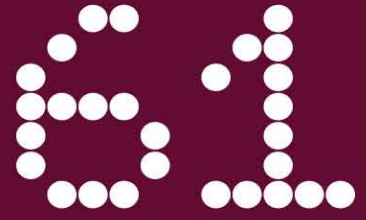


เวที ปริญญา

www.nationalhealth.or.th



ปีที่ 7 ฉบับที่ 61 กันยายน-ตุลาคม 2550

สื่อกลางานพลังภาคี ขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อคนไทยทั้งชาติ



“ธรรมนูญสุขภาพ”

ส่วนเติมเต็มสุขภาพะสู่สังคม



เปิดเวที

- คลอดแล้ว “คสช.” ชุดแรก หน้า 2
- แฝ.อำพล จินดาวัฒน์: ไขความหมาย ฉายที่นำไป “ธรรมนูญสุขภาพ” หน้า 4-5
- เกาะกิดสมัชชาสุขภาพ 2550 หน้า 8
- ลดผลกระทบทางสังคมต่อสุขภาพ ขบวนการระดับโลก หน้า 9
- เล่าเรื่อง อย่างเรื่องเล่า เครื่องมือจัดการความรู้ในตัวตน หน้า 10
- เชี่ยวผจกตวงตา ต้นหารากเหง้าแห่งทุกซ์ หน้า 11

บทบรรณาธิการ

“ธรรมนูญสุขภาพ” มาร่วมสร้างกันเถิด

เดือนพฤศจิกายนที่มาถึงนี้ นับเป็นจุดเริ่มต้นภารกิจสำคัญต่อเนื่องจากการผลักดัน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 อันเปรียบเสมือน “กฎหมายแม่บทด้านสุขภาพฉบับแรกของประเทศไทย”

ภารกิจต่อเนื่องดังกล่าวก็คือการจัดทำ “ธรรมนูญสุขภาพ” ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยให้เกิดขึ้นเป็นรูปธรรม เพราะเป็นส่วนกำหนดรายละเอียดของแนวนโยบายปฏิบัติสำหรับองค์ประกอบส่วนต่างๆ ในระบบสุขภาพ ให้ทุกภาคส่วนนำไปใช้ให้เกิดความสอดคล้องกัน อันจะนำไปสู่ความเคลื่อนไหวปรับเปลี่ยนสังคมไปในทิศทางแห่งสุขภาพด้วยกันทั้งหมด

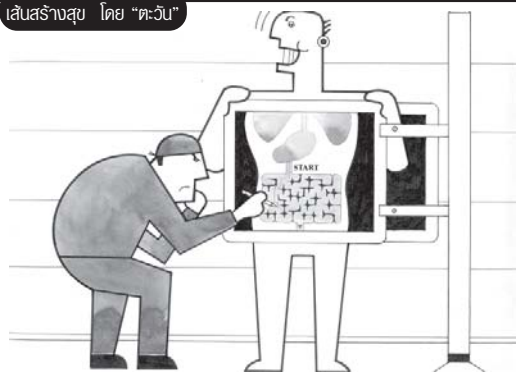
ความพิเศษของการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ ซึ่งเป็นฉบับประวัติศาสตร์นี้อยู่ที่กระบวนการจัดทำ ซึ่งไม่ได้ดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง แต่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในสังคมทั้งหมด อันเป็นแนวทางที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ยังคงยึดมั่นต่อเนื่องมาจากเมื่อครั้งการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ด้วยความเชื่อมั่นว่าเป็นวิถีที่จะทำให้เกิดกฎหมายและนโยบายสาธารณะที่ “มีชีวิต” กล่าวคือ ตอบสนองต่อสภาพปัญหา บริบท และวัฒนธรรมของประชาชนได้อย่างแท้จริง

ความพิเศษอีกประการหนึ่งก็คือ ใจของการระดมสมองร่วมคิดจากสังคมมีได้ อยู่ที่ขั้นของการนำเสนอเนื้อหา แต่ย้อนทบทวนไปถึงการตีความ และการออกแบบวิธีที่จะได้มาซึ่งธรรมนูญสุขภาพฉบับแรก โดยเริ่มต้นจากเวที “ขับเคลื่อนและร่วมเรียนรู้กระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ” พ.ศ.2550 ซึ่งจัดขึ้น ณ อาคารสหประชาชาติ กรุงเทพฯ ในวันที่ 1-2 พ.ย.นี้ ก่อนที่จะส่งต่อกระบวนการสู่พื้นที่ภูมิภาคของประเทศต่อไป

เวทีปฏิรูปฉบับนี้ เจาะลึกที่มา ที่ไปของธรรมนูญสุขภาพมานำเสนอทุกท่าน โปรดติดตามอ่านได้ในเรื่องจากปก และคอลัมน์ ทัศนะปฏิรูป ซึ่ง นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ปฏิบัติหน้าที่ในฐานะ เลขาธิการ สช. และประธานคณะทำงานพัฒนาระบบและกลไกการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ จะมาไล่เรียงพัฒนาการ ปรึกษา และแผนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพอย่างละเอียด

จากนั้นขอเชิญมาร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการเติมเต็มสุขภาพให้สังคมไทย ผ่านการร่วมจัดทำธรรมนูญสุขภาพฉบับแรกด้วยกัน

เส้นสายสุข โดย “ตะวัน”



จดหมายข่าว “เวทีปฏิรูป” จัดพิมพ์โดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กระทรวงสาธารณสุข บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา ปิติพร จันทรัตน์ ณ อยุธยา บรรณาธิการบริหาร พลินี เสริมสินศิริ บรรณาธิการ อภิญญา ตันทวีวงศ์ ที่ปรึกษา นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กองบรรณาธิการ ภรนาถ เหมปาละ, ภรณกั ดันตะระกุล ศิลปกรรม วัฒนสินธุ์ สุวรัตนานนท์ ติดต่อกองบรรณาธิการ โทรศัพท์ 0-2590-2304-18 โทรสาร 0-2590-2311 Email: nationalhealth@nationalhealth.or.th ตาวานีโหลตฉบับอิเล็กทรอนิกส์ได้ที่เว็บไซต์ สช. www.nationalhealth.or.th

“เวทีปฏิรูป” ยินดีรับข้อเสนอแนะ และขอเขียนจากภาคปฏิรูปสุขภาพทุกท่าน โดยโปรดส่งจดหมายหรือต้นฉบับเรื่องมายัง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ชั้น 2 อาคารด้านทิศเหนือสวนสุขภาพ ภายในกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

คลอดแล้ว คสช. ชุดแรก

หลังจาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ซึ่งมีผลบังคับใช้อย่างเป็นทางการเมื่อมี.ค. ที่ผ่านมา ได้กำหนดให้มีการตั้งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ขึ้น รวมทั้ง 39 คน เพื่อทำหน้าที่เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนการพัฒนา นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพที่มีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย ติดตามและประเมินผลระบบสุขภาพและประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ รวมถึงสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพด้วย ดังนั้น คสช. จึงเป็นผู้เชื่อมประสานให้ทุกฝ่ายในสังคมให้ร่วมกันพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมเป็นสำคัญนั้น

นายแพทย์บรรลพ ศิริพานิช ประธานคณะกรรมการการสรรหา คสช. เปิดเผยความคืบหน้าในการสรรหา คสช. ว่า ในการประชุมเพื่อเลือกกันเองขององค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเพื่อให้ได้ผู้แทนเขตละ 1 คน จาก 75 จังหวัด มีผู้แทนที่ได้รับเลือกจากจังหวัดต่างๆ มาเลือกกันเองเป็นผู้แทนเขตเข้าไปดำรงตำแหน่ง คสช. มีดังนี้ เขต 1 ได้แก่ รศ.จิราพร ลิ้มปานานนท์ ประธานมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค จ.นนทบุรี เขต 3 ได้แก่ นายสุพัฒน์ ธนะพิงคพงษ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา เขต 5 ได้แก่ ผศ.ดร.วิโรจน์ ปานศิลา จากจังหวัดมหาสารคาม เขต 6 ได้แก่ รศ.ดร.ศิริชัย ชัยชนะวงค์ จากจังหวัดขอนแก่น เขต 8 ได้แก่ นายณรงค์ ตั้งศิรัชัย จังหวัดนครสวรรค์ เขต 9 ได้แก่ นายสุรพงษ์ พรหมเท้า จากจังหวัดเพชรบูรณ์ เขต 10 ได้แก่ นายสนั่น วุฒิ จากจังหวัดเชียงใหม่ เขต 11 ได้แก่ นางมาริษา เนตรใจบุญ จังหวัดระนอง เขต 12 ได้แก่ นายคล่อง ชื่นอารมย์ จังหวัดสตูล เขต 13 ได้แก่ นายแพทย์ประพจน์ เกตุรภาค ประธานมูลนิธิเด็กพิการ กทม.

ส่วนเขต 2 เขต 4 และเขต 7 ไม่สามารถเข้ามาเลือกได้เพราะผู้แทนจังหวัดที่ได้รับเลือกขาดคุณสมบัติ ต้องเลือกกันใหม่ในระดับจังหวัด แล้วจึงมาประชุมเพื่อเลือกกันเองในระดับเขตต่อไป

ส่วนผู้ทรงคุณวุฒิมีผู้สมัครทั้งสิ้น 161 คน แบ่งเป็น 6 กลุ่ม มีการเลือกกันเองทางไปรษณีย์ ได้มีการเปิดซองนับคะแนนในทีเดียว ผลการคัดเลือกปรากฏว่า กลุ่ม 1 นโยบายสาธารณะ บริหาร รัฐศาสตร์ นิติศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ ได้แก่ นายยรรยงชัย ใจวัฒนาภรณ์ ผู้จัดการบริษัท Meisei International จำกัด กลุ่ม 2 สื่อสารมวลชน เทคโนโลยีสารสนเทศ ได้แก่ นายพงษ์ศักดิ์ พยัคฆ์เชียร รองประธานกรรมการและกรรมการบริษัทองค์การสื่อสารมวลชนแห่งประเทศไทย มหาชน จำกัด กลุ่ม 3 ธุรกิจ ได้แก่ นางสิริณา ปาโรพาวริทยา เจ้าของธุรกิจค้าปลีกค้าส่งโรงงานทำเสื้อผ้าสำเร็จรูป กลุ่ม 4 พัฒนาสังคมและชุมชนท้องถิ่น ได้แก่ รศ.ดร.เสรี พงศ์พิศ ผู้อำนวยการสถาบันส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน กลุ่ม 5 พัฒนาประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ได้แก่ รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล อาจารย์จากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล กลุ่ม 6 ผู้เคยดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ หรือคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ หรืออนุกรรมการที่คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้ง ได้แก่ นายสุรินทร์ กิจนิตย์ชีว์

ด้านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเลือกกันเองทางไปรษณีย์เช่นกัน มีการเปิดซองนับคะแนน ผลปรากฏว่า มีนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) มีผู้สมัคร 6 คน ผู้ได้คะแนนสูงสุด ได้แก่ นายชัยพร ทองประเสริฐ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดอำนาจเจริญ นายกเทศมนตรี มีผู้สมัคร 31 คน ผู้ได้คะแนนสูงสุด ได้แก่ นายวิชัย อัมราลิขิต นายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองพนัสนิคม จ.ชลบุรี นายกองค์การบริหาร ส่วนตำบล (อบต.) มีผู้สมัคร 63 คน ผู้ได้คะแนนสูงสุดได้แก่ นายธีรศักดิ์ พานิชวิทย์ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านหม้อ จังหวัดเพชรบุรี

ส่วนผู้ว่า กทม.และนายกเมืองพัทยามีการเลือกกันเองไปแล้วเมื่อวันที่ 15 ส.ค. ซึ่ง นายอภิรักษ์ โกษะโยธิน ได้รับเลือกเป็น คสช.



ระดมพลค้นหาอนาคต “สมุนไพร แพทย์แผนไทย”

ในการประชุมวิชาการสมุนไพร การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ประจำปี 2550 ซึ่งจัดขึ้นในช่วงรอยต่อระหว่างเดือนสิงหาคม-กันยายน ที่ผ่านมา เรื่องของการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย ถูกหยิบยกมาเป็นประเด็นหลักของการประชุมครั้งนี้ โดยมีกานำเสนอผลการศึกษาแบบเจาะลึกเพื่อค้นหาอนาคตของการแพทย์แผนไทย รวมทั้งเรื่องของสมุนไพร ว่าจะพัฒนาไปในทิศทางใด

ในยุคที่เรื่องของสุขภาพกลายเป็นแหล่งผลประโยชน์มหาศาล และความเคลื่อนไหวระดับโลกในการเข้ามายุติกุมความมั่นคงของพลโลก ดังเช่นกรณีเรื่องของสิทธิบัตรยาอันเลื่องชื่อนั่น จนนำมาซึ่งการต่อสู้จากนานาประเทศ รวมทั้งไทย ด้วยการประกาศใช้ “สิทธิเหนือสิทธิบัตร” หรือที่เรียกกันสั้น ๆ ว่า “ซีแอล” (compulsory licensing) ซึ่งยังเป็นข้อขัดแย้งระดับชาติอยู่ในเวลานี้ การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจากฐานภูมิปัญญาและทรัพยากรที่มีอยู่ในประเทศน่าจะเป็นทางออกที่มั่นคงและยั่งยืนสำหรับคนไทย

การจัดมหกรรมสมุนไพร การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก อย่างต่อเนื่องจนเป็นวาระประจำปีในช่วงประมาณ 5 ปีที่ผ่านมา โดยมีประชาชนสนใจเข้าร่วมงานจำนวนมากนับหมื่นคน เป็นรูปธรรมอย่างหนึ่งที่สะท้อนถึงกระแสความสนใจต่อการพัฒนาภูมิปัญญาไทยในการดูแลสุขภาพ และเป็นภาพสะท้อนถึงการทำงานอย่างต่อเนื่องของกระทรวงสาธารณสุขในการเดินหน้าการพัฒนาเรื่องสมุนไพรและการแพทย์แผนไทย โดยมีการจัดตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้นมาดูแลรับผิดชอบในเรื่องนี้เป็นการเฉพาะ โดยมีการทำงานเชื่อมโยงกับองค์กรภาคประชาชนและเอกชนอย่างกว้างขวางในช่วงที่ผ่านมา

นอกจากนี้ ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ยังรวมเรื่องของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านเป็นหนึ่งในระบบย่อย 12 ระบบในระบบสุขภาพแห่งชาติ และให้เนื้อหาของธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ ที่กำลังจะเริ่มต้นกระบวนการจัดทำมีเนื้อหาเรื่องนี้รวมอยู่ โดยให้มีการปรับปรุงใหม่ให้เท่าทันการณภูมิ ๕ ปีเป็นอย่างน้อยด้วย

อย่างไรก็ตาม หากมองภาพเป้าหมายไว้ที่เรื่องของสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยได้รับการพัฒนาสู่ความเป็นระบบจนเป็นทางเลือกที่ทัดเทียมกับการแพทย์สมัยใหม่ในการดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนคนไทยแล้ว ถือได้ว่าเส้นทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทยยังมีนับว่าอยู่ในก้าวเริ่มต้น

และเรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญและต้องการการวางแผนและดำเนินการในระยะยาวก็คือเรื่องของการพัฒนากำลังคนนั่นเอง

แม้ว่าที่ยืนของแพทย์แผนไทยในระบบสุขภาพยุคปัจจุบันได้ถูกเปิดกว้างกว่าที่ผ่านมา ดังเห็นได้จาก พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ที่รวมเอาการรณ



ไทย ซึ่งเป็นศาสตร์สาขาหนึ่งของการแพทย์แผนไทยรวมเข้าเป็นส่วนหนึ่งในบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ แต่ในภาพรวมพบว่าการวางแผนกำลังคนผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐ ตั้งแต่ความต้องการของบุคลากร การวางแผนการผลิตกำลังคน การพัฒนาหลักสูตรในสถาบันการศึกษา และการบริหารจัดการบุคลากรเข้าสู่สถานบริการภาครัฐ ยังก้าวไม่ทันความต้องการ

ในการประชุมวิชาการครั้งนี้ นพ.ทินกร นิธิ จากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้นำเสนอผลวิจัยเรื่องการวางแผนความต้องการผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยของสถานบริการภาครัฐในทศวรรษหน้า (ปี 2551-2560) ระบุว่า ในอีก 10 ปีข้างหน้า **สถานบริการภาครัฐทุกระดับจะมีความต้องการบุคลากรกลุ่ม นายแพทย์แผนไทย จำนวน 10,789 คน และกลุ่ม ผู้ช่วยนายแพทย์แผนไทย จำนวน 22,378 คน**

ในการก้าวไปสู่ภาพอนาคตดังกล่าว นพ.ทินกรกล่าวว่า การพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนให้มีคุณภาพและมาตรฐานเป็นเรื่องสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการรักษาแนวคิดและปรัชญาของภูมิปัญญาไทยไว้ท่ามกลางกระแสเรื่อง “สุขภาพ” ที่เป็นเพียงสินค้าและบริการ นอกจากนี้ เรื่องของการพัฒนา “ครู” ทั้งในเรื่องจำนวนและคุณภาพก็เป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดความสามารถในการผลิตบุคลากรรุ่นใหม่ออกมา คนอีกกลุ่มหนึ่งที่สำคัญก็คือบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่เดิมแล้ว โดยเฉพาะในกลุ่มที่จบจากสถาบันการศึกษาที่ไม่สามารถสอบขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการได้ และกลุ่มที่ผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรต่างๆ ที่หลากหลาย ควรได้รับการพัฒนา ปรับปรุงการศึกษา เพื่อให้สามารถสร้างผลิตภาพที่มากขึ้นได้

ที่น่าสนใจคือ นพ.ทินกร ยังขยายมุมมองเรื่อง “กำลังคน” ออกไปนอกกรอบระบบการศึกษาและบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ หลังได้รับการกระตุ้นความคิดจากการจัดกระบวนการประชาพิจารณ์แผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่ จ.สงขลา

“ครั้งหนึ่งผมเอาแผนนี้ไปทำประชาพิจารณ์ที่หาดใหญ่ ในแผนพูดถึงเรื่องกำลังคนขาดแคลน ประชาญ

ชาวบ้านท่านหนึ่งของสงขลาถูกขึ้นมาให้ข้อเสนอว่า ถ้าพูดเรื่องคนแล้วพูดถึงแค่หมอ พยาบาล อีก 50 ปีข้างหน้าประเทศไทยก็แก้ปัญหาเรื่องนี้ไม่ได้ แต่ถ้าพูดเรื่องการพัฒนากำลังคนแล้วหมายถึง อสม. ประชาญชาวบ้าน ชุมชนชาวบ้าน แบบนี้ประเทศไทยไม่เคยขาดแคลนกำลังคนเลยพอพึ่งท่านแล้ว ผมกลับมาปรับแผนใหม่หมด ได้ศาสตร์อีกอย่างหนึ่งเข้าไป คือการพัฒนา มองหาวิธีที่จะนำภูมิปัญญาไทยเข้ามาสร้างความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพ”

ประเด็นหนึ่งที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับพัฒนาการของการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรอย่างแยกกันไม่ออกคือเรื่องกฎหมาย ซึ่ง นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และอดีตอธิบดีกรมการพัฒนากาทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ผู้นำเสนอผลการศึกษาในหัวข้อ การพัฒนาระบบกฎหมายเพื่อสนับสนุนการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย ระบุว่า เป็นทั้งโอกาสและอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยให้เข้มแข็งและทันเหตุการณ์

หนึ่งในกฎหมายที่เป็น “โอกาส” ในการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยก็คือ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

“พ.ร.บ.นี้มีบทบัญญัติสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแพทย์แผนไทยโดยรวมและการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะอยู่ 2 เรื่อง คือเรื่องสัมชชาสุขภาพ และเรื่องธรรมนูญว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเกื้อหนุนต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน” นพ.วิชัย นำเสนอในรายงานการศึกษาดังกล่าว และเสริมว่า ข้อเสนอจากวิทยากรท่านหนึ่ง คือ อ.มานิช เกษมมล จากสถาบันพระบรมราชชนก ต่อสาระสำคัญในกฎหมายด้านการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยให้ตี 6 ประการ อันประกอบด้วย (1) จัดข้อขัดแย้ง เช่น พ.ร.บ.วิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ ฯลฯ (2) มีการกระจายอำนาจให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย (3) พัฒนาคมนในลักษณะของการจัดระบบ ทั้งในและนอกระบบในทุกหลักสูตร (4) ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาสื่อโทรคมนาคม โดยเฉพาะสื่อภาครัฐ ให้เข้ามาสนับสนุนการแพทย์แผนไทย (5) ส่งเสริมการลงทุนเพื่อการศึกษาแพทย์แผนไทย (6) ยกระดับผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์แผนไทย เหล่านี้ควรนำไปสู่ข้อเสนอในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ ส่วนของระบบย่อยที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยต่อไป

เพราะแม้ว่าสถานะของธรรมนูญสุขภาพไม่ใช่กฎหมาย แต่ถือเป็นแนวนโยบายและทิศทางยุทธศาสตร์ที่ทุกภาคฝ่าย และหน่วยงานต่าง ๆ ในระบบสุขภาพต้องยึดถือปฏิบัติร่วมกัน



เรื่อง “ธรรมนูญสุขภาพ”

คุยลึก ๆ กับ เลขาธิการ สช.

เวทีปฏิรูปฉบับนี้ ชวนทุกท่านมารู้จัก “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” ให้มากขึ้นจากบทสัมภาษณ์พิเศษที่ถ่ายทอดแบบคำต่อคำ ของ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ปฏิบัติหน้าที่ในฐานะเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หนึ่งในผู้ที่รู้ชัดถึงที่มาที่ไปของธรรมนูญสุขภาพที่ดีที่สุด เชิญติดตาม

ทราบว่าเป็น “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” เป็นสิ่งที่คลี่คลายมาจากกระบวนการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งกินระยะเวลายาวนานกว่า 5 ปี ยากให้คนหมอล่วงมาถึงขนาดนี้ให้ฟัง

จริง ๆ แล้วตอนที่เรารู้ว่า พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เราหวังจะเป็นเหมือนกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ กฎหมายแม่บทหมายความว่าต้องบอกปรัชญา แนวคิด หลักการ ทิศทางของระบบสุขภาพแห่งชาติ ว่ามันควรจะไปในทิศทางไหน หน้าที่เป็นอย่างไร ตอนนั้นเราเรียก พ.ร.บ. ทั้งฉบับนี้เป็นธรรมนูญ แต่พอไปทำกฎหมายจริง ๆ แล้วพบว่า การเขียนอะไรที่ละเอียดมาก และบางเรื่องมันคล้าย ๆ เป็นปรัชญา หลักการ ไม่ได้เป็นตัวกฎหมาย นักกฎหมายเขาเองว่าไม่ควรใส่เข้าไป และอาจทำให้เกิดความขัดแย้งกัน เพราะมีคนไม่เห็นด้วย หรือเห็นต่าง กฎหมายก็จะไม่ออก อีกสาเหตุหนึ่งคือ ถ้าใส่ไปแล้ว มันจะตายตัว จะนำไปสู่การตีความเรื่องคำในกฎหมายกัน ในที่สุดเมื่อถึงขั้นกฎหมายก็คิดว่ารายละเอียดในส่วนที่เป็นเชิงปรัชญา หลักการ มาตรการ ทิศทางต่าง ๆ ควรจะเอาออกเสีย แล้วเขียนกฎหมายในรูปแบบใหม่ว่า เมื่อเกิดมีกลไกใหม่ภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติแล้ว ก็ให้ไปเขียนรายละเอียดเหล่านี้ไว้ให้ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” ในภายหลัง

มีผู้เปรียบเทียบไว้ว่าเหมือนกับเราต้องการจะย้ายต้นไม้ใหญ่ต้นหนึ่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาตินี้ถ้าเราเอาทุกกิ่ง ทุกก้านไปด้วย มันไปยาก มันใหญ่มาก และมีมันก็ติดโน้นติดนี้มันไปไม่ได้ เราก็ต้องตัดกิ่งเล็กกิ่งน้อยออกไปก่อน เอาหลักการหรือเอาเรื่องใหญ่ไปก็คือ ให้มีกลไก มีเครื่องมือให้เกิดใหม่ และพอไปปลูกได้แล้วก็ค่อย ๆ แรกใบแตกกิ่ง

บางคนที่ได้อ่านเนื้อหาของธรรมนูญสุขภาพที่ระบุใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ สงสัยว่าระบบย่อยต่าง ๆ ที่ประกอบอยู่นั้นมีที่มาจากไหน และยากให้ช่วยขยายความบางระบบพอให้เข้าใจชัดเจนขึ้น

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เดิมก็หมายถึงตัว พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ทั้งฉบับ แต่เมื่อเราได้ตัดหลักการ ทิศทาง ปรัชญา มาตรการสำคัญ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบย่อยต่าง ๆ ในระบบสุขภาพออกแล้ว เราก็มายกเขียนเป็นธรรมนูญ ในภายหลัง และกฎหมายก็กำหนดไว้ด้วยว่า เวลาเขียนธรรมนูญสุขภาพต้องให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญด้วยนะ และต้องมีสาระอย่างน้อยทั้งหมด 12 เรื่อง ซึ่ง 12 เรื่องนี้อยู่ในมาตรา 47 ซึ่งจะทำให้การคิดถึงเรื่องระบบสุขภาพครอบคลุมทุกประเด็น

โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 3 ข้อหลัก คือ (1) เรื่องปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ อันนี้ต้องเขียนออกมาให้ได้ว่าระบบสุขภาพของบ้านเราจะให้อยู่บนปรัชญา แนวคิดหลักอะไร เช่น แนวคิดหลักเสรีนิยมทุนนิยม หรือแนวคิดหลักเรื่องของคุณธรรม มนุษยธรรม การพึ่งพาอาศัยกัน หรือปรัชญาอื่น ๆ (2) คุณลักษณะที่พึงประสงค์ และเป้าหมายของระบบสุขภาพ ต้องมาช่วยกันคิดว่า เป้าหมายของระบบสุขภาพของเราเพื่อความมั่งคั่งหรือเปล่า หรือเพื่อความเป็นธรรม หรือเพื่อความมีมนุษยธรรม เพื่อความสุข สุขภาวะของผู้คน หรือต้องการอย่างไร และถ้าต้องการแบบนั้น จะต้องให้คุณลักษณะที่พึงประสงค์อย่างไรบ้าง คำก่าได้ไหม หรือไม่ได้ เรื่องสุขภาพต้องไม่คำก่าไร ต้องเป็นเรื่องของการทำเพื่อสร้างความเป็นธรรม มนุษยธรรม อย่างที่ว่า หลากหลายได้ไหม หรือจะต้องแบบเดียว วิถีเดียว อันนี้ต้องมาคิดแล้ว (3) การจัดทำมีหลักประกันและการคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ อันนี้กว้าง คือเป็นเรื่องที่ว่าทำอย่างไรให้เกิดสุขภาพได้ อยู่ ๆ ไม่ใช่บริการอย่างเดียว มันจะต้องมีเรื่องของหลักประกันอะไรที่คนมีสุขภาพดี ก็คือสิทธิของประชาชนนั้นมีอะไร สิทธิของชุมชนนั้นมีอะไร นโยบายของรัฐ นโยบายสาธารณะออกมาจะต้องเป็นอย่างไรถึงจะทำให้คนมีสุขภาพดี ปัจจัยที่คุกคามสุขภาพต่าง ๆ จะต้องได้รับการควบคุมป้องกันอย่างไร

ผมยกตัวอย่างเพียงแค่นามข้อ ซึ่งจะพอเห็นได้ว่าการจัดทำธรรมนูญสุขภาพนี้จะมีคามหมายมาก เพราะว่าจะระบบสุขภาพของเรามีอยู่แล้ว และก็มิติศทางของมันไป แต่ไม่เคยมีการกลับมาทบทวนให้เห็นว่าปรัชญา แนวคิดจริง ๆ ควรจะเป็นอย่างไร ลักษณะควรเป็นอย่างไร เป้าหมายเพื่ออะไร ตรงนี้แหละครับเป็นโอกาสที่สังคมไทยได้เข้ามาทบทวนกันอีกครั้งหนึ่ง ว่าเราจะเขียนธรรมนูญเพื่อระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างไร จะละเอียดหรือหยาบแค่ไหนก็ยังไม่มีใครบอกได้ บางคนก็บอกไปดูร่าง พ.ร.บ.ฉบับประชาชน ปี 2545 สิอะไรที่ตัดไปก็เอากลับคืนมา เป็นต้นร่าง และก็ไปดูจะต้องตัดเพิ่มอะไร อย่างไร บางคนก็บอกไม่ได้หรือก็ต้องเขียนกันใหม่เลย เพราะฉะนั้นขณะนี้กำลังมีการเสนอเรื่องระบบและกลไกการทำธรรมนูญฯ นะครับ

แล้วธรรมนูญสุขภาพจะส่งผลต่อสุขภาพคนไทยอย่างไร

เราคาดไม่ถึงหวังว่าเมื่อได้ธรรมนูญฯ ออกมาแล้วคนไทยจะดีขึ้นอย่างนั้นอย่างนี้ แต่เราต้องถือโอกาสในการร่วมกันทำธรรมนูญฯ นี้ให้คนไทยเข้ามามีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมเป็นเจ้าของ ร่วมทำ ร่วมผลักดันให้มากที่สุด เพราะว่าการเรื่องสุขภาพจะไปรอใครทำให้ใครโดยสมบูรณ์ไม่ได้ ทุกคนเกี่ยวหมดเลย ทุกองค์กร ทุกภาคส่วนเกี่ยวทั้งสิ้น เพราะฉะนั้นถ้าเราให้ความสำคัญกับเรื่องระบบและกลไกทำให้เกิดการมีส่วนร่วม ทุกคนเข้า



“มีผู้ที่เปรียบเทียบกับไว้ว่า...เหมือนกับเราต้องการจะย้ายต้นไม้ใหญ่ต้นหนึ่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาตินี้ถ้าเราเอาทุกกิ่ง ทุกก้านไปด้วย มันไปยาก มันใหญ่มาก และมันก็ติดโน้นติดนี้ มันไปไม่ได้ เราก็ต้องตัดกิ่งเล็กกิ่งน้อยออกไปก่อน เอาหลักการหรือเอาเรื่องใหญ่ไปก็คือ ให้มีกลไก มีเครื่องมือให้เกิดในนี้ และพอไปปลูกได้แล้วก็ค่อย ๆ แรกไปแตกกิ่ง”

มาร่วมคิด ร่วมทำ ธรรมนูญ ก็จะได้รับการยอมรับและมีความหมาย ธรรมนูญ จะมาจากความคิดความเห็น และฐานวิชาการของผู้คนหลากหลาย ทำให้เป็นธรรมนูญสุขภาพที่มีชีวิต ไม่ใช่มีแต่กระดาษ ครม. อนุมัติเสร็จแล้วก็จบ คำว่ามีชีวิตหมายถึงว่าแต่ละส่วนจะได้เอาไปใช้ เอาไปทำ เอาไปดู เอาไปฟังหา เอาไปคอยดูแลกำกับ ไปคอยตรวจสอบให้ทำให้มันเกิดการดำเนินการในธรรมนูญ

แล้วงานที่จะจัดขึ้นในวันที่ 1-2 พ.ย.นี้ มีจุดมุ่งหมายอย่างไร

ในวันที่ 1-2 พ.ย.นี้ จะมีการนำเสนอเรื่องร่างของระบบและกลไก แล้วให้ที่ประชุมซึ่งมีคนมาจากทุกฝ่ายให้ความเห็น หลังจากนั้น คสช. ก็จะไปตั้งคณะกรรมการที่ดูแลเรื่องธรรมนูญ ปี 2551 ทั้งปีก็คงจะเป็นปีที่ยกร่างกรอบร่างธรรมนูญ กัน ตอนนั้นเราก็จะเริ่มเห็นแล้วว่า หน้าตาธรรมนูญ ควรจะเป็นอย่างไร

อย่างไรก็ตามเมื่อตอนที่ได้นั่งคุยกันเรื่องการจัดการระบบและกลไก ก็พบว่ามีความคิดอย่างนี้ครับว่า ถึงแม้ในกฎหมายเขียนว่าให้มีธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ หลายคนก็เกรงว่าเป็นธรรมนูญ ที่เข้าใจยากและอยู่สูง เป็นเครื่องมือระดับชาติ ซึ่งประชาชนคนเล็กคนน้อยทั่วไปก็เข้าไม่ถึง ก็มีแนวคิดที่ว่า คสช. ก็น่าจะกล้าที่จะตั้งขึ้นมาดูแลเรื่องธรรมนูญ ก็น่าจะมีกลไกไปสนับสนุนให้พื้นที่ต่างๆ ที่เขามีความพร้อม ให้จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติของเขา หรือในพื้นที่ของเขา ซึ่งถ้าทำแบบนี้ก็จะมีชีวิตชีวาขึ้น และธรรมนูญ นี้จะมีหลากหลาย พื้นที่แต่ละแห่งธรรมนูญ อาจจะมีความแตกต่างกัน หลักการ ปรัชญาบางเรื่องอาจจะเหมือนกัน แต่บางเรื่องอาจจะแตกต่าง ระบบย่อยต่างๆ ก็อาจจะแตกต่างกัน หรืออาจจะมีความเหมือนกันสัก 80-90 เปอร์เซ็นต์ อาจจะมีความแตกต่างกันสัก 10-20 เปอร์เซ็นต์ ก็จะให้การทำธรรมนูญ มันใกล้ตัวชาวบ้านมากขึ้น

แต่ธรรมนูญ ไม่ใช่ตัวกฎหมายที่จะไปห้ามนั้นห้ามนี้ หรือต้องทำนั้นทำนี้ ธรรมนูญ จะเป็นลักษณะส่วนประกอบของกฎหมาย และมีความสำคัญในเชิงการเป็นเครื่องมือทางสังคมมากกว่า นั่นก็คือ คนในสังคมมาร่วมกันคิด ร่วมกันทำ เป็นเจ้าของร่วมกัน เมื่อได้ธรรมนูญ แล้วกลับไปใช้ก็ช่วยกันทำ ช่วยกันตรวจสอบ กำกับดูแล เป็นการใช้ธรรมนูญ ส่งเสริมกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

บางคนบอกว่างานนี้ดูเป็นทางการกว่าทุกครั้งที่เคยจัดมา

อันนี้เป็นกรณีศึกษาจากประธานคณะกรรมการจัดงานครั้งนี้คือ คุณหมอสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ซึ่งอยู่ในกระบวนการปฏิรูปสุขภาพมาตั้งแต่เริ่มต้น เข้ามาองและช่วยดูแลให้ความคิดเรื่องกระบวนการมาตลอด คุณหมอสุวิทย์มีประสบการณ์ในเรื่องของการทำงานระดับนานาชาติเยอะมาก ก็มองเห็นว่าสิ่งที่เราทำพัฒนาเรื่องกระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพจากเวทีสาธารณะที่ผ่านมาก็ได้ผลในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่มีความเป็นลักษณะตัวแทนที่ชัดเจนพอ การที่เราจะมากำหนดอะไรที่เป็นลักษณะที่มาร่วมคิดร่วมทำในระดับประเทศด้วยกัน การเป็นลักษณะตัวแทนจะต้องมีความชัดเจนขึ้น ก็เลยมีความพยายามที่จะทดลองทำให้เกิดส่วนนี้ แต่ในขณะที่เดียวกันเราก็ไม่ได้ทอดทิ้งความคิดความเห็นของคนเล็กคนน้อยทั่วไปในแต่ละแห่ง แต่จะลองทดลองการจัดการประชุมในลักษณะที่เป็นตัวแทน ถือเป็นการพัฒนาอีกระดับหนึ่ง

ดูเหมือนกระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ จะสะท้อนปรัชญาการทำงานของคุณ สช. ที่มีต่อการสร้างความเปลี่ยนแปลงผ่านการเคลื่อนไหวสังคมมากกว่าการเขียนกฎหมายหรือบทบัญญัติที่ลายลักษณ์อักษรให้เสร็จสิ้น

