ จutamart โมลี
(ผู้บริหารจาก สช.)

Sunee Sathaporn : ขอรบกวนเวลา
คุณหมอเท่านี้ก่อนนะคะ

อำพล จินตาวัฒน์ : ขอบคุณครับ สวัสดี
ครับ

Jutamart Molee : ขอบพระคุณค่ะ

Sunee Sathaporn : ขอบคุณมากค่ะ
สวัสดีค่ะ ❖

สุขภาพแห่งชาติ สุขภาพของทุกคน โดยทุกคน ๒๕๖๕



สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ



นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

เกี่ยวกับผู้เขียน

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ



- ประธานมูลนิธิสานพลังเพื่อแผ่นดิน (มสผ.)
- อดีตสมาชิกวุฒิสภา
- อดีตรองประธานคณะกรรมการการแก้ปัญหาความยากจน และลดความเหลื่อมล้ำ วุฒิสภา คนที่ ๑
- อดีตประธานคณะกรรมการการปฏิรูปประเทศด้านสังคม ชุมชน เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส สภาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.)
- อดีตกรรมการและที่ปรึกษาคณะกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและการจัดทำและดำเนินการ ตามยุทธศาสตร์ชาติ วุฒิสภา
- อดีตกรรมการและที่ปรึกษา คณะกรรมการทรัพยากร ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม วุฒิสภา
- อดีตกรรมการการพัฒนาสังคม วุฒิสภา
- อดีตประธานคณะกรรมการตรวจสอบ วิเคราะห์ และ ประเมินผลการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ คณะที่ ๔

- ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม
- อดีตประธานคณะกรรมการติดตามการปฏิรูปด้านสังคม
กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย วุฒิสภา
 - อดีตสมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.)
 - อดีตสมาชิกสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ (สปท.) และรอง
ประธานคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสังคม
 - อดีตกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสังคม
 - อดีตเลขาธิการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
 - อดีตเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
 - อดีตข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข (นักวิชาการสาธารณสุข
ระดับ ๑๑)
 - อดีตผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
 - อดีตผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) และ
สำนักงานปฏิรูป (สปร.)
 - อดีตโฆษกกระทรวงสาธารณสุข
 - อดีตนายแพทย์ใหญ่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
 - อดีตผู้อำนวยการ กองการสาธารณสุขต่างประเทศ กระทรวง
สาธารณสุข
 - อดีตนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร พิษณุโลก และอุดรธานี

- อดีตผู้อำนวยการสำนักวิชาการและบริการสาธารณสุข ลพบุรี และพิษณุโลก
- อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัฒนานิคม และโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี
- อดีตเลขาธิการมูลนิธิแพทย์ชนบท
- อดีตรองประธานมูลนิธิหมอชาวบ้านและผู้จัดการสำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน
- อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบท
- อดีตประธานกลุ่มอาสาและประธานค่ายอาสาพัฒนา มหาวิทยาลัยมหิดล
- เคยได้รับรางวัลพระราชทานรางวัล “นักการสาธารณสุขดีเด่นด้านบริหาร” มูลนิธิสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมหลวงชินนพทูลเรนทร ❖

๓๐๐ สุขภาพแห่งชาติ สุขภาพของทุกคน โดยทุกคน





หนังสือ **สุขภาพแห่งชาติ** สุขภาพของทุกคน
โดยทุกคน เขียนโดย **นพ.อำพล จินดาวัฒนะ**
เล่มนี้ ชี้นำชุมชนทรัพยากรและโอกาส ที่สามารถนำไป
ดำเนินการต่อ เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพแนว
“สร้างนำซ่อม” ด้วย **สามประสาน** คือ ภาครัฐ
หรือการเมือง ภาควิชาชีพและวิชาการ และภาค
ประชาสังคม ให้ก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง โดยใช้
พลังสำคัญที่ **นพ.อำพล จินดาวัฒนะ** ชี้นำให้เห็น
ตลอดเล่ม ตามที่ท่านบอกว่า ท่านทำหน้าที่
“แจกของ ส่องตะเกียง”

นพ.อำพล แนะนำให้ **สช.** ทำงานแบบเลือกทำที่
จุดکانวัด ไม่ทำงานแบบลงรายละเอียดทั่วไป
หมด เพราะกำลังคนและทรัพยากรมีจำกัด แล้ว
ใช้ผลงานและกิจกรรมสื่อสารสังคม เพื่อดึงดูด
ภาคีและทรัพยากรเอามาใช้พัฒนาและขับเคลื่อน
ให้เกิดประโยชน์ต่อบ้านเมืองยิ่งขึ้น ♦

ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช

