www.hsro.or.th

# เวทีปฏิรูป 57

สื่อกลางสานพลังภาคี ขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อคนไทยทั้งชาติ

ปีที่ 7 ฉบับที่ 57 มกราคม-กุมภาพันธ์ 2550

## เบิกบานรับ
## “กฎหมายป้ายแดง”
## พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

## เปิดเวที


- เขตการค้าเสรี วันนี้ยังต้องจับตา หน้า 3
- พินัยกรรมชีวิต กับหลากมุมคิด หน้า 4-5
- 5 สิ่งใหม่หลังกำเนิด พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ หน้า 8
- หยุดรถ หยุดโรค หน้า 9
- KM กับ วัฒนธรรม ‘ไวไว ควิก’ หน้า 10
- มาตราในดวงใจของ “สุภาวดี หาญเมธี” หน้า 12

## บทบรรณาธิการ

# คลอด พ.ร.บ.สุขภาพ เพื่อแก้วิกฤตชาติ

ข่าวดีรับปีใหม่สำหรับภาคีที่ร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยก็คือการที่ ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ผ่านการพิจารณาจากสภานิติบัญญัติ เตรียมประกาศเป็น "กฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ" ฉบับแรกของประเทศไทย เมื่อวันที่ 4 มกราคม ที่ผ่านมา

ศ.นพ.ประเวศ วะสี ราษฎรอาวุโส ผู้ทุ่มเทตนเองให้แก่การปฏิรูประบบสุขภาพและสาธารณสุขบ้านเราให้เป็นที่พึ่งแก่ประชาชนได้อย่างแท้จริงตลอดระยะเวลาอันยาวนาน ได้ปรารภไว้ในชื่อบทความที่นำลงตีพิมพ์ใน "เวทีปฏิรูป" ฉบับนี้ว่า "4 มกรา มหามงคล คลอด พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเพื่อแก้วิกฤตชาติ"

หลังจากร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติผ่านสภาฯ แล้ว ภารกิจของ สปรส. ในฐานะองค์กร "เจ้าภาพ" ในการจัดทำกฎหมายดังกล่าวยังมีรออยู่อีกไม่น้อย ในการสื่อสารกับสังคม และผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายถึงสาระสำคัญของกฎหมาย ซึ่งส่งผลให้เกิดการปฏิรูปสิทธิและหน้าที่ของรัฐและประชาชนในการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพขนานใหญ่

ในเวทีปฏิรูปฉบับนี้ สะท้อนให้เห็นความเคลื่อนไหวอันคึกคักที่เกิดขึ้นหลัง พ.ร.บ.ฉบับนี้ผ่านสภาฯ ทั้งในภาคการเมือง ที่ให้ความสนใจต่อการพัฒนาเนื้อหาสาระในบางมาตรา เช่น มาตรา 12 ที่ว่าด้วย "พินัยกรรมชีวิต" ที่มีทั้งเสียงสนับสนุน ข้อท้วงติง และประเด็นที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษในการจัดทำกฎกระทรวงรองรับหลักการไปสู่ขั้นของการปฏิบัติจากนี้ไป

ในภาคสังคม ได้มีเวทีเสวนาสู่สาธารณะว่าด้วยสาระสำคัญของ พ.ร.บ.ฉบับนี้ ที่ "ศูนย์สร้างสุข" สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

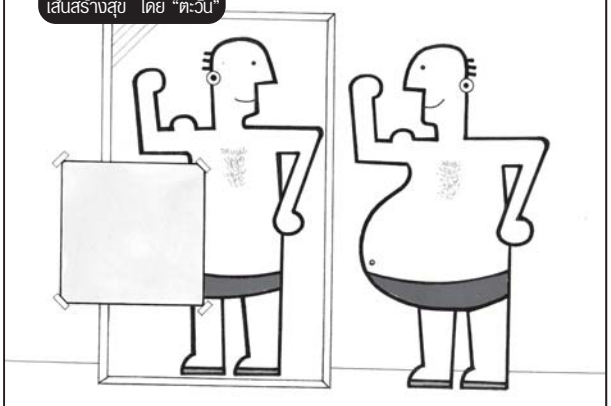
ในภาคสาธารณสุข สปรส. ได้จัดทำสื่อเพื่อสร้างความเข้าใจต่อบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุขต่อสาระสำคัญ และความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นเมื่อ พ.ร.บ.ฉบับนี้ มีผลบังคับใช้

นอกจากนี้ยังมีเสียงสะท้อนจากนักคิด นักเขียนที่รู้จักกันดีในสังคมต่อความคิดความเห็น ต่อ พ.ร.บ.ฉบับนี้

เนื้อหาที่คัดสรรมานำเสนอเหล่านี้ไม่เพียงสะท้อนความเคลื่อนไหว แต่ยังมุ่งจุดประเด็นให้กระแสคลื่นแห่งการปฏิรูปสุขภาพลูกใหม่ ที่กำลังก่อตัวขึ้นหลังวันที่ 4 มกราคม ที่ผ่านมา กระทบไปสู่การรับรู้ของทุกภาคส่วน

**เพื่อเป็นเชื้อให้เกิดคลื่นลูกใหม่ ๆ ก่อตัวขึ้นอีกคณานับ อันจะนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อแก้วิกฤตชาติสมดังเจตนารมณ์ร่วมกัน**

เส้นสร้างสุข โดย "ตะวัน"



**จดหมายข่าว "เวทีปฏิรูป"** จัดพิมพ์โดย สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กระทรวงสาธารณสุข **บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา** ปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา **บรรณาธิการบริหาร** พลินี-เสริมสินสิริ **บรรณาธิการ** อภิญญา ตันทวีวงศ์ **ที่ปรึกษา** นพ.อำพล จินดาวัฒนะ **กองบรรณาธิการ** อรุณี เอี่ยมสิริโชค, กิติมาภรณ์ จิตราทร, พรนภา เหมปาละ **ศิลปกรรม** วัฒนสินธุ์ สุวรัตนานนท์ **ติดต่อกองบรรณาธิการ** โทรศัพท์ 0-2590-2304-18 โทรสาร 0-2590-2311 Email: hsro@hsro.or.th ดาวน์โหลดฉบับอิเล็กทรอนิกส์ได้ที่เว็บไซต์ สปรส. www.hsro.or.th

**"เวทีปฏิรูป"** ยินดีรับข้อเสนอแนะ และข้อเขียนจากภาคีปฏิรูปสุขภาพทุกท่าน โดยโปรดส่งจดหมายหรือต้นฉบับเรื่องมายัง สปรส. ชั้น 2 อาคารด้านทิศเหนือสวนสุขภาพ ภายในกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

### กองบรรณาธิการ

**บวชหมออนามัย 99 คน**
**อนุโมทนาบุญภาคีร่วมพลักดัน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ**

ในช่วงการพิจารณา พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติวาระที่ 2 และวาระที่ 3 ของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อต้นปี 2550 ที่ผ่านมา นายนิรุจน์ อุทธา, นายณรงค์ ตั้งศิริชัย, นายวิเชียร จิตพิศาล, นายสมชาย เพชรจินดา และนายสุรศักดิ์ บุญเทียน กรรมการสมาคมหมออนามัยแถลงว่าหมออนามัยจากทั่วประเทศ 99 คน จะบวชให้กับทุกคนที่ร่วมกันสนับสนุน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาโดยตลอด ทั้งภาคีสุขภาพกว่า 3,000 เครือข่าย ผู้คนที่เข้าร่วมกระบวนการยกร่างกฎหมายฉบับนี้กว่า 300,000 คน คนที่ร่วมลงชื่อสนับสนุนการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ในกิจกรรมรณรงค์รวมพลังสร้างสุขภาพตามรอยพระยุคลบาท 4.7 ล้านคน ประชาชนที่ลงชื่อเพื่อเสนอกฎหมายนี้โดยใช้สิทธิตามรัฐธรรมนูญปี 2540 กว่า 150,000 คน รวมไปถึงนักวิชาการ นักวิชาชีพ และฝ่ายการเมืองทุกคนที่ร่วมกันสนับสนุนและผลักดันให้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติผ่านออกมาเป็นกฎหมายให้สำเร็จ โดยจะบวชในเดือนมีนาคม 2550

*"พวกเราทุกคนที่เคยร่วมกระบวนการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตั้งแต่เริ่มแรกได้ทราบข่าวว่ารัฐบาลชุดนี้หยิบ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติขึ้นมาปัดฝุ่นใหม่ และเสนอให้ สนช.พิจารณา จนเข้าวาระ 2 และ 3 แล้วในวันนี้ พวกเรารู้สึกยินดีมาก ที่ผ่านมาความหวังที่กฎหมายนี้จะประกาศใช้ดูริบหรี่มาก แม้จะพยายามผลักดันทุกวิถีทางแล้วก็ตาม แต่วันนี้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติได้ผ่านการพิจารณาเสร็จสิ้นแล้วถือเป็นข่าวดีต้อนรับปีใหม่ที่เราจะได้กฎหมายสุขภาพ ซึ่งเป็นเครื่องมือในการสร้างสุขภาวะของสังคม สร้างสันติสุขและความสามัคคีของคนในชาติให้เกิดขึ้นได้ หมออนามัยจึงชักชวนกัน 99 คนจากทั่วประเทศทำความดีด้วยการบวชให้กับทุกคนที่ช่วยกันผลักดัน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติจนเป็นกฎหมายออกมาสำเร็จได้ในวันนี้"* นายนิรุจน์กล่าว

ด้าน **นพ.มงคล ณ สงขลา** รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะประธานกรรมาธิการวิสามัญพิจารณา ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ กล่าวว่ามีความสุขและปลาบปลื้มใจเป็นอย่างยิ่งที่ สนช. มีมติผ่านร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ออกมาใช้เป็นกฎหมายแล้ว พ.ร.บ.ฉบับนี้ไม่ใช่กฎหมายทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยตรง ไม่ใช่กฎหมายที่เป็นเครื่องมือบริหารประเทศของรัฐบาลเหมือนกฎหมายทั่วไป ไม่ใช่กฎหมายที่ยกร่างโดยข้าราชการประจำ ไม่ใช่กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขหรือฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเท่านั้น แต่เป็นกฎหมายของประชาชนคนไทยทุกคนที่ร่วมกันยกร่างขึ้นมา เพื่อเป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพของพวกเราทุกคน การที่ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติประกาศใช้ออกมาเป็นกฎหมายนั้นประโยชน์จะไม่เห็นในทันทีทันใด แต่จะส่งต่อระบบสุขภาพของไทยที่มุ่งสู่การสร้างสุขภาพอย่างชัดเจน เปิดโอกาสให้คนไทยทุกระดับสามารถนำกฎหมายนี้ไปเป็นเครื่องมือทำงานเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างกว้างขวาง ไม่ต้องคอยแต่รอรับบริการจากภาครัฐเท่านั้น นอกจากนี้กฎหมายนี้ยังให้สิทธิและหน้าที่กับประชาชนให้สามารถทำงานร่วมกับรัฐในการสร้างและปกป้องคุ้มครองสุขภาพด้วย ทั้งหมดนี้ระบบสุขภาพของคนไทยจะดีขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปและมีความยั่งยืน

**นางรัตนา สมบูรณ์วิทย์** โฆษกคณะกรรมาธิการพิจารณาร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้หนึ่งที่เข้าร่วมกระบวนการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาตินับแต่ปี 2543 กล่าวว่า พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเป็นกฎหมายที่มีเพื่อนคนไทยจำนวนมากได้สนับสนุนและผลักดัน มานานกว่าครึ่งทศวรรษ ช่วงก่อนหน้านี้พวกเราเหนื่อยกันมาก เพราะทำอย่างไรกฎหมายนี้ไม่ขยับเขยื้อน แต่พอมาถึงรัฐบาลชุดนี้ให้ความสำคัญ และคงเห็นกฎหมายนี้จะเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะสร้างสังคมให้อยู่เย็นเป็นสุขได้ตามนโยบายของรัฐบาล จึงเสนอเรื่องและผ่านออกมาอย่างรวดเร็ว เมื่อ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติออกมาแล้วภารกิจของเราไม่จบสิ้นแต่เพียงเท่านี้ เพราะเรามีหน้าที่ต้องทำให้กฎหมายนี้ใช้ได้จริง ไม่ใช่ผลักดันมาแล้วขึ้นหิ้ง แต่เราในฐานะประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพร่วมกับภาครัฐ และนักวิชาการ วิชาชีพ ในกระบวนการ "สมัชชาสุขภาพ" ที่กฎหมายนี้บัญญัติไว้แล้ว เราได้ทดลองใช้กระบวนการนี้แล้วในจังหวัดต่างๆ เรายืนยันว่าเป็นกระบวนการที่สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนได้อย่างเป็นรูปธรรมที่สุด

*"พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ นับเป็นผลงานชิ้นสำคัญของรัฐบาลและ สนช. ชุดนี้ ที่ร่วมกันผลักดัน ให้กฎหมายนี้ออกมา โดยพิจารณากันอย่างละเอียดรอบคอบ โดยเฉพาะ สนช. ทุกท่าน ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ช่วยกันขัดเกลาจนเป็นกฎหมายที่ดีอีกฉบับหนึ่งของไทย"* นางรัตนากล่าว

HOT ISSUE

นพวรรณ สิริเวชกุล

# เขตการค้าเสรี วันนี้ยังต้องจับตา!

คงจำกันได้ว่า หลายปีที่ผ่านมาองค์กรพัฒนาเอกชนหลายองค์กรได้ลุกขึ้นมารวมตัวเรียกร้องให้ยุติการเจรจาข้อตกลงการค้าเสรี ระหว่างประเทศไทยกับนานาอารยประเทศ และที่รุนแรงมากที่สุดเห็นจะเป็นข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างไทยกับสหรัฐอเมริกา...กระทั่งล่าสุดนี้การทำข้อตกลงเขตการค้าเสรีระหว่างไทยกับญี่ปุ่น....

**ข้อตกลงการค้าเสรีหรือ FTA ; Free Trade Agreement** มาจากนโยบายการค้าเสรีหรือ free Trade Policy มีรากฐานมาจากทฤษฎีการได้เปรียบโดยเปรียบเทียบที่เสนอว่า แต่ละประเทศควรจะเลือกผลิตแต่เฉพาะสินค้าที่ตัวเองมีต้นทุนการผลิตได้เปรียบโดยเปรียบเทียบมากที่สุด..และนำสินค้าที่ผลิตได้นั้น ไปแลกเปลี่ยนกับสินค้าที่ประเทศอื่นมีต้นทุนการผลิตได้เปรียบ

และถึงแม้ว่าประเทศหนึ่งจะอยู่ในฐานะเสียเปรียบอีกประเทศหนึ่ง ก็สามารถจะทำข้อตกลงการค้ากันได้ เพราะประเทศคู่สัญญาต่างก็จะตกลงเลือกผลิตเฉพาะสินค้าที่ตัวเองได้เปรียบ เพื่อนำมาแลกกับสินค้าของประเทศคู่สัญญา

ดังเช่นที่ไทยได้ทำข้อตกลงการค้าเสรีกับประเทศจีน แต่ผลจากกลุ่มศึกษาข้อตกลงเขตการค้าเสรีไทย - จีน ล้วนสะท้อนปัญหาตรงกันว่า ไทยกำลังขาดดุลการค้ายับเยิน แม้ว่าเราจะได้กินแอปเปิ้ล หอมแดง และกระเทียมเม็ดใหญ่ๆ จากจีนในราคาถูกแสนถูก.. แต่นั่นทำให้เกษตรกรของบ้านเราเองต้องสูญเสียอาชีพไปหลายแสนครอบครัวเลยทีเดียว และผลไม้ที่ไทยเราพยายามจะส่งออกก็ไม่ได้ผลดังที่คาดหวังกันไว้

นั่นเท่ากับเราได้รับบทเรียนการทำ FTA กับประเทศใหญ่ๆ ที่มีตลาดกว้างขวางว่า ไม่ใช่คำตอบสุดท้ายที่เราจะขายของได้มากขึ้น....

**ชีวิตคนแสนต่ำค่าในยุคแปร “ปัญญา” เป็นทรัพย์**

แม้เราจะเห็นผลกระทบที่เกิดขึ้นแล้ว แต่รัฐบาลไทยในสมัยที่ผ่านมาก็ยังมีนโยบายทำข้อตกลงการค้าเสรีกับอีกหลายประเทศ และหนึ่งในนั้นก็คือสหรัฐอเมริกา ที่มีเสียงคัดค้านและวิพากษ์วิจารณ์มากที่สุด ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการค้าที่เกี่ยวข้องกับสิทธิ**ในทรัพย์สินทางปัญญา** หรือ **ทริปส์** ที่ถือเป็นเสาหลักสำคัญของ WTO เพราะได้อนุญาตให้บริษัทยาสหรัฐฯ สามารถถือครองสิทธิบัตรยาที่มีความจำเป็นต่อชีวิตประจำวันและความเป็นความตายของผู้คน

นับตั้งแต่ปี 2535 ที่สหรัฐฯ พยายามข่มขู่ให้ไทยแก้ไขการคุ้มครองกฎหมายสิทธิบัตรจาก 15 ปีมาเป็น 20 ปี ทำให้เราเห็นได้ชัดว่า ไทยต้องคุ้มครองสิทธิบัตร ก่อนที่ข้อตกลงทริปส์ใน WTO จะบังคับล่วงหน้าถึง 8 ปี เท่ากับระยะเวลานั้น ไทยเราสูญเสียโอกาสในการพัฒนาอุตสาหกรรมยาภายในประเทศไปอย่างน่าเสียดาย

ทริปส์ทำให้ประเทศอย่างเราไม่สามารถผลิตยาสามัญราคาถูกได้เอง เนื่องจากบริษัทยาของอเมริกันมีสิทธิบัตร นับตั้งแต่ปี 2543 - 2546 เราพบว่า สิทธิบัตรที่ขึ้นทะเบียนในประเทศไทยเป็นของต่างชาติถึง 5,148 รายการ จากจำนวน 8,574 รายการ เห็นเท่านี้ เราคงพอจะเดากันออกว่า ใคร คือผู้ได้ผลประโยชน์อย่างแท้จริง

**ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกมีมติที่ชัดเจนมาหลายปีแล้วว่า ต้องไม่เห็นความสำคัญของการค้ามากกว่าสุขภาพของประชาชน และยอมรับว่าข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศ ดังเช่นข้อตกลงว่าด้วยทรัพย์สินทางปัญญาเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงยาของประชาชน**

ดังนั้นจึงเกิด **ข้อตกลงรอบโดฮาหรือปฏิญญาโดฮา** ขึ้นมา เพื่อให้ประเทศสมาชิกมีความเห็นร่วมกันว่า การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาเป็นเรื่องสำคัญ มีผลกระทบต่อการเข้าถึงยาและการรักษาพยาบาลผู้ป่วย จึงได้ทำข้อตกลงร่วมกันเพื่อลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงยาของประชาชน ซึ่งเป็นการลดเงื่อนไข การผูกขาดตลาดของบริษัทยา โดยการเปิดโอกาสให้ประเทศที่จำเป็นต้องใช้ยาเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุข หรือโรคระบาดร้ายแรงภายในประเทศ สามารถใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิทำการผลิตยา หรือนำเข้าซ้ำซ้อนในช่วงที่ยานั้นมีสิทธิบัตรคุ้มครองอยู่ในประเทศได้

**ความวิวัฒน์ไม่ทันหาย ความควายเข้าแทรก**

สิ่งที่เกิดขึ้นในบ้านเราตลอดช่วงหลายปีที่ผ่านมานั้น คือการคัดค้านการทำ FTA ระหว่างไทย สหรัฐอเมริกา ซึ่งแน่นอนว่ามีเหตุผลที่ลึกซึ้งไปมากกว่าตัวเลขการขาดดุลการค้า เพราะนั่นคือการที่สหรัฐฯ พยายามบีบบังคับเราให้ยอมตกลงเรื่องทรัพย์สินทางปัญญา ผลที่ตามมาก็คือ การผูกขาดของบริษัทยาข้ามชาติ ทำให้ยามีราคาแพงขึ้นและผู้ป่วยส่วนใหญ่ของไทย ไม่สามารถเข้าถึงยานั้นๆ ได้

เมื่อไทยเราเปิดเจรจาข้อตกลงการเจรจาจัดทำความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทย ญี่ปุ่น Japan Thailand Economic Partnership Agreement หรือ JTEPA เรื่องการยอมรับให้เปิดเสรีบริการทางการแพทย์ โดยยินยอมให้คนญี่ปุ่นที่ป่วยมารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทยได้โดยสามารถเบิกจ่ายเงินจากกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลตามกฎหมายญี่ปุ่นในอัตรา ร้อยละ 70

การที่รัฐบาลชุดก่อนหน้านี้ ต้องการเปิดเสรีการบริการด้านสุขภาพ เป็นทิศทางหลักของนโยบายส่งเสริมและสนับสนุน ให้ไทยเป็นศูนย์กลางการแพทย์แห่งเอเชีย Medical Hub เช่น การส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุ ทันตกรรม สปาหรือนวดแผนไทย และขณะเดียวกัน รัฐบาลชุดก่อนก็มีนโยบายส่งเสริมหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งแน่นอนว่า เราใช้บุคลากรทางการแพทย์ชุดเดียวกัน

ในความเป็นจริงขณะนี้บ้านเรามีจำนวนแพทย์น้อยมาก โดยเทียบได้กับแพทย์หนึ่งคนต่อผู้ป่วย 2,400 คน และหากต้องรักษาพยาบาลผู้ป่วยต่างชาติอีกก็จะเกิดปัญหาการดูแลผู้ป่วยของภาครัฐ เพราะแพทย์จะหันไปทำงานโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น

และผลที่จะตามมาอีกก็คือ ผู้เข้ารับการรักษาอาจจะต้องเข้าคิวในการรับการรักษาพยาบาลนาน เพราะมีผู้เข้ารับบริการเพิ่มขึ้น รวมทั้งการเข้าไม่ถึงบริการในกลุ่มโรคที่ไม่มีความเร่งด่วน โดยอ้างเหตุผลบุคลากรไม่เพียงพอ การให้บริการในระบบอาจน้อยลงเพราะต้องให้บริการชาวต่างชาติเพิ่มขึ้นนั่นเอง

**ถึงแม้รัฐบาลจะเปลี่ยนหน้า แต่นั่นไม่กระเทือนข้อตกลง FTA ที่ได้ทำไว้แล้ว**

**ยังเป็นแค่จุดเริ่มต้น...**

ล่าสุดรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นพ.มงคล ณ สงขลา ออกมาประกาศจุดยืนของไทยด้วยการบังคับใช้สิทธิตามสิทธิบัตร (compulsory licensing) ซึ่งรัฐบาลได้ออกมาตรการบังคับใช้สิทธิบัตรถึง 3 ฉบับด้วยกันกับยาต้านไวรัสเอดส์และยารักษาโรคหัวใจ

ประเด็นที่จะตามมาก็คือเรื่องของการทำข้อตกลง FTA ไทย สหรัฐฯ ซึ่งมีข้อเรียกร้องให้ไทยแก้กฎหมายสิทธิบัตรเพื่อทำให้มีการจดสิทธิบัตรยาง่ายขึ้น ต่อกรณีนี้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้กล่าวไว้ว่า อยากให้ผู้ที่มีส่วนรับผิดชอบเรื่องนี้ในประเทศของเราคำนึงถึงคนยากคนจนในบ้านเราด้วย อย่าให้พวกเขาต้องถูกปล่อยปละละเลยและตายไปโดยไม่ได้รับการเหลียวแล

คำนึงถึงผลประโยชน์ของประเทศของเราเป็นหลัก และไม่ควรจะปล่อยให้คนอื่น เข้ามาใช้ประโยชน์จากบ้านเราแต่ฝ่ายเดียว

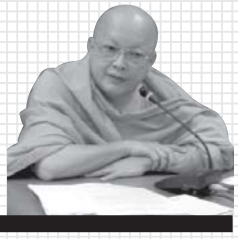
**เพราะนี่คือสิ่งที่จะส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพคนไทยในระยะยาว...**

รายงานพิเศษ / ธนัย เจริญกุล

# “พินัยกรรมชีวิต” กับหลากมุมคิด

แม้ว่า พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นกฎหมายแม่บทว่าด้วยสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพของปวงชนชาวไทยจะผ่านการพิจารณาของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ อยู่ระหว่างรอประกาศใช้เป็นกฎหมายแล้วก็ตาม แต่ยังคงมีหลายฝ่ายติดใจในสิทธิใหม่ที่เพิ่งบัญญัติไว้เป็นครั้งแรกในกฎหมายไทย นั่นคือใน **มาตรา 12** (ปรับเลขมาตราจากเดิมซึ่งอยู่ที่ มาตรา 10) ว่าด้วยสิทธิของบุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

นำมาสู่เวทีสาธารณะ **“การปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต มาตรา 12 พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.....”** โดยคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข และสปรส. เมื่อวันศุกร์ที่ 12 มกราคม 2550



## ให้แสดง “เจตจำนง” แท้จริง

**พระเมตตานันโท** ชมรมชีวันตารักษ์ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แสดงทัศนะว่า ความกังวลในประเด็นนี้อยู่ที่ว่าเป็นแค่กฎหมายมาตราเดียว แต่ในต่างประเทศนั้นเป็นกฎหมายทั้งฉบับ มีการกำหนดรูปแบบ กรอบแนวคิด และหลักการที่ชัดเจนก่อน จึงออกเป็นกฎหมายลูก ถ้าเราใช้มาตราเพียงมาตราเดียวเพื่อออกเป็นกฎหมาย หรือกฎกระทรวงจะเหมาะสมหรือไม่

ประการแรกก็คือ ขีดความสามารถ (competency) ของผู้แสดงเจตนา ตัวเขาสามารถวินิจฉัย วิเคราะห์ วิจัยได้ด้วยตัวเขาเองหรือไม่ หรือว่าเป็นผู้ป่วยทางจิตประสาทเป็นผู้ที่ไม่อาจวินิจฉัยให้ถูกต้องได้ จะใช้อะไรเป็นตัววัด จะมีการกำหนดอายุขั้นต่ำหรือไม่ว่าเท่าใดถึงแสดงเจตจำนงเช่นนี้ได้ จำเป็นต้องได้รับคำปรึกษาไม่ว่าจากแพทย์หรือนักกฎหมาย หรือต้องให้เขาลงนามรับรองการแสดงเจตจำนงก่อนหรือไม่ ความตายนอกจากมีนัยยะทางการแพทย์แล้วยังเกี่ยวกันกับประเด็นอื่น โดยเฉพาะเรื่องการปลูกถ่ายอวัยวะ แพทย์บางคนอาจจะมีผลประโยชน์ทับซ้อน อาจใช้เอกสารชิ้นนี้เพื่อเป็น “ใบสั่งฆ่า” (License to Kill) ทำให้คนไข้เสียชีวิตก่อนเวลาอันควร สมมุติว่าคนไข้เป็นมะเร็งในปอด หมอรู้แน่ว่าคนนี้อยู่ต่อได้ไม่นาน แต่เขามีอวัยวะอื่นที่ใช้ได้และอาจจะมีประโยชน์กับคนอื่นไม่ใช่ว่าแพทย์ทุกคนจะมีจริยธรรมและมีใจสูงทั้งหมด ฉะนั้นจำเป็นจะต้องคิดป้องกันเหตุร้ายที่จะเกิดขึ้นเสียก่อน จะกำหนดสิทธิในการบริจาคอวัยวะให้อยู่ในหนังสือฉบับนี้ด้วยหรือไม่

ประการที่สองก็คือความรู้ในเรื่องทางออกหรือทางเลือกต่างๆ ที่เขาสามารถเลือกได้ ตัวเขาเข้าใจทางเลือกที่จะใช้มากน้อยเพียงใด กฎหมายในมาตรานี้ไม่ได้กำหนดว่า ตัวเขาจะต้องได้รับข้อมูลที่เพียงพอในการตัดสินใจ ในสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ปี 1991 ซึ่งเริ่มให้ผู้ป่วยมีทางเลือกที่ปฏิเสธการรักษา มีการสำรวจพบว่า Living will หาได้ถ่ายทอดเจตจำนงที่แท้จริงของผู้ป่วย บางครั้งคนปฏิเสธที่จะรับการรักษาเพราะไม่เข้าใจ หรือบางทีเพราะว่าเขาไม่ชอบ และบางครั้งก็ต้องดีความว่าหมายถึงอย่างไร และเวลานี้ตามมาตรา 12 ยังไม่ชัดเจนว่า จะยอมรับให้มีอีกบุคคลอีกคนหนึ่งเป็น ผู้ที่จะตัดสินใจแทนผู้ป่วยหรือไม่

การปฏิบัติตามตัวอักษรในมาตรา 12 อาจจะมีช่องโหว่ ซึ่งเกิดจากความไม่แน่นอนและวัฒนธรรมจารีตประเพณีของไทย ความเข้าใจในเรื่องวิชาแพทย์ของประชาชน และมาตรฐานในการประกอบวิชาชีพของแพทย์ด้วย ถ้าดำเนินการให้ถูกต้องก็จะเป็นประโยชน์ที่ดีกับสังคม แต่หากตีความกฎหมายลายลักษณ์อักษรโดยไม่คำนึงบริบทของสังคมอาจจะเกิดเรื่องเดือดร้อนขึ้นได้ ในวัฒนธรรมบ้านไม่เคยมีเอกสารพวกนี้ มันเป็นวัฒนธรรมของอเมริกันที่เป็นสังคมสมัยใหม่ เป็นสังคมนิติรัฐ แต่แนวคิดเรื่องสิทธิในสังคมไทยยังไม่ชัดเจน ยังไม่ได้อยู่ในชีวิตประจำวันของเราเสียด้วยซ้ำ เพราะฉะนั้นการทำอะไรถ้าไม่เข้าใจวัฒนธรรมของเราเองจะเกิดปัญหามาก หากต้องใช้กลไกทางกฎหมายก็ควรจะให้มีประชาชนเข้ามีส่วนร่วมมากที่สุด

## พินัยกรรมชีวิต ชวนคิดถึง “แม่”

**นายเจิมศักดิ์ ปิ่นทอง** สมาชิกสภาร่างรัฐธรรมนูญ เล่าข้อเท็จจริงที่ตนเองได้รับว่าจากประสบการณ์ที่ดูแลแม่ จึงได้รู้ว่าชั่วขณะตัดสินใจนั้นไม่ใช่เรื่องง่ายเลย จะโยนการตัดสินใจให้แพทย์โดยที่เชื่อว่าแพทย์น่าจะเป็นผู้รู้ก็ไม่เป็นธรรมกับแพทย์เหมือนกัน เพราะแพทย์เองก็คงไม่สามารถตอบได้ร้อยเปอร์เซ็นต์

“แม่ผมป่วยอยู่ 2 ครั้ง ครั้งแรกอายุ 79 ปีและอีกครั้งหนึ่ง 82 ปี ในครั้งแรกมีเลือดออกในสมองก็ผ่ากะโหลกเอาเลือดออกก็กลับบ้านได้ แต่สักพักหนึ่งเป็นใหม่แต่กลับหนักขึ้นกว่าเดิม ครั้งนี้พูดไม่ได้มือยกไม่ได้เริ่มกินไม่ได้แล้ว ต้องผ่าตัดครั้งที่สอง ตอนนั้นต้องตัดสินใจ ถามหมอหมอก็บอกว่าน่าสู้ แล้วเราจะสู้หรือเราจะหยุด ในที่สุดตัดสินใจสู้ให้ผ่าสมองครั้งที่สาม ปรากฏว่าพอผ่าเสร็จคุณแม่กระดิกมือได้เลยตอนตีสอง ตีสาม แล้วดีขึ้นเป็นลำดับ แล้วก็ไปใช้ชีวิตเดินเหินได้ถึงแม้ว่าไม่แข็งแรง แต่อยู่ได้อีก 3 ปี สบายๆ ก็แสดงว่าตัดสินใจถูกให้สู้ ถ้าไม่สู้ก็ไปแล้ว เราก็คิดว่าเราถูกแล้ว

“แต่พอมาครั้งหลังตอนอายุ 82 ปี คุณแม่ไม่มีอาการอะไรมากได้แต่บ่นว่าแน่นหน้าอก แถวราวนมข้างซ้าย หมอบอกว่าให้ไปโรงพยาบาลแผนกฉุกเฉินตอนตีหนึ่ง คุณแม่ก็ยังเดินเข้าห้องฉุกเฉินเองได้อย่างไม่มีปัญหา แต่ก็ไม่ได้กลับออกมาอีกเลย เพราะน้ำท่วมปอดอาการก็เลวลงไปเรื่อยๆ พูดไม่ได้ ต้องใส่ท่อหายใจ ท่ออาหาร ฝ่ายลูกๆ จะตัดสินใจอย่างไร เมื่อ 3 ปีที่แล้วเราตัดสินใจสู้ แต่ถามว่าเที่ยวนี้เราจะตัดสินใจอย่างไร เป็นการตัดสินใจที่ไม่ง่ายเลย ครั้งหนึ่งหมอโดดขึ้นปั๊มหัวใจ ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ จะกินจะถ่ายทุกอย่างใส่สายหมด แต่ก็เคยฟื้นมาแล้ว เวลาก็ห่างกันเพียงแค่ 3 ปี ควรจะสู้ไหม จนสุดท้ายก็โยนให้หมอตัดสินใจ ถ้าคิดว่าฟื้นก็ให้หมอทำ ซึ่งก็ไม่แฟร์กับหมอนัก เพราะเชื่อว่าหมอก็ตัดสินใจยากเหมือนกัน

“ตอนแม่อายุ 79 ตอนที่สติยังดีอยู่ ก็สั่งด้วยวาจาว่าไม่ให้ทำอะไรทั้งสิ้น แต่เรารู้สึกว่าแม่อาจจะฝืดก็ได้ พอสู้แล้วเราก็ถูก ตอนหลังยังบอกแม่เลยว่าถ้าผมเชื่อแม่ แม่ไปแล้ว พอมาตอนท้ายแม่อยากจะกลับบ้าน อยากจะตายต่อหน้าลูกเต้าไม่อยากอยู่โรงพยาบาล เราก็ไม่เชื่อแม่อีก แต่ในครั้งสุดท้ายนี้แม่เป็นคนถูก ถ้าเราเชื่อแม่ แม่ก็จะได้ไปตายที่บ้านแล้วก็อยู่แบบชาวบ้านที่ชอบ แต่ว่าเรากลับไปคิดว่าเมื่อ 3 ปีที่แล้ว ที่เราเคยชนะแม่ เมื่อตอนผมทำรายการทีวีถกเรื่องนี้ ก็นึกว่าเป็นของง่าย เพราะว่ามีหลักการที่ขีดเส้นอยู่ แต่นี่นะครับของจริงซึ่งสับสนไปหมด”

แม้ว่าในชีวิตจะเผชิญกับกรณีเช่นนี้มาแล้ว แต่ในหลักการนั้นผมเห็นด้วย ถ้าหากอยู่ในสภาก็จะโหวตให้ แต่ประเด็นกลับไปอยู่ที่กฎกระทรวง ยุติธรรมไหมที่เราจะไปโยนให้อย่างนั้น หรือสมควรจะต้องบัญญัติให้รัดกุมกว่านี้ ในฐานะเคยเป็นวุฒิสมาชิกก็ไม่ค่อยชอบใจนัก ที่มีเรื่องอะไรก็ให้อำนาจกระทรวงไปทำต่อ จึงไม่แน่ใจว่าจะเขียนอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยลงนาม เมื่อสักครู่ก็พูดกันถึงเรื่องการส่งมอบอำนาจกัน ก็คงต้องถามเอาความจริงว่าแพทย์จะกล้ารับไหม ขอฝากไว้ว่าควรจะให้ตัวแทนของประชาชนพิจารณารายละเอียดให้มากกว่านี้

## จิตสำนึกเหนือกว่ากฎหมาย

**นายสมเกียรติ อ่อนวิมล** สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ กล่าวว่า เมื่อพิจารณาตามมาตรา 12 บุคคลที่จะใช้สิทธิได้ต้องเป็นผู้ป่วยคนเดียวเท่านั้น คือผู้มีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่รับบริการสาธารณสุขเพื่อยืด

## “ชีวิตมีไว้เพื่ออยู่ ไม่ได้มีไว้เพื่อทรมานหรือมีไว้เหมือนวัตถุ... เราต้องกล้าเผชิญหน้ากับความจริง แต่ก็ต้องทำให้ครอบคลุม”

การตายในวันสุดท้าย เพราะฉะนั้นจะเป็นปัญหาว่าเมื่อคนป่วยไม่ได้ทำไว้ แล้วใครจะทำแทน หลักการของผมเพียงง่ายๆ คือหากผู้ป่วยตายขึ้นมา แพทย์ต้องไม่มีความผิดตามกฎหมาย และผู้ที่เป็นผู้ปกครองโดยชอบธรรมของผู้ป่วยหรือ legal guardian ไม่ว่าจะเป็นสามี ภรรยา หรือลูกตามที่ศาลกำหนดก็ต้องไม่ผิด ถ้าทั้งสองฝ่ายไม่ผิด ก็ไม่มีใครที่ละเมิดสิทธิในชีวิตหรือฆ่าผู้อื่น เพราะฉะนั้นถ้าศาลแต่งตั้งให้ใครเป็นผู้ปกครองตามกฎหมายที่มีอำนาจบอกหมอได้ว่าให้ทำอย่างไร คนนั้นก็บอกได้โดยจิตใต้สำนึก หรือเมื่อเกิดเหตุอะไรขึ้นจะไม่มีบาปหรือไม่มีความผิด

**“กรณี “แคเรนแอน ควินแลนด์”** ไม่มีเอกสารบอกเลยว่าใครจะเป็นคนตัดสินใจแทนเธอ แค่ศาลเป็นผู้สั่งให้พ่อซึ่งเป็นผู้ปกครองตามกฎหมายบอกหมอให้ถอดเครื่องช่วยหายใจ

“แพทย์เจ้าของไข้ก็รู้อยู่ว่าถ้าทำตามก็ไม่ผิดกฎหมาย ไม่ได้เป็นทั้ง euthanasia หรือ mercy killing แต่ตัวเขากลับรู้สึกว่าผิดจรรยาบรรณแพทย์ จึงไม่ยอมทำตามคำสั่งศาล หมอบอกกับพ่อแคแรนแอนว่าถ้าผมทำผมจะต้องอยู่กับคำตัดสินนี้ไปตลอดชีวิต เพราะฉะนั้นฝ่ายหมอจึงมีประเด็นทั้งเรื่องกฎหมายและจรรยาบรรณ จึงนำมาสู่ปัญหาว่า ใครจะเป็นคนชี้ขาดเรื่องจรรยาบรรณ เมื่อแพทย์ปฏิเสธทางโรงพยาบาลจึงตั้งคณะกรรมการจรรยาบรรณของโรงพยาบาลทันที คณะกรรมการจรรยาบรรณก็ตัดสินยืนยันว่าให้ถอดได้เช่นกัน แต่ตัวหมอก็ยังไม่ยอมเพราะมีเรื่องจรรยาบรรณของแพทย์กำกับอยู่ ศาลสูงประจำรัฐนิวเจอร์ซี่ต้องสั่งอีกครั้งให้ผู้ปกครองเปลี่ยนตัวหมอได้ จะเห็นได้ว่าคือศาลสูงไม่เคยสั่งแบบเด็ดขาดเลยว่าให้ทำได้ เรื่องนี้จึงไม่มีใครผิดทั้งสิ้น แต่สุดท้ายหมอใช้วิธีค่อยๆ ถอดเครื่องช่วยชีวิตทีละชิ้น ห่างกันชิ้นละครึ่งชั่วโมง พอกลับมาหายใจได้ก็ย้ายเธอไปอยู่ที่ Nursing Home อีก 9 ปีถึงขาดอาหารและเป็นนิวมอเนียตาย ไม่ได้ตายทันที ตกลงแล้วหมอก็ไม่มีความรู้สึกผิดใดๆ

“เรื่องเช่นนี้เป็นเรื่องที่ต้องลงรายละเอียดจริงๆ เพื่อไม่ให้ทั้งสองฝ่ายไม่ว่าแพทย์หรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมเกิดความผิด ถ้ากฎหมายเขียนบอกว่าไม่ผิดก็ต้องครอบคลุมว่า ต้องไม่ผิดทางความรู้สึกหรือความผิดในจิตสำนึกด้วย จะมาบอกว่าไม่ใช่ mercy killing หรือไม่ใช่ฆาตกรรม แต่เป็นการตายตามธรรมชาติก็แค่ความชัดเจนเพียงด้านเดียว แต่หมอยังคงมีความรู้สึกผิดอยู่ อย่างกรณีหมอรักษาแคเรนแอนที่อย่างไรก็ไม่ยอม แม้กรรมการจริยธรรมจะบอกว่าไม่ผิดจริยธรรมก็ตามที”

### License to Die ไม่ใช่ License to Kill

**ดร.ประทุมพร วัชรเสถียร** กล่าวว่า เมื่อมีมาตรา 12 ในพระราชบัญญัติฉบับนี้ แม้จะตรงกับหลักการในการใช้ชีวิต แต่กลับทำให้เป็นเรื่องยุ่งยาก เพราะยังไม่ครอบคลุมอีกหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะใช้อะไรตัดสินว่าควรจะเป็นไปตามมาตรา 12

“หรือว่าหลังจากกฎหมายฉบับนี้บังคับใช้จะต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้มนุษย์ทุกคน ตีเสียว่าบรรลุนิติภาวะหรืออายุ 18 ปี ซึ่งสามารถเลือกบุคคลที่เหมาะสมมาปกครองประเทศได้แล้ว ก็ต้องจัดการกับตัวของท่านเองได้ ให้คนเหล่านี้ศึกษาข้อมูลและปัญหาต่างๆ เสียก่อน แล้วให้ตัดสินใจเสียเลย

“ประการต่อมา กรณีที่บุคคลนั้นไม่มีเอกสารนี้ก็ตาม แต่เกิดปัญหาสุขภาพหรืออุบัติเหตุไม่สามารถมีชีวิตกลับมาแบบเดิมได้ ไม่มีสติสัมปชัญญะ ไม่มีความรู้สึก ไม่มีอะไรเลย ที่มักเรียกกันว่าเป็นผัก อย่างเช่นคุณครูจูหลิง ไม่สามารถอยู่ได้ตามธรรมชาติ ถ้าถอดสายปั๊มก็ไปเลย ต่อให้มีปาฏิหาริย์ก็กลับมาเป็นปกติไม่ได้ อย่างดีที่สุดก็คือมีลมหายใจอยู่ต่อไปอาจจะถึง 10 ปีก็ได้ อาจต้องมีกรณีปฏิบัติต่อไปก็นำเรื่องขึ้นศาล ซึ่งศาลก็คงต้องรับฟังคำแนะนำจากแพทย์เฉพาะทางอีกต่อหนึ่งว่าสมควรจะถอดเครื่องช่วยชีวิตหรือไม่ รวมทั้งอาจฟังจากกลุ่มเครือญาติที่เป็นญาติหรือพูดง่ายๆ ว่าเป็นคนจ่ายเงินค่ารักษาและฟังจากลูก เพราะบางครั้งญาติกับลูกเป็นคนละคน

“ถ้าสามารถตกลงกันได้ ดิฉันขอใช้ว่าเป็น License to Die ไม่ใช่ License to Kill...