นี่คือหัวใจของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่ว่าได้ ที่ผ่านมามีมาไม่ว่าจะเป็นกฎหมาย เป็น

แผนแห่งชาติ เป็นนโยบายแห่งชาติ มักเกิดขึ้นมาจากรัฐบาล หน่วยงานของรัฐ ราชการ นักวิชาการ ซึ่งต่างมีความปรารถนาดีต่อประชาชน จัดทำสิ่งเหล่านี้ออกมาโดยหวังว่าเครื่องมือเหล่านี้มันจะทำให้ประชาชนอยู่ดีมีสุขขึ้น มีสุขภาพดีขึ้น สุขภาวะดีขึ้น ซึ่งก็จริงส่วนหนึ่ง แต่ไม่จริงทั้งหมด

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มองว่า การออกกฎหมายหรือการทำธรรมนูญ แล้วทุกอย่างมันจะดีหรือให้ใครไปทำแล้วคนอื่นจะดี แต่เรามองว่าต้องใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ หรือใช้การทำธรรมนูญ เป็นเครื่องมือให้คนไทยเข้ามาทำงานด้วยกัน นี่คือการชวนประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม คนจะมีสุขภาพที่ดี ชุมชน ครอบครัว สังคม จะมีสุขภาพจะได้ พลเมืองคือทุกฝ่ายต้องเข้ามาทำงานด้วยกัน ความเข้มแข็งของชุมชน ของคนของสังคม ของหน่วยงานก็จะเกิดเป็นกัลยาณมิตรซึ่งกันและกันแล้วมาช่วยกันทำ โดยที่ทุกฝ่ายมีความสำคัญหมด รัฐ นักวิชาการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาชน ประชาสังคมต่างๆ เอกชน ต่างก็มีบทบาทมีความสำคัญ อันนี้บอกได้ว่าเป็นปรัชญาหรือเป็นลักษณะเด่นของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ

จะเห็นว่ากฎหมายกำหนดให้ต้องจัดทำธรรมนูญ ทุก 5 ปี เพราะฉะนั้นเมื่อทำธรรมนูญ เสร็จแล้วไม่ใช่แปะไว้ข้างฝา หรือเป็นเล่มเก็บไว้ แต่มันจะถูกใช้ และใครใช้ครับ อย่าไปรอให้ทางฝ่ายรัฐ นักวิชาการใช้ หรือหน่วยงานใช้ ทุกฝ่ายต้องเอามาใช้อะไรก็คือ ใช้ดูซิว่าเรามีหน้าที่อะไรตามธรรมนูญ ได้บ้าง ทำเลย เรามีหน้าที่ควบคุม กำกับ ตรวจสอบใคร เรียกร้องคนอื่นอย่างไร ก็ต้องตรวจสอบกำกับ มันก็จะเป็นเครื่องมือที่มีชีวิตชีวา และที่ทบทวนทุก 5 ปี ก็สามารถที่จะจัดวางใจไว้ได้เลยว่า ใน 5 ปีนี้คนมาตรวจสอบธรรมนูญ ที่เขียนนี้ไม่จริง มันเกินเลย อันนี้ปฏิบัติไม่ได้ อันนี้มันไม่ทันสมัย เวลาจะปรับเปลี่ยนทุก 5 ปีจะได้หมุนไปได้เรื่อย ๆ นะครับ

ภาคีที่เคยมีส่วนร่วมตอนเริ่มทำกระบวนการร่าง พ.ร.บ.ฯ อาจสงสัยว่าแล้วเมื่อความคิดที่เขาฝากไว้ตอนมาร่วมแสดงความคิดเห็นในการร่าง พ.ร.บ.สุขภาพ จนกระทั่งได้ออกมาเป็นธรรมนูญ ขึ้นแรกในตอนนั้น จะถูกเอาเข้ามารวมในเนื้อหาการจัดทำครั้งนี้ด้วยไหม

ผมคิดว่าต้องถูกเข้ามารวมแน่ สิ่งที่เคยคิดเคยทำกันไว้ใส่กันไว้ในร่างฉบับประชาชนต้องถูกนำขึ้นมา โดยจะมีคณะทำงานทางด้านวิชาการทำงานเพิ่มเติมในแต่ละเรื่องแต่ละราวให้มันสมบูรณ์และเท่าทันความเปลี่ยนแปลง เพราะตอนนั้นเราก็เลยชั่งเวลาคั้งนั้นมาตั้ง 5 ปีแล้ว ก็จะมีการทบทวนวิชาการ ทบทวนงานกันใหม่ โดยจะมีการจัดเวทีรับฟังความเห็นในพื้นที่ต่างๆ ซึ่งก็มีทั้งคนเก่าคนใหม่ที่เคยมีเชื่อความคิด เคยเข้าร่วมกระบวนการ และมีคนใหม่ที่อาจจะยังไม่เคยเข้าร่วมเพิ่มขึ้นมากมาย เพราะฉะนั้นตรงนี้จะไม่ทอดทิ้งแน่นอน แนวความคิดเดิมและที่เพื่อนใหม่ทั้งหลายได้เข้ามา ร่วมกันคิดให้มากขึ้น สมัยนั้นตอนทำก็มีคนจำนวนไม่น้อยเข้ามาร่วมคิด แต่ก็ยังมีคนส่วนใหญ่ยังไม่ได้เข้ามาร่วม

อย่างไรก็ตามอย่างที่ผมเรียนแล้ว บุคคลที่เป็นปัจเจกทั่วไปทันทันก็ยังมีส่วนร่วมของท่านในฐานะปัจเจกที่จะคิด ถ้าท่านสนใจตั้งแต่ตอนนี้อย่างเดียว พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ หมวดที่ 5 นี้เชื่อว่าไว้อย่างไร แล้วท่านคิดอย่างไร ท่านอยากจะเสนออะไร มีความคิดความอ่านอย่างไร เสนอได้ทั้งเรื่องกระบวนการ เสนอได้ทั้งเรื่องเนื้อหาสาระ อะไรที่อยากจะใส่เอาไว้ ท่านอาจจะคิดเรื่องใกล้ตัว เรื่องเล็กเรื่องน้อยที่ใกล้ตัวท่านก็เสนอได้ นะครับมีช่องทาง ท่านเริ่มคิดได้ตั้งแต่ตอนนี้อย่างไร คสช. หรือ สช. จะกำหนดกลไกขึ้นมา แล้วท่านจะได้ไปร่วมหรือเปล่า แต่ท่านเริ่มตั้งแต่ตอนนี้

ถ้าท่านมีความคิดความอ่านอะไรยังไง ส่งบอกกันได้ครับ ที่ สช. ก็ได้ หรือที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติก็ได้ครับ



ร่วมสร้าง “ธรรมนูญสุขภาพ” ส่ง

แนวคิดเรื่อง ธรรมนูญสุขภาพ หรือที่ใช้ชื่อใหม่ในกฎหมายว่า ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และถูกตัดออกในชั้นกฤษฎีกา แล้ว คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)ที่กำลังจะ “คลอด” ในปลายปี 2550 นี้ มาจัดทำขึ้นใหม่ใน

“ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ”

คำนี้ไม่ใช่คำใหม่ แต่เป็นคำที่อยู่คู่กับกระบวนการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาโดยตลอด

ล่วงมาถึงวันนี้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ผ่านออกมาเป็นกฎหมายแล้ว ทว่า ธรรมนูญสุขภาพกำลังเริ่มต้นกระบวนการจัดทำ

บางคนอาจมีคำถามถึงที่มาและที่ไปของ “สลัก” สำคัญชิ้นที่สองของกฎหมายเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพฉบับนี้

เราจะไปค้นหาคำตอบด้วยกัน

พลิกตำนานความหมาย การคลี่คลายจาก 2 ยุค

ยุคที่ 1 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ คือ ธรรมนูญสุขภาพ

ยุคแรกสุดที่ก่อกำเนิดคำว่า “ธรรมนูญสุขภาพ” คือในคราวเริ่มมีการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เมื่อปี 2545 โดยครั้งนั้นมีการเรียกชื่อ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ว่าเป็น “ธรรมนูญสุขภาพคนไทย คนไทย โดยคนไทย เพื่อคนไทย” โดยหวังให้กฎหมายฉบับนี้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ หรือเป็นธรรมนูญ อันสื่อถึงการเป็นกฎหมายสูงสุดที่วางด้วยเรื่องสุขภาพ ที่ตราขึ้นเพื่อให้ทุกฝ่ายใช้อ้างอิง และใช้เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนสังคมให้เป็นไปตามระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

ดังที่ **นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์** ประธานคณะกรรมการจัดทำร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ในครั้งนั้นเคยกล่าวไว้ว่า

“เรามีรัฐธรรมนูญ 2540 เป็นธรรมนูญสูงสุด ครอบคลุมทุกเรื่องแล้ว จึง

ควรมีธรรมนูญเฉพาะด้านสุขภาพ กล่าวถึงระบบสุขภาพเป็นการเฉพาะ ซึ่งระบบสุขภาพในที่นี้คือระบบสุขภาพของสังคมที่กว้างกว่าระบบสาธารณสุข”

กล่าวโดยสรุปคือ ตอนจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มีการคาดหวังให้ พ.ร.บ.นี้ ทำหน้าที่เป็นธรรมนูญสุขภาพของคนไทย ที่เน้นกระบวนการจัดทำ และกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องเนื่องด้วยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

ยุคที่สอง ธรรมนูญสุขภาพ คือ “จิ๊กซอว์” ชิ้นหนึ่งใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

หลังจากที่กระบวนการจัดทำร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ผ่านขั้นตอนการระดมความเห็นจากทุกภาคส่วน มีการสกัดสาระสำคัญแปลงสู่รูปแบบภาษากฎหมาย ให้อยู่ในรูปของร่าง พ.ร.บ. และนำเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือคณะรัฐมนตรีแล้วนั้น

เมื่อมีการปรับปรุงร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ในชั้นกฤษฎีกา และออกมาเป็นกฎหมายโดยผ่านสภานิติบัญญัติแห่งชาติเมื่อต้นปี 2550 ได้มีเหตุที่ทำให้ความหมายและคุณลักษณะของธรรมนูญสุขภาพปรับเปลี่ยนไปจากที่เป็นมาแต่เดิม นั่นคือ มีการตัดสาระสำคัญย่อยๆ ที่เขียนไว้ในเชิงปรัชญาหลักการ มาตรการ และเงื่อนไขต่างๆ ออกทั้งหมด โดยมีความเชื่อรองรับว่าเนื้อหาเหล่านี้จะเป็นรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวนมาก อีกทั้งมีข้อถกเถียงในเชิงปรัชญาที่ยากต่อการหาข้อสรุปในเวลาที่ย่ำกัก

ดังนั้น จึงได้มีการเขียนหมวดที่ 5 ขึ้นใหม่ในชื่อว่า ธรรมนูญว่าด้วย

ระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นกรอบยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพให้บทวน ปรับปรุงอย่างน้อยทุก 5 ปี วัตถุประสงค์ที่กำหนดให้มีการปรับปรุงที่เปลี่ยนไป

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

มาตราที่ 47 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช ๒๕๕๐ เรื่อง ซึ่งหากดูรายละเอียดทำร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จะพบว่า ก็ได้ไว้ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่ถูกตัดทิ้ง ย้อนรอยมาถึงบรรทัดนี้ หลายคนคง

ธรรมนูญสุขภาพ หรือที่ใช้ชื่อใหม่ในกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ ก็คือสาระบัญญัติที่สุขภาพแห่งชาติ และถูกตัดออกในชั้นกฤษฎีกา และสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ที่กำลังจะ “คลอด” ใหม่ในภายหลังนั่นเอง

ถึงเวลาตกเตียงภายในให้บรรณ

ข้างต้นคือที่มาของการจัดทำ “ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ” ฉบับที่ ๒ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เปรียบ

เจาะเนื้อหา 3 มาตรา ใน หมวดที่ 5 “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ”

มาตรา 46 ให้ คสช. จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ เสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ

ในการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ให้ คสช. นำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร

เมื่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติแล้ว ให้รายงานต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบและประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ให้ คสช. ทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยทุก 5 ปี

มาตรา 47 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ต้องสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และอย่างน้อยต้องมีสาระสำคัญเกี่ยวกับเรื่องดังต่อไปนี้

