

รายงานผลการจัดสัมมนาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔

“พลังพลเมืองต้นรู้ สู่วิกฤตสุขภาพ”

๑๔





สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

รายงานผลการจัด สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔

พลังพลเมืองตื่นรู้ สู้วิกฤตสุขภาพ

๑๕-๑๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

หอประชุมใหญ่ บริษัท โทรคมนาคมแห่งชาติ จำกัด (มหาชน)
สำนักงานแจ้งวัฒนะ ถนนแจ้งวัฒนะ เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ ๙



รายงานผลการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔

ที่ปรึกษา	คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๓ และครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔
บรรณาธิการบริหาร	นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ ผศ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี
บรรณาธิการ	นายสมเกียรติ พิทักษ์กมลพร นางนิรชา อัครวีระกุล
คณะผู้จัดทำ	น.ส.วริษฐา แก้วเกต น.ส.วรรณวิมล ขวัญยาใจ น.ส.แคทรียา การาม น.ส.ศิริกร เค้าภูไทย น.ส.วันวิสา แสงทิม น.ส.นันทฉวี ฤกษ์ปัญญา น.ส.ฐิติมา สุวัตติ น.ส.ศิริเพ็ญ ก่องแก้วรัมย์
ออกแบบรูปเล่ม/ปก พิมพ์ครั้งที่ ๑ จำนวนพิมพ์	บริษัท แจ่มแจ่ม กรู๊ป จำกัด เดือนมีนาคม ๒๕๖๕ ๑,๑๐๐ เล่ม
ISBN	๙๗๘-๖๑๖-๕๖๙-๐๑๑-๙
พิมพ์ที่ จัดพิมพ์โดย	โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ๘๘/๓๙ ถนนติวานนท์ ๑๔ หมู่ที่ ๔ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง นนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์ : ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๐ โทรสาร : ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๑ www.nationalhealth.or.th และ www.samatcha.org www.facebook.com/HealthAssembly
	"สข. เป็นหน่วยงานรัฐภายใต้กำกับของนายกรัฐมนตรี"

คำนำ

สมัชชาสุขภาพ เป็นนวัตกรรมทางสังคมที่เกิดขึ้นตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้รับการออกแบบให้เป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ซึ่งมีเป้าหมายและทิศทางที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพของคนและสังคม

ตามมาตรา ๔๑-๔๕ แห่ง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สข.) เพื่อทำหน้าที่จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง เพื่อเป็นกลไกเชื่อมประสานให้ภาคส่วนต่างๆ ในสังคม ได้เข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสมานฉันท์เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพร่วมกัน โดยการจัดประชุมอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วม ที่ให้ความสำคัญกับกระบวนการทำงานด้วยยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาที่มุ่งเน้นการสร้างสมดุล โดยการสานพลังของพลังปัญญา พลังทางสังคม และพลังทางภาครัฐ มาร่วมกันขับเคลื่อน ผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบายหรือที่เรียกว่า "มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ" ในการแก้ไขปัญหาที่ยากและซับซ้อน นำไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลรูปธรรม อันเป็นผลจากการบูรณาการงานร่วมกันของทุกภาคส่วนทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๖๔ ประเทศไทยมีกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (National Health Assembly) ซึ่งจัดมาแล้ว รวม ๑๔ ครั้ง และมักจะจัดในช่วงเดือนธันวาคมของทุกปี ทำให้เกิดมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รวม ๙๐ มติ ในที่นี้มีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ รวม ๓ มติ ได้แก่ มติ ๑๔.๑ การสร้างเสริมสุขภาพระดับสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในวิกฤตโควิด-19 มติ ๑๔.๒ การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม มติ ๑๔.๓ การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ โดย คสช. เสนอเรื่องมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติต่อคณะรัฐมนตรี (ครม.) เป็นประจำทุกปี เพื่อให้ ครม. รับทราบ และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณา ดำเนินการตามภาระหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต่อไป

สำหรับการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ ยังคงมีประเด็นหลัก (Theme) คือ "พลังพลเมืองตื่นรู้สู้วิกฤตสุขภาพ" คจ.สข. ได้ใช้ประสบการณ์จากการจัดสมัชชาสุขภาพฯ ในรูปแบบผสมผสาน (Hybrid) เป็นครั้งแรก จากสมัชชาสุขภาพฯ ครั้งที่ ๑๓ พ.ศ. ๒๕๖๓ มาปรับปรุงและพัฒนารูปแบบกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นตลอดปี ทั้งก่อนวันงานประชุมและวันประชุมสมัชชาสุขภาพฯ เมื่อวันที่ ๑๕-๑๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ให้มีความหลากหลาย มุ่งเน้นการขยายการมีส่วนร่วมไปยังภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่างๆ และเข้าถึงกลุ่มประชาชนคนทั่วไปได้กว้างขวางยิ่งขึ้น โดยใช้เทคโนโลยีสนับสนุนอย่างเต็มประสิทธิภาพ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ที่ยังคงเกิดขึ้นต่อเนื่องข้ามปี

รายงานการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ มีเนื้อหาประกอบด้วย ๑. สรุปผลการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติฯ ๒. ชุดเอกสารมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติฯ ทั้ง ๓ มติ ๓. บันทึกคำกล่าวถ้อยแถลงร่วมขับเคลื่อนมติฯ ของหน่วยงานหลัก และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และ ๔. บัญชีรายชื่อกลุ่มเครือข่ายที่เป็นสมาชิกสมัชชาสุขภาพฯ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ นำเสนอทั้งในรูปแบบเอกสาร และไฟล์เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ที่อยู่ใน QR Code ซึ่งแสดงไว้ในเนื้อหารายงานฉบับนี้ เพื่อให้ง่ายต่อการสืบค้นข้อมูล

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สข.) ฝ่ายเลขานุการ คสช. และ คจ.สข. หวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน มีข้อมูล องค์ความรู้ที่ใช้สนับสนุนการทำงาน และนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ไปขับเคลื่อนงานให้เกิดผลรูปธรรมต่อไป

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
มีนาคม ๒๕๖๕

สารจากประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๔

พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดนิยามของคำว่า “สุขภาพ” ไว้ว่า “ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” ดังนั้น “สุขภาพ” จึงมีความหมายกว้างกว่าเฉพาะ เรื่องการแพทย์และสาธารณสุข และมีทิศทางการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพในลักษณะของ “ทุกนโยบาย ห่วงใยสุขภาพ” (Health in All Policies: HiAP) ที่ทุกนโยบายต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพและการมีส่วนร่วมของทุก ภาคส่วนในสังคมอย่างแท้จริง

“สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” ถือเป็นกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมรูปแบบหนึ่ง โดยคณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ที่มีองค์ประกอบจากทุกภาคส่วนใน สังคม ทำหน้าที่จัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติฉบับนี้

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ คจ.สช. ได้ดำเนินการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ ภายใต้ประเด็นหลัก “พลังพลเมืองตื่นรู้...สู้วิกฤตสุขภาพ” เสร็จเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผมขอขอบคุณคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการ จัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๔ คณะอนุกรรมการ คณะทำงานทุกคณะ ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิ สมาชิก สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ผู้สังเกตการณ์ และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเป็นอย่างสูง ที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการ จัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติด้วยดีตลอดมา และหวังว่าทุกท่านจะร่วมกันขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ ให้เกิดผลเป็นรูปธรรมต่อไป

(นายณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา)

ประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๔

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	๓
สารจากประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๔	๔
โจทย์ที่ท้าทายของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔	๖
เปิดการประชุมเพื่อพิจารณาและรับรองมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔	๘
ภาคีเครือข่าย ๖๕ องค์กร ให้ ‘ถ้อยแถลง-พันธสัญญา’ พร้อมขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔	๑๐
ภาพรวมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ ปีที่ ๒ ของ ‘พลังพลเมืองตื่นรู้...สู้วิกฤตสุขภาพ’	๑๔
ปาฐกถาพิเศษ หัวข้อ “พลังพลเมืองตื่นรู้ พาไทยสู่ ‘สุภาพะที่ยั่งยืน’”	๑๖
ปาฐกถาพิเศษ หัวข้อ “สุขภาพองค์รวมจากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน”	๑๘
เรื่องเล่าจากเครือข่ายนวัตกรรมสังคม ‘ดอกผลคนตื่นรู้ ... สู้วิกฤตสุขภาพ’	๒๒
ปาฐกถา หัวข้อ “พลังคนรุ่นใหม่ กับวัคซีนไทยที่จะไปให้ถึง”	๒๔
เวทีทัศน์ “ทิศทางโลก-ทิศทางไทย ‘โอกาสและความท้าทาย’”	๒๖
รายงานความก้าวหน้าการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา	๒๘
‘ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ’ วาระสุขภาพประเทศไทย ประจำปี ๒๕๖๕-๒๕๖๖	๓๐
ยอดผู้เข้าร่วมงานประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๔ รวมกว่า ๑.๖ แสนคน	๓๒
๒๐ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั่วประเทศ ร่วมขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯ	๓๔
ขยายการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเยาวชน นักศึกษา และคนรุ่นใหม่	๓๗
ในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔	
บทส่งท้าย : ก้าวต่อไปของสมัชชาสุขภาพฯ และการพัฒนานโยบายสาธารณะฯ	๓๙
มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔	๔๐
ภาคผนวก	๑๓๐
คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๓ และครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๔	๑๓๒
บัญชีรายชื่อกลุ่มเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔	๑๓๖
คำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ ภายใต้ คจ.สช.	๑๓๖
เวทีทัศน์ประมวลภาพกิจกรรมงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔	๑๓๖

โจทย์ที่ท้าทายของ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔

สิ่งที่ทุกประเทศทั่วโลกได้เรียนรู้ร่วมกันภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ก็คือ ภัยคุกคามด้านสุขภาพซึ่งเร้นกายมาในรูปแบบของโรคระบาดใหม่ มีพลาสมาภาพมากพอที่จะกะเทาะแนวป้องกันโรคที่เคยเข้มแข็งให้แตกออกได้โดยง่าย นอกจากผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิตผู้คนแล้ว โรคระบาดร้ายแรงยังก่อให้เกิดผลกระทบในมิติต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวม

คนจำนวนมากขาดรายได้ หลากหลายพื้นที่ขาดแคลนอาหารเนื่องจากแหล่งผลิต กระบวนการขนส่ง แหล่งกระจายอาหารถูกปิดหรือถูกตัดขาด ประชาชนสับสนเนื่องจากมีข้อมูลมหาศาลไหลทะลัก เกิดข่าวลวง (Fake news) จำนวนมากที่นำไปสู่ความอหิวาต์และการตื่นตระหนกภายใต้สถานการณ์นี้พบว่า ผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนมากที่สุดคือ กลุ่มประชากรเฉพาะ ซึ่งขาดโอกาสและเข้าถึงถึงหลักประกันทางสังคม ผลพวงจากโควิด-19 เหล่านี้ จึงไม่ต่างไปจาก “วิกฤตซ้อนวิกฤต” ที่คนทั่วโลกต้องเผชิญ

ประเทศไทย สามารถรับมือกับวิกฤตสุขภาพที่เกิดจากโรคระบาดใหญ่ได้ โดยใช้ “พลังอำนาจอ่อน (Soft Power) หนุนเสริม “พลังอำนาจแข็ง” (Hard Power) ซึ่งหมายถึง พลังความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในสังคม หนุนเสริมนโยบาย และมาตรการของรัฐ โดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือ สุขภาวะที่ดีของประชาชน

กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ จึงเต็มไปด้วยความท้าทายอย่างยิ่ง โดยเฉพาะปัญหาเชิงโครงสร้างที่มีความสลับซับซ้อน จำเป็นต้องมีการจัดลำดับความสำคัญในเชิงประเด็นเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะ ที่จะนำไปใช้รับมือวิกฤตการณ์ในอนาคต

คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ได้เล็งเห็นความสำคัญและความจำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทยต้องมีข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมทั้งระดับชาติและระดับพื้นที่ หรือมีทางออก โดยทุกภาคส่วนร่วมด้วยช่วยกันแก้ไขปัญหาใหญ่นี้ เพื่อฟื้นฟูและพัฒนาระบบสุขภาพที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกับมิติเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมให้สังคมไทย

หลังโควิด-19 เดินหน้าต่อไป คจ.สช. จึงได้กำหนดประเด็นหลัก (Theme) ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๓ – ๒๕๖๔ คือ **“พลังพลเมืองตื่นรู้...สู่วิกฤตสุขภาพ”** โดยนิยามสำคัญมีดังนี้

“พลเมืองตื่นรู้” หมายถึง การที่พลเมืองของประเทศไทยมีความรับผิดชอบต่อสังคมโดยรวม มีความตระหนักรู้และกระตือรือร้นที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในภารกิจของประเทศ

“วิกฤตสุขภาพ” หมายถึง ภาวะทางสุขภาพทั้ง ๔ มิติที่ไม่อยู่ในภาวะปกติ ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากธรรมชาติหรือไม่ได้เกิดจากธรรมชาติก็ได้ เป็นเหตุการณ์มีอยู่ในภาวะอันตราย ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม หรือสิ่งแวดล้อมโดยรวม ที่ควรต้องมีนโยบายหรือการตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหาภายในเวลาที่จำกัด

ตลอดระยะเวลา ๑ ปีของกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนได้สานพลังร่วมกันปรึกษาหารือ ถกแถลง สอบทานความคิด-รายละเอียด เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ในการจัดทำนโยบายสาธารณะฯ ที่พุ่งเป้าไปจัดการกับแก่นแท้ของปัญหาได้อย่างสมบูรณ์ที่สุด ที่สุดแล้วสามารถถอดแฉงความคิดจนตกผลึกออกมาเป็น ๓ ระเบียบวาระที่เข้าสู่การพิจารณาประกอบด้วย

๑. การสร้างเสริมสุขภาวะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในวิกฤตโควิด-19

๒. การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม

๓. การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ

หากเปรียบสังคมสุขภาวะเป็นเมืองแห่งความสุข นโยบายสาธารณะฯ คงไม่ต่างไปจากกำแพงอันแน่นหนาที่คอยปกป้องคุ้มภัย และกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ก็คือการรวมพลังของคนในเมือง ช่วยกันก่ออิฐที่ละก้อนๆ จนก่อกำเนิดเป็นปราการขนาดมหึมา ซึ่งแน่นอนว่าทุกคนจะปลอดภัยและได้รับประโยชน์จากหยาดเหงื่อแรงงานที่เสียสละ

เปิดการประชุมเพื่อพิจารณาและ รับรองมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔

ในปีนี้กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติก่อนขึ้น
เดือนธันวาคม มีกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นตลอดทั้งปี จนมาถึง
วันงานประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔
ในวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๔ ก็เปิดฉากขึ้นอย่างเป็นทางการ
ผ่านระบบการประชุมแบบผสมผสาน (Hybrid) ณ หอประชุม
ใหญ่ บริษัท โทรคมนาคมแห่งชาติ จำกัด (มหาชน)
สำนักงานแจ้งวัฒนะถนนแจ้งวัฒนะ เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ
เชื่อมต่อการประชุมออนไลน์ที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา ประธานคณะกรรมการ
จัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๔ ได้กล่าว
เปิดการประชุมในงานวันแรก ด้วยความรู้สึกเป็นเกียรติอย่างยิ่ง
ที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้มอบหมายให้
เป็นประธาน คจ.สช. ปี พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๔ และได้ทำ
หน้าที่เปิดการประชุมและดำเนินการประชุมสมัชชาสุขภาพ
แห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔

ประธาน คจ.สช. กล่าวว่า สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็น
กระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ และ
เป็นพื้นที่กลางให้ทุกภาคส่วนในสังคม ได้เข้ามามีส่วนร่วม
ตามแนวทางประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม สู่การสร้างความเป็น
เจ้าของร่วมกัน ตั้งแต่ร่วมสะท้อนปัญหา ร่วมกำหนด
เป้าหมายและทิศทาง ร่วมพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย และ
สานพลังการขับเคลื่อนหนุนเสริมซึ่งกันและกัน รวมทั้งติดตาม
ความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง จนกว่าจะบรรลุผลสำเร็จตาม
เป้าหมาย ยังประโยชน์ให้เกิดขึ้นแก่ทุกฝ่าย นับเป็นกระบวนการ
สร้างสังคมสุขภาวะในมิติใหม่

สำหรับการประชุมสมัชชาสุขภาพฯ ครั้งที่ ๑๔ นี้ คจ.สช.
ได้ดำเนินการตามกรอบและแนวทางการจัดสมัชชาสุขภาพฯ
ครั้งที่ ๑๓ ใน ๓ ข้อแรก ได้แก่ ๑. ปรับและบูรณาการการ
ดำเนินการทั้งข้างขึ้นและข้างลงของสมัชชาสุขภาพฯ ร่วม
กับสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นและสมัชชาสุขภาพระดับ
พื้นที่ ๒. เตรียมประเด็นทางวิชาการของสมัชชาสุขภาพฯ
พร้อมกัน ๒ ปี และ ๓. ให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อน

มติสมัชชาสุขภาพฯ ที่ผ่านมา และนำเข้าสู่การแลกเปลี่ยน
ในเวทีสมัชชาสุขภาพฯ โดยมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้
การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯ ที่เชื่อมโยงภาคีเครือข่าย
ระดับนโยบายและระดับพื้นที่

**“ในครั้งที่ ๑๔ นี้ คจ.สช. ได้เพิ่มกรอบและแนวทาง
ข้อที่ ๔ คือการเปิดให้ประชาชนที่สนใจสมัครเข้าร่วม
สมัชชาสุขภาพฯ ให้กว้างขวางขึ้น ตามมาตรา ๔๔ วรรค
หนึ่ง และทบทวนสมาชิกสมัชชาฯ จากบุคคล หรือ
ผู้แทนองค์กร ตามมาตรา ๔๔ วรรคสอง ให้ชัดเจน
สอดคล้องกับระเบียบวาระมากขึ้น”**

ประธาน คจ.สช. กล่าวต่อไปว่า เนื่องจากในปีนี้มีวิกฤต
สุขภาพอันเกิดจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อเนื่องจาก
ปีที่ผ่านมา ได้ส่งผลกระทบต่อทั่วโลกและประเทศไทย
ทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ทำให้
วิถีชีวิตของประชาชนเปลี่ยนไป ดังนั้นประเด็นหลักของ
สมัชชาสุขภาพฯ ครั้งที่ ๑๔ จึงยังคงเป็นประเด็นหลัก
เช่นเดียวกับครั้งที่ ๑๓ นั่นคือ **“พลังพลเมืองตื่นรู้...
สู้วิกฤตสุขภาพ”**

อย่างไรก็ดี ก่อนจะเปิดประชุมพิจารณาระเบียบวาระ
ทั้ง ๓ ระเบียบวาระ ประธาน คจ.สช. ได้แนะนำให้ผู้เข้าร่วม
ประชุมได้รู้จักผู้แทนของกรรมการ และอนุกรรมการ รวม
๗ ราย ที่ทำหน้าที่หลักในการดำเนินการประชุมตลอด
กระบวนการนี้ ประกอบด้วย ๑. **นพ.สมชาย พิระปรกรณ์** รอง
ประธาน คจ.สช. ๒. **คุณเจษฎา มิ่งสมร** รองประธานคจ.สช.
๓. **นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ** กรรมการและเลขานุการ คจ.สช.
๔. **ผศ.ดร.วิระศักดิ์ พุทธาศรี** กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
คจ.สช. ๕. **นพ.กัจจา เรืองไทย** ประธานคณะอนุกรรมการ
สร้างความเห็นร่วมต่อร่างมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่
๑๔ ๖. **นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร** อนุกรรมการสร้างความ
เห็นร่วมต่อร่างมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔
๗. **คุณอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา** อนุกรรมการสร้างความเห็น
ร่วมต่อร่างมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔



ในวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๔ ช่วงเช้า เป็นการพิจารณา
ระเบียบวาระที่ ๑ และแสดงถ้อยแถลงร่วมขับเคลื่อนร่างมติ
“การสร้างเสริมสุขภาพระดับสังคมที่ยั่งยืนในวิกฤตโควิด-19”
ในช่วงบ่าย เป็นพิจารณาระเบียบวาระที่ ๒ และแสดง
ถ้อยแถลงร่วมขับเคลื่อนร่างมติ “การคุ้มครองการเข้าถึงบริการ
สุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม”
ต่อด้วยการพิจารณาระเบียบวาระที่ ๓ และแสดงถ้อยแถลง
ร่วมขับเคลื่อนร่างมติ “การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วม
ในวิกฤตสุขภาพ”

ในช่วงท้ายของการประชุมวันแรก ประธาน คจ.สช. ได้
กล่าวปิดท้ายไว้ว่า ในวันที่ ๑๖ ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ ทั้ง ๓ ระเบียบวาระเป็นที่เรียบร้อยแล้วจาก
กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะบนพื้นฐานปัญญา
ในระยะเวลาเกือบ ๑ ปีเต็ม ถึงแม้จะมีปัญหาอุปสรรคจาก
มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 แต่ก็สามารถ

ดำเนินกิจกรรมต่างๆ มาจนถึงวันงานประชุมสมัชชาสุขภาพ
แห่งชาติในวันนี้ เราได้เห็นถึงความทุ่มเทและความตั้งใจ
ของสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน
ในการทำงานที่ร่วมกันอย่างเป็นกัลยาณมิตร และมีความ
รู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน จนในที่สุดเกิดเป็น มติสมัชชาสุขภาพ
แห่งชาติ

**“สิ่งสำคัญที่จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อการมีสุขภาพของ
ประชาชนต่อไป คือ การส่งผ่านนโยบายเพื่อให้เกิดปฏิบัติการ
ทั้งในระดับนโยบาย หรือ การขับเคลื่อนจริงในทุกชุมชน
ทุกท้องถิ่น ซึ่งมีความสำคัญตามแต่ละประเด็นนโยบาย**

**“ผมขอเชิญชวนทุกท่าน ทั้งสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยงาน องค์กร ภาคีเครือข่าย และผู้มีเกียรติทุกท่าน
ร่วมกันดำเนินการ ผลักดันและติดตามในข้อมติที่เกี่ยวข้อง
เพื่อให้การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติบรรลุผล
สำเร็จได้ตามเจตนารมณ์และเป้าหมายที่มีร่วมกัน”**
นพ.ณรงค์ศักดิ์ กล่าว

ภาคีเครือข่าย ๖๕ องค์กร ให้ ‘ถ้อยแถลง-พันธสัญญา’ พร้อมจับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพ แห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔

การกล่าวถ้อยแถลง หรือ “เวทีการให้พันธสัญญา” เป็น
มติใหม่ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่เกิดขึ้นครั้งแรก
ในงานสมัชชาสุขภาพฯ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยผู้แทน
หน่วยงานหลัก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับมติ และเครือข่าย
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้ร่วมกันประกาศเจตนารมณ์การ
สนับสนุนและพร้อมที่จะร่วมขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯ
ที่ได้รับฉันทมติจากที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔
พ.ศ. ๒๕๖๔ แล้ว และมติสมัชชาสุขภาพฯ อื่นๆ ให้เกิดเป็น
รูปธรรมต่อไป

**มติ ๑๔.๑ การสร้างเสริมสุขภาพะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน
ในวิกฤตโควิด-19** มีการกล่าวถ้อยแถลง รวม ๒๓ กลุ่ม
เครือข่าย/องค์กร ได้แก่ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและ
สิ่งแวดล้อม กระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและ
นวัตกรรม กรมการท่องเที่ยว กรมส่งเสริมการปกครองส่วน
ท้องถิ่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
สถาบันสิ่งแวดล้อมไทย มูลนิธิบูรณะนิเวศ สถาบันบริหาร
จัดการธนาคารที่ดิน (องค์กรมหาชน) สมาพันธ์นิสิตนักศึกษา
แพทยนานาชาติแห่งประเทศไทย แผนงานศูนย์วิชาการเฝ้า
ระวังและพัฒนาระบบยา สมัชชาจังหวัด ๑๒ จังหวัด ได้แก่
ภูเก็ต เชียงใหม่ ปทุมธานี ชัยนาท สระแก้ว สุรินทร์ น่าน
นครสวรรค์ ฉะเชิงเทรา สมุทรสงคราม สระบุรี อุบลราชธานี
และคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๔

**มติ ๑๔.๒ การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของ
กลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม** มี
การกล่าวถ้อยแถลง รวมทั้งหมด ๒๕ องค์กร/กลุ่มเครือข่าย
ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สภาหอการค้าแห่ง
ประเทศไทย กรมองค์การระหว่างประเทศ สถาบันพัฒนา
องค์กรชุมชน (องค์กรมหาชน) มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ
ราชวิทยาลัย สภาชนเผ่าพื้นเมืองแห่งประเทศไทย สมาพันธ์
นิสิตนักศึกษาแพทยนานาชาติแห่งประเทศไทย เครือข่าย

องค์กรด้านประชากรข้ามชาติ สมัชชาจังหวัด ๑๔ จังหวัด
ได้แก่ เชียงใหม่ ปทุมธานี นครราชสีมา หนองบัวลำภู สตูล
สุราษฎร์ธานี น่าน อุตรดิตถ์ ขอนแก่น สระบุรี ศรีสะเกษ
กาญจนบุรี ระนอง นครสวรรค์ และคณะกรรมการเขต
สุขภาพเพื่อประชาชนเขตพื้นที่ ๑

**มติ ๑๔.๓ การจัดการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤต
สุขภาพ** มีการกล่าวถ้อยแถลงรวมทั้งหมดจำนวน ๑๗ กลุ่ม
เครือข่าย/องค์กร ได้แก่ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและ
สังคม กรมประชาสัมพันธ์ บริษัท โทรคมนาคมแห่งชาติ
จำกัด สถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอส สำนักงานคณะกรรมการ
กิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคม
แห่งชาติ สภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย บริษัท
อสมท จำกัด สมาพันธ์นิสิตนักศึกษาแพทยนานาชาติแห่ง
ประเทศไทย สมัชชาจังหวัด ๘ จังหวัด ได้แก่ สกลนคร
แม่ฮ่องสอนแพร่ สุรินทร์ สมุทรสาคร พิจิตร พิษณุโลก น่าน
และคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๒

ตัวอย่างคำกล่าวถ้อยแถลง

**มติ ๑๔.๑ การสร้างเสริมสุขภาพะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนใน
วิกฤตโควิด-19**

ศ.ดร.นพ.สิริฤกษ์ ทรงศิวิไล ปลัดกระทรวงอุดมศึกษา
วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) กล่าวว่า อว.มีการ
ดำเนินการผ่านยุทธศาสตร์ BCG เพื่อพัฒนาเศรษฐกิจแบบ
องค์รวม ซึ่งมีความสอดคล้องกับมติสมัชชาสุขภาพฯ มตินี้
โดยเน้นการทำงานบูรณาการร่วมกับหลายภาคส่วน พร้อมทั้ง
ให้ความสำคัญกับการสร้างความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรม
โดยใช้ digital platform เพื่อต่อยอดสร้างความร่วมมือ
ระหว่างหน่วยงานส่วนกลางและในชุมชน ผู้ประกอบการใน
พื้นที่ และสร้างผลิตภัณฑ์ใหม่ชุมชน เพื่อสร้างความยั่งยืน

นางรัชนิกร ดารกมาศ ผู้แทนกระทรวงทรัพยากร
ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (ทส.) กล่าวว่า ทส.ขอสนับสนุน

ผู้แทนหน่วยงานและองค์กรภาคีรัฐ
ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ฯลฯ
จำนวน ๖๕ แห่ง ทั้งจากส่วนกลางและ
เครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัด
ทั่วประเทศ ได้ร่วมกัน “กล่าวถ้อยแถลง”
และ “ให้พันธสัญญา” ที่จะสนับสนุน
การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ ทั้ง ๓ มติ



การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯ นี้ โดยเชื่อมั่นว่าการส่งเสริม
และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และ
นวัตกรรม จะมีความสำคัญอย่างมากต่อการขับเคลื่อนระบบ
การผลิตและบริการที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเป็น
แนวทางสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนทั้งมิติด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ
สังคม และสุขภาพ อย่างสมดุล

ดร.วิจารย์ สิมาฉายา ผู้อำนวยการสถาบันสิ่งแวดล้อม
ไทย กล่าวว่า ขอสนับสนุนร่างมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ในทุกประเด็น โดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพะสิ่งแวดล้อม
ที่ยั่งยืนในวิกฤตโควิด-19 ที่ให้ความสำคัญและห่วงใย
ต่อการจัดการปัญหาสิ่งแวดล้อม การพัฒนาระบบกลไก
การจัดการขยะอย่างครบวงจร การพัฒนาเมืองเพื่อส่งเสริม
คุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก
ที่เป็นเป้าหมายสำคัญทั้งของประเทศและของโลก โดย
สถาบันสิ่งแวดล้อมไทยพร้อมให้ความร่วมมือด้านวิชาการ
และสนับสนุนการพัฒนา ร่วมกับภาคีเครือข่ายให้เกิดความ
ยั่งยืนตามทิศทางเดินของมตินี้ต่อไป

นายณรงค์ วุ่นซิว ผู้ว่าราชการจังหวัดภูเก็ต กล่าวว่า
จ.ภูเก็ต มีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพ
แห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ การสร้างเสริมสุขภาพะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน
ในวิกฤตโควิด-19 ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์และเป็นไป
ตามแนวทางการพัฒนา ที่ต้องการสร้างเมืองให้ทันสมัยและ
เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม โดยการดำเนินการจากนี้จะต้อง
ต่อเนื่องและจริงจัง และถือเป็นวาระของจังหวัดที่ทุกฝ่าย
จะต้องมาร่วมกันดำเนินการ

นายกิตติพงษ์ เกิดฤทธิ์ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข
ท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (สถ.) กล่าวว่า
สถ.ขอชื่นชมสมัชชาสุขภาพฯ ในการผลักดันให้เกิดมติ
สมัชชาสุขภาพฯ ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญให้หน่วยงานมีแนวทาง
ในการดำเนินการต่างๆ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี และ
พร้อมให้การสนับสนุนมติสมัชชาสุขภาพฯ และยินดีที่จะ

ขับเคลื่อน บูรณาการความร่วมมือกับทุกหน่วยงานเพื่อให้
ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สำหรับบันทึกคำกล่าวถ้อยแถลงร่วมขับเคลื่อน
มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ “มติ ๑๔.๑ การสร้างเสริม
สุขภาพะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในวิกฤตโควิด-19”
ของทุกหน่วยงาน/องค์กร ดูได้ที่ QR Code ด้านล่างนี้
หรือสืบค้นเอกสารได้ที่ www.samatcha.org



**มติ ๑๔.๒ การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่ม
ประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม**

นพ.สุระ วิเศษศักดิ์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สธ.)
กล่าวว่า สธ. ขอสนับสนุนร่างมติระเบียบวาระการคุ้มครอง
การเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะ
วิกฤตอย่างเป็นธรรม โดยเฉพาะในข้อ ๒ พัฒนาระบบ
บริการสุขภาพที่ทำให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่ม
ประชากรเฉพาะ และข้อ ๓ พัฒนาระบบ กลไก และรูปแบบ
การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ช่วยเหลือ ดูแล และส่งต่อ
ที่เป็นดำเนินการโดยชุมชน เพื่อให้ประชาชนทุกคนบน
ผืนแผ่นดินไทย เข้าถึงการบริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้า

ผศ.ภญ.ยุพดี ศิริสินสุข รองเลขาธิการสำนักงานหลัก
ประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กล่าวว่า สปสช. นอกจาก
จะดูแลเรื่องการเข้าถึงของประชาชนไทยแล้ว ยังสนับสนุน
ให้ทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยที่นอกเหนือไปจากคนไทยได้
รับการคุ้มครองด้วยหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าซึ่ง
จากวิกฤตที่ผ่านมาได้พิสูจน์แล้วว่ารัฐไทยดูแลเฉพาะคนไทย

ไม่ได้ แต่จะต้องบูรณาการการทำงานทั้งส่วนกลางและส่วนท้องถิ่นดูแลสุขภาพทั้งคนไทยและกลุ่มประชากรเฉพาะ สปสช. จึงขอสนับสนุนทุกประเด็นในมติสมัชชาสุขภาพฯ

นายอดิสร เกิดมงคล ผู้ประสานงานเครือข่ายองค์กรด้านประชากรข้ามชาติ กล่าวว่า สนับสนุนมติสมัชชาสุขภาพฯ ครั้งนี้ เพื่อให้กลุ่มประชากรเฉพาะ โดยเฉพาะแรงงานข้ามชาติ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม เนื่องจากประชากรกลุ่มนี้เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนประเทศ

นายพีชภพ มงคลนาวิน รองอธิบดีกรมองค์การระหว่างประเทศ กระทรวงการต่างประเทศ (กต.) กล่าวว่า ไทยมีบทบาทเป็นประเทศแนวหน้าในการนำเสนอแนวปฏิบัติในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ย้ายถิ่นฐาน เป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้ระบบสาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ของไทย นำมาสู่ผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ กต. ขอสนับสนุนข้อมติในประเด็นการส่งเสริมให้มีหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้ไม่มีสัญชาติไทย และผู้มีปัญหาสถานะสิทธิที่ไม่ใช่หลักประกันสุขภาพ และพร้อมร่วมมือกับทุกฝ่ายในการผลักดันการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายต่อไป

นายประกาศ เปล่งพานิชย์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สสจ.ปทุมธานี ในฐานะเครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดปทุมธานี กล่าวว่า พร้อมที่จะทำงานร่วมมือกับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการส่งเสริมการให้บริการสุขภาพทั้งในกลุ่มทั่วไปและกลุ่มประชากรเฉพาะ และสนับสนุนมติสมัชชาสุขภาพฯ โดยเฉพาะการส่งเสริมการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพให้ใกล้เคียงร้อยละ 100 มากที่สุด โดยในกลุ่มแรงงานต่างด้าวให้ผลักดันเข้าสู่ระบบประกันสังคมหรือบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเร่งดำเนินการ

สำหรับบันทึกคำกล่าวถ้อยแถลงร่วมขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ “มติ ๑๔.๒ การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม” ของทุกหน่วยงาน/องค์กร ดูได้ที่ QR Code ด้านล่างนี้ หรือสืบค้นเอกสารได้ที่ www.samatcha.org



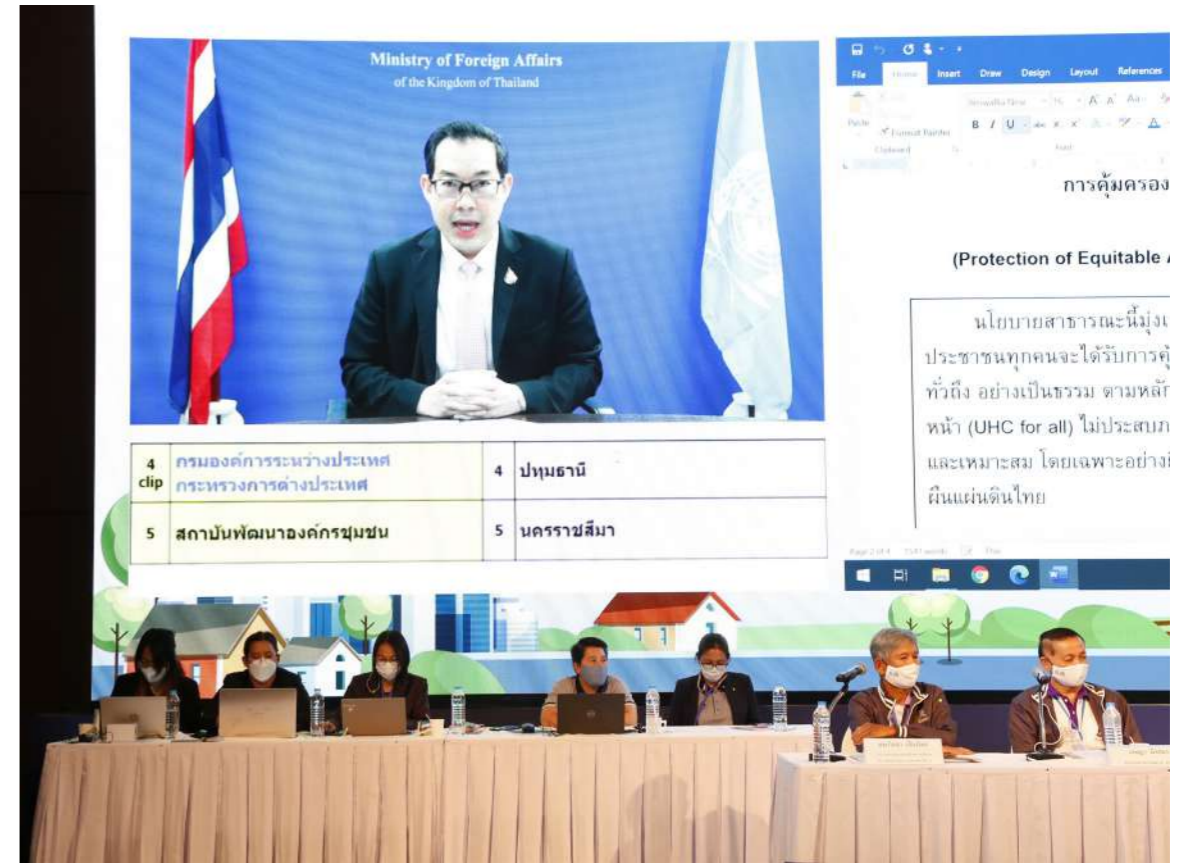
มติ ๑๔.๓ การจัดการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ

นายโยธิน ทองพะวา ประธานสภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย กล่าวว่า สภาเด็กและเยาวชน ขอสนับสนุนร่างมติระเบียบวาระนี้ในทุกประเด็น โดยเฉพาะข้อ ๓ การสื่อสารในภาวะวิกฤตอย่างมีส่วนร่วมที่ครอบคลุมและทั่วถึง และข้อ ๔ การให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้าใจร่วมกันให้กับคนในสังคม โดยยินดีที่จะร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของแกนนำเด็กและเยาวชน เพื่อร่วมเป็นแกนนำในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ ให้กับเด็กและเยาวชนทั้งในระดับส่วนกลาง ส่วนท้องถิ่น และชุมชน อันจะนำมาสู่การดูแลตนเองและคนในครอบครัวได้อย่างถูกต้องในช่วงภาวะวิกฤตสุขภาพ

นายตรี บุญเจือ ผู้อำนวยการสำนักบริหารเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองผู้บริโภคในกิจการกระจายเสียงและโทรทัศน์ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) กล่าวว่า กสทช. ยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ได้ร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยเฉพาะระเบียบวาระการจัดการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ เนื่องจากการสื่อสารเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างความรู้ ความเข้าใจ โดยเฉพาะในปัจจุบันที่สื่อออนไลน์บนโครงข่ายโทรคมนาคมเข้ามามีบทบาทมากขึ้น

ทพ.ทรงพล แสงงาม รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร กล่าวว่า สมัชชาสุขภาพจังหวัดสกลนคร และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ขอสนับสนุนมติการจัดการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ ในทุกประเด็น โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้าใจร่วมกันกับคนในสังคม และมีความยินดีที่จะร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาเด็กและเยาวชน เพื่อเป็นเครือข่ายนักสื่อสารทางสังคมด้านสุขภาพ อันจะนำมาสู่การดูแลตนเองและการสร้างสุขภาพของชุมชนได้อย่างถูกต้อง ทั่วถึง และยั่งยืน ในช่วงสภาวะวิกฤตสุขภาพ นำสู่วิถีชีวิตใหม่ต่อไป

สำหรับบันทึกคำกล่าวถ้อยแถลงร่วมขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ “มติ ๑๔.๓ การจัดการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ” ของทุกหน่วยงาน/องค์กร ดูได้ที่ QR Code ด้านล่างนี้ หรือสืบค้นเอกสารได้ที่ www.samatcha.org



ภาพรวม สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ ปีที่ ๒ ของ ‘พลังพลเมืองตื่นรู้... สู้วิกฤตสุขภาพ’

ในภาพรวมของการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ รวมถึงหลักการสำคัญ และบรรยากาศความร่วมมือร่วมใจของภาคีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพฯ สะท้อนผ่านคำกล่าวรายงานของ **นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา** ประธานคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ครั้งที่ ๑๓-๑๔ ที่ได้กล่าวต่อประธานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) และเครือข่ายสมัชชาสุขภาพฯ

นพ.ณรงค์ศักดิ์ เริ่มต้นด้วยการอธิบายถึงความสำคัญของการจัดงานสมัชชาสุขภาพฯ ว่า ตามที่ คสช. ได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพฯ ครั้งที่ ๑๓ และ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๔ หรือที่เรียกว่า คจ.สช. ตั้งแต่วันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ เป็นต้นมา เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ในฐานะประธาน คจ.สช. พร้อมด้วยกรรมการทุกท่าน รู้สึกเป็นเกียรติในการทำงานอันทรงคุณค่านี้โดยเฉพาะในยามที่ประเทศไทยเกิดวิกฤตสุขภาพครั้งใหญ่จากการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมไปทั่วโลก ทำให้วิถีชีวิตของประชาชนต้องปรับเปลี่ยนจากปกติเดิมเป็นปกติใหม่ และพร้อมลุกขึ้นมารับมือกับวิกฤตครั้งนี้หรือครั้งต่อไปให้ได้

นพ.ณรงค์ศักดิ์ เน้นย้ำประเด็นว่า การผ่นึกกำลังจากทุกภาคส่วนทั้งในระดับนโยบาย และระดับพื้นที่มีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง ภารกิจของ คจ.สช. คือการสานพลังความร่วมมือจากทั้ง ๓ ภาคส่วน อันได้แก่ ภาครัฐและ การเมือง ภาควิชาการ วิชาชีพ และภาคประชาสังคม

ชุมชนและเอกชน ในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

“สมัชชาสุขภาพแห่งชาติแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เป็นอีกเครื่องมือหนึ่งในการหนุนช่วยประเทศไทยให้ผ่านพ้นวิกฤตนี้ไปได้ และปี ๒๕๖๔ นี้ คจ.สช. ได้กำหนดประเด็นหลัก (Theme) ของสมัชชาสุขภาพฯ ครั้งที่ ๑๔ คือ “พลังพลเมืองตื่นรู้...สู้วิกฤตสุขภาพ” เหมือนปีที่ผ่านมา เพื่อเป็นทิศทางในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในสังคมไทย” นพ.ณรงค์ศักดิ์ ระบุ

ประธาน คจ.สช. กล่าวต่อไปถึงที่มาที่ไปของการจัดสมัชชาสุขภาพฯ ว่า กระบวนการพัฒนาทางวิชาการได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี และเมื่อวันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๔ คจ.สช. ได้เห็นชอบให้ประกาศร่างระเบียบวาระ ๓ เรื่อง ได้แก่ ๑. การสร้างเสริมสุขภาพระดับสังคมที่ยั่งยืนในวิกฤตโควิด-19 ๒. การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม ๓. การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ

พร้อมทั้งได้นำเข้าสู่การพิจารณาระเบียบวาระดังกล่าวในการประชุมสมัชชาสุขภาพฯ เมื่อวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๔ ที่ผ่านมา โดยสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทั้งที่เข้าร่วมในที่ประชุมแห่งนี้และเข้าร่วมออนไลน์ครบทุกจังหวัดทั่วประเทศ รวม ๗๙๐ กลุ่มเครือข่ายและผู้เข้าร่วมประชุม รวมทั้งมีประชาชนที่สนใจเข้าชมผ่านทาง Facebook live ช่องทางต่างๆ และมีการรับชมมติสมัชชาสุขภาพฯ ร่วมกับการแสดงถ้อยแถลงร่วมขับเคลื่อนมติทั้ง ๓ มติ

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา ประธาน
คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.)
ครั้งที่ ๑๓-๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๔ กล่าวรายงาน
การจัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔
พ.ศ. ๒๕๖๔ ต่อ นายอนุทิน ชาญวีรกูล
รองนายกรัฐมนตรี และประธานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ (คสช.) และผู้เข้าร่วมประชุม
ก่อนเข้าสู่พิธีเปิดการประชุมสมัชชาสุขภาพฯ
อย่างเป็นทางการ



ของผู้แทนหน่วยงาน องค์กร และประชาชนทั้งในส่วนกลาง
จังหวัดและพื้นที่ เรียบร้อยแล้ว

สำหรับการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ นี้ นับเป็นปีที่สองของการจัดสมัชชาสุขภาพฯ แบบผสมผสาน หรือ Hybrid Assembly โดยนำเทคโนโลยีการสื่อสารมาใช้ สนับสนุนอย่างเต็มที่ มีการกระจายกิจกรรมให้ภาคีเครือข่าย พื้นที่ได้มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางขึ้นกว่าเดิม ถือเป็น การเรียนรู้และปรับตัวของสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติแบบ วิถีใหม่ (New Normal) ไปพร้อมกัน

“คจ.สช. ต้องขอขอบคุณกระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งหน่วยงานต่างๆ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์สถานที่และสนับสนุนอำนวยความสะดวกต่างๆ ทำให้สามารถจัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้ ทุกจังหวัดทั่วประเทศ” ประธาน คจ.สช. กล่าว

นพ.ณรงค์ศักดิ์ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมอีกว่า นอกจากงานสมัชชาสุขภาพฯ ครั้งที่ ๑๔ ในวันนี้แล้ว ที่ผ่านมามีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับภาคีเครือข่าย ตลอดช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม ๒๕๖๔ จำนวนทั้งหมด ๒๐ กิจกรรมทั้งในกรุงเทพฯและปริมณฑล และทุกเขตพื้นที่ทั่วประเทศ ซึ่งมีหลากหลายประเด็นทั้งส่วนที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนมติสุขภาพแห่งชาติที่ต้องรายงานในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ และประเด็นอื่นๆ ซึ่ง นับเป็นทิศทางที่ดีในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะสู่วงกว้างในระยะต่อไป



พลังพลเมืองตื่นรู้ พาไทยสู่ ‘สุขภาวะที่ยั่งยืน’

นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรี และประธานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) กล่าวเปิดงาน และปาฐกถาพิเศษหัวข้อ “พลังพลเมืองตื่นรู้ พาไทยสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน” ภายในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔



“การนำนโยบายสาธารณะมาปฏิบัติให้เห็นรูปธรรมจากความเห็นร่วมในถ้อยแถลงของผู้แทนหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายทั่วประเทศ จะนำไปสู่เป้าหมายการสร้างสุขภาพที่ยั่งยืน”

นี่คือความตอนหนึ่งจากคำกล่าวเปิดงานและปาฐกถาพิเศษหัวข้อ “พลังพลเมืองตื่นรู้ พาไทยสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน” ที่ นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรี และประธานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้กล่าวไว้ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ ท่ามกลางบรรยากาศการตื่นรู้ของคนไทยที่ร่วมกันรับมือการแพร่ระบาดโควิด-19 อย่างแข็งขัน

นายอนุทิน กล่าวว่า ช่วงเวลาที่ผ่านมานับเป็นช่วงเวลาที่ยากลำบากของประเทศไทยในทุกมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมิติด้านสุขภาพ โรคระบาดโควิด-19 ได้ก่อภัยอันตรายอย่างใหญ่หลวง อย่างไรก็ตามความสามัคคีและเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของทุกภาคส่วน สามารถที่จะทำให้ประเทศไทยฝ่าวิกฤตครั้งนี้และนำมาซึ่งการพัฒนาต่อไปได้ในอนาคต

อย่างไรก็ตาม ตลอดปี ๒๕๖๔ ที่ผ่านมาการระบาดของโควิด-19 ยังคงเป็นเรื่องที่ร้ายแรง และสร้างผลกระทบไปทั่วทุกมุมโลก รวมทั้งประเทศไทยด้วยในทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม

วิกฤตครั้งนี้ได้ตอกย้ำถึงความจำเป็นของการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน และการมีส่วนร่วมกันของทุกภาคส่วนในสังคม เป็นโอกาสครั้งสำคัญที่จะพัฒนาประเทศให้ไปสู่การมีสุขภาวะที่ยั่งยืนเช่นเดียวกัน

นายอนุทิน อธิบายว่า การพัฒนาประเทศให้เป็นที่มาของแนวทางการพัฒนาที่ยั่งยืนเป็นเรื่องสำคัญมาก และเป็นแนวทางที่ต้องตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยองค์ประกอบหลักของการพัฒนาที่ยั่งยืน จะต้องมีส่วนร่วม

๓ ประการ นั่นก็คือความครอบคลุมทางด้านสังคม การเติบโตทางเศรษฐกิจ และการคุ้มครองสิ่งแวดล้อม

“เราต้องทำทั้ง ๓ สิ่งเหล่านี้ไปพร้อมกัน เพื่อที่จะพัฒนาประเทศไทยของเราได้อย่างยั่งยืน โดยไม่มีการทิ้งใครไว้ข้างหลัง”

ทั้งนี้ องค์การสหประชาชาติ หรือ United Nation (UN) ได้กำหนดเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือที่เรียกกันว่า Sustainable Development Goals (SDGs) ซึ่งภายในปี ๒๐๓๐ ทุกประเทศต้องเกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนให้ได้

สำหรับมิติหลักที่ต้องพัฒนาให้ได้ ได้แก่ การพัฒนาคน พัฒนาลingkungan เศรษฐกิจและความมั่นคง สันติภาพ และความยุติธรรม และการเป็นหุ้นส่วนซึ่งกันและกันในสังคม

เริ่มตั้งแต่การพัฒนาคน การจัดปัญหาความยากจน เป็นสิ่งที่สำคัญมาก ต้องลดความหิวโหย ลดความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้นในสังคม เพราะเรื่องนี้เป็นอุปสรรคต่อการเดินไปข้างหน้าของประเทศไทย ถ้าปัญหานี้ยังคงมีอยู่ ก็จะทำให้ความผาสุกและคุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้นไม่ได้

การพัฒนาสิ่งแวดล้อม เราต้องปกป้องทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ไม่ใช่แค่เพื่อคนไทยแต่เพื่อโลกทั้งใบ และไม่ใช่แค่เพียงรุ่นของเราแต่รวมถึงรุ่นลูกหลานด้วย เราต้องทำเรื่องนี้เพื่อสร้างพื้นฐานที่แข็งแกร่งให้กับทุกคนในการพัฒนาต่อไป การจะมีชีวิตที่ดี สุขภาพที่ดี สิ่งแวดล้อมที่ดีคือปัจจัยที่สำคัญ

ด้านการพัฒนาเศรษฐกิจและความมั่นคง ประชาชนต้องได้รับการส่งเสริมให้พวกเขามีความอยู่ดีที่สอดคล้องกับหลักธรรมชาติ เพื่อจะได้มีพลังในการพัฒนาประเทศต่อไป

ในเรื่องของ**สันติภาพและความยุติธรรม** ประเทศไทยของเราต้องอยู่ร่วมกันอย่างมีสันติ มีสังคมที่ไม่แบ่งแยกไม่ชิงดีชิงเด่นซึ่งกันและกัน และมีความสุข เราต้องมีความยุติธรรมและใจที่เปิดกว้าง ยอมรับฟังและกล้าได้กล้าเสียซึ่งกันและกันในเรื่องที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงเราทุกคนต้องยอมรับความเห็นต่างภายใต้กติกา เพื่อที่จะไม่นำไปสู่ความขัดแย้งและเกิดการขาดความสามัคคีในสังคม ที่ได้ก็ตามที่ไม่เกิดความสามัคคี ที่นั่นเกิดพลังอันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงไม่ได้

สุดท้ายคือ**ด้านการเป็นหุ้นส่วนในสังคม** ทุกคนคือหุ้นส่วนของกันและกัน ทุกคนต้องรู้ว่าเราต้องทุ่มเทกำลังความสามารถและทรัพยากรทั้งหมดที่มีอยู่เพื่อช่วยเหลือกันเพื่อเป็นพลังในการขับเคลื่อนทุกอย่างให้เกิดการพัฒนาต่อไปได้

“หลักทั้งหมดเป็นสังขรณ์ทั่วไป อธิบายได้ พิสูจน์ได้ ไม่ต้องอาศัยความสามารถพิเศษของคนใดคนหนึ่ง ถ้าพวกเรา

ทุกคนทำได้ การขับเคลื่อนเจตนารมณ์ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติก็จะบรรลุเป้าหมายในที่สุด”

ประธานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ย้ำอีกว่า ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างเต็มที่ และสมาชิกคณะกรรมการฯ ต่างล้วนแล้วแต่มีความคิดเห็นและประเด็นที่มีประโยชน์ต่อประเทศไทย และสนับสนุนซึ่งกันและกันตลอดเวลา

นี่คือความเข้มแข็งที่จะทำให้องค์กรฯ พยายามสามารถผลักดันและตอบสนองต่อสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่วิถีชีวิตของประชาชนได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเข้มแข็งที่เราเห็นได้จากงานประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เราขึ้นทุกปี

“ถ้าทุกคนเปิดใจให้กว้าง ยอมรับซึ่งกันและกัน ไม่ถือว่าใครเหนือกว่าใคร ทุกคนจะสามารถแสดงความคิดเห็นที่ดีต่อสิ่งที่เรามีเป้าหมายร่วมกัน และด้วยเหตุนี้ไม่มีทางเลยที่ผลลัพธ์จะเป็นอื่นใดนอกจากความสำเร็จ” นายอนุทิน กล่าวในท้ายที่สุด



สุขภาพองค์รวม จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ประธานกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และประธานสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ฯ ปาฐกถาพิเศษหัวข้อ “สุขภาพองค์รวม จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน” ภายในงานสัปดาห์สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔

“เราพูดกันว่าสุขภาพองค์รวมกันไว้มาก แต่ความหมายจริงๆ นั้นเป็นอย่างไร ผมมีหน้าที่ที่จะต้องชวนทุกคนมาทบทวนคำนี้”

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ประธานกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และประธานสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ฯ เริ่มต้นปาฐกถาพิเศษหัวข้อ “สุขภาพองค์รวม จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน” ด้วยการอธิบายถึงรูปธรรมการเกิดขึ้นของ “สุขภาพองค์รวม” ในประเทศไทย ซึ่งเป็นมรดกชิ้นสำคัญที่ถ่ายทอดผ่านงานเขียนของ “ดร.ป๋วย อึ๊งภากรณ์” เรื่อง “คุณภาพชีวิตชาวเอเชียอาคเนย์ ปฏิทินแห่งความหวัง จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน” ที่นับเป็นหลักสำคัญของการดำเนินนโยบายสุขภาพของประเทศไทยมาจนถึงปัจจุบัน

สำหรับ “สุขภาพองค์รวม” มาจากคำว่า “Holistic Health” โดยพจนานุกรมจำนวนหนึ่งได้จำกัดความคำว่า “Holistic” ว่าเป็นทฤษฎีที่มองจักรวาลและธรรมชาติของสิ่งมีชีวิตในลักษณะของการปฏิสัมพันธ์กัน มีความเกี่ยวข้องกันทั้งหมดมากกว่าจะเป็นผลรวมของอนุภาคมูลฐาน และยังมีความหมายถึงการศึกษารักษาแบบองค์รวม

คำว่า Holistic Health คือระบบหนึ่งของเวชศาสตร์ป้องกันซึ่งพิจารณาปัจเจกบุคคลโดยภาพรวม ความรับผิดชอบของบุคคลต่อสุขภาพของตน และอิทธิพลทั้งหมดไม่ว่าจะเป็นสังคม จิตวิทยา และสิ่งแวดล้อมที่มีผลเกี่ยวข้องกับสุขภาพ และยังรวมได้ถึงการออกกำลังกายและการผ่อนคลายด้านจิตใจ

สำหรับประเทศไทย เริ่มต้นตัวด้านสุขภาพองค์รวมในช่วงคาบเกี่ยวกับเหตุการณ์ ๑๔ ต.ค. ๒๕๑๖ ซึ่งความตื่นตัวเรื่องสังคมและประชาธิปไตยขึ้นสู่กระแสสูง ในเวลานั้นมีการทำสงครามช่วงชิงประชาชนด้วยการแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสาธารณสุขระหว่างเมืองหลวง-เมืองใหญ่ กับชนบท โดยขณะนั้นเกิดการวิพากษ์ใน ๒ เรื่องคือ การแพทย์



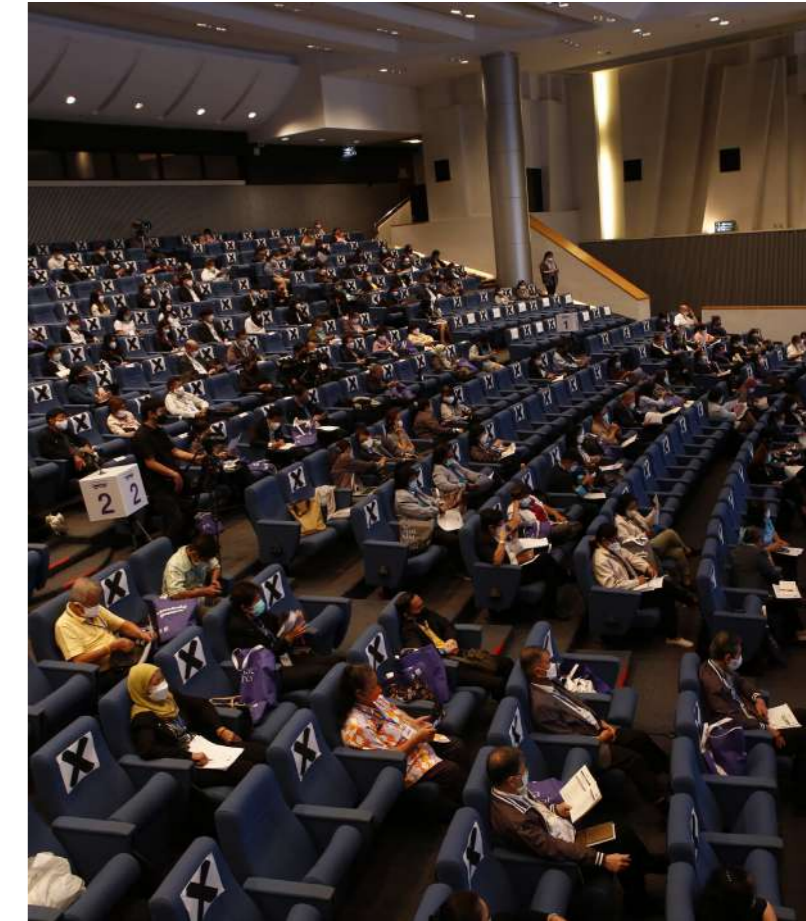
ที่มุ่งเน้นการรักษามากกว่าป้องกัน และการแพทย์ที่มุ่งเน้นด้านร่างกาย มองคนไข้เป็นวัตถุและมองข้ามเรื่องของจิตใจและสังคม ซึ่งเรื่องนี้มีรากฐานความเป็นมายาวนานตั้งแต่โบราณ

ในอดีตคนมักเชื่อกันว่าอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจากอำนาจลึกลับหรือเทพเจ้าลงโทษ เพราะผู้ป่วยกระทำผิดทำนองคลองธรรม การเยียวยารักษาเลยเป็นการขอขง้อวงวิงวอนต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้อภัย ขณะที่ในโลกตะวันตก การพัฒนาทางการแพทย์เริ่มรากฐานมาจาก “ฮิปโปเครติส” ที่เชื่อว่าอาการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของธรรมชาติ ไม่ใช่ผีหรืออำนาจวิเศษใด บทบาทหน้าที่ในการรักษาจึงเป็นเรื่องของมนุษย์ ส่วนทางตะวันออก การแพทย์ก็พัฒนามาในลักษณะเดียวกัน การแพทย์แขนงต่างๆ ทั้งตะวันตกและตะวันออก ล้วนมุ่งเน้นการเยียวยารักษาโรคทางกายเป็นหลัก ส่วนโรคทางใจหรือโรคทางจิตวิญญาณเป็นบทบาทของศาสนา

ทั้งนี้ปัญหาการมุ่งซ่อมมากกว่าสร้างเป็นกระแสที่เกิดขึ้นทั่วโลก ซึ่งในประเทศไทย การรักษาและการป้องกันถูกแยกแขนงออกจากกันตั้งแต่ต้น และเมื่อมีการปฏิรูปประเทศในสมัยรัชกาลที่ ๕ เกิดการสร้างโรงพยาบาลศิริราชขึ้น ก็ยังเป็นการมุ่งเน้นเรื่องการรักษาเท่านั้น

อย่างไรก็ดี ในทางสากลได้มองเห็นความสำคัญของสุขภาพองค์รวม มีหลักฐานชัดเจนเมื่อครั้งก่อตั้งองค์การอนามัยโลก โดยคำปวารณาของธรรมนูญองค์การอนามัยโลก (WHO Constitution) ได้เขียนไว้อย่างชัดเจนถึงสุขภาพองค์รวม ซึ่งครอบคลุมร่างกาย จิตใจ และสังคม

ขณะเดียวกันมีการเกิดขึ้นของธนาคารโลก อาทิ กองทุนการเงินระหว่างประเทศ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ ฯลฯ ซึ่งทั้งหมดล้วนมีเรียกชื่อว่าเป็น “องค์การระหว่างประเทศ” (international organization) แต่สำหรับองค์การอนามัยโลกคือ World Health Organization ซึ่งบ่งบอกว่าเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องร่วมกันของชาวโลก หรือประชากรโลกต้องร่วมกัน



ทำงาน ไม่ใช่เป็น International Health Organization

“หลักคิดและหลักการเหล่านี้ ผู้นำในวงการสาธารณสุขไทยหลายท่านเข้าใจดี และมีความพยายามแปลหลักการให้เป็นแนวปฏิบัติ ดังปรากฏความพยายามที่จะร่วมงานด้านการรักษาและป้องกันเข้าด้วยกัน”

นพ.วิชัย อธิบายต่อไปว่า ความพยายามดังกล่าวมีขึ้นตั้งแต่ก่อนวันที่ ๑๔ ต.ค. ๒๕๑๖ แต่ไม่สำเร็จ ทว่าหลังจากเหตุการณ์ ๑๔ ต.ค. ๒๕๑๖ ได้เพียง ๔ วัน ดร.ป๋วย ได้นำเสนอบทความต่อที่ประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษาการพัฒนเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (SEADAG) ชื่อคุณภาพชีวิตของคนเอเชียอาคเนย์ : ปฏิทินแห่งความหวัง จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน (The quality of life of Southeast Asian – a Chronicle of hope from womb to tomb) ซึ่งเนื้อหาส่วนหนึ่งคือสุขภาพองค์รวม

สำหรับแนวคิดด้านสุขภาพที่มาจากบทความนี้ เริ่มปรากฏร่องรอยในรัฐธรรมนูญที่เกิดขึ้นหลัง พ.ศ. ๒๕๑๗ โดยมีบทบัญญัติที่ส่งเสริมสุขภาพองค์รวมไว้ในมาตรา ๙๒ โดย

มีเนื้อหาวรรคที่ ๑ ว่า “รัฐพึงส่งเสริมการสาธารณสุข ตลอดจนการอนามัยครอบครัว และพึงคุ้มครองสุขภาพของบุคคลและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วม”

วรรคที่ ๒ มีเนื้อหาว่า “รัฐพึงให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า”

วรรคที่ ๓ ระบุเนื้อหาว่า “การป้องกันและปราบปรามโรคติดต่ออันตราย รัฐจะต้องกระทำแก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า” ซึ่งวรรคที่ ๓ นี้เกิดขึ้นครั้งแรกในรัฐธรรมนูญของประเทศไทย และมีระบุในรัฐธรรมนูญต่อมาทุกฉบับรวมถึงฉบับ พ.ศ. ๒๕๖๐ อันเป็นฐานสำคัญที่ทำให้ประเทศไทยบริหารจัดการโควิด-19 ได้

ในเวลาต่อมา บทบัญญัติที่ส่งเสริมสุขภาพองค์รวมก็ถูกบรรจุอยู่ในรัฐธรรมนูญฉบับต่อๆ มามากขึ้น เช่นในรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน พ.ศ. ๒๕๔๐ ที่ได้กำหนดให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิเสมอกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย บริการของรัฐเองก็ต้องมีประสิทธิภาพรวมถึงเปิดโอกาสการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมและเอกชนให้มีบทบาทด้านสุขภาพมากขึ้น

ทั้งหมดนี้คือรูปธรรมสำคัญที่สังคมไทยได้แนวความคิดมาจาก “ปฏิทินแห่งความหวัง จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน” มากำหนดทิศทางของการพัฒนาประเทศ คือการเปลี่ยน

เป้าหมายการพัฒนาประเทศ จากการพัฒนาเศรษฐกิจมาเป็นการมุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นหลัก โดยเริ่มบรรจุอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๘ (พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๔) และฉบับต่อๆ มา

อย่างไรก็ดี แม้ว่าจะมีเหตุการณ์รัฐประหารล้มล้างรัฐธรรมนูญอีก ๒ ครั้ง แต่การผลักดันเรื่องสุขภาพองค์รวมของไทยก็ยังดำเนินอยู่อย่างต่อเนื่อง เช่น การกำเนิดขึ้นของ พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔, พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕, และ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ คือตัวอย่างสำคัญ เพราะเป็นกฎหมายที่เปลี่ยนแนวคิดการป้องกันโรคจากการเน้นวิธีการทางสุศึกษา ให้เป็นไปตามหลักสากลคือ “ปฏิญญาออตตาวา” (Ottawa Charter) ที่ประกอบด้วยหลัก ๕ ประการ

ได้แก่ ๑. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ๒. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ๓. การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน ๔. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ๕. การปรับเปลี่ยนทิศทางการบริการสุขภาพให้มุ่งสู่การป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ

อีกหนึ่งตัวอย่างที่สำคัญไม่แพ้กัน คือ **พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕** ซึ่งสำคัญเป็นอย่างมากต่อการพัฒนาระบบสุขภาพให้ตอบสนองต่อหลักสุขภาพองค์รวม จากเดิมที่สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคม ทำเฉพาะเรื่องการรักษาพยาบาล มาครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอย่างชัดเจนใน พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕



นอกจากนี้ยังพัฒนาระบบโดยให้ภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทอย่างสำคัญ มีการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนเป็นประจำทุกปี และมีการช่วยเหลือเยียวยาเบื้องต้นเมื่อได้รับความเสียหายจากการรับบริการ นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยกำหนดให้การบริการสาธารณสุขเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนอย่างแท้จริง

การเกิดขึ้นของ **พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐** ได้ต่อยอดหลักการสุขภาพองค์รวม ทั้งนิยาม สิทธิ และหน้าที่ด้านสุขภาพ โดยกลไกต่างๆ ทั้งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และข้อกำหนดเรื่องการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ล้วนเกื้อหนุนการพัฒนาระบบสุขภาพองค์รวมให้เข้มแข็งยิ่งขึ้นทั้งสิ้น

กลไกต่างๆ ที่พัฒนาเพิ่มขึ้น เช่น สำนักงานการแพทย์

ฉุกเฉินแห่งชาติ และบทบัญญัติเรื่องสุขภาพและสาธารณสุขในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๖๐ ล้วนส่งเสริม สนับสนุน และยืนยันหลักการสุขภาพองค์รวมให้มั่นคงยิ่งขึ้น

นพ.วิชัย สรุปในตอนท้ายของการปาฐกถาครั้งนี้ว่า พวกเราทุกคนในปัจจุบัน และรุ่นต่อไป มีหน้าที่ที่จะต้องพิทักษ์รักษาและพัฒนาสุขภาพองค์รวมให้เกิด “ประโยชน์สุขแห่งมหาชนชาวสยาม” ทั้งในแง่ปัจเจกและของประชาชนทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยอย่างแท้จริง และยิ่งๆ ขึ้นไป

“สุขภาพองค์รวมจากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน จะต้องไม่เพียงพิจารณาสุขภาพกายของบุคคลเท่านั้น แต่จะต้องเป็นองค์รวมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมด้วย สังคมจะต้องไม่มองแคบแคบครอบครัว แต่ต้องครอบคลุมถึงชุมชนท้องถิ่น ประเทศชาติ และโลกโดยรวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะที่โลกกำลังเผชิญปัญหาภาวะโลกร้อนที่น่าวิตกอย่างยิ่งอยู่ในเวลานี้” นพ.วิชัย ระบุ

เรื่องเล่าจากเครือข่ายนวัตกรรมสังคม ‘ดอกผลคนตื่นรู้ ... สู้วิกฤตสุขภาพ’

เวทีบอกเล่าเรื่องราว “ดอกผลคนตื่นรู้ ... สู้วิกฤตสุขภาพ” ภายในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ จากผู้แทนองค์กรเครือข่ายนวัตกรรมสังคม สู้วิกฤตโควิด-19 ที่มีส่วนสำคัญ ในการช่วยเหลือ-สนับสนุนภาครัฐในการรับมือกับโรคระบาดครั้งประวัติศาสตร์

“ดอกผลคนตื่นรู้ ... สู้วิกฤตสุขภาพ” คือเวทีบอกเล่า เรื่องราวเกี่ยวกับการทำงานและภาพความร่วมมือร่วมใจ จับมือกันสู้โควิด-19 ของภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่างๆ ซึ่ง นับเป็นนวัตกรรมทางสังคม และเป็นความงดงามที่เกิดขึ้น ในวิกฤตการณ์ครั้งนี้

สำหรับเวทีบอกเล่าเรื่องราวแห่งนี้ ได้รับเกียรติจาก ๖ บุคคล “ตัวจริงเสียงจริง” ซึ่งเป็นตัวแทนของกลุ่ม-องค์กรที่ลุก ขึ้นมาช่วยคลี่คลายปัญหาด้วยพลังจิตอาสา และกระบวนการ ทำงานแบบสานพลัง

เริ่มต้นด้วย **ภราดร พรอำนวนย** นักแซกโซโฟน ผู้ร่วม ก่อตั้ง The North Gate Jazz Co-Op ที่เปิดเวทีเป็นคนแรก ด้วยเสียงแซกโซโฟน พร้อมเล่าถึงภาพความเดือดร้อนของ กลุ่มคนชายขอบ คนจนเมือง และการให้ความช่วยเหลือใน นาม “เสียงใหม่พลัส” ทั้งการตั้งครัวกลางในชุมชน การตั้ง ธนาคารอาหาร (Chiangmai Food Bank) ที่นำเอาอาหาร ส่วนเกิน ผักผลไม้ที่ไม่สวย รวมถึงอาหารทุกอย่างที่ยังกินได้ จากในตู้เย็นของคนในกลุ่มมาคัดแยก ก่อนส่งมอบต่อไปให้ กับพี่น้องคนจนเมือง รวมทั้งภาคแรงงานที่อยู่ในแคมป์งาน ทัว จ. เชียงใหม่

“สิ่งที่เรารู้สึกภาคภูมิใจคือการที่ได้เริ่มต้นลงมือทำได้ เข้ามาร่วมรับรู้ถึงความสุขและความทุกข์ของผู้คน และภูมิใจ ในการเป็นส่วนหนึ่งของภาคประชาชนที่ได้ลุกขึ้นมาสร้าง การเปลี่ยนแปลง” ภราดร ระบุ

ถัดมาคือ **พระมหาพร้อมพงศ์ ปภัสสรจิตโต** ผู้ช่วย เจ้าอาวาสวัดสุทธาวาสธรรมที่ได้ดำเนินโครงการ “พระไม่ทิ้งโยม” ด้วยการระดมสรรพกำลังของพระสงฆ์และฆราวาส สวมชุด PPE หักจีวร เปลี่ยนเส้นทางบิณฑบาตเป็นเส้นทางแจกชุด ตรวจ Antigen Test Kit (ATK) พร้อมกับปรับเปลี่ยนพื้นที่

วัดให้เป็นโรงพยาบาลสนาม ดูแลผู้ป่วยโควิดสีเขียวจำนวน ๑๕๐ เตียง พร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือในการคัดแยกผู้ป่วย ออกจากชุมชน และจัดตั้งแนวร่วมชุมชนเข้มแข็งกว่า ๓๐ ชุมชน ให้เป็นพลเมืองตื่นรู้เพื่อสู้กับโควิด-19 และสนับสนุน การทำ Home Isolation (HI) ตั้งแต่การตรวจคัดกรอง ส่ง อาหาร น้ำดื่ม ฯลฯ

“ถามว่ากลัวความตายกันหรือไม่ ก็ต้องตอบว่ากลัว แต่เราก้าวข้ามความกลัวนั้นได้ด้วยจิตวิญญาณที่ต้องการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน ตลอดระยะเวลากว่า ๑๐๐ วัน ที่ทีมจิตอาสาทำงานอย่างไม่มีวันหยุด เราได้ดูแลผู้คนไป มากกว่า ๕,๐๐๐ ราย เพราะยามสถานการณ์ปกติญาติโยม ไม่เคยทิ้งพระ ในยามที่โยมเดือดร้อน จะให้พระทิ้งโยมได้ อย่างไร” พระมหาพร้อมพงศ์ ระบุ

บุคคลที่สามที่ก้าวขึ้นสู่เวทีบอกเล่าเรื่องราวคือ **มาเรีย ป้อมดี** ประธานชุมชนพัฒนาใหม่ เขตคลองเตย ซึ่งเธอบอก ว่าเธอเป็นชาวบ้านธรรมดา แต่ด้วยบทบาทที่เป็นประธาน ชุมชนจึงต้องเข้มแข็ง แม้ว่าทั้งสามีและลูกจะติดโควิด-19 แต่เธอก็ยังต้องให้ความช่วยเหลือคนในชุมชนอื่นๆ ด้วย

โดยเฉพาะในช่วงที่ชุมชนคลองเตยเกิดการระบาดหนัก หน่วยงานต่างๆ ยังไม่เข้ามาในพื้นที่ เธอได้จัดประชุมร่วมกับ คณะกรรมการชุมชนและชาวบ้านว่าจะจัดตั้งศูนย์พักคอย ตัดวงจรการระบาดด้วยการนำผู้ติดเชื้อออกจากชุมชน ให้เร็วที่สุด

“การจัดตั้งศูนย์พักคอยนี้มีเครือข่ายต่างๆ รวมทั้งคนใน ชุมชนเข้ามาช่วยกัน ทำให้เรารอดมาจนถึงทุกวันนี้ แม้มี ตราమాว่าทำผิดแล้วจะโดนจับก็ไม่กลัว เพราะเราสู้ไม่ถอย และขอให้วิกฤตนี้เป็นโอกาสของคนไทยทุกคน ซึ่งเราต้องสู้ อย่างเดียวจึงจะรอดวิกฤต” มาเรีย กล่าว



“กลุ่มเส้นด้าย” เครือข่ายจิตอาสาภาคประชาสังคมที่ มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยกว่า ๒ แสนคน มีเตียงและเข้าถึงการ รักษา **คริส โปตระนันท์** ผู้ร่วมก่อตั้งกลุ่มเส้นด้าย เล่าถึง หัวใจความสำเร็จว่า ไม่มีอะไรมากไปกว่าความตั้งใจที่จะช่วย และการลงมือทำที่ความสามารถหรือกำลังของตัวเองจะ ทำได้

“คนบอกเส้นด้ายทำสิ่งที่ยิ่งใหญ่ ช่วยเหลือคนไปกว่า ๒ แสนคนได้อย่างไร เราไม่มีอะไรไปมากกว่าความตั้งใจที่ จะทำมัน อยากให้กลุ่มเสียงได้ตรวจ คนติดเชื้อได้รักษา ซึ่ง เราไม่ได้บอกให้ทุกคนลุกขึ้นมาช่วยในเรื่องของโควิด เพียง แต่คุณทำหน้าที่ตัวเองอย่างเต็มที่และใส่ใจลงไป เช่น ครูก็ ตั้งใจสอนเด็ก ตำรวจก็ตั้งใจทำเพื่อประชาชน หรือขับรถแล้ว เบรคให้คนเดินข้ามถนน เพียงเท่านี้คุณก็สามารถทำอะไร เพื่อคนอื่นได้แล้ว” คริส ระบุ

ทางด้าน **นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ** ผู้อำนวยการโรง พยาบาลจะนะ จ.สงขลา และประธานชมรมแพทย์ชนบท เป็นอีกคนหนึ่งมาร่วมบอกเล่าเรื่องราวผ่านระบบ video call เกี่ยวกับปฏิบัติการ “แพทย์ชนบทบุกกรุง” ๓ ครั้ง โดยครั้งแรก มีอาสาสมัครจาก ๖ โรงพยาบาลรวม ๕๐ ชีวิต แต่ครั้ง สุดท้ายซึ่ง กทม.ตกอยู่ในสถานการณ์ “จุดติด” ของการ ระบาด นั้นทำให้เกิดความร่วมมือของทีมแพทย์จาก ๔๐ โรงพยาบาล รวมกว่า ๕๐๐ คน ตบเท้าขึ้นมาช่วยคนกรุง ร่วมกับทีมโควิดชุมชน กลุ่มอาสาสมัคร ภาคเอกชน และ พลังของคนในชุมชน

“ประชาชนกว่า ๒ แสนคนได้รับการตรวจ ATK และเรา พบผู้ติดเชื้อกว่า ๒ หมื่นคน แม้นอนนั้นจะไม่มีโรงพยาบาล ให้นอนเพียงพอ แต่การทำให้เขาได้รู้ว่าตัวเองติดเชื้อ ก็มี ส่วนอย่างมากในการช่วยยุติการระบาดให้เร็วขึ้น นับเป็น ปฏิบัติการที่สร้างรูปแบบการกักตัวให้สังคมเห็น ว่าหาก เราเชื่อมั่นในปฏิบัติการเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง และเริ่ม ด้วยการลงมือทำ ก็จะช่วยทำให้วิกฤตโควิดผ่านพ้นไปได้” นพ.สุภัทร กล่าว

สุดท้ายคือ **บุหงา ลิมสวาท** หัวหน้าพยาบาลระบบ ไทยแคร์ ซึ่งเธอเป็นอดีตพยาบาลเพราะความเจ็บป่วยแต่ใน สถานการณ์โควิด-19 ที่ตัวเลขผู้ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้น เธอมองเห็น การขอความช่วยเหลือในสังคมออนไลน์เป็นจำนวนมาก ด้วยแรงสนับสนุนภายในที่ต้องการจะช่วยเหลือจึงได้ หยิบโทรศัพท์และโทรไปพูดคุยกับเคส ปรากฏว่าปลายสาย สนทนากำลังอยู่ในระยะวิกฤต แต่ที่สุดก็รอดพ้นจากวินาที ชีวิตเพราะได้รับการประสานและช่วยเหลือนำส่งโรงพยาบาล

“เราได้รู้สึกขึ้นมาทันทีว่าการที่เราอยู่บ้านก็ช่วยชีวิตคน ได้ และความรู้ที่เรามีก็ช่วยเหลือได้ จึงลุกขึ้นมาชวนเพื่อนๆ เริ่มทำ จากนั้นก็มีแรงสนับสนุนที่หลังไหลเข้ามาโดยไม่รู้ตัว ทั้งโปรแกรมเมอร์ที่มาช่วยเขียนโปรแกรมจนเกิดเป็นเครือข่าย ไทยแคร์ ที่ช่วยดูแลคนไข้ได้กว่าหลักหมื่นรายให้รอดชีวิต พร้อมทั้งแพทย์ พยาบาล ประชาชน นักศึกษา ที่อาสาเข้า มาช่วย” บุหงา ระบุ

พลังคนรุ่นใหม่ กับวัคซีนไทยที่จะไปให้ถึง

เนื้อหาจากปาฐกถาหัวข้อ “พลังคนรุ่นใหม่ กับวัคซีนไทยที่จะไปให้ถึง” โดยสองนักวิจัยคนรุ่นใหม่จากบริษัท ไบยา ไอพีไฟร์ จำกัด ภายใต้ CU Enterprise ผศ.ภญ.ดร.สุธีรา เตชคุณวุฒิ และ รศ.ดร.วรัญญู พูลเจริญ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่น และวิสัยคิดในการสร้างสังคมที่ดีกว่า

การปาฐกถาหัวข้อ “พลังคนรุ่นใหม่ กับวัคซีนไทยที่จะไปให้ถึง” ภายในงานสัมมนาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ องค์ปาฐกทั้งสองได้บอกเล่าถึงพลังและศักยภาพของคนรุ่นใหม่ พร้อมทั้งฉายภาพให้เห็นถึงสถานการณ์ยาในประเทศไทย ตลอดจนความก้าวหน้าในการพัฒนาวัคซีนโควิด-19 ความหวัง และโอกาสที่เกิดขึ้นจากการลงมือทำโดยไม่กลัวความล้มเหลว

ผศ.ภญ.ดร.สุธีรา กล่าวว่า กว่า ๗๐-๘๐% ของยาที่ใช้ภายในประเทศไทยในปัจจุบัน เป็นยาที่นำเข้าจากต่างประเทศ โดยไทยต้องจ่ายค่ายาให้กับบริษัทต่างชาติปีละหลายแสนล้านบาท หรือหากนับเฉพาะวัคซีนโควิด-19 ณ ขณะนี้ ก็จ่ายไปแล้วกว่า ๕ หมื่นล้านบาท

ปัจจุบันประเทศไทยแทบไม่เคยมีการคิดค้น วิจัย และพัฒนายา ตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงมือประชาชน โดยโรงงานผลิตยาที่มีอยู่ภายในประเทศส่วนใหญ่ใช้ผลิตเพียงยาเลียนแบบหรือยาที่หมดอายุสิทธิบัตรไปแล้ว ซึ่งตัวสารตั้งต้นนั้นก็ไม่สามารถผลิตเองได้ ต้องนำเข้าด้วยเช่นกัน

สำหรับวัคซีนโควิด-19 ที่ทั่วโลกใช้อยู่ขณะนี้ ล้วนเกิดจากบริษัทสตาร์ทอัพที่เป็นพลังจากนักวิจัยตัวเล็ก ๆ ไม่ว่าจะเป็นไบออนเทค โมเดอร์นา หรือโนวาแวกซ์ ซึ่งนวัตกรรมเช่นนี้ไม่ใช่เรื่องง่าย จะก่อตั้งแล้วคิดค้นขึ้นมาได้ แต่เกิดจากการทำงานอย่างต่อเนื่องของนักวิทยาศาสตร์

อย่างโมเดอร์นา ที่เป็นเวลากว่าสิบปีก่อนหน้าวัคซีนโควิด-19 ก็ไม่เคยมีผลิตภัณฑ์ออกสู่ตลาดเลย หากแต่เป็นบริษัทสตาร์ทอัพที่รัฐบาลสหรัฐอเมริกาให้การสนับสนุนเพื่อที่จะมั่นใจได้ว่าเมื่อเกิดเหตุการณ์ใดๆ แล้ว จะมีระบบนิเวศที่พร้อมต่อสู้กับโรค

ผศ.ภญ.ดร.สุธีรา บอกว่า สิ่งที่บริษัทไบยาทำอยู่ไม่ใช่เรื่องใหม่ แต่เป็นความพยายามในการพัฒนาพลังของเภสัชกรรุ่นใหม่ที่จะทำงานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับสังคม โดยนิสิตที่เข้ามาเรียนเภสัชศาสตร์มักมีความตื่นตัว และคาด



หวังที่จะได้เข้ามาคิดค้น วิจัย พัฒนายา เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงให้กับสังคม

อย่างไรก็ตาม เมื่อเราเรียนมาจึงได้รู้ว่าที่ผ่านมาประเทศไทยไม่เคยคิดค้น วิจัย พัฒนายาเองได้ ที่ทำได้ก็เพียงต่อราคาขายเพื่อให้คนเข้าถึงได้มากขึ้น แต่ไม่สามารถผลิตและส่งออกยาเพื่อทำให้คนไทยมีรายได้ที่ดีและเข้าถึงยามากขึ้นได้

มากไปกว่านั้น นับตั้งแต่มีการก่อตั้งบริษัทไบยาขึ้นมา ก็ได้ยืนยันแต่คำว่าเป็นไปไม่ได้มาโดยตลอด ได้ยืนยันมากกว่าที่เคยได้ยินมาแทบทั้งชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการคิดค้นวิจัยพัฒนายาในไทย หรือการผลิตยาจากพืช คนต่างบอกว่าเป็นไปไม่ได้ แต่ส่วนตัวเชื่อว่าความสำเร็จหลายสิ่งที่เกิดขึ้นบนโลกก็เริ่มต้นมาจากคำว่าเป็นไปไม่ได้ เช่นเดียวกับก้าวสำคัญของบริษัทไบยาที่สามารถคิดค้นและผลิตวัคซีนโควิด-19 จนสามารถเข้าสู่ชั้นของการทดลองในมนุษย์ได้สำเร็จ ก็มีจุดเริ่มต้นจากคำว่าเป็นไปไม่ได้

ดังนั้นจึงอยากบอกทุกคนในสังคมว่าอย่ากลัวความล้มเหลว เพราะความล้มเหลวเป็นแค่วิธีหนึ่งในการเรียนรู้ สิ่งที่ดีที่สุดคือการได้ทดลองทำ รับผิดชอบหรือล้มเหลวให้เร็วที่สุดเพื่อที่จะได้เรียนรู้ เพราะสังคม

คงไม่สามารถเจริญขึ้นได้หากทุกคนกลัวที่จะล้มเหลว

“ไบยาจึงไม่ได้เป็นแค่บริษัทสตาร์ทอัพ แต่เราอยากเป็นตัวอย่างของการสร้างสนามให้กับคนรุ่นใหม่ได้เข้ามาเรียนรู้และทดลอง แม้ล้มไปก็ไม่ต้องเจ็บมากเพราะมีคนมีที่เรียนรู้มาให้ก่อนแล้ว แล้วเก็บบทเรียนนี้ให้กับคนรุ่นหลังได้ก้าวเดินต่อไปเพื่อพัฒนาสิ่งที่ต่อไป” ผศ.ภญ.ดร.สุธีรา ระบุ

ขณะที่ รศ.ดร.วรัญญู พูลเจริญ กล่าวว่า เชื่อว่าหลายคนอาจรู้สึกดีกับการนำเข้ายาจากต่างประเทศ เพราะการลงทุนวิจัยพัฒนายานั้นใช้เงินมหาศาล และไม่สามารถการันตีความสำเร็จได้

อย่างไรก็ตามเมื่อเกิดโรคระบาดขึ้นทั่วโลกแบบโควิด-19 เราจะเห็นได้ว่าทุกประเทศไม่ว่าจะร่ำรวยหรือยากจน หากประเทศนั้นไม่มีความสามารถหรือเทคโนโลยีที่จะผลิตยาหรือวัคซีนได้ด้วยตนเอง ต่อให้มีเงินมากเพียงใดก็ต้องรอไม่สามารถซื้อมาได้ทันที ในขณะที่ประเทศที่มีความสามารถในการวิจัยและผลิตได้ด้วยตนเอง ก็สามารถผลิตออกมาให้ประชาชนภายในประเทศใช้ได้ก่อน

“โรคระบาดเกิดขึ้นมาแล้ว และในอนาคตก็จะเกิดขึ้นมาอีก ถึงเวลาหรือยังที่เราต้องตั้งคำถามว่า เราจำเป็นจะต้องพัฒนาความสามารถด้านยาขึ้นมาเอง หรือถ้าเกิดโรค



ระบาดแล้วเราก็จะต้องรอแบบนี้ สิ่งที่เป็น Pain Point ของคณะเภสัชฯ คือเราสอนเด็กให้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ จบออกไปเขามุ่งงานทำ ได้เงินดี แต่ไม่มีใครออกมาทำงานคิดค้น วิจัย พัฒนายาในประเทศเลย เพราะประเทศเราไม่มีที่ทางให้เขาทำ และเส้นทางการเติบโตของนักวิจัยแบบนี้ก็มีน้อยมาก” รศ.ดร.วรัญญู ระบุ

สำหรับบริษัทไบยา ตั้งแต่ที่ได้รับรายงานรหัสพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในเดือน ม.ค. ๒๕๖๓ ก็สามารถผลิตวัคซีนออกมาได้ในเดือน ก.พ. ๒๕๖๓ โดยใช้ระยะเวลาเพียง ๑ เดือน และเมื่อเห็นผลเป็นไปได้อย่างเริ่มวางแผนสร้างโรงงานที่สามารถใช้ผลิตยาและวัคซีนจากพืช ซึ่งนับเป็นแห่งแรกในประเทศไทยและในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่สามารถผลิตวัคซีนจากพืชเข้าสู่การทดสอบในมนุษย์ได้ และพื้นที่นี้ยังไม่ได้ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อผลิตวัคซีนโควิดเพียงอย่างเดียว แต่ยังสามารถเป็นพื้นที่เพื่อใช้ในการผลิตยาหรือวัคซีนตัวอื่นที่กำลังวิจัยและพัฒนาอยู่ ไม่ว่าจะเป็นมะเร็ง หรือพืชสมุนไพร

รศ.ดร.วรัญญู กล่าวสอดคล้องกันว่า ปัจจัยสำคัญคือการลงมือทำ ส่วนการพัฒนาจะสำเร็จหรือไม่เป็นเรื่องทางวิทยาศาสตร์ที่เราไม่สามารถกำหนดได้ แต่ยิ่งล้มเหลวเร็วเท่าไรยิ่งดี เพื่อที่จะได้เรียนรู้ว่าจุดผิดพลาดอยู่ตรงไหนและไม่หยุดที่จะพัฒนาต่อไปให้ดีขึ้น ซึ่งเป้าหมายของไบยาคือการพยายามพัฒนาระบบการผลิต ให้ไทยสามารถคิดค้นและพัฒนายาได้เอง เพื่อที่ต่อไปเราจะแก้ไขปัญหาโรคภัยภายในประเทศ หรือโรคที่บริษัทยักษ์ใหญ่ไม่ให้ความสนใจเป็นการสร้างความมั่นคงให้กับด้านสุขภาพรวมถึงเศรษฐกิจของประเทศ

ทิศทางโลก-ทิศทางไทย ‘โอกาสและความท้าทาย’

โควิด-19 ไม่ได้เป็นเพียงแค่วิถีชีวิตที่สร้างความเดือดร้อนไปทุกหย่อมหญ้า หากแต่ยังแผ่มาด้วยวิกฤตอื่น ๆ ที่ทำลายมนุษยชาติ ส่งผลกระทบเป็นวงกว้างตั้งแต่เรื่องสุขภาพไปจนถึงวิถีชีวิตและวิถีชีวิต ขณะเดียวกันก็ได้สร้างโอกาสใหม่ๆ ให้แก่ผู้ที่มีความพร้อมในการรับมือความเปลี่ยนแปลง

ระยะเวลาเพียง ๒ ปี ชัดเจนว่าเพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงหลายสิ่งหลายอย่างจากหน้ามือเป็นหลังมือ ซึ่งใน **เวทีทัศน์ “ทิศทางโลก ทิศทางไทย: โอกาสและความท้าทาย”** ภายในงานประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ ได้ตอกย้ำว่า สิ่งสำคัญนับจากนี้คือการก้าวไปสู่อนาคตด้วยความพร้อม

นครินทร์ วงกิจไพบูลย์ กรรมการผู้จัดการและบรรณาธิการบริหารสำนักข่าว The Standard หนึ่งในวิทยากรคนรุ่นใหม่ กล่าวกับผู้ร่วมฟังเสวนาว่า โควิด-19 จะไม่จบลงง่ายๆ และจะอยู่กับเราไปอีกนาน จากนั้นยังมีวิกฤตอื่นๆ รออยู่ข้างหน้า นี่จึงนับเป็น The Great Crisis ที่เราต้องมองให้เห็นว่าปัญหาใดรอเราอยู่บ้าง