**“ชีวิตมีไว้เพื่ออยู่ ไม่ได้มีไว้เพื่อทรมานหรือมีไว้เหมือนวัตถุ โดยที่เจ้าตัวก็ไม่รับรู้เรื่องอะไรด้วย ไม่มีความสุข ไม่มีความทุกข์ เราต้องกล้าเผชิญหน้ากับความจริง แต่ก็ต้องทำให้ครอบคลุม”**

ดร.ประทุมพร กล่าวทิ้งท้าย

## สะท้อนแก่นสาร มาตรา 12 การบ้านท้าทายหลังคลอด พ.ร.บ.สุขภาพ

**ทันทีที่มีข่าว “คลอด” พ.ร.บ.สุขภาพฯ แห่งชาติ ประเด็นที่ตีคู่ทันควันคือข้อวิตกต่อมาตรา 12 ว่าจะเป็นจุดตั้งต้น ทำให้เกิดการ “การุณฆาต” ขึ้นในสังคมไทยหรือไม่**

**นพ.อำพล จินดาวัฒนะ** ผู้อำนวยการ สปรส. ชี้แจงหลักคิดของสิทธิในมาตรา 12 ว่า เป็นการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายเพื่อยุติการทรมาน มิใช่ประเด็นเรื่องการ “การุณฆาต” (mercy killing) ตามที่ปรากฏในสื่อมวลชน ในทางวิชาการอธิบายได้ว่า สิทธิการปฏิเสธจะรับการรักษาพยาบาลของทุกคนมีอยู่แล้ว ถ้ายังรู้ตัวเราก็ยังมีสิทธิอยู่แล้ว จะไม่ไปหาหมอก็ได้ แม้ไปหาหมอแล้วก็ปฏิเสธการรักษาตามที่หมอต้องการได้ หากสมมุติว่าเรายากจะตาย แต่สิทธิจะหมดไปเมื่อเราไม่รู้สึกตัว เราไม่มีทางปฏิเสธการรักษาด้วยวิธีการใด ๆ ได้อีก หลักคิดนี้เปิดให้ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกวิธีการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตของตัวเองอย่างมีศักดิ์ศรีและอยู่บนหลักมนุษยธรรม

“ปัจจุบันนี้ ในบั้นปลายชีวิตเมื่อไม่รู้ตัวแล้ว สิทธินี้กลับตกอยู่ในมือของหมอและญาติ เพราะว่าตัวเองไม่มีสิทธิแล้ว ตอนนั้นไม่รู้เรื่องแล้ว กฎหมายมาตรานี้เพียงแต่กลับคืนสิทธินี้ให้กลับมาเป็นสิทธิของเจ้าของชีวิต ซึ่งเขาต้องทำไว้ล่วงหน้าตอนที่ยังดีอยู่ ไม่ใช่ว่าไปทำตอนที่ไม่มีสติสัมปชัญญะ ถ้าไม่ได้ทำไว้ล่วงหน้าก็หมดสิทธิที่จะพิทักษ์สิทธิของตัวเอง”

นพ.อำพลย้ำว่า อย่าได้ไปไกลถึงเรื่องการุณฆาตซึ่งเป็นการอนุญาตให้คนอื่นทำให้เราตาย หรือการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตาย (euthanasia) ที่เป็นการกระทำโดยจงใจเพื่อทำลายชีวิตของผู้ป่วย แม้ว่าจะปฏิบัติตามคำร้องขอของผู้ป่วยหรือญาติสนิทก็ตาม ต้องถือว่าผิดหลักจริยธรรมของแพทย์ แต่ย่อมไม่รวมถึงกระบวนการดูแลการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของแพทย์ โดยเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยที่ประสงค์จะตายอย่างเป็นธรรมชาติ ซึ่งมีคำปฏิเสธการรักษาพยาบาลในลักษณะยืดการตายออกไป การทำเช่นนี้ได้ ต้องปฏิบัติตามเอกสารแสดงความจำนงล่วงหน้า ซึ่งมีใช้อยู่สองคำ คือคำว่า living will และอีกคำ advance directive ซึ่งค่อนข้างแพร่หลาย แม้ว่าบุคคลจะแสดงความจำนงล่วงหน้าไว้แล้ว มิได้หมายความว่าจะให้แพทย์ละทิ้งผู้ป่วยให้ทุกข์ทรมาน แพทย์จำเป็นต้องรักษาเพื่อประคับประคอง แต่จะไม่รักษาเกินกว่าที่เจ้าของชีวิตได้ประสงค์เอาไว้ เช่น การปั๊มหัวใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การใช้ยากระตุ้นหัวใจ ฯลฯ

“ในแวดวงการรักษาพยาบาลปัจจุบัน เราจะพบว่าผู้ป่วยที่มาจากต่างประเทศรวมทั้งคนไทยที่มีการศึกษาส่วนหนึ่งจะมีบัตรประจำตัวที่เรียกว่า No CPR ก็คือ No Cardiopulmonary Resuscitation หมายความว่า เมื่อหัวใจฉันหยุดเต้น อย่ามาปั๊มหัวใจฉัน เรื่องนี้ไม่มีกฎหมายรองรับแต่เป็นสิ่งที่ปฏิบัติแล้ว และโดยทั่วไปหมอจะเคารพในสิทธินี้ มาตรา 12 จะมารองรับสิทธิอันนี้”

ส่วนแนวปฏิบัติซึ่งขึ้นกับกฎกระทรวงนั้น คงต้องมีการทำงานทางวิชาการแล้วเปิดเวทีรับฟังกันอีกมากมายเพื่อที่จะดูว่ากฎกระทรวงจะไปกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการเขียนหนังสือแบบนี้อย่างไร และจะต้องมีการทำงานกับแพทยสภา สภาวิชาชีพทางด้านสุขภาพ เพราะว่าในที่สุดแล้วสภาวิชาชีพต่างๆ เขาต้องไปกำหนดข้อบังคับแนวปฏิบัติร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อที่จะวางแนวการปฏิบัติจริงควรจะทำอย่างไร เนื่องจากว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องใหม่ของสังคม แต่ถ้าเราไม่ได้มีกฎหมายรองรับเอาไว้ ความยุ่งและปัญหานี้จะมีมากขึ้น

“คนส่วนใหญ่จะรู้และเข้าใจสิทธินี้แล้วจะตัดสินใจใช้หรือไม่ใช้เป็นสิทธิของเขา แต่จะทำให้เขารู้ได้อย่างไร และเมื่อเขาได้แสดงเจตนารมณ์แล้ว แสดงเจตนารมณ์นั้นจะแสดงอย่างไร และเมื่อแสดงแล้วจะได้รับการเคารพสิทธินั้นอย่างไร อันนี้ก็เป็นเรื่องที่เป็นการบ้านที่เราจะทำงานต่อไปข้างหน้า”

เรื่องจากปก >> ศ.นพ.ประเวศ วะสี

# 4 มกรา มหามงคล คลอด พ.ร.บ.ส

วันที่ 4 มกราคม 2550 สภานิติบัญญัติแห่งชาติ จะพิจารณาร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งอาจจะเป็นครั้งสุดท้ายก่อนที่จะคลอดออกมาเป็น พ.ร.บ. และอาจเป็น พ.ร.บ.ฉบับแรกของปี 2550 อันเป็นปีมหามงคลของคนไทย ที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเจริญพระชนมพรรษา 80 พรรษา เท่ากับพระบรมศาสดา

## อะไรที่เกิดดี ต้องถือเป็นมงคล

การเกิดดีต้องมีความสมประกอบ อะไรที่พิการแต่กำเนิดก็จะยากลำบากไปนานหรือตลอดชีวิต หลายสิ่งหลายอย่างมีความพิการแต่กำเนิด รวมทั้งมหาวิทยาลัยไทย ทำให้ยากลำบากมานาน

***แนวคิดที่ไม่ทะลุ และไม่ใหญ่พอเป็นสาเหตุปฐมของความพิการแต่กำเนิด***

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเป็นแนวคิดที่ใหญ่มาก และอาจใหญ่ที่สุดในโลกที่คนไทยจำนวนมากร่วมกันทำมา

***ความติดขัดของการพัฒนา เกิดจากการคิดแบบแยกส่วน***

คิดเรื่องเศรษฐกิจก็แยกส่วน เรื่องการศึกษาก็แยกส่วน คิดเรื่องสิ่งแวดล้อมก็แยกส่วน คิดเรื่องสุขภาพ ก็แยกส่วน แล้วก็ไม่เป็นผลสำเร็จทำให้สังคมก็ดีโลกก็ดี วิ่งเข้าสู่วิกฤตมากขึ้นเรื่อยๆ

การแยกเป็นส่วนๆ หรือการชำแหละออกเป็นส่วนๆ เช่น การชำแหละสุกร หรือ ชำแหละโคทำให้สิ้นชีวิต ชีวิตเกิดจากการเชื่อมโยงทุกส่วนเข้ามาอย่างบูรณาการ อย่างชีวิตร่างกายของเราประกอบด้วยส่วนต่างๆ อันหลากหลายสุดประมาณ เช่น สมอง หัวใจ ตับ ปอด ไต ฯลฯ ถ้าอวัยวะต่างๆ เหล่านี้ต่างคนต่างไป เราก็เป็นคนอยู่ไม่ได้ ที่เรามีชีวิตอยู่ได้เพราะอวัยวะต่างๆ ล้วนเชื่อมโยงบูรณาการเป็นหนึ่งเดียวกัน ทำให้เกิดความเป็นปรกติและยั่งยืน

สังคมประกอบด้วยส่วนต่างๆ อันหลากหลาย ถ้าแต่ละส่วนต่างคนต่างไปไม่บูรณาการเป็นหนึ่งเดียวกัน สังคมก็จะไม่ปรกติและยั่งยืน กระทรวง ทบวง กรมต่างๆ ก็ต่างคนต่างทำไม่บูรณาการเป็นหนึ่งเดียวกัน

คำว่าสุขภาพก็ถูกตีความอย่างแยกส่วน ทำให้นึกถึงมดหมอหยูกยา โรงพยาบาลและกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ในขณะที่สุขภาพหรือสุขภาวะหมายถึงสุขภาวะทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา หรือทางจิตวิญญาณ สุขภาพหรือสุขภาวะจึงเป็นเรื่องใหญ่ที่บูรณาการอยู่ในการพัฒนามนุษย์และสังคมทั้งหมด (Health is integral in total human and social development) เป็นเรื่องที่อยู่เลยพรมแดนของกระทรวงสาธารณสุขออกไปมาก

## พลังแห่งการสังเคราะห์และจัดการระดับชาติ

สุขภาพในแนวคิดของร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ใหญ่กว่าแนวคิดทางการแพทย์และทางสาธารณสุขออกไปมาก เพราะบูรณาการอยู่ในการพัฒนามนุษย์และสังคมทั้งหมด เพราะขาดแนวคิดและขาดเครื่องมือที่จะบูรณาการการพัฒนามนุษย์และสังคมทั้งหมดเข้ามาด้วยกัน เราจึงไม่สามารถสร้างความอยู่เย็นเป็นสุขในสังคมไทยได้ แต่ตรงข้ามมีวิกฤตการณ์ต่างๆ มากขึ้น ทุกที่ๆ

นักวิชาการส่วนใหญ่ทำหน้าที่วิเคราะห์วิจารณ์เท่านั้น ซึ่งก็มีประโยชน์และต้องทำต่อไป แต่การวิเคราะห์วิจารณ์เท่านั้นไม่มีพลังเพียงพอที่จะพาชาติฝ่าวิกฤต เราต้องการพลังของการสังเคราะห์และจัดการด้วย คือภายหลังวิเคราะห์วิจารณ์แล้วต้องสามารถสังเคราะห์ว่าหลังเรื่องนี้จะทำให้สำเร็จได้อย่างไร จะมีวิธีจัดการไปสู่ความสำเร็จได้อย่างไร

***พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติต้องการสร้างพลังแห่งการสังเคราะห์และจัดการให้ชาติ***

กล่าวคือ นอกเหนือจากแนวคิดใหญ่ว่าสุขภาพหรือสุขภาวะของคนไทยจะเกิดได้จริง ต่อเมื่อประเทศสามารถพัฒนาอย่างบูรณาการพร้อมและสอดคล้องกันทุกด้านแล้ว ความที่ประเทศขาดพลังแห่งการสังเคราะห์และจัดการที่จะทำให้การพัฒนาอย่างบูรณาการเกิดขึ้นได้จริง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ได้บัญญัติเครื่องมือ ที่จะเป็นพลังแห่งการสังเคราะห์และจัดการไว้ด้วย

ตามปรกติที่เป็นมา พลัง 3 ไม่เคยสังเคราะห์กันเข้ามา คือ พลังความรู้ พลังสังคม และพลังการเมือง ต่างส่วนต่างแยกกันอยู่ หรือแม้เป็นปฏิปักษ์กัน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ สังเคราะห์พลังทั้ง 3 เข้ามาด้วยกัน ลองสังเกตองค์ประกอบของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติดูสิครับ ทางฝ่ายการเมืองหรืออำนาจรัฐนั้นนำโดยนายกรัฐมนตรีเอง หนึ่งในสามของคณะกรรมการประกอบด้วยส่วนที่จะสร้างความรู้ และอีกหนึ่งในสามประกอบด้วยภาคสังคม เมื่อสามองค์ประกอบเข้ามาเชื่อมกันจะเกิดเป็น “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” สามารถเขยื้อนสิ่งยากได้ ในขณะที่องค์ประกอบใดองค์ประกอบเดียวหรือแม้สององค์ประกอบก็ไม่สามารถแก้ปัญหายากๆ ได้

*รัฐบาลทักษิณมีอำนาจมากแต่ก็แก้ปัญหายากๆ อันซับซ้อนไม่ได้เลย*

*รัฐบาลคลินตันไม่สามารถปฏิรูประบบบริการสุขภาพให้เป็นประโยชน์ต่อคนอเมริกันมากขึ้นได้*

*รัฐบาลอาคีโนของฟิลิปปินส์ไม่สามา*
*ความยุติธรรมในสังคมได้*

ถ้าแก้ปัญหาความยากจนและความยุ
สุขภาวะก็เป็นอันหวังไม่ได้

สังคมปัจจุบันอันเป็นระบบที่ซับซ้อน
การแก้ไขเป็นอันมาก ซึ่งถ้าแก้ไขไม่ได้ ป
จนวิกฤตทุกทางเป็นวิกฤตชาติ

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติตามที่
จะดีเพียงใด ก็จะยังไม่มีพลังแห่งความสำ
จากการทำงานเชิงนโยบายและยุทธศาสต
ความจำเป็นของการทำงานเชิงนโยบายแล
ตั้งสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ขึ้นในกระ
น้อยเต็มที่ เพราะเป็นการเปลี่ยนแต่ชื่อจากน

## กลับองค์ความรู้จากทั่วโลก คนไ

เชิงนโยบายและยุทธศาสตร์เป็นกระบ
ยวด ซึ่งทำไม่ได้โดยหน่วยราชการแบบเดิม
ให้มี **สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแ**
หน่วยงานของรัฐ แต่ไม่เป็นส่วนราชการขึ้นอยู่
กำกับของคณะกรรมการ

การเป็นหน่วยงานรัฐที่เป็นอิสระมีข้อต
ส่วนราชการคือ เปิด โอกาสให้ตั้งคำถามได้
ความเหมาะสมที่สุดที่จะทำหน้าที่” ซึ่ง เท่า
โอกาสให้มีการคัดเลือกจากคนทั้งประเทศ ใ
ส่วนราชการถือเป็นสิทธิของข้าราชการที่จะ
ตำแหน่งไม่ใช่สิทธิงานที่จะได้คนที่เหมาะสม

คณะกรรมการแห่งชาติเป็นอันมากไม่
ความสำเร็จเพราะขาดสมรรถนะของฝ่ายเล
ที่จะสนับสนุนปัญญาเชิงนโยบายและยุทธศ
ซึ่งก็ทำให้ประเทศติดขัดเรื่องต่างๆ

## 6 ปี 4 เดือน กับ 25 วัน ที่ต้องจดจำ

**กระบวนการจัดทำร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เริ่มต้นอย่างเป็นทางการเมื่อ 9 ส.ค.43**

*เดิมคาดว่าจะออกเป็นกฎหมายได้ภายใน 3 ปี แต่เอาเข้าจริงต้องใช้เวลามากกว่าที่เกินกว่า เท่าตัว*

แต่สิ่งที่พิเศษคือ หลังเกิดการยุบสภา เมื่อ 24 ก.พ. 49 จนทำให้ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติที่อยู่ในขั้นตอนพิจารณาโดยคณะกรรมาธิการ สภาผู้แทนราษฎรหลังผ่านวาระแรกหยุดชะงัก และต้องตกไปเริ่มที่จุดศูนย์ใหม่เมื่อเกิดเหตุการณ์ปฏิรูปการปกครองเมื่อวันที่ 19 ก.ย.ปีเดียวกัน ร่าง พ.ร.บ.ฉบับนี้ใช้เวลาเพียง 3 เดือนเท่านั้นในการกลับเข้าสู่การพิจารณาของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) จนผ่านทั้ง 3 วาระ

**“โค้งสุดท้าย”** ของการผลักดันร่าง พ.ร.บ.ฉบับนี้เริ่มต้นเมื่อวันที่ 7 พ.ย. 49 จากการที่ **นพ.มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข** ลงนามเสนอ ร่าง พ.ร.บ.ฉบับที่พิจารณาค้างอยู่เข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรีชุดใหม่ ที่มี พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี และ ครม. มีมติเห็นชอบเมื่อ 7 พ.ย. ให้เสนอร่างกฎหมายนี้ต่อ สนช.

วันที่ 22 พ.ย. สนช. รับหลักการของ ร่าง พ.ร.บ.ในวาระที่หนึ่ง ด้วยคะแนนเสียงเห็นด้วย 118 เสียง ไม่เห็นด้วย 5 เสียง งดออกเสียง 1 เสียงจากนั้นได้ตั้งคณะกรรมาธิการวิสามัญ 33 คน ขึ้นมาพิจารณา จนเสร็จสิ้นเมื่อวันที่ 14 ธ.ค.49

จากนั้น สนช. ได้ประชุมพิจารณาร่างกฎหมายนี้ในวาระที่ 2 และ 3 ในวันที่ 27-28 ธ.ค. 49 ประเด็นที่มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวางคือ มาตราว่าด้วย **“สิทธิการแสดงความจำนงไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน”** (มาตรา 10 เดิม มาตรา 12 จากการเรียงลำดับใหม่ใน ร่าง พ.ร.บ.ที่ผ่าน สนช.) รวมทั้งมาตราอื่นๆ โดยพิจารณาราย มาตราไปจนถึงมาตราที่ 47 โดย สนช. บางท่านอ ภิปรายในระดับหลักการ ท้ายสุด กรรมาธิการฯ ได้ขอรับร่าง พ.ร.บ.นี้ กลับไปพิจารณาให้ละเอียดรอบคอบอีกครั้ง และจะนำมาเสนอต่อสภาในการประชุมคราวต่อไป คือ วันที่ 4 ม.ค. 50

ในการประชุมครั้งนี้ กรรมาธิการฯ ได้รายงานผลการพิจารณาปรับปรุงแก้ไข ร่าง พ.ร.บ สุขภาพแห่งชาติ ตามข้อเสนอของ สนช.ประมาณ 9-10 ประเด็น ซึ่งที่ประชุมให้ความเห็นชอบทุกประเด็น และพิจารณามาตราที่ค้างอยู่จนจบทั้งฉบับ และลงมติในวาระที่สาม ผลปรากฏว่า สนช. เห็นชอบให้ ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ประกาศใช้เป็นกฎหมายได้ด้วยคะแนนเสียง 154 เสียง ไม่เห็นด้วย 9 เสียง ไม่ออกเสียง 2 เสียง

**ณ จุดนี้เองคือวาระเริ่มต้นของการมีกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ ฉบับแรกของประเทศไทย!**

# .สุขภาพแห่งชาติ เพื่อแก้วิกฤตชาติ

*ม่สามารถ แก้ปัญหาความยากจนและ*

ความยุติธรรมในสังคมไม่ได้ สุขภาพหรือ

ับซ้อน มีปัญหาทางโครงสร้างที่ยากต่อ
ม่ได้ ประเทศก็จะสะสมปัญหามากขึ้นๆ

ิตามที่กล่าวถึงข้างต้น แม้องค์ประกอบ
วามสำเร็จเพียงพอ ถ้าขาดการสนับสนุน
ธศาสตร์ที่เข้มแข็ง เพราะตระหนักรู้ถึง
บายและยุทธศาสตร์ ทางราชการจึงจัด
นในกระทรวงต่างๆ เป็นแถว แต่ก็ได้ผล
อจากหน่วยงานเดิม การทำงาน

## คนไทยเข้าร่วมมากที่สุด

นกระบวนการทำงานทางปัญญาอย่างยิ่ง
บบเดิมๆ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติกำหนด
**ภาพแห่งชาติ** ซึ่งมีลักษณะพิเศษที่เป็น
ขึ้นอยู่ภายใต้การ

ะมีข้อต่างจาก
ามได้ว่า "ใครมี
ซึ่ง เท่ากับเปิด
ะเทศ ในขณะที่
ารที่จะเข้ามาดำรง
มาะสมที่สุด
มากไม่ประสบ
ฝ่ายเลขานุการ
ะยุทธศาสตร์

***พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติต้องการแก้ความติดขัดในเรื่องนี้ จึงกำหนดให้มีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่จะมีศักยภาพในการทำงานทาง ปัญญาเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์***

กระบวนการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ฉบับนี้ เป็นกระบวนการอันยาวนาน ผ่านมาถึงสามรัฐบาล รวบรวมองค์ความรู้จากทั่วโลก และคนไทยมีส่วนร่วมมากที่สุด เพราะผ่านการประชุมระดมความคิด สมัชชาสุขภาพจังหวัด สมัชชาสุขภาพแห่งชาติรวมกันแล้วหลายร้อยครั้ง คนไทยมีส่วนร่วมหลายหมื่นคนโดยหวังที่จะได้เครื่องมือที่ดีที่สุดในการทำงานเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ อันจะนำไปสู่ความอยู่เย็นเป็นสุขของคนไทยทั้งชาติ

เรามีทรัพยากรและเครื่องมือเยอะแต่ขาด "การออกแบบ" การทำงาน จึงไม่สามารถสร้างความผาสุกในบ้านเมืองได้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติคือ "การออกแบบ" การทำงาน

***พ.ร.บ.นี้ไม่ใช่เป็นเพียง พ.ร.บ.ทางสาธารณสุขอีก พ.ร.บ.หนึ่ง แต่เป็นจินตนาการใหญ่ เป็นการออกแบบและเป็นกลไกในการสร้างพลังของการสังเคราะห์และจัดการ ซึ่งไปเลยการวิเคราะห์วิจารณ์ เพื่อสามารถสร้างประโยชน์สุขให้มหาชนชาวสยามโดยรอบด้าน***

ที่อธิบายมาทั้งหมดนี้เพื่อช่วยให้เพื่อนคนไทยสนใจศึกษาแนวความคิดการออกแบบและการสร้างกลไกเพื่อความผาสุกของคนทั้งมวลยิ่งเพื่อนคนไทยจำนวนมากเท่าไรเข้าใจและมีส่วนร่วมใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ความสำเร็จในการไปให้พ้นวิกฤตชาติก็จะมีเพิ่มขึ้นเท่านั้น

การที่สภานิติบัญญัติแห่งชาติรับรอง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ทำให้วันที่ 4 มกราคม เป็นวันมหามงคล เพราะประเทศไทยเกิดเครื่องมือแก้วิกฤตชาติในโอกาสแห่งปีเฉลิมพระชนมพรรษาครบ 80 พรรษาของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

ธ.ค. 49
ประสงค์
0 เดิม /
ณาราย
าธิการฯ
าในการ

พ.ร.บ.
ามเห็น
ากฏว่า
ยง 154

รกของ

# 5 สิ่งใหม่หลังกำเนิด พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

แม้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่กำลังจะประกาศใช้เร็วๆ นี้ มองเรื่องของสุขภาพในมุมที่กว้างกว่าการรักษาพยาบาล แต่คนกลุ่มแรกๆ ที่น่าจะได้รู้จักและเข้าใจเนื้อหาสาระของกฎหมายฉบับนี้หนีไม่พ้นบุคลากรในระบบสาธารณสุขปัจจุบันไปได้ เพราะมีคำถามมากมายว่า **"สิ่งใหม่ๆ"** ที่จะเกิดขึ้นหลังจากกฎหมายฉบับนี้มีผลบังคับใช้จะส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขที่มีอยู่ขณะนี้อย่างไร

ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ที่ผ่านมา สปรส. ได้เผยแพร่เนื้อหาว่าด้วยความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ระหว่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ กับหน่วยงานด้านสาธารณสุข ที่เข้าใจง่าย และชัดเจน โดยระบุว่า เมื่อมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จะมีสิ่งใหม่ๆ เกิดขึ้น 5 ประการ คือ

**1.** มีการให้ความหมายของคำว่า **สุขภาพ** อย่างกว้าง ว่า หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (ปัญญา หมายถึง ความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่) **งานตาม พ.ร.บ.สุขภาพ จึงครอบคลุมเกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วนในสังคม ไม่ใช่เฉพาะงานการแพทย์และสาธารณสุข**

มีการกำหนดสิทธิหน้าที่ด้านสุขภาพเพิ่มเติม 7-8 เรื่อง เช่น สิทธิในการอยู่ในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ สิทธิในการร้องขอและเข้าร่วมกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ สิทธิในการแสดงความจำนงล่วงหน้าที่จะปฏิเสธการรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นต้น

**2.** **มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)** มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน มีกรรมการจากฝ่ายการเมืองส่วนกลาง อปท. ตัวแทนวิชาชีพด้านสุขภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิและตัวแทนประชาคมทั่วประเทศ รวมประมาณ 39 คน

คสช. เป็นกลไกเชื่อมประสานพลังทุกฝ่ายในสังคมเข้าด้วยกันเพื่อร่วมกันพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วม เป็นกลไกที่**ไม่มีอำนาจ** แต่ทำหน้าที่เป็น **"ตัวช่วย"** การทำงานของกระทรวง ทบวง กรม และองค์กรต่างๆ ที่ทำงานเกี่ยวกับสุขภาพ **ที่ต้องเน้นการทำงานแบบเชื่อมประสาน**

**ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ยังคงเป็นองค์กรหลักของรัฐบาลในการทำงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขเช่นเดิม ยังคงมีหน้าที่ดูแลนโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวกับสุขภาพ** (ที่เกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข) เช่นเดิม ไม่เปลี่ยนแปลง เพียงแต่ คสช.จะต้องมาร่วมทำงานเชื่อมโยงกับกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นอย่างใกล้ชิด เพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นมาร่วมขับเคลื่อนกลไกทำงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพที่เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

**3.** **มีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ** (สช.) เป็นหน่วยงานของรัฐที่มิใช่ส่วนราชการในกำกับนายกรัฐมนตรีทำหน้าที่เป็นองค์กรเลขานุการให้กับคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เพื่อบริหารงานได้อย่างคล่องตัว เพราะ**ต้องเชื่อมโยงกับทุกหน่วยงานและทุกภาคส่วนของสังคมทั้งแนวตั้งและแนวนอน**

หน่วยงานนี้จะมีสำนักงานตั้งอยู่ในกระทรวงสาธารณสุขเพื่อที่จะสามารถประสานทำงานร่วมกันได้อย่างใกล้ชิด **กระทรวงสาธารณสุขสั่งไม่ได้แต่ใช้งานได้ ในรูปขององค์กรภาคีตามแนวคิดและแนวทางการบริหารงานสมัยใหม่ที่ไม่เน้นการบังคับและบัญชาแต่เน้นการร่วมคิดร่วมทำ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างเคียงบ่าเคียงไหล่และเป็นกัลยาณมิตร**