- (1) ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ

- (2) คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ
- (3) การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ
- (4) การสร้างเสริมสุขภาพ
- (5) การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
- (6) การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ
- (7) การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพพื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ
- (8) การคุ้มครองผู้บริโภค
- (9) การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
- (10) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
- (11) การผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข
- (12) การเงินการคลังด้านสุขภาพ

มาตรา 48 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติและนโยบายสุขภาพแห่งชาติที่คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบแล้ว ให้ผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน

ส่วนเติมเต็ม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

พแห่งชาติ ก็คือสาระ
แล้วเขียนกฎหมายให้
มีในภายหลังนั่นเอง

กรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย
สุขภาพของประเทศ (ตามมาตรา 46) โดย
ปี

พแห่งชาติ ที่กำหนดไว้ในหมวดที่ 5
ชาติ พ.ศ.2550 นี้ ระบุว่า อย่างน้อยต้องมี
ะเอียด ผู้ที่ติดตามหรือร่วมผลักดันการจัด
ว่า ก็คือประเด็นเชิงระบบย่อยที่เคยเขียน
กตัตตั้งไปในชั้นกฤษฎีกานั้นเอง

ยคนคงถึงบางอ้อกันแล้วว่า แนวคิดเรื่อง
เป็นกฎหมายว่า **ธรรมนูญว่าด้วยระบบ
ปฏิบัติ**ที่เคยเขียนอยู่ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพ
ฎีกา แล้วเขียนกฎหมายให้คณะกรรมการ
“คลอต” ในปลายปี 2550 นี้ มาจัดทำขึ้น

จัสซิจัด

“ธรรมนูญสุขภาพ” ที่เริ่มต้นขึ้นตั้งแต่
ติ เปรียบเหมือนการสร้างบ้านหลังใหญ่

โดยมีโครงสร้างสำคัญต่างๆ สมบูรณ์ครบถ้วนแล้ว จากนั้นก็คือการตกแต่ง
รายละเอียดภายในของบ้านหลังนี้ให้เอื้อต่อการอยู่อาศัยอย่างปลอดภัย
มีความสุข

บางคนอาจถามว่า เหตุใดจึงต้องมาลงทุนลงแรงจัดทำรายละเอียดของ
ธรรมนูญสุขภาพกันอีกเล่า ในเมื่อมีเนื้อหาเดิมที่เคยเสนอเมื่อครั้งเป็นร่าง พ.ร.บ.
สุขภาพแห่งชาติ แล้วตัดออกไปพร้อมอยู่แล้ว

ที่สำคัญ เนื้อหาเหล่านั้นได้สั่งสมขึ้นมาจากการระดมปัญหา ความคิด
ความเห็นจากทุกภาคส่วนทั่วทุกภูมิภาคตลอดช่วงแห่งการจัดทำร่าง พ.ร.บ.
สุขภาพ ที่กินเวลานานหลายปี

คำตอบก็คือ กระบวนการรวบรวมข้อมูลและความคิดเห็นได้ผ่าน
พ้นมานานถึง 5 ปีแล้ว โดยในช่วงที่ผ่านมาสังคมไทยได้เกิดความเปลี่ยนแปลง
ในทุกด้านอย่างมาก เนื้อหาดังกล่าวจึงควรได้รับการทบทวนอีกครั้ง

หรืออาจจะดมข้อมูลและความคิดเห็นกันใหม่เลย!?

บนทางสองแพร่งดังกล่าว ยังไม่มีใครรู้ว่าหนทางใดที่เหมาะสมมาก
กว่ากัน ในกรณีนี้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงกำหนด
ขั้นตอนการได้มาซึ่ง “ธรรมนูญสุขภาพ” ฉบับแรกของไทยในขณะนี้ไว้ ณ จุด
แห่งการแสวงหาคำตอบจากสังคมว่าเลือกเส้นทางใด โดยมีการจัดตั้ง
คณะทำงานชุดหนึ่งขึ้นมาทำหน้าที่ออกแบบระบบและกลไกการจัดทำธรรมนูญ
ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติขึ้นมาชุดหนึ่ง โดยมี นพ.อำพล จินดาวัฒนะ
ปฏิบัติหน้าที่เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นประธานคณะทำงาน
และ นายพิชัย ศรีใส และ นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข เป็นรองประธาน

คณะทำงาน

และโอกาสสำคัญครั้งแรกในการแสวงหาข้อมูลและข้อเสนอแนะจาก
สังคมต่อการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ ก็คือการจัดงาน **“ขับเคลื่อนและร่วม
เรียนรู้กระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ”** พ.ศ.2550 ในวันที่ 1-2 พ.ย. นี้
นี้เอง

มองไกลไปสู่อนาคต กลไกชิ้นต่างๆ ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติจะเกาะ
เกี่ยวซึ่งเป็นองคคาพยพในระบบเดียวกัน เพราะในมาตรา 46 ของกฎหมาย
ระบุให้มีการนำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากสมาชิกสุขภาพมาประกอบ
การจัดทำธรรมนูญสุขภาพด้วย

ในช่วงเวลานับจากนี้ จะเป็นช่วงสำคัญอีกครั้งของการเคลื่อนไหวทั้ง
สังคมในการร่วมจัดทำธรรมนูญสุขภาพฉบับแรกของประเทศไทย เพื่อเติมเต็ม
พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ให้เกิดรายละเอียดที่สามารถพัฒนาสู
นโยบายของกลไกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือส่งผลกระทบต่อสุขภาพจะ

**เพื่อให้คนไทยทั้งชาติได้รับการคุ้มครองสุขภาพอย่างเท่าทัน
สถานการณ์**

สุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์

บทคัดย่อ: บทความนี้จัดทำขึ้นตามมติที่ 25
จึงยกขึ้นที่เกี่ยวข้องที่จะต้องดำเนินการ

เกาะติดสมาชิกสุขภาพ 2550

เมื่อวันที่ 27-28 ก.ย.ที่ผ่านมา แกนนำการจัดสมาชิกสุขภาพเฉพาะพื้นที่และเฉพาะประเด็นจากทั่วประเทศได้มาร่วมตัวกันเพื่อนำเสนอความก้าวหน้า และร่วมเรียนรู้ถึงกระบวนการจัดสมาชิกสุขภาพ ที่เกิดขึ้นตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ 2550 หลังจากที่มีการจัดสมาชิกสุขภาพระดับชาติ รวมทั้งสมาชิกสุขภาพเฉพาะพื้นที่และเฉพาะประเด็นในลักษณะของกระบวนการทดลองมาตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมา

นอกจากนี้ สช. ได้ถือโอกาสนี้ขอรับฟังความเห็นจากแกนนำสมาชิกสุขภาพทั่วประเทศต่อร่างหลักเกณฑ์วิธีการสนับสนุนการจัดสมาชิกสุขภาพเฉพาะพื้นที่/เฉพาะประเด็น ซึ่ง สช. กำลังอยู่ในระหว่างทำการร่างเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ในช่วงปลายปี 2550 นี้

สำหรับความก้าวหน้าการเตรียมการจัดสมาชิกสุขภาพในภูมิภาคต่าง ๆ มีตัวอย่างดังนี้

ภาคอีสาน มีคณะทำงานประสานงานระดับภาคจำนวน 9 คน มีแผนการเตรียมการและมีการดำเนินการแล้ว 14 จังหวัด และมีการเตรียมการสำหรับเวทีสรุปบทเรียนและการเตรียมการระดับภาค ประมาณ 29-30 ต.ค. 50 ณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำหรับความก้าวหน้าในแต่ละจังหวัดนั้น **จังหวัดมหาสารคาม** มีแผนจัดประชุมเครือข่ายและระดมความคิดเห็นเพื่อกำหนดประเด็น (เน้นกลุ่มเยาวชน และผู้ด้อยโอกาสทางสังคม)/สรุป **จังหวัดศรีสะเกษ** มีแผนจัดประชุมแกนนำระดมความคิดเห็น/สรุปบทเรียน **จังหวัดยโสธร** มี

แผนการประชุมแกนนำเครือข่ายในพื้นที่/ออกแบบการดำเนินงาน/สังเคราะห์องค์ความรู้ที่ได้ **จังหวัดนครราชสีมา** มีแผนประชุม คณะทำงานจังหวัด/จัดทำระบบฐานข้อมูล/ประชุมคณะทำงาน สรุปประเด็น/จัดทำเอกสาร **จังหวัดสุรินทร์** มีแผนการประชุม 15 องค์กร/กำหนดประเด็นเยาวชนและเหล่า/ออกแบบการทำงานเป็น 51 **จังหวัดบุรีรัมย์** มีแผนประชุมคณะทำงาน/ รวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพ/การป้องกันโรค/ประชุมสื่อมวลชน **จังหวัดอำนาจเจริญ** มีแผนประชุมสร้างความเข้าใจเครือข่าย/ระดมความคิดเห็นและหาข้อมูลโดยการทำวิจัยแบบมีส่วนร่วม/สรุป **จังหวัดหนองคาย** จัดประชุมแกนนำเครือข่ายสุขภาพ/ระดมสมอง/นำเสนอประเด็นการจัดทำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ **จังหวัดกาฬสินธุ์** ประชุมแกนนำเครือข่ายในพื้นที่/ออกแบบการดำเนินงาน/สังเคราะห์องค์ความรู้ที่ได้ **จังหวัดสกลนคร** มีแผนจัดประชุมชี้แจงหัวหน้าเครือข่าย/เวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น/สรุป **จังหวัดนครพนม** มีแผนจัดทำประเด็นลดการบริโภคสุราในชุมชน/จัดประชุมเครือข่าย/ระดมความคิดเห็น/สรุปบทเรียน **จังหวัดชัยภูมิ** ประชุมแกนนำเครือข่ายในพื้นที่/ออกแบบการดำเนินงาน/สังเคราะห์องค์ความรู้ที่ได้ **จังหวัดหนองบัวลำภู** มีแผนประสานงานเครือข่าย/จัดเวที/**จังหวัดร้อยเอ็ด** กำลังติดตามการส่งแผนเตรียมการ **ภาคเหนือ** ยึดหลักใช้วิธีการตามความเหมาะสมของพื้นที่ เช่น สนทนากลุ่ม เวทีประชาคม เวทีสมาชิกสุขภาพ(ย่อย)



สำรวจ รวบรวมข้อมูล มือ 1 และมือ 2 กลุ่มเป้าหมาย มุ่งที่อบต.ทั่วไป หน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง ภาคีเครือข่าย ประชาชนที่สนใจ ทิศทางของการจัดสมาชิกเน้นแลกเปลี่ยนองค์ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพของพื้นที่

ภาคใต้ ได้นำเสนอสภาพสถานการณ์ปัญหาความรุนแรงในพื้นที่ ในหัวข้อ “เอาคืน” สะท้อนให้เห็นสภาพการบานปลายจากเหตุการณ์ไม่สงบที่บันทึกสุขภาพของประชาชนและสังคมในภาพรวมทั้งหมด นอกจากนี้ แกนนำจากจังหวัดต่าง ๆ และการจัดสมาชิกเฉพาะประเด็น เช่น เครือข่ายพัฒนานโยบายเกษตรและอาหารเพื่อสุขภาพ ยังร่วมกันนำเสนอความก้าวหน้าในการเตรียมการ และผลที่เกิดขึ้นจากการจัดกระบวนการในช่วงที่ผ่านมา และนำเสนอผลการจัดการจัดสมาชิกสุขภาพในช่วงที่ผ่านมาเป็นพื้นฐานในการยกร่างหลักเกณฑ์วิธีการสนับสนุนการจัดสมาชิกสุขภาพเฉพาะพื้นที่/เฉพาะประเด็น เพื่อสนับสนุนให้สมาชิกสุขภาพเป็นกลไกในการปฏิรูประบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ภาพร่าง “สมาชิกสุขภาพ” ยุคหลัง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

ความหมาย

พื้นที่ = แสดงให้เห็นขอบเขตการดำเนินงานสมาชิกสุขภาพที่ชัดเจน อาจเป็นชุมชน หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด ภาค ภูมิภาคเขตพื้นที่มีอาณาบริเวณเดียวกัน เช่น ลุ่มน้ำ และรวมถึงพื้นที่สาธารณะในรูปแบบใหม่ที่อาจเกิดขึ้น เช่น พื้นที่สมาชิกสุขภาพทาง Internet หรือสมาชิกสุขภาพทางอากาศ (วิทยุ)