หน่วยงานนี้จะไม่ทำงานซ้ำซ้อนกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) อย่างแน่นอน สนย. ยังคงเป็นกลไกหลักด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขเช่นเดิม โดย สช. จะเชื่อมประสานทำงานกับ สนย. เพื่อช่วยกันพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพที่กว้างกว่าการแพทย์และสาธารณสุข และเลยไปถึงนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy : HPP) ด้วย

**4.** มีการสนับสนุนและการจัดกระบวนการสาธารณะที่เรียกว่า**สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ** เพื่อเปิดช่องทางให้ทุกฝ่ายในสังคมเข้ามาทำงานพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพร่วมกัน รวมทั้งเข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพร่วมกันอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

กระบวนการสาธารณะนี้ จะเป็นอีกเครื่องมือหนึ่งที่กระทรวงสาธารณสุขสามารถเข้ามาร่วมใช้เพื่อทำงานพัฒนานโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องได้สบายๆ

**5.** จะมีการจัดทำ **"ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ"** เพื่อกำหนดกรอบทิศทางนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศที่เน้นการมีส่วนร่วม โดยมี คสช. เป็นผู้ดูแลและให้มีการปรับปรุงแก้ไขอย่างน้อยทุก 5 ปี เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

ธรรมนูญฯ ฉบับนี้ จะเป็นเสมือนภาพอันพึงประสงค์ของระบบสุขภาพแห่งชาติที่คนไทยทุกฝ่ายช่วยกันวาดขึ้น และก็จะเป็นเหมือนกรอบที่ทุกภาคส่วนในสังคมที่เกี่ยวข้องจะได้ใช้อ้างอิงสำหรับการทำงานด้านสุขภาพร่วมกันต่อไปนั่นเอง ซึ่งจะแตกต่างกับแผนพัฒนาด้านสุขภาพที่รัฐบาลจัดทำขึ้นทุก 5 ปี เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาประเทศ

กลไกและงานภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพ จะไม่ทับซ้อนกับงานของกระทรวงสาธารณสุข แต่จะเสริมซึ่งกันและกัน (synergy) บนกระบวนทัศน์ที่มองเรื่องสุขภาพกว้างกว่างานการแพทย์และสาธารณสุข และมองสังคมแบบพหุลักษณ์ที่ทุกฝ่ายล้วนเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ และสุขภาพก็เป็นเรื่องที่ทุกฝ่ายต้องเข้ามาช่วยรับผิดชอบร่วมกัน

ท้ายสุด สปรส. ได้เชิญชวนเพื่อนพี่น้องชาวสาธารณสุขเข้ามาร่วมใช้สาระสำคัญและกลไกภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพ

**เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการทำงานด้านสุขภาพต่อไป**

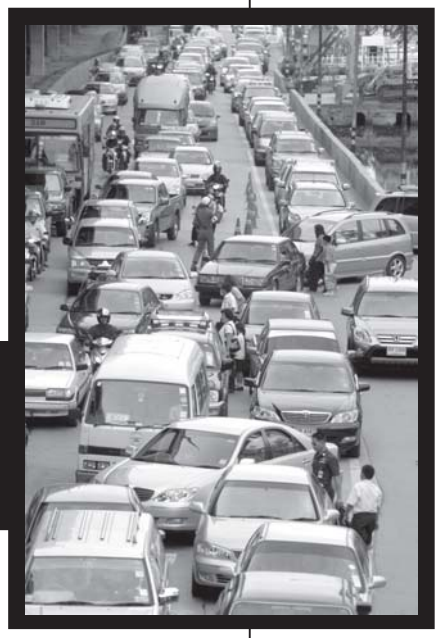
# หยุดรถ...หยุดโรค

คุณเชื่อหรือไม่ว่า...

ในแต่ละปีมีชาวยุโรปเสียชีวิตจากอุบัติเหตุไม่น้อยกว่า 127,000 ราย และนำไปสู่การบาดเจ็บสาหัสอีกประมาณ 2.4 ล้านราย

ในแต่ละปีจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมีมากกว่าอุบัติเหตุทางรถไฟถึง 50 เท่า และ ร้อยละ 60 ของผู้เสียชีวิตจากการขนส่งทางถนนทั้งหมดเป็นผู้ใช้รถยนต์

ตลอดช่วงระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา อัตราการใช้รถยนต์ในยุโรปได้เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 45 เป็น ร้อยละ 70 ซึ่งส่งผลให้การเดินเท้าและการใช้จักรยานในการเดินทางลดลงไปพร้อมๆ กับการออกกำลังกายของผู้คน และสิ่งที่ตามมาก็คือ โรคภัยต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น โรคอ้วน ความดันโลหิต เบาหวาน หรือแม้กระทั่งโรคหัวใจ ...ยิ่งไปกว่านั้นการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสู่ชั้นบรรยากาศ ยังส่งผลให้อุณหภูมิบนโลกสูงขึ้น และสภาพอากาศแปรปรวนมากขึ้นอย่างที่เห็นและเป็นอยู่เช่นทุกวันนี้



**คุณเชื่อหรือไม่ว่า...รถยนต์ พาหนะคู่กายที่เป็นเหมือนเพื่อนคู่ใจ ลูกรัก หรือแม้กระทั่งบ้านหลังที่สองของใครหลายคนนี้ ในอีกมุมหนึ่งก็อาจเป็นเสมือนตัวจุดชนวนโรคร้ายให้แก่ตัวคุณ สังคม และสิ่งแวดล้อมได้ด้วยเช่นกัน**

ไม่ว่าคุณจะเชื่อหรือไม่ แต่นี่คือข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นจากการศึกษาภาพรวมของผลกระทบต่อสุขภาพจากการขนส่งซึ่ง **องค์การอนามัยโลกภาคพื้นยุโรป** จัดทำขึ้น เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะของเขาให้เป็นไปอย่างรอบคอบและรอบด้านมากที่สุด...สิ่งเราน่าจะได้เรียนรู้เพื่อนำมาประยุกต์เป็นแนวทางพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของเราเช่นกัน

## รถยนต์...ต้นทุนแห่งการสูญเสีย

หลังจากที่องค์การอนามัยโลกภาคพื้นยุโรปได้ศึกษาผลกระทบทางสุขภาพจากการขนส่งเสร็จแล้ว สิ่งที่พวกเขาทำก็คือ คำนวณหาต้นทุนทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากผลกระทบเหล่านี้ ซึ่งก็คือมูลค่าแห่งการสูญเสียที่เกิดขึ้นจากการขนส่งในสหภาพยุโรปทั้ง 17 ประเทศ และตัวเลขที่ได้นั้นสูงถึง 530,000 ล้านยูโร หรือประมาณ 25 ล้านล้านบาทต่อปี ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ลงไปในรายละเอียด พบว่า เป็นต้นทุนผลกระทบจากอุบัติเหตุถึง ร้อยละ 23.6 นั่นหมายถึงการขนส่งทางถนน (แบ่งเป็นรถยนต์ ร้อยละ 60 และรถบรรทุก ร้อยละ 28) คือสาเหตุหลักแห่งการสูญเสีย ซึ่งหากสหภาพยุโรปยังนิ่งเฉยไม่ดำเนินนโยบายใดๆ เพื่อลดผลกระทบเหล่านี้เลยภายในระยะเวลา 15 ปี มูลค่าการสูญเสียนี้ก็จะเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 42 ...ไม่ใช่น้อยๆ เลยทีเดียว

## มาตรการนี้...เพื่อสุขภาพ

การกลับมาทบทวนวัตถุประสงค์และแนวคิดทางนโยบายการขนส่ง ด้วยการปรับแนวคิดและแนวทางการขนส่งจากการ **ขนรถ** มาสู่การ **ขนคน** จึงเป็นทางออกสำหรับการพยายามแก้ไขปัญหาผลกระทบทางสุขภาพจากการขนส่งที่เกิดขึ้น ซึ่งหลายประเทศในยุโรปตระหนักถึงปัญหานี้ และได้พยายามแก้ไขอย่างจริงจังมาก่อนหน้านี้แล้ว ซึ่งบางเรื่องก็ทำจนกลายเป็นวิถีชีวิตประจำวันได้สำเร็จ เช่น เมาไม่ขับ (ที่บ้านเรากำลังรณรงค์กันอยู่) และพัฒนาขึ้นมาเป็นแนวนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในภาคการขนส่ง มีทั้งหมด 4 มาตรการสำคัญด้วยกันคือ

**1. ลดอุบัติเหตุทางรถยนต์** เช่น การควบคุมความเร็ว การลดและควบคุมการจราจรในเขตชุมชน การพัฒนามาตรฐานรถยนต์ให้ปลอดภัยมากขึ้น และการลดกำลังเครื่องยนต์

**2. ลดผลกระทบสิ่งแวดล้อมจากการใช้รถยนต์** เช่น การใช้เชื้อเพลิงที่สะอาดและการใช้รถยนต์ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น การเก็บค่าธรรมเนียมและภาษีรถยนต์ตามอัตราการปล่อยมลพิษ การสร้างที่ป้องกันเสียงจากการจราจร

**3. ลดความต้องการใช้รถยนต์** เช่น ลดการเดินทาง (ใช้โทรศัพท์แทน) การเก็บค่าใช้ถนนหรือค่าผ่านเข้าพื้นที่ที่จราจรติดขัด การจัดการที่จอดรถในเมือง

**4. สร้างทางเลือกใหม่ในการขนส่ง** เช่น ใช้การเดินเท้า ปั่นจักรยาน หรือระบบขนส่งมวลชนแทนรถยนต์ การลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ขับขี่จักรยานและคนเดินถนน

มาตรการต่างๆ ที่นำมาใช้นี้ค่อนข้างหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นมาตรการทางกฎหมาย สิ่งแวดล้อม ภาษี หรือแม้กระทั่งการลงทุน ช่วยลดผลกระทบทางสุขภาพได้จริง และเป็นมาตรการที่ช่วยเสริมหนุนซึ่งกันและกัน เพราะเหตุนี้ทางองค์การอนามัยโลกภาคพื้นยุโรปก็เลยสนับสนุนให้แต่ละประเทศบูรณาการมาตรการเหล่านี้ให้สอดคล้องกับเงื่อนไขของประเทศตัวเอง โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของสาธารณะ

นอกจากนี้ ประเทศต่างๆ ในสหภาพยุโรปยังให้ความสำคัญกับมาตรการ 'หยุดรถ'ใน 3 ลักษณะด้วยกันคือ

**1. หยุดรถเร็ว จำกัดความเร็วรถ**

โดยทั่วไปการเพิ่มความเร็วเฉลี่ยขึ้น 1 กม./ชม.จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุขึ้น ร้อยละ 3 และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุที่มีการบาดเจ็บสาหัสถึง ร้อยละ 5 เพราะฉะนั้นการลดความเร็วเฉลี่ยลง 3 กม./ชม สามารถลดการเกิดอุบัติเหตุได้ถึง 120,000-140,000 ครั้งต่อปี หรือเทียบเป็นมูลค่าได้ประมาณ 900,000 ล้านยูโรต่อปี และสามารถรักษาชีวิตคนได้อีกประมาณ 5,000-6,000 คนในแต่ละปี ซึ่งหลายประเทศที่นำวิธีนี้ไปใช้สามารถลดอัตราการตายได้อย่างน่าพอใจ ที่สำคัญ วิธีนี้ยังช่วยลดผลกระทบทางเสียงและมลพิษทางอากาศ รวมทั้งลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกและเพิ่มความสัมพันธ์ในชุมชนอีกด้วย

**2. หยุดรถเข้าเมือง**

การใช้มาตรการเก็บค่าผ่านเข้าสู่เขตจราจรแออัด แม้จะเป็นที่พูดถึงกันมาก แต่ในทางปฏิบัติแล้ว มีเพียงไม่กี่ประเทศเท่านั้นที่ได้ลองนำไปทดลองใช้ เช่น นอร์เวย์ สิงคโปร์ และเมื่อ 4 ปีก่อน ประเทศอังกฤษ ก็ได้นำวิธีนี้มาใช้ในมหานครลอนดอนจนประสบความสำเร็จ ไม่ว่าจะเป็นการลดปริมาณรถยนต์ที่สัญจรได้ถึง ร้อยละ 30 อัตราการเกิดอุบัติเหตุโดยรถยนต์ลดลง ร้อยละ 2 ลดอุบัติเหตุของคนเดินถนนลง ร้อยละ 6 เป็นต้น

**3. หยุดรถแล้วไปขี่จักรยานแทน**

จักรยานเป็นพาหนะที่นอกจากไม่ทำลายสิ่งแวดล้อมแล้วยังช่วยส่งเสริมสุขภาพด้วย เพราะการขี่จักรยานอย่างสม่ำเสมอช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและเบาหวานได้กว่า ร้อยละ 50 ทั้งยังช่วยลดความเครียดและควบคุมความดันให้ปกติอีกด้วย

ที่น่าสนใจคือ กว่า ร้อยละ 30 ของการใช้รถยนต์ในยุโรปเป็นการเดินทางในระยะทางที่น้อยกว่า 3 ก.ม.และกว่า ร้อยละ 50 ของการใช้รถยนต์เป็นการเดินทางในระยะทางที่น้อยกว่า 5 ก.ม. ซึ่งการเดินทางในระยะทางขนาดนี้สามารถแทนที่ด้วยการขี่จักรยานได้อย่างสบายๆ คือใช้เวลาเพียง 15-20 นาทีเท่านั้น (ถ้าเดินเท้าจะใช้เวลาประมาณ 30-50 นาที)

เพราะอย่างนั้นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในสหภาพยุโรปจึงเน้นที่การสนับสนุนให้ใช้จักรยานแทนรถยนต์ในระยะทางที่น้อยกว่า 5 ก.ม. ขณะเดียวกันก็สนับสนุนให้ลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการขับขี่จักรยานด้วย เช่น ประเทศเดนมาร์ก ได้สร้างเครือข่ายทางจักรยานที่แยกจากถนนสายหลักอย่างชัดเจน (ไม่ใช่เลนจักรยานอย่างบ้านเรา) เพื่อเพิ่มความสะดวกปลอดภัยของผู้ใช้จักรยาน เพราะไม่ต้องติดสัญญาณไฟจราจรเหมือนรถยนต์