ประเด็น = ปัญหาสาธารณะที่มาจากสุขภาพใน 4 มิติ การสร้างเสริมสุขภาพ/กลุ่มคน เช่น เด็ก/ผลกระทบสุขภาพที่เกิดจากนโยบาย กฎหมาย โครงการขนาดใหญ่ของรัฐ ทั้งนี้ อาจให้แกนนำกลุ่มองค์กรเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่กำหนดเองว่าจะพัฒนาให้เป็นสมาชิกสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมาชิกสุขภาพเฉพาะประเด็น ขึ้นอยู่กับว่า จะใช้อะไรเป็นตัวตั้งในการดำเนินงาน เช่น สมาชิกสุขภาพจังหวัด ใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง อาจมีหลายประเด็นที่เกี่ยวข้อง และ สมาชิกสุขภาพว่าด้วยการจัดการน้ำ ที่ใช้ประเด็นเป็นตัวตั้ง อาจมีพื้นที่ครอบคลุมลุ่มน้ำได้ทั่วประเทศ

คุณลักษณะ

- เป็นกระบวนการและ/หรือเวทีพัฒนา HPP ที่มุ่งหวังผลสู่การปฏิบัติ
- เป็นกระบวนการ Deliberative ที่ประกอบด้วยพหุภาคี
- มีการทำงานเชิงวิชาการ + การมีส่วนร่วมทางสังคม + การสื่อสารประชาสัมพันธ์สาธารณะ
- มีการจัดการอย่างเป็นระบบ
- มีการนำเสนอสาธารณะเพื่อเรียนรู้เชิงบูรณาการ
- มีเจ้าภาพร่วมในรูปแบบพหุภาคี

หลักเกณฑ์การสนับสนุนจาก สช.

กลุ่มเป้าหมายในการสนับสนุนให้เกิดการจัดสมาชิกสุขภาพแบ่งได้เป็น 5 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มพื้นที่ที่เข้าไม่ถึงกระบวนการสมาชิกสุขภาพ เช่น กลุ่มที่ไม่เคยร่วมเวทีสมาชิกสุขภาพ กลุ่มที่เป็นปัญหาและไม่มีความสนใจ(คนชายขอบ)

2. กลุ่มพื้นที่ที่มีความพร้อม สามารถจัดกระบวนการสมาชิกสุขภาพได้เอง
3. กลุ่มพื้นที่ที่มีประเด็นเร่งด่วนประเด็นร้อน สมควรได้รับการแก้ไข
4. กลุ่มพื้นที่เป้าหมายทางเชิงรุก ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หรือที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เสนอแนะ
5. กลุ่มพื้นที่ทั่วไป

ช่องทางการจัดสมาชิกสุขภาพเฉพาะพื้นที่/ประเด็น

ประชาชน กลุ่มองค์กร เครือข่ายต่างๆในพื้นที่ที่สามารถจัดสมาชิกสุขภาพเฉพาะพื้นที่/ประเด็นได้ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ คสช.กำหนด ทั้งนี้อาจสรุปได้ว่า มีช่องทางที่พื้นที่จะสามารถดำเนินการได้ใน 2 ช่องทางหลักดังนี้

- 1) พื้นที่ที่มีความพร้อมสามารถจัดสมาชิกสุขภาพได้เอง โดยดำเนินการตามหลักเกณฑ์/วิธีการที่ คสช.ได้กำหนดขึ้น
- 2) พื้นที่ร้องขอให้ สช.สนับสนุนการจัดสมาชิกสุขภาพเฉพาะพื้นที่/ประเด็น ตามหลักเกณฑ์ของ คสช. เช่น การเสนอโครงการสมาชิกสุขภาพเพื่อขอรับการสนับสนุน อยู่ในกลุ่มที่ไม่เคยเข้าร่วมสมาชิกสุขภาพ กลุ่มชายขอบ หรือกลุ่มพื้นที่ที่ประเด็นเร่งด่วนหรือประเด็นร้อน หรือกลุ่มพื้นที่ทั่วไป
- 3) สช.สนับสนุนให้เกิดการจัดสมาชิกสุขภาพเฉพาะพื้นที่/เฉพาะประเด็นตามแผนยุทธศาสตร์ของ สช.หรือตามที่คณะทำงานหรือผู้ทรงคุณวุฒิหรือ คสช.เสนอ (พื้นที่เป้าหมายการทำงานเชิงรุกของ สช.) เช่น มีการพัฒนาโครงการสมาชิกสุขภาพร่วมกับพื้นที่ หรือมีการกำหนดพื้นที่เป้าหมายในการพัฒนาสมาชิกสุขภาพเพื่อพัฒนาให้เป็นพื้นที่ต้นแบบ เป็นต้น

ทั้งนี้ สช. อาจสนับสนุนบางส่วนเท่าที่สามารถสนับสนุนได้ (เป็นการสนับสนุนเชิงกระบวนการต่อเนื่องไม่ใช่การประชุมเฉพาะครั้ง) ได้แก่ ทรัพยากรบางส่วน ผู้เชี่ยวชาญ, วิทยากร, วิชาการ, ข้อมูลการพัฒนาศักยภาพ และทรัพยากรอื่น ๆ เช่น เอกสาร สื่อเผยแพร่ การประชาสัมพันธ์

ผู้แทนของสมาชิกสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมาชิกสุขภาพเฉพาะประเด็น จะได้รับเชิญเข้าร่วมสมาชิกสุขภาพแห่งชาติตามความเหมาะสม



การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ
นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

“ขบวนการ” ระดับโลก

เมื่อวันที่ 8-9 ต.ค.ที่ผ่านมา ผมและคุณหมออุษฎฐฎฎ มีลันทางฎฎ ได้ไปร่วมประชุมคณะ
คำปรึกษาเกี่ยวกับรายงานเรื่อง “ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ” (Social Determinants of
Health, SDH) ที่กรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ

รายงานนี้จัดทำขึ้นโดยคณะกรรมการที่องค์การอนามัยโลกตั้งขึ้น เมื่อ มี.ค.48 เพื่อ
พัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับประเทศสมาชิกพิจารณานำไปปรับใช้เป็นนโยบายของ
แต่ละประเทศตามควรแก่กรณี ประธานคณะกรรมการคือ Sir Micheal Marmot เป็นคนอังกฤษ
รายงานชิ้นนี้พัฒนาขึ้นโดยเครือข่ายวิชาการ (Knowledge Network, KN) ที่มีคนจาก
หลายประเทศเข้ามาทำงานร่วมกัน ในขณะที่เดียวกันเขาก็แสวงหาประเทศที่สนใจเข้าเป็นภาคี
กับเขาด้วย เวทีนี้ เขาต้องการฟังข้อคิดเห็นจากผู้แทนบางประเทศว่าร่างรายงานใช้ได้ไหม ควร
ปรับอย่างไร ประเทศต่าง ๆ จะนำไปใช้ประโยชน์สูงสุดได้อย่างไร จากนั้น จะมีการประชุม
คณะกรรมการที่คณะที่กรุงปักกิ่งปลายเดือน ต.ค. นี้ จากนั้น ก็จะพัฒนารายงาน นำเสนอ
ในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกในเดือน พ.ค. ปีหน้า (2551)

แนวคิดของเรื่องนี้อยู่ที่การมองว่า สุขภาพมีปัจจัยหรือตัวกำหนดทางสังคมมากมายที่
ไม่ใช่เชื้อโรค ไม่ใช่เรื่องของผู้ที่อยู่ในระบบการแพทย์และสาธารณสุข และเป็นสาเหตุของสาเหตุ
(causes of the causes) ของปัญหาสุขภาพ ดังนั้น การจะให้พลโลกหรือผู้คนในแต่ละประเทศมี
สุขภาพดี สังคมมีสันติสุข ต้องหาทางลดปัจจัยหรือตัวกำหนดต่าง ๆ ที่อยู่นอกระบบสาธารณสุข
ไม่ใช่มีไว้แต่ทำงานอยู่ในระบบการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเดิม ๆ เท่านั้น แนวคิดนี้สอดคล้อง
กับการขับเคลื่อนงานปฏิรูประบบสุขภาพของเรา สอดคล้องกับทิศทางใน พ.ร.บ.สุขภาพ
แห่งชาติ พ.ศ.2550 และสอดคล้องกับทิศทางการทำงานของ สช.อย่างยิ่ง

ปัจจัยหรือตัวกำหนดทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพมีมากมาย ได้แก่ โลกาภิวัตน์ สิ่งแวดล้อม
ความยากจน การศึกษา การจ้างงาน การเงิน การกีดกันทางสังคม ความขัดแย้ง ภัยธรรมชาติ
อาชญากรรม ความรุนแรง อาหาร ผู้หญิงและเด็ก ผู้สูงอายุ การพัฒนาชนบท การพัฒนาเมือง
เทคโนโลยีและการสื่อสาร การค้า การตลาด ทูทางสังคม ภูมิปัญญาท้องถิ่น บุหรี่-เหล้า-ยา
เสพติด พฤติกรรม วัฒนธรรม ฯลฯ ปัจจัยหรือตัวกำหนดเหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้
เกิดความไม่เท่าเทียมและไม่เป็นธรรมทางสังคมได้ชัดเจน ดังภาพที่ 1

การที่จะทำให้เกิดสุขภาพดีหรือมีสุขภาวะ (well-being) ต้องให้ความสำคัญต่อเรื่องเหล่านี้
โดยต้องมีการพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะที่เป็นด้านบวกต่อสุขภาพ (Healthy Public Policy)
และเป็นการลดผลกระทบจากปัจจัยหรือตัวกำหนดต่าง ๆ (public policy to reduce causes) งาน
ของ คสช. และ สช. ตรงกับเรื่องนี้อย่างยิ่ง

ผมจึงได้เสนอไปว่า ประเทศไทยยินดีเข้าร่วมเป็นประเทศภาคีกับคณะกรรมการเรื่องนี้
และเราจะร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายนานาชาติเพื่อขับเคลื่อนเรียนรู้อย่างเข้มข้นร่วม
กันต่อไป โดยได้เสนอหลักคิดการดำเนินงานในระดับประเทศว่า เราจะใช้ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยม
เขี่ยอนุภูเขาดังภาพที่ 2

สช.กำลังจะชวนเพื่อนภาคีในประเทศของเรามาร่วมตัวกันเป็นคณะทำงานที่ต่อไปจะ
พัฒนาไปสู่การเป็นคณะกรรมการภายใต้ คสช. เพื่อขับเคลื่อนเรื่องนี้กันต่อไป

สช. กำลังยื่นมือไปจับกับประชาคมโลกอย่างเป็นรูปธรรมแล้วละครับ



ภาพที่ 1



ภาพที่ 2



เล่าเรื่อง อย่างเรื่องเล่า เครื่องมือจัดการความรู้ในตัวตน

ช่วงปีสองปีมานี้ เรื่อง KM หรือ การจัดการความรู้ เป็นเรื่องที่ถูกพูดถึง หรือ intrend สุดๆ ไปไหนมาไหนคนก็พูดถึงแต่ข้างปลา แต่ตอนนี้คนเริ่มพูดถึงอีกเครื่องมือหนึ่งที่กำลังร้อนขึ้นมาเป็นลำดับ ไปไหนมาไหน คนก็เริ่มพูดถึงและใช้ประโยชน์ ทั้งในฐานะที่เป็นกระบวนการ วิธีการสื่อสารระหว่างกัน และวิธีการเขียนเพื่อเผยแพร่ความรู้ อย่างที่เรียกว่าได้ กำลังฮอต ฮิต ติดลมบนไปแล้วก็ว่าได้

ครับ ผมกำลังจะพูดถึงเครื่องมือจัดการความรู้ที่เรียกกันว่า การ “เล่าเรื่อง” หรือ บางคนก็เรียกว่า “เรื่องเล่า” (Storytelling)

ทำไมมันถึงฮอต ฮิต ติดลมบนขนาดนั้นล่ะ?