เป็นอย่างไรบ้างกับแนวทางการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในภาคการขนส่งอย่างรอบคอบและรอบด้าน พอจะเป็นแนวทางให้นำมาปรับใช้กับบ้านเราตรงไหนได้บ้าง แต่ที่รู้ๆ คือ การมองภาพรวมของผลกระทบทางสุขภาพน่าจะดีกว่าการมองผลกระทบเพียงด้านใดด้านหนึ่ง และการศึกษาเปรียบเทียบถึงผลกระทบจากระบบการขนส่งที่แตกต่างกันว่าระบบขนส่งแบบใดทำลายหรือเอื้อต่อสุขภาพ ก็น่าจะช่วยให้กระบวนการถกเถียงเชิงนโยบายมีตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น เช่นเดียวกับการใช้นโยบายแบบบูรณาการที่ให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมและเป็นกลไกหลักในการเลือกใช้นโยบายที่เหมาะสมสำหรับแต่ละท้องถิ่น ก็น่าจะเป็นวิธีที่ช่วยแก้ปัญหาผลกระทบจากการขนส่งได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น...คุณคิดเหมือนกันไหม

**ที่มา เรียนรู้โลก รู้จักโลก กรณีศึกษาการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในต่างประเทศ โดย เดชรัต สุขกำเนิด (เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ.2549)*

คันไม้คันมือ/ วีรบูรณ์ วิสารทสกุล

# KM กับ วัฒนธรรม “ไวไวควิก”

อาจแปลกใจที่เห็นผมตั้งชื่อเรื่องเยี่ยงนี้ เป็นความตั้งใจของผมที่ตั้งเพื่อให้เกิดบรรยากาศของการคิด ทบทวน ถกเถียงและตั้งคำถามกันอย่างจริงจังต่อกระแส **“การจัดการความรู้”** ในปัจจุบัน

ผมไม่แน่ใจว่า เราจะจินตนาการกันออกหรือไม่ว่า คำว่า **การจัดการความรู้** ได้กลายเป็น “คำฮิต” ขนาดไหนแล้ว ในแวดวงมหาวิทยาลัยเมืองไทย ตำแหน่ง Chief Knowledge Officer (CKO) เริ่มปรากฏให้เห็น และมีมากขึ้นเรื่อย ๆ (มหาวิทยาลัยใดไม่มีก็อาจขายหน้าอยู่ไม่น้อย)

ส่วนในแวดวงงานพัฒนาสังคม งานพัฒนาสุขภาพ การจัดการความรู้ กลายเป็นวลีที่ถูกนำมาใช้แทนคำว่า “การสรุปบทเรียน” หรือ “การจัดกระบวนการเรียนรู้” ไปแล้ว ด้วยที่ค่าราคาของคำๆ นี้เป็นสิ่งที่ผู้ให้ทุนแสวงหา และพร้อมจะให้ทุนสนับสนุนอย่างเต็มที่ (เข้ากับยุคเศรษฐกิจความรู้จริงจริ้ง...)

Web blog จำนวนมาก ในฐานะเครื่องมือของการแปลงความรู้ที่แต่ละคนมี ออกมาแบ่งปันผ่านโลกไซเบอร์ ถูกเปิดขึ้นมากมายในแต่ละวันราวดอกเห็ดในหน้าฝน กล่าวเฉพาะภาษาไทยใน gotoknow.org ปัจจุบันมีจำนวน blog เลขตัวเลข 7,000 ไปแล้ว โดยมีอัตราการเกิดใหม่ต่อวันค่อนข้างสูง หรือ ตัวเลข blog ของ Technorati (search engine คู่แข่ง google และ yahoo) รายงานว่าเมื่อเดือนธันวาคมปีที่แล้ว มี blog ที่อยู่ใน www.technorati.com มีมากกว่า 55 ล้าน blog ทีเดียว โดยมีจำนวน blog เพิ่มขึ้นสองเท่าตัวทุกๆ 5 เดือน ..ข้างต้นจึงเป็นสิ่งการันตีได้อย่างดีว่า ตัวเครื่องมือในการจัดการความรู้นั้นไม่ใช่สิ่งที่เป็นปัญหา

คำถามที่ผมคิดว่าเราควรต้องตระหนักก็คือ เงื่อนไขที่ทำให้ KM ในภาคธุรกิจรุดหน้าไปมากคืออะไร เพราะนอกเหนือไปจากโครงสร้าง หรือชิ้นส่วนสำคัญสำหรับงานจัดการความรู้ ไม่ว่าจะเป็น CKO, ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ, วิทยากรกระบวนการ และกระบวนการ แล้ว สิ่งที่ผมเห็นว่ามีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่า ก็คือ จิตวิญญาณของความมุ่งมั่นที่จะสร้างผลกำไรให้แก่บริษัท ซึ่งเป็นวัฒนธรรมที่ถูกถ่ายทอดต่อเนื่องเรื่อยมาจนฝังเข้าไปอยู่ในเนื้อของการทำธุรกิจ และที่สำคัญขอบเขตความรับผิดชอบของงานของทุกๆ คนในองค์กรเกาะเกี่ยวอยู่บนลายพานการผลิตอันเดียวกัน ที่ทำหน้าที่ลำเลียงความรู้ที่ดีที่สุดของแต่ละคนเข้าสู่กระบวนการเพิ่มผลผลิต

แต่เมื่อมองกลับมายังภาคสังคม ภาคการศึกษา ผมไม่คิดว่าเรามีแบบแผนวัฒนธรรมความมุ่งมั่นของคนในสังคมหรือในสถาบันการศึกษาที่เข้มข้นเท่ากับภาคธุรกิจ ก็อย่างที่เห็นว่าเราต่างคนต่างผลิตในสิ่งที่ตัวเองชอบและถนัด

วัฒนธรรมในทำนองเช่นนี้นี่เอง ที่ผมคิดว่ามันไม่น่าจะไปกับโครงสร้างหรือชิ้นส่วนใหม่ๆ ที่ถูกเนรมิตขึ้นมาภายใต้งานที่เรียกว่า KM

ที่สำคัญเรื่องวัฒนธรรมการเรียนรู้ การทำงานเป็นทีม การยอมรับในความแตกต่าง (ทั้งความคิด ระดับสติปัญญา และอายุ) การรับฟังความคิดเห็นที่แตกต่าง (หรือบางทีที่สามารถทิ่มแทงเราได้) เป็นสิ่งที่งานจัดการความรู้ในบ้านเราให้ความสำคัญน้อยมาก มหาวิทยาลัยที่ทำเรื่อง KM ทุ่มเทความสนใจทั้งหมดไปที่การสร้าง platform ที่เป็นตัวเปลือก หรืออุปกรณ์เสริม มากกว่า ส่วนที่เป็นรากฐานทางวัฒนธรรม หน่วยส่งเสริมเรื่อง KM จำนวนไม่น้อย ก็จับแต่เรื่องเทคนิค วิธีการหรือเครื่องมือ เท่านั้น

มากไปกว่านั้น การใช้คำว่า KM ยังถูกนำไปใช้อย่างไม่แยแส ความรู้หรือวิธีการอย่างอื่นๆ และใช้ในลักษณะของการดีกว่า เหนือกว่า คนอื่นๆ (ทั้งนี้จะโดยตั้งใจหรือไม่ก็ตาม) ผมมีเรื่องจริงที่เล่ากันตลกๆ ให้ฟังครับ

ครั้งหนึ่งมีผู้เชี่ยวชาญด้าน KM ไปจัดประชุม KM ที่ภาคเหนือในการประชุมครั้งนั้นมีผู้ช่วยที่ทำหน้าที่เป็นวิทยากรกระบวนการอยู่ 3 ท่าน ซึ่งทั้งสามก็เป็นนักพัฒนารุ่นใหญ่ที่คนในแวดวงรู้จักกันเป็นอย่างดี โดยเฉพาะฝีมือในการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แต่เมื่อ 3 ท่านมาเจอกับผู้เชี่ยวชาญด้าน KM คำถามแรกที่ถูกถาม คือ “รู้จัก KM ไหม” ทั้ง 3 ท่านสายหน้าพร้อมๆ กัน ว่าไม่รู้จัก ตามมาด้วยคำถามที่ว่า “ถ้างั้นรู้จักหัวปลาไหม” ทั้ง 3 ท่าน ก็ไม่รู้จักอีกเช่นกัน นั่นทำให้ผู้เชี่ยวชาญ ถึงกับเอ่ยปากว่า “เออ...แล้วอย่างนี้พรุ่งนี้จะจัดกระบวนการได้อย่างไร?” ว่าแล้ว ผู้เชี่ยวชาญก็หันไปค้นเอกสารในกระเป๋าของท่าน “อ่ะ เจอแล้ว เอา เอานี่ไปอ่าน พรุ่งนี้จะได้ทำได้” สิ่งที่ท่านผู้เชี่ยวชาญยื่นให้ 3 ท่านไปอ่าน คือ บทความว่าด้วย KM นั่นเอง ผมฟังแล้วก็หัวเราะไม่ออกครับ ได้แต่ทำใจ

สุดท้าย เมื่อ KM กลายมาเป็นอาหารขยะ สำหรับผู้ที่นิยมชมชอบบริโภคของใหม่ ตามกระแส ยิ่งบริโภคยิ่งรู้สึกภาคภูมิใจ สิ่งที่ผมเจออยู่บ่อยๆ ก็คือ การจัดเวทีประชุมสัมมนาหรือไม่ก็ระดมความคิด ความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมักเรียกสิ่งเหล่านี้รวมๆ ว่า KM งานชนิดนี้ผมไม่แน่ใจว่า เราจะได้อะไรจากมันมากไปกว่ารายงานการประชุมที่บรรจุไปด้วยคำบอกเล่าจากประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญที่ต่างก็ต้องแข่งกันพูดๆ ออกมา ภายในเวลาไม่กี่นาที ผมไม่มั่นใจว่า สิ่งที่ได้ออกมา จะเรียกว่า ความรู้ สารสนเทศ หรืออะไร และ/หรือ ผู้เข้าร่วมประชุมแต่ละคนจะได้เรียนรู้อะไรไปมากน้อยเพียงใด แต่ดูเหมือนทุกครั้งผู้จัดก็ดูจะพอใจกับ KM ในลักษณะนี้เช่นกัน ข้างต้นน่าจะเหมือนกับที่ผมมีประสบการณ์ในการทำชุดบทเรียนกระบวนการทำแผนชุมชน โดยเราได้มีส่วนร่วมในการผลิตเอกสารเผยแพร่เคล็ดวิชาการทำแผนแม่บทชุมชน ซึ่งทำให้ในช่วง 5-6 ปีที่ผ่านมา ความรู้ที่ว่าถูกนำไปใช้อย่างมากมายหมู่บ้านและตำบลทั่วประเทศถูกกระตุ้นให้มีกระบวนการทำแผนแม่บทชุมชน แต่สิ่งที่น่าสนใจก็คือ ผมทราบว่าปัจจุบันยังเหลือชุมชนไม่มากนัก ที่แผนแม่บทชุมชนของเขายังมีชีวิตโลดแล่น เป็นเครื่องมือเพื่อพัฒนาชุมชนต่อไป ที่สำคัญ ชุมชนที่ยังทำอยู่ก็คือชุมชนต้นแบบนั่นเอง

**คำถามคือเกิดความผิดพลาดอะไรกับความรู้ของเรา**

และนั่นยิ่งทำให้ผมตระหนักว่าหัวใจของ KM ของภาคสังคมนั้น ไม่น่าจะอยู่ที่ตัว death knowledge ที่อยู่ตามหนังสือในระบบสารสนเทศ หรือเป็นคำพูดจากประสบการณ์เพียงไม่กี่นาที เพราะยิ่งหากเราเชื่อว่า ตัวความรู้ฝังลึกที่มีในตัวผู้เชี่ยวชาญ ผู้รู้ หรือปราชญ์ชาวบ้าน เป็นความรู้ที่ถูกบ่มเพาะจากวิถีชีวิต การมีประสบการณ์ตรงบางอย่าง อยู่พ้นไปจากความเข้าใจเชิงเหตุผล และกฎเกณฑ์ต่างๆ ที่ตายตัว การจะเข้าใจสิ่งเหล่านี้ มีทางเดียวคือ เอาตัวเราเข้าไปสัมผัสกับสิ่งที่เป็น **living knowledge** เฉกเช่นที่แนวทางที่ครูโบราณใช้ในการสั่งสอนลูกศิษย์

ผมเข้าใจว่า กระบวนการดังกล่าวเป็นกระบวนการขัดเกลา ผู้ที่จะใช้ความรู้ ให้มีความเป็นมนุษย์ที่แท้ ที่มีตัวศีลธรรม ตัวคุณธรรม เป็นกรอบกำกับการใช้ปัญญา และความรู้ ใช่หรือไม่ว่า แนวทางเช่นนี้ต่างจาก KM แบบ “ไวไวควิก” ในปัจจุบันอย่างสิ้นเชิง ที่เน้นแต่การบริโภค “ความรู้” “ความรู้” “ความรู้” จนทุกคนต่างก็มีหัวที่โต ผิดสัดผิดส่วนกับหัวจิต หัวใจอยู่ไม่น้อย

**บุญรักษาครับ**

# ไขทิศทางสร้างเสริมสุขภาพด้วย พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

เมื่อวันที่ 30 ม.ค.ที่ผ่านมา ศูนย์สร้างสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) จัด **เสวนา “ทิศทางสร้างเสริมสุขภาพหลัง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ”** ชักชวนภาคีเครือข่ายคนทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และทำความรู้จักกับ “กฎหมายใหม่” นี้ให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น โดยวิทยากรประกอบด้วย **นพ.อำพล จินดาวัฒนะ** ผู้อำนวยการ สปรส. **คุณรัตนา สมบูรณ์วิทย์** ในฐานะภาคีสุขภาพที่เข้าร่วมกระบวนการยกร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ปี 2543 **อ.ตวง อันทะไชย** โฆษกคณะกรรมาธิการวิสามัญพิจารณาร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

ต่อคำถามว่า **กฎหมายฉบับนี้มีความสำคัญอย่างไร..ต่อสังคมไทยและประชาชนมีส่วนร่วมอย่างไร** ผู้ร่วมเสวนาได้ยกตัวอย่างกฎหมายมาตรา 10 และ 11 (การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ) ว่าเป็นกลไกเป็นเครื่องมือให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น เช่น ชาวบ้านมีสิทธิที่จะรับข้อมูลความคิดเห็นจากหน่วยงานของรัฐหรือกิจกรรมใดที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของตนและของชุมชน ก็แสดงความเห็น มีสิทธิที่จะขอทบทวน อ.ตวง มองว่า กฎหมายฉบับนี้ช่วยยกระดับวิถีชีวิตของคนไทยขึ้นมาให้เป็นระบบเป็นที่ยอมรับ เชื่อว่าจากนี้ไปนโยบายใหญ่ ๆ ต่อไปนี้ ที่กระทบต่อวิถีชีวิตของคน จะต้องได้รับการรับฟังความเห็นจากประชาชนมากขึ้น ขณะที่ นพ.อำพล เห็นว่ากฎหมายฉบับนี้จะบอกได้ชัดเจนว่ารัฐควรเข้ามามีส่วนร่วมกับประชาชนได้อย่างไร ซึ่งกฎหมายนี้ชัดเจนอธิบายได้ตามมาตรา 10 และ 11