รู้ อะไรบ้าง ซึ่งทำให้มีทิศทางหรือกรอบเนื้อหาในการเล่าของทุกคน เช่น เพื่อให้ทุกคน ได้รู้จักและเข้าใจกันมากขึ้น หรือเพื่อเรียนรู้ความสำเร็จ ความภาคภูมิใจของแต่ละคน จึงให้เล่าเรื่องชีวิตที่เป็นมาจนถึงปัจจุบัน หรือสิ่งที่เป็นความสำเร็จภาคภูมิใจในชีวิต ก็เล่าพัฒนาการของความสำเร็จ ความภาคภูมิใจที่ว่า

จากนั้นก็ ลงมือเล่าเรื่อง ซึ่งอาจจะมีส่วนตอนการ build อารมณ์กันหน่อยก็ไม่ต่างกัน บางครั้งเขาก็ใช้การให้เขียน หรือวาดรูป สิ่งที่ตนเองกำลังจะเล่า โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่าเส้นแบ่งเวลา(time line) หรือสายธารชีวิตมาช่วย

ในการเล่า มักจะเรียงไปตามลำดับเวลา โดยชี้ให้เห็นถึงเหตุการณ์ที่เป็นจุดเปลี่ยน



ก็เพราะ การเล่าเรื่อง เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย ฝึกกันนิดหน่อยก็ทำเป็น และทำได้แบบไม่ต้องมีอุปกรณ์พอก่อนให้พระพุทธรูป ที่สำคัญ มันเป็นเรื่องมือส่งผ่าน “ข้อมูลดิบ” หรือ “ความรู้ดิบ” ที่มาจากพฤติกรรม จากกิจกรรม ที่ได้ทำ ๆ มาโดยตลอด มาถึงผู้ฟัง โดยไม่ต้องตีความ

การเล่าโดยไม่ต้องตีความ เป็นเรื่องที่สำคัญมากและทำยาก เพราะเรามักจะชินกับการเล่าแบบตีความแล้ว) ในการจัดการความรู้ เพราะเป็นการเปิดโอกาสให้ทุกคน “ร่วมกันตีความ” ในเรื่องที่ได้ฟัง ซึ่งอาจจะตีความกันได้แตกต่างกันไป หรือบางเรื่องอาจจะเห็นตรงกัน

แต่ทั้งที่เห็นตรงกันและที่เห็นต่างกันนั่นเอง หากได้พูดคุย แลกเปลี่ยนกันต่อเนื่อง ก็จะทำให้เกิดการยกระดับความรู้ หรือเกิดความรู้ใหม่ ๆ ขึ้นมา

“การเล่าเรื่อง” จึงเป็นเครื่องมือส่งผ่านความรู้ ที่เชื่อมอดีต สู่อุบัติปัจจุบัน และเชื่อมความรู้เฉพาะคน ไปสู่การครุ่นคิด และจัดการความรู้แบบรวมหมู่ และเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคนและองค์กรไปในคราวเดียวกัน

เพราะไม่เพียงทำให้คนฟังแค่เรื่องที่เป็นเนื้อหา แต่ทำให้รู้จัก “ตัวตน” ของผู้เล่าไปด้วย ซึ่งทำให้ผู้เล่าและผู้ฟังได้รู้จักและเข้าใจกันมากขึ้น ประมาณว่าทำให้เกิด

“ความเข้าใจ (กัน) การเข้าถึง (ความคิด ความรู้สึก) กัน และการ (ร่วมกัน) พัฒนา” ได้ด้วย

ว่าเรื่องความสำคัญของเรื่องเล่า ชะเกือบหมดหน้า บก. แกเหล่ ๆ แล้วครับ คงว่าพาลามากไปแล้วนี่เอง เข้าเรื่องเหอะ ทำกันยังไม่ได้บ้าง เพราะคงมีหลายวิธีตามความถนัดครับ ผมก็จะเล่าส่วนที่ผมมีประสบการณ์ให้ฟัง เท่าที่เขาวัว ๆ กันมา และลอง ๆ ใช้กัน เขาทำกันแบบนี้ครับ

ลำดับแรก ตามธรรมเนียมของการจัดการความรู้ ก็ต้องมีคุณอำนวย และคุณบันทึกช่วยซะหน่อย

ลำดับต่อมา ต้องช่วยกันตั้งเป้าหมายของการเล่าเรื่อง ว่าต้องการให้ทุกคนได้รับ

แปลง ที่เชื่อมต่อเรื่องราว ของชีวิต ของความสำเร็จ ความภาคภูมิใจที่เกิดขึ้น ในแต่ละช่วงเวลา

ระหว่างการเล่า ผู้ฟังก็ช่วยกันซักถามได้ตามสมควรครับ

ขั้นต่อมา คือ การสะท้อนความคิดเห็นของผู้ฟัง ที่มีต่อเรื่องที่ได้ฟัง ข้อคิด สิ่งที่น่าสนใจ จากเรื่องที่ฟัง คุณอำนวยอาจจะช่วยตั้งคำถามให้ทุกคนได้สะท้อนว่าแต่ละคนได้อะไรจากเรื่องที่เล่ากันมา

ขั้นตอนนี้ สำคัญมาก เพราะจะช่วยให้เกิดการยกระดับจากความเข้าใจของปัจเจกบุคคล ไปสู่ความรู้ร่วมหมู่ ที่อาจนำไปสู่การปฏิบัติการร่วม หรือแม้จะแยกกันปฏิบัติ แต่ก็ตั้งอยู่บนฐานความรู้ ความเข้าใจเช่นเดียวกัน

ลองทำดูนะครับ เริ่มแรกอาจจะไม่ถนัด โดยเฉพาะการเล่าแบบไม่ตีความ(เพราะเรายังไม่ชิน) แต่ถ้าได้ทำบ่อยๆ ก็ไม่ยากแล้วครับ

แล้วจะรู้ว่า เครื่องมือจัดการความรู้ที่ได้ความสุข ได้จินตนาการ และสาระกับชีวิต ก็มีเหมือนกัน

ก่อนจบ ผมคัดลอกข้อความที่อาจารย์วิจารณ์ พานิช ได้กล่าวไว้เกี่ยวกับ “การเล่าเรื่อง” อย่าง “เรื่องเล่า” จากหนังสือเล่มหนึ่งมาฝากครับ

“...วิธีการจัดการความรู้โดยนำเอาความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดมาเล่า มีวิธีการเล่าที่ถูกต้อง มีการสร้างบรรยากาศเชิงชื่นชมยินดี มีการซักถามด้วยความอยากรู้และเห็นคุณค่า จะทำให้มี “ความรู้ฝังลึก”(Tacit Knowledge)หลั่งไหลออกมา และมีคุณภาพสูงอย่างไม่คิดว่าจะมีถึงขนาดนั้น ยิ่งมีการจัดบันทึก “ชุมชนความรู้” และช่วยกันตีความหรือทบทวน “ชุมชนความรู้” ก็จะเกิดการยกระดับความรู้ขึ้นโดยอัตโนมัติ เรื่องเล่าคือเครื่องมือเชื่อมต่อกันที่สร้างสมไว้ในอดีต ทั้งที่สร้างอย่างรู้ตัว และไม่รู้ตัว สู่อุบัติปัจจุบัน เป็นเครื่องมือ หรือสื่อ หรือ “ร่างทรง” ให้ “ความรู้แฝง” ได้ปรากฏตัวขึ้น ทำให้เราสามารถ “จับ” (capture) ความรู้เหล่านั้นได้ เรื่องเล่า มีพัฒนาภาพในการเป็น “รูปธรรม” ให้เราค้นหา “นามธรรม” ได้”

วิจารณ์ พานิช จาก “ทศานภาพของการจัดการความรู้”

โชคิต สุชี สุขโข สวัสดิ์ศรีครับ?

เขียนจากดวงตา

ความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิต ความทุกข์ เหตุแห่งทุกข์และการจัดการกับทุกข์นั้น ถือได้ว่าเป็นการทำบุญที่สำคัญ เป็นการทำความเห็นให้ถูกต้องอันจะเป็นที่มาแห่งจิตที่ผ่องแผ้ว ผ่องใส

ก่อนอื่นต้องยอมรับเสียก่อนว่า ชีวิตก็คือกระบวนการแก่ทุกข์อันยาวนานตั้งแต่เกิดจนตาย คนส่วนใหญ่คิดว่าความสะดอกสบาย ความสนุกสนานเพลิดเพลินเป็นความสุขที่แท้จริง จึงได้กระเสือกกระสนหาทรัพย์มาเพื่อสิ่งนี้ ทั้งที่ตามความจริงแล้วความสุขที่แท้จริงมีอาจหาซื้อได้ด้วยทรัพย์

เพียงเพราะความเคยชิน จึงทำให้ “ทุกข์” กลายเป็นผงเข้าตาที่มองเห็นได้ยาก
ก้าวแรกของกระบวนการแก่ทุกข์ก็คือ “การเห็นทุกข์” ซึ่งเป็นก้าวที่สำคัญที่สุด จากนั้นก็จะเป็นเรื่องของ การค้นหาสาเหตุและการจัดการกับทุกข์ที่เกิดขึ้น

คนไม่สนใจเรื่องอริยะสักก็เพราะธรรมหมวดนี้เริ่มต้นด้วย “เรื่องทุกข์” เมื่อเห็นทุกข์และยอมรับว่าชีวิตนี้มีความทุกข์แล้ว นั้นย่อมเปิดโอกาสให้ได้จัดการกับทุกข์นั้น เช่นการที่คนป่วยเห็นความทุกข์จากการป่วยย่อมต้องหาทางแก้ไขเพราะเกิดความเบื่อหน่าย ทำให้คนป่วยผู้นั้นมีหนทางที่จะหายได้ฉับไฉน ผู้ที่มองเห็นทุกข์และเกิดความเบื่อหน่ายย่อมต้องหาทางดับทุกข์อันนั้น การจะดับทุกข์ได้นั้นมิใช่วิ่งหาความสนุกสนานเพลิดเพลินนอกตัว นั้นยังเป็นก้าวก่อเหตุให้ความทุกข์ทับถมทวีหนักเข้าอีก แต่ที่จริงแล้ว เมื่อคุณสามารถดับทุกข์หรือแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ ความสุขก็จะเข้ามาแทนที่โดยทันที

ความทุกข์ทั้งปวงมีมูลรากสำคัญมาจากต้นเหตุ หากสามารถทำลายสิ่งนี้ได้ทุกข์ก็จะดับไปได้เอง ดุจดั่งต้นไม้ที่หากเราตัดกิ่งการทำลาย จะต้องทำลายที่รากเหง้าอันใดก็อันนั้น ส่วนกิ่งใบนั้นในที่สุดก็จะแห้งเหี่ยวตายไปเอง

เหตุแห่งทุกข์ในทางพระพุทธศาสนาคือคือต้นเหตุ 3 ประการ อันได้แก่

กามตัณหา คือการอยากให้มีแต่ไม่มีมา อยากได้สิ่งต่าง ๆ มาสู่ตน

ภวตัณหา คือการอยากให้อยู่แต่ไม่อยู่

วิภวตัณหา คือการอยากให้ไปแต่ไม่ไป

ไฟต้นหามิอาจดับสิ้นได้ด้วยความอยาก สังเกตได้จากเมื่อผู้ใดได้สมตามความอยากแล้วก็จะยิ่งโหยหาความอยากที่ยิ่ง ๆ ขึ้นไปอีก เพราะตัณหามิสามารถให้ความพอใจที่สิ้นสุดได้ แม้เมื่อได้มาซึ่งสิ่งที่ตนต้องการก็อาจจะมีสุขอยู่บ้าง แต่ตามสภาพความเป็นจริงแล้วไม่ว่าคุณจะทำอย่างไรก็ตามแล้วแต่ต้องลงทุนลงแรง และรอคอยด้วยความกระวนกระวายใจกันทั้งนั้น มนุษย์ส่วนใหญ่มักจะวุ่นวายอยู่กับเรื่องกิน กาม และเกียรติ

เรื่องกามเป็นเรื่องที่ต้องดิ้นรนเพื่อให้ได้มา เรื่องกินเป็นเรื่องที่ต้องแสวงหา ส่วนเรื่องเกียรติเป็นเรื่องที่ต้องแบกไว้ เมื่อมีเกียรติมากขึ้น ภาระที่ต้องแบกเอาไว้ก็มากขึ้นเหมือนเงาตามตัว จิตใจต้องวุ่นวายตลอดเวลา มนุษย์จึงมักพร่ำบ่นกันว่าเหนื่อยนัก แต่ก็ยังแบกเอาไว้อย่างไม่ลืมหูลืมตา คงปฏิเสธไม่ได้ว่าความต้องการของมนุษย์มีมากมาย ยิ่งได้มากก็ยิ่งต้องการมาก ไม่มีที่สิ้นสุด แม้จะได้ทุกสิ่งที่ตนปรารถนาและลงทุนลงแรงหามาด้วยความเหนื่อยยากแล้ว ก็หาไม่มีความสุขไม่ เพราะจะเกิดความปรารถนาที่ยิ่ง ๆ ขึ้นไป ไม่มีวันสิ้นสุดลงได้ จึงเป็นเรื่องที่แน่นอนว่า ผู้ที่มีความอยากย่อมต้องผิดหวังและประสบทุกข์เป็นนิจ ฉะนั้นการถูกตัดหาคอรับงาก็เหมือนกับการเล่นความสนุกไปข้างหน้าแล้วก็วิ่งตาม เมื่อวิ่งถึงแล้วแทนที่จะจับเอาไว้และหยุดวิ่ง กลับโยนต่อไปข้างหน้าแล้วก็วิ่งตามอีก เช่นนี้ตลอดชีวิตไม่มีที่สิ้นสุด ตราบใดที่มนุษย์ยังวุ่นวายแสวงหาความสุขจากที่อื่น ก็จะไม่ทางได้พบกับความสุขที่แท้จริงที่อยู่ภายในของทุกคนอยู่แล้ว

การดับทุกข์จึงสามารถกระทำได้ด้วยการดับไฟต้นเหตุ วิธีการดับก็คือต้องอาศัยความตั้งใจอันเด็ดเดี่ยว ความพยายามอันเข็มยอดและเวลาที่ต่อเนื่องยาวนาน

ไฟต้นหามิอาจดับสิ้นได้ด้วยความอยาก
แม้เมื่อได้มาซึ่งสิ่งที่ตนต้องการก็อาจจะมีสุขอยู่บ้าง
แต่ไม่ว่าปรารถนาสิ่งใดก็ตามแล้ว
แต่ต้องลงทุนลงแรง และรอคอยด้วยความกระวนกระวายใจ
มนุษย์ส่วนใหญ่มักจะวุ่นวายอยู่กับเรื่องกิน
กาม และเกียรติ

สข. สานพลังภาคีร่วมเครือข่ายพัฒนาสุขภาพะสาภาค

จากการที่ผู้แทนของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สข.) ได้เข้าร่วมประชุมหารือ Technical Advisory Group to Support the Translation of Recommendations by the WHO Commission on the Social Determinants of Health (CSDH) into Policy and Action at the Country Level ณ กรุงลอนดอน สหราชอาณาจักร ระหว่างวันที่ 8-9 ต.ค.50 พบว่า องค์การอนามัยโลก ได้จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อทำรายงานเรื่อง “ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ” (Social Determinants of Health, SDH) เมื่อ มี.ค.48 เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับให้ประเทศสมาชิกพิจารณาไปปรับใช้เป็นนโยบายของแต่ละประเทศตามควรแก่กรณี โดยรายงานชิ้นนี้พัฒนาขึ้นโดยใช้เครือข่ายวิชาการ (Knowledge Network, KN) หลายเครือข่ายแต่ละเครือข่ายมีคนจากหลายประเทศเข้ามาทำงานร่วมกัน ในขณะที่เดียวกันก็มีการแสวงหาประเทศที่สนใจเข้าเป็นภาคีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และขับเคลื่อนด้วย จากนั้น จะมีการประชุมคณะกรรมการทั้งคณะที่กรุงปักกิ่งปลายเดือน ต.ค. นี้ แล้วจะทำการพัฒนารายงาน เพื่อนำเสนอในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 61 ในเดือน พ.ค.51 นั้น

สข. พิจารณาดูเห็นว่าแนวคิดของการขับเคลื่อนในเรื่องดังกล่าว ซึ่งมองว่าสุขภาพมีปัจจัยหรือตัวกำหนดทางสังคมมากมายที่ไม่ใช่เชื้อโรค ไม่ใช่เรื่องของผู้ที่อยู่ในระบบการแพทย์และสาธารณสุข และเป็นสาเหตุของสาเหตุ (causes of the causes) ของปัญหาสุขภาพ ดังนั้น การจะให้พลโลกหรือผู้คนในแต่ละประเทศมีสุขภาพดี กล่าวคือ มีสุขภาพดี สังคมมีสันติสุข จะต้องหาทางลดปัจจัยหรือตัวกำหนดต่าง ๆ ที่อยู่นอกระบบสาธารณสุข นับว่าเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับการขับเคลื่อนงานปฏิรูประบบสุขภาพของไทย และทิศทางใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 รวมทั้งทิศทางการทำงานของ สข. อย่างยิ่ง การที่ประเทศไทยจะเข้าร่วมเป็นภาคีขับเคลื่อนในระดับนานาชาติต่อไปจึงจะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างยิ่ง

จากแนวคิดดังกล่าว สข. จึงเป็นแกนกลางประสานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อแสวงหาแนวทางตั้งต้นในการพัฒนาเครือข่ายองค์กรที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาภาคีภาคีและขับเคลื่อนนโยบาย ทั้งในระดับคณะทำงานจนถึงระดับกรมการเมือง และการจัดการกลไกและเครือข่าย ในการร่วมเป็นภาคีขับเคลื่อนในเรื่องดังกล่าวต่อไป



ประกายความหวัง จากกลางกองไฟ



มาเรียม ชัยสันตะนะ

ในงาน “ขับเคลื่อนและร่วมเรียนรู้กระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ” พ.ศ.2550 ในวันที่ 1-2 พ.ย.นี้ อาจไม่มีผู้หญิงร่างเล็กทะมัดทะแมงชื่อ มาเรียม ชัยสันตะนะ มาร่วมเป็นส่วนหนึ่ง แต่ที่แน่ๆ คือ หัวใจของเธอได้ส่งข้ามไกลจากยะลามาอยู่กับพวกเราที่นี่ด้วย

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา “กลุ่มฟ้าใส” ซึ่งคุณมาเรียมก่อตั้งขึ้นเป็นหนึ่งในองค์กรเล็กๆ ที่เป็นกำลังสำคัญในการผลักดันให้เกิดสุขภาพในจังหวัดยะลา โดยมีบทบาทเป็นที่รวมตัวของเยาวชนเข้าสู่งานเรียนรู้ “สร้างสุข” ผ่านกิจกรรมน้อยใหญ่รวมทั้งการร่วมเป็นเครือข่ายขับเคลื่อนงานปฏิรูประบบสุขภาพร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคได้อย่างต่อเนื่องมาจนถึงวันนี้

ถามถึง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่มีส่วนร่วมผลักดันมากับมือ คุณมาเรียม บอกว่ามาตราที่โดนใจมากที่สุดก็คือ มาตรา 7-8 ที่ว่าด้วยการประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากโครงการพัฒนาต่างๆ โดยให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วม โดยเป็นเรื่องที่ขอบมาตั้งแต่เริ่มต้น ตอนที่ได้เข้าไปร่วมในห้องย่อยของการจัดสัมมนาสุขภาพแห่งชาติ อีกเรื่องที่คิดว่าสำคัญมากคือเรื่องนโยบายด้านอาหารและเกษตร ซึ่งมีผลกระทบสูงมาก

“นานหลายปีที่เราช่วยกันรณรงค์จนเกิดมาตรานี้ จากนั้นไป

ใครมาทำอะไรใกล้ๆ บ้านเรา เรามีสิทธิเข้าไปดูแลขอให้มีการศึกษามลกระทบ นับเป็นมาตราที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและสุขภาพของเราเอง ใครจะมาสร้างโรงงานมีกลิ่นใกล้บ้านเรา เรามีสิทธิร้องเรียน หรือฟ้องได้ อันนี้สำคัญ ถ้าสภาพแวดล้อมเราดีสุขภาพเราก็ดี เหมือนที่เขายกถามนุษย์เรามีความสัมพันธ์ 3 มิติ คือ มนุษย์กับพระเจ้า มนุษย์กับมนุษย์ และมนุษย์กับสภาพแวดล้อม นี่คือความสมดุลในชีวิตของพวกเขา”

อีก 2 เรื่องที่เธอรอคอยให้เกิดเป็นจริงเป็นจังก็คือ สัมมาสุขภาพ และธรรมนูญสุขภาพ

“สำหรับธรรมนูญสุขภาพ ก็ต้องตอบโจทย์ที่เป็นความทุกข์ที่ประชาชนกำลังประสบอยู่ และมีความเป็นรูปธรรมว่าจะออกมาเป็นอย่างไร ดำเนินการอย่างไร จะช่วยได้อย่างไร ถ้าไปถึงขั้นนั้นคิดว่าจะเป็นประโยชน์อย่างมากเลย เพียงแต่อาจต้องใช้เวลาสักหน่อย แต่ถ้ามีเมื่อไหร่ เชื่อว่าจะส่งผลดี”

คุณมาเรียมเห็นว่า ถ้าคนเข้าใจเนื้อหาของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เกิดธรรมนูญฉบับ และมันนโยบายที่ชัดเจนจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงชีวิตและสุขภาพของคนไทยได้ในระดับชาติ ทุกคนจะอยู่เท่าเทียมกันได้ภายใต้กรอบของธรรมนูญสุขภาพ

“ถึงแม้ไม่เป็นกฎหมายโดยตรงก็ไม่ใช่ไร แต่อย่างน้อยขอให้ประกาศออกมาให้ทุกคนได้รู้ร่วมกันว่าทิศทางนโยบายเกี่ยวกับระบบสุขภาพแต่ละเรื่องมันมีแล้วนะ และนำไปใช้ให้เกิดผลจริงๆ” เธอให้ทัศนะ

สำหรับการมีส่วนร่วมในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ แม้คราวนี้มาเองไม่ได้เพราะต้องการจัดสรรโควตาผู้แทนของยะลาให้คนที่ประสบกับผลกระทบโดยตรงได้มานำเสนอประเด็นและความคิดเห็น แต่ที่แน่ๆ คือ จะติดตามผลจากเวทีนี้ว่าได้ข้อสรุปอย่างไร

“ถ้ามีการจัดเวทีในโอกาสต่อไปต้องเข้าร่วมด้วยแน่นอนอยากเข้าไปมากๆ”

นั่นคือความตั้งใจของแกนนำสร้างสุขภาพจากยะลาคนนี้



ทำใจให้อบ

ปริศนาฉบับนี้จะหนีไปจากเรื่อง “ธรรมนูญสุขภาพ” ได้อย่างไร ในเมื่อกำลังร้อนแรงขนาดนี้

คำถามเขาแค่เบาๆ ว่า “พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้ต้องมีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพเป็นระยะ เพื่อให้เท่าทันความเปลี่ยนแปลงของสังคม โดยธรรมนูญสุขภาพแต่ละฉบับจะมีอายุใช้งานได้นานที่สุดไม่เกินกี่ปี

ฉบับนี้ รู้คำตอบแล้ว รับส่งมายัง สช. ด่วนจี มายัง พลินี เสริมสินสิริ ตามที่อยู่ สช. ที่มุมซ้ายของกรอบที่จัดส่งด้านล่างของหน้านี้ หรือทางอีเมล palinee@nationalhealth.or.th ภายใน 30 พ.ย. 2550

ทุกคนที่ตอบถูกต้องจะได้รับหนังสือดี “คู่มือหมอชาวบ้าน” ใว้คู่บ้านคู่มือ ฟรี!



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
อาคารทีศเหนือสวนสุขภาพ ภายในกระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

ชำระค่าส่งเป็นรายเดือน
ใบอนุญาตที่ 168/2543
ปณ.นนทบุรี



ติดตามข่าวสารข้อมูลเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ
ได้ที่ “เวทีปฏิรูป” ราย 2 เดือน
หรือทุกเมื่อที่เว็บไซต์ สช. www.nationalhealth.or.th