คุณรัตนา ชี้ว่าการจัดทำสมัชชาสุขภาพ ได้มีการทำอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด โดยหน่วยงานในพื้นที่เข้ามาร่วมด้วย มีความคิดเห็น มีข้อเสนอ กระบวนการสมัชชาช่วยเสริมความเชื่อมั่นของชาวบ้าน ข้อเสนอของชาวบ้านทำได้จริง เกิดการขยายผล เป็นเวทีแลกเปลี่ยนทางปัญญา เรียนรู้ได้ทำได้จริง นอกจากนี้ยังฝากว่า *“กฎหมายคือตัวอักษร จะใช้ได้จริงหรือไม่ ประชาชนที่เป็นเจ้าของต้องใช้ให้เป็น ต้องรู้ว่าจะใช้อย่างไร มากกว่าจะถามว่าเราจะได้อะไร”*

ชีวิต ชีวา
ภิญญู ราชัยบ่อง และ ขนิษฐา จรัสวุฒิเดช

# สบตากับ “ความตาย”

**แม้ว่ามนุษย์จะหวาดกลัวความตายสักเพียงใดก็ตาม แต่สัญญาณแห่งกาลเวลาที่เตือนให้มนุษย์รู้ว่า ความตายกำลังเข้าใกล้ตนมาอีกปีหนึ่งแล้ว อย่างเช่น วันปีใหม่และวันเกิด มนุษย์กลับร่วมกันต้อนรับวันดังกล่าวอย่างเริงร่า แทนที่จะเป็นการตระหนักได้ถึง “ความตาย” ที่ติดตามเข้าใกล้มา**

ผู้คนส่วนใหญ่โดยเฉพาะที่อยู่ในวัยหนุ่มสาวหรือวัยทำงาน ซึ่งมีสภาพร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ มักจะนึกไม่ถึงเรื่องความตาย เพราะเข้าใจว่าความตายยังอยู่ห่างไกลนัก หรือแม้แต่คนเฒ่าคนแก่ ซึ่งพิจารณาตามวัยแล้ว เป็นวัยที่อยู่เฉียดความตายเข้าไปทุกวี่วัน เมื่อคนเหล่านี้นึกถึงความตาย ก็มักจะทำให้เกิดความเศร้าโศก ท้อแท้ หมดอาลัยตายอยาก บางคนถึงกับไม่คิดจะทำอะไรเลยนอกจากอยู่เพื่อรอคอยความตายไปวันๆ ทั้งๆ ที่ทุกคนก็รู้กันดีอยู่แล้วว่า ในโลกนี้ไม่มีใครล่วงพ้นความตายไปได้ อีกทั้งความตายจะมาถึงตนเมื่อไรไม่มีใครสามารถบอกได้ชัดเจน

บางคนอายุยังน้อยนิดก็ต้องมาด่วนสิ้นใจด้วยโรคภัยไข้เจ็บที่ยากจะรักษา บางคนยังอยู่ในวัยทำงานสามารถสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ ให้แก่โลกนี้มากมาย ยังไม่ถึงกาลที่ควรลาจากโลกนี้ไปก็ต้องมาจบชีวิตลงด้วยอุบัติเหตุอย่างน่าเสียดาย

การระลึกถึงความตายเป็นสิ่งที่ทุกคนพึงกระทำเพื่อให้ตนได้มีโอกาสใช้ชีวิตที่เหลือ (ซึ่งไม่มีใครสามารถตอบได้ว่าเหลือเท่าไร) อย่างมีคุณค่าและอย่างไม่ประมาท เนื่องจากเมื่อคนเราตายไปแล้ว ไม่เคยมีใครแม้สักคนจะสามารถนำทรัพย์ใดๆ ติดตัวไปด้วยได้ แม้แต่สรีระร่างกายก็ต้องถูกฝัง ถูกเผา ร่างกายเป็นวัตถุหยาบซึ่งต้องละทิ้งไว้บนแผ่นดินดังเดิม แต่สิ่งที่เราจะสามารถนำติดตัวไปด้วยแม้จะรู้ตัวหรือไม่ก็ตามนั่นก็คือ **บุญกุศล**

การทำความเห็นที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่อง “ความตาย” จึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งยวด เพราะมิเช่นนั้นเราก็อาจมีโอกาสที่จะเป็นเหมือนกับอีกหลายคนที่ต้องจบชีวิตลงทั้งๆ ที่ได้ทำบุญทำกุศลกันน้อยเหลือเกิน หรือบางคนก็แทบจะไม่เคยได้ทำกันด้วยซ้ำ เหตุก็เพราะมัวแต่พะวงถึงเรื่องลูกเรื่องหลาน เรื่องสามีภรรยา ทรัพย์สินเงินทอง บ้านช่อง ไร่นา และอื่น ๆ บรรดามีจนไม่มีเวลาที่จะมานั่งพิจารณาถึงความตาย และการสั่งสมบุญกุศล หรือแม้แต่การทำความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องการทำบุญ จวบจนเมื่อความตายมาเยือนก็เท่ากับหมดโอกาสได้สร้างบุญสร้างกุศลกันแล้ว แม้นเมื่อตายไปก็ไม่มีใครจะสามารถช่วยใครได้อีก

การพิจารณาถึงความตาย ควรพิจารณาด้วยเหตุและผล ทำความเห็นให้กระจ่างว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาซึ่งต้องเกิดกับทุกคน ทุกชั้นวรรณะ ไม่ว่าเราจะรังเกียจหรือหวาดกลัวความตายสักเพียงใดก็ตาม สุดท้ายก็ไม่เคยมีผู้ใดหนีรอดเจ้า “ความตาย” นี้ไปได้แม้เพียงคนเดียว เราจึงควรหันมาพิจารณาเรื่องนี้ให้กระจ่าง อันจะนำมาซึ่งโอกาสให้ตัวเราได้ใช้ชีวิตและลมหายใจของตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ให้ได้ชื่อว่าเป็นผู้ที่ไม่ประมาท สมค่าแก่การได้เกิดมาเป็นมนุษย์

*ในแต่ละวันของชีวิตไม่หายใจทิ้งไปอย่างไร้ประโยชน์ อย่างน่าเสียดาย...*

เป็นที่น่าแปลกใจอย่างยิ่งที่แม้ว่ามนุษย์จะหวาดกลัวความตายสักเพียงใดก็ตาม แต่สัญญาณแห่งกาลเวลาที่เตือนให้มนุษย์รู้ว่า ความตายกำลังเข้าใกล้ตนมาอีกปีหนึ่งแล้ว อย่างเช่น วันปีใหม่และวันเกิด มนุษย์กลับร่วมกันต้อนรับวันดังกล่าวอย่างเริงร่า แทนที่จะเป็นการตระหนักได้ถึง “ความตาย” ที่ติดตามเข้าใกล้มา อีกทั้งเป็นเครื่องเตือนใจให้เราได้สำรวจตัวเองว่าเราได้สั่งสมบุญกุศลกี่มากน้อย บุญกุศลอันเปรียบเหมือนเสบียงที่เราจะติดตัวไปได้ด้วยหลังความตาย

การสำรวจตนเองและมีความแน่วแน่ที่จะประกอบคุณงามความดี ขัดเกลากิเลสตนให้เบาบาง ถือได้ว่าเป็นของขวัญอันวิเศษที่เราได้สร้างขึ้นด้วยความเพียรเพื่อความสุขแท้จริงที่จะเกิดขึ้นกับตัวเราและโลกใบนี้

มาตราในดวงใจ
รัตนา พงษ์วานิชอนันต์

# สุขภาพทางเพศ... สิทธิที่ผู้หญิงพึงได้รับ

ใน **มาตรา 6 ของหมวด 1 ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ** ที่ว่าด้วยเรื่องสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ ระบุว่า 'สุขภาพของหญิงในด้านสุขภาพทางเพศและสุขภาพของระบบเจริญพันธุ์ซึ่งมีความจำเพาะ *ซับซ้อนและมีอิทธิพลต่อสุขภาพหญิงตลอดช่วงชีวิต ต้องได้รับการสร้างเสริม และคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสม*'

นี่คือความก้าวหน้าและเป็นจุดเริ่มต้นที่ดี ในสายตาของ **คุณสุภาวดี หาญเมธี ประธาน กรรมการ บริษัท รักลูกแฟมิลี่กรุ๊ป** จำกัด ผู้คร่ำหวอดอยู่ในวงการสื่อเพื่อการเลี้ยงลูกมายาวนานกว่า 25 ปี

"เพราะความเป็นเพศหญิงมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากผู้ชาย ไม่ว่าจะเป็นการมีประจำเดือน การตั้งครรภ์ การคลอด การแท้ง ไปจนถึงวัยทอง หรือถ้ามองในอีกแง่ก็คือการเป็นแม่ ซึ่งคุณภาพของแม่ก็ย่อมส่งผลต่อสุขภาพของลูกด้วย และการที่จะเป็นแม่มีลูกสุขภาพแข็งแรงได้ต้องปูพื้นฐานมาตั้งแต่เป็นวัยรุ่น

"อย่างเด็กผู้หญิง เขาต้องเรียนรู้ที่จะดูแลตัวเองในเรื่องสุขอนามัยเมื่อร่างกายเริ่มเปลี่ยนแปลง อาการทางกายบางอย่างก็ส่งผลถึงภาวะอารมณ์จิตใจของเขาด้วย เช่น เรื่องปวดประจำเดือน ถ้าเราดูแลแบบทั่วๆ ไปคือกินยาแก้ปวด มันก็แค่ดูแลทางกาย ทั้งที่จริงๆ แล้วกายเกี่ยวข้องกับจิตใจ บุคลิกภาพ กับความสัมพันธ์ทางสังคม อีกมากมาย เพราะฉะนั้นนี่ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีที่ พ.ร.บ.สุขภาพระบุเรื่องนี้ไว้

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ระบุไว้ใน พ.ร.บ.ฉบับนี้ ยังเป็นข้อกฎหมายกว้างๆ ที่ต้องอาศัยการตีความกันอีกในระยะยาว และเน้นไปที่เรื่องของการให้ และรับบริการเสียส่วนใหญ่ คุณสุภาวดีเห็นว่าจะดีกว่านี้ถ้ามีการเน้นในขั้นตอนการลงรายละเอียด ให้คนได้เรียนรู้ที่จะดูแลตัวเองในขั้นพื้นฐานก่อน

"เราเชื่อว่า มนุษย์ทุกคนมีธรรมชาติที่จะเรียนรู้เพื่อดูแลตัวเองในเรื่องพื้นฐานได้อยู่แล้ว จึงไม่ใช่เรื่องที่ต้องไปรอรับบริการเสียทั้งหมด คิดว่าการมองกรอบของเรื่องสุขภาพ โดยรวมของสังคมน่าจะมองไปที่ความสามารถในการดูแลตัวเองให้มาก นั่นคือ *เสริมพลังในการเรียนรู้ เสริมพลังความรักที่ครอบครัวควรมีให้กันอย่างเต็มที่* เช่น จะทำอย่างไรให้แม่ได้มีโอกาสถ่ายทอดความรู้เหล่านี้ไปสู่ลูกสาว

"ในโครงการครอบครัวเข้มแข็งที่เราทำอยู่จะพูดเสมอว่า ***สุขภาวะของทุกคน เริ่มต้นที่ครอบครัว*** ตั้งแต่เรื่องอาหารการกิน การออกกำลังกาย รวมถึงยามเจ็บป่วย ซึ่งต้องถามว่า เราเลี้ยงลูกดีไหม ปูพื้นฐานสุขภาพดีหรือยัง เราสอนลูกเรื่องอุบัติเหตุแค่ไหน เราให้ลูกกินอาหารที่ดีอย่างไร ในฐานะผู้บริโภคเราคุ้มครองตัวเราเอง อย่างไร แต่ถ้าคนไม่ตั้งคำถาม และเราไม่ส่งเสริม หรือสร้างกลไกที่ทำให้คนได้คิดเรื่องนี้ สังคมจะเหนื่อยมาก ตรงนี้เราต้องคิดอย่างสมดุลด้วย"

สรุปคือเริ่มต้นมาถูกทางแล้ว แต่จะยิ่งดีเยี่ยมกว่านี้ถ้าจะมีการสานต่อสาระในธรรมนูญข้อ 4 ที่ว่าด้วยเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นในลักษณะที่ช่วยให้คนเรียนรู้ที่จะพึ่งตนเอง โดยให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหน่วยสำคัญ เพื่อรัฐจะได้ไม่ต้องสูญเสียงบประมาณอันมหาศาล

**ที่สำคัญครอบครัวก็อบอุ่นอีกด้วยค่ะ**

## ท้าให้ตอบ

ฉบับนี้ "ท้าให้ตอบ" มีคำถามให้ตอบจากใจว่าคุณคิดเห็นอย่างไรกับการทำ "พินัยกรรมชีวิต" ตามมาตราที่ 12 ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ?

ทุกคำตอบมีคุณค่า บางส่วนจะนำลง "เวทีปฏิรูป" ฉบับต่อไป และที่แน่ๆ ทุกท่านจะได้รับของสมนาคุณมีคุณค่าจาก สปรส. ถึงบ้าน

ส่งคำตอบทางจดหมายหรือไปรษณียบัตรมายังพลินี เสริมสินสิริ ตามที่อยู่ สปรส. ที่มุมซ้ายของกรอบที่จัดส่งด้านล่างของหน้านี้ หรือทางอีเมล์ palinee@hsro.or.th ภายใน 15 เมษายน 2550

เรารอคุณอยู่!


สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)
อาคารทิศเหนือสวนสุขภาพ ภายในกระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

ชำระฝากส่งเป็นรายเดือน
ใบอนุญาตที่ 168/2543
ปณ.นนทบุรี

ติดตามข่าวสารข้อมูลเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ
ได้ที่นี่ "เวทีปฏิรูป" ราย 2 เดือน
หรือทุกเมื่อที่เว็บไซต์ สปรส. www.hsro.or.th