หนึ่งในความท้าทายสำคัญของไทยคือเรื่องของความเหลื่อมล้ำ เมื่อมีคนหิวก็จะมีคนอีกกลุ่มอ้วน เมื่อคนกลุ่มหนึ่งไม่มีอันจะกินในวันข้างหน้าก็จะมีคนอีกกลุ่มหนึ่งที่มีเครื่องดื่ม-อาหารราคาแพงกิน คำถามคือมันเกิดอะไรขึ้นที่ทำให้คนในประเทศถึงต่างกันได้ขนาดนี้

“เมื่อคนหิว พวกเขาจะโกรธ และเมื่อพวกเขาโกรธปัญหาสังคมก็จะตามมา ซึ่งไม่ใช่แค่มีติปากท้อง แต่ยังเป็นการศึกษา ปัญหาสาธารณสุข การเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่ดี ทั้งหมดนี้คือโอกาสและความหวังที่ต่างกันจนเกินไป” นครินทร์ระบุ

อย่างไรก็ดี ปัญหาที่พูดไปข้างต้นจะเล็กน้อยมากเมื่อเทียบกับ “Code Red” อย่างปัญหาสิ่งแวดล้อมและภัยธรรมชาติ ตั้งแต่วิกฤตโลกร้อนไปจนถึงเรื่องน้ำท่วม ที่สำคัญก็คือไทยจะเป็นประเทศที่เจอปัญหาหนัก เพราะเราพึ่งพาเกษตรกรรมและเมืองอยู่ต่ำกว่าระดับน้ำทะเล ประเทศไทยจึงเป็นแถวหน้าเมื่อเกิดปัญหา

ทว่าในทุกๆ ปัญหาย่อมมีโอกาส และนี่คือโอกาสครั้งใหญ่ของไทย ถ้าไม่มีโควิด-19 เราจะไม่เปลี่ยนแปลง เราจะอยู่

กับวิถีชีวิตใหม่ๆ ดูแลสุขภาพแบบใหม่ๆ เศรษฐกิจก็จะรอดแต่พึ่งพานักท่องเที่ยว โควิด-19 ทำให้เราตื่นและลุกขึ้นมาทำอะไรบางอย่าง เราตื่นรู้และตื่นตัวที่จะสู้กับวิกฤต เรามีโอกาสมากมายที่ตอนนี้อาจจะยังไม่เห็น แต่ต้องคว้ามันให้ได้ในอนาคต

ประเทศไทยต้องมีการปฏิรูปครั้งใหญ่ หรือ the Great Reform การปฏิรูปต้องเกิดขึ้นเพื่อให้เรามีที่ยืนในโลกสมัยใหม่ทุกอย่างต้องถูกคิดขึ้นมาใหม่ แม้กระทั่งกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเองก็ต้องตีโจทย์ให้แตกว่า ในเวลานี้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติคืออะไร และมีไว้เพื่ออะไรในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลง

“ในการปฏิรูปครั้งนี้ เราต้องเชื่อมคน เปลี่ยนโครงสร้างระบบ วัฒนธรรมให้ทันสมัย ต้องเชื่อมโลก จับกระแสแห่งอนาคต ไม่ต่อต้านคลื่นสมัยใหม่ และระลึกไว้ว่าอะไรที่เคยถูกต้อง เวลานี้ได้เปลี่ยนไปแล้ว ต้องเชื่อมโยง สร้างผู้นำที่พร้อมนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง และสร้างการมีส่วนร่วมให้กับคนทั้งประเทศได้ช่วยกัน” นครินทร์ กล่าว



เนื้อหาตอนหนึ่งจาก เวทีทัศน์ “ทิศทางโลก ทิศทางไทย: โอกาสและความท้าทาย” โดยวิทยากรจากหลากหลายสาขาต่างเห็นพ้องร่วมกันว่า โควิด-19 ได้สร้างความท้าทายและสร้างโอกาสใหม่ๆ ให้เกิดขึ้น ฉะนั้นสิ่งสำคัญนับจากนี้คือความพร้อมที่จะรับมือกับความเปลี่ยนแปลง และผลพวงอื่นที่จะตามมา

ขณะที่ **ดร.กอบศักดิ์ ภูตระกูล** รองผู้จัดการใหญ่ ธนาคารกรุงเทพ และอดีตรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี พุดชัดว่า กระบวนการสมัชชาสุขภาพคือพลังที่สำคัญที่สุดในการช่วยเปลี่ยนแปลงสังคม นั่นเพราะ ดร.กอบศักดิ์ เชื่อมั่นในพลังความร่วมมือร่วมใจของผู้คนตั้งแต่ระดับชุมชน ไปพร้อมๆ กับการเปิดรับสิ่งใหม่ๆ

แน่นอนว่า หลายคนต่างมีความหวังกับชีวิตใหม่ภายใต้หลังสถานการณ์โควิด-19 ผ่อนคลายลง ทว่าเมื่อโควิด-19 ได้รับการบริหารจัดการมากขึ้น คำถามที่ตามมาคืออะไรจะเกิดขึ้นหลังจากนี้ และเราจะใช้พลังของสมัชชาสุขภาพได้อย่างไรกับสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต

“ผมขอออกเลยนะครับว่า พี่น้องสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จในการจัดการโควิด-19 ของประเทศไทย ถ้าเราไม่มีพี่น้องสมัชชาสุขภาพฯ ทั้งประเทศมาช่วย เราจะไม่สามารถอยู่จุดนี้ได้เลย” ดร.กอบศักดิ์ ระบุ

อดีต รมต.ประจำสำนักนายกรัฐมนตรี กล่าวต่อไปว่า การที่เราสามารถบริหารจัดการชุมชนต่างๆ ได้ ก็เป็นเพราะการร่วมแรงร่วมใจและมีมือของเครือข่ายสมัชชาสุขภาพฯ ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มาจากพื้นที่ภาคส่วนต่างๆ ช่วยกันปกป้องชุมชนจากโควิด-19 ตรงนี้ประเทศอื่นไม่มีอย่างที่เรา มีจึงเป็นเรื่องที่น่าภูมิใจมาก

ดังนั้น ปัญหาทั้งหมดที่เป็นความท้าทายที่เราเผชิญ ไม่ว่าจะเป็นการถดถอยของเศรษฐกิจ การมาถึงของโลกดิจิทัล ภัยธรรมชาติ ชุมชนคือคำตอบของปัญหา ชุมชนและ

พี่น้องสมัชชาสุขภาพฯ จะสามารถช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ ถือเป็นพลังที่สำคัญ ชุมชนที่เข้มแข็งจะทำให้เราฉวยโอกาสต่างๆ ได้

ดร.กอบศักดิ์ กล่าวอีกว่า ยุค 4.0 คือโอกาสที่ดีของคนไทยที่ไม่ได้ไกลตัวอย่างที่คิด เทคโนโลยีคือเครื่องมือใหม่ในการทำมาค้าขาย ชุมชนต้องหาโอกาสจากเรื่องพวกนี้ให้ได้ เปลี่ยนความท้าทายให้เป็นโอกาสที่เราจะเข้มแข็งขึ้น ปัญหาสังคมต่างๆ มากมายที่อุบัติขึ้น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องสิ่งแวดล้อม พัฒนาการของเด็ก ไปจนถึงความเหลื่อมล้ำ การพัฒนาชุมชนให้พร้อมรับมือกับเรื่องเหล่านี้จะเป็นทางออกที่ยอดเยี่ยม

“ในห้วงเวลาวิกฤตครั้งนี้ เราต้องหยิบฉวยวิกฤตให้เป็นโอกาสที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มีสมาชิกใกล้ชิดกับผู้คนทั่วประเทศจะเป็นกลไกสำคัญที่นำพาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้” ดร.กอบศักดิ์ กล่าว

ทางด้าน **จินางค์กูร โรจนนันต์** รองเลขาธิการสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ หรือ สภาพัฒน์ กล่าวว่า เรื่องของความท้าทายในอนาคตครั้งนี้ สภาพัฒน์ได้มองเห็นปัญหาและโอกาสในมิติต่างๆ เพื่อประเมินถึงก้าวต่อไปว่าประเทศไทยจะต้องพัฒนาอย่างไร

สิ่งที่กลายเป็นบริบทของการพัฒนาใหม่หลังจากเกิดวิกฤตโควิด-19 มีทั้งเรื่องของการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่เหมือนเดิมอีกต่อไป การฟื้นตัวของเศรษฐกิจไม่ได้เอื้ออำนวยให้กับผู้คนฐานราก กลับกลายเป็นมีผู้ยากไร้มากขึ้น รัฐเองที่ต้องสนับสนุนก็มีรายได้ลดน้อยถอยลง ภาวะการเรียนรู้ออนไลน์ของเยาวชนก็ถดถอยจากการที่ไม่ได้ไปโรงเรียน ทั้งหมดนี้เป็นความท้าทายที่สภาพัฒน์จะต้องนำไปคิดต่อเพื่อสร้างแผนพัฒนาประเทศอย่างสอดคล้องและเหมาะสม

คุณจินางค์กูร กล่าวอีกว่า เวลานี้ เศรษฐกิจของประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย ประเทศของเรากำลังขาดแคลนแรงงาน ดังนั้นสิ่งที่ต้องทำคือการเสริมประสิทธิภาพให้กับวัยทำงาน ต้องกระจายโอกาสทางเศรษฐกิจและสังคมให้ทั่วถึงทุกคน เพื่อที่จะใช้พลังเหล่านั้นมาผลักดันให้ประเทศไปต่อได้

สภาพัฒน์จึงต้องการกำหนดทิศทางของอนาคต ด้วยการสร้าง “๑๓ หมายเหตุเพื่อพลิกโฉมประเทศไทย” แบ่งตาม ๔ ด้านสำคัญ คือพลิกโฉมภาคการผลิตและบริการ สร้างความยั่งยืนของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และเพิ่มปัจจัยผลักดันการพลิกโฉมประเทศ ทั้งหมดก็เพื่อสร้างอนาคตที่สดใสให้แก่ประเทศไทย

รายงานความก้าวหน้าการขับเคลื่อน มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา

การรายงานความก้าวหน้าของการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นธรรมเนียมปฏิบัติสำคัญที่เกิดขึ้นในงานสมัชชาสุขภาพฯ ทุกปี ทั้งหมดเป็นไปเพื่อฉายภาพให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพฯ และผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้เห็นถึงดอกผลและอุปสรรคจากการสานพลังขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่จะนำไปสู่การสร้างสังคมสุขภาพอย่างแท้จริง

สำหรับปี ๒๕๖๔ มีมติสมัชชาสุขภาพฯ จำนวน ๕ มติ ที่ถูกกำหนดไว้ให้นำเข้ามารายงานความก้าวหน้า ในงานสมัชชาสุขภาพฯ ครั้งที่ ๑๔ โดยเป็นการรายงานผ่านวีดิทัศน์ (สามารถเข้าชมการรายงานความก้าวหน้า ฉบับเต็มผ่านทาง Virtual Exhibition หรือ นิทรรศการออนไลน์ ได้ที่เว็บไซต์ www.samatcha.org)

ศ.คลินิก นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา รองประธานกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.) ระบุว่า เนื้อหาการรายงานความก้าวหน้าด้วยวีดิทัศน์นั้นส่วนใหญ่เป็นความก้าวหน้าของแต่ละมติตามการขับเคลื่อนของหน่วยงาน และองค์กรจากส่วนกลาง แต่การร่วมกันขับเคลื่อนกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ยังไม่จบ สมาชิกสมัชชาสุขภาพฯ และภาคีเครือข่ายยังต้องสานพลังร่วมมือกันขับเคลื่อนต่อไป

ถัดจากนั้น ศ.คลินิก นพ.สุพรรณ ได้แนะนำ “ประธานอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” ทั้ง ๒ คณะ ซึ่งประกอบด้วย นางทิพย์รัตน์ นพดลารมย์ ประธานอนุกรรมการฯ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสังคมและสุขภาพ และ นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ ประธานอนุกรรมการฯ ที่เกี่ยวข้องกับแพทย์และสาธารณสุข

พร้อมทั้งส่งมอบให้ประธานอนุกรรมการฯ ทั้งสอง นำเสนอความก้าวหน้าในการขับเคลื่อนในพื้นที่ รวมทั้งเป้าหมายหรือประเด็นท้าทายในการสร้างความร่วมมือกับสมาชิกสมัชชาสุขภาพฯ เพื่อร่วมขับเคลื่อนมติในระยะยะถัดไป

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสังคมและสุขภาพ:

มติ ๑๒.๑ ทบทวนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รอยโรค มีเป้าหมายที่สำคัญ ได้แก่

๑. ผลักดันให้เกิดการยกเลิกการใช้แร่ใยหิน และวัสดุก่อสร้างที่มีแร่ใยหินเจอบน โดยเฉพาะที่ใช้ในอาคารโรงเรียน



โรงพยาบาล สถานรับเลี้ยงหรือศูนย์เด็กเล็ก และผู้สูงอายุ เป็นต้น

๒. การให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่างๆ และการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์สาธารณะเกี่ยวกับผลกระทบและอันตรายจากแร่ใยหิน โดยการทำงานอย่างใกล้ชิดกับหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายสมัชชาสุขภาพในพื้นที่

มติ ๑๒.๒ วิถีเพศภาวะ เสริมพลังสุขภาพครอบครัว มีเป้าหมายที่สำคัญ ได้แก่

๑. การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจต่อสังคมเกี่ยวกับวิถีเพศภาวะ ด้วยการสื่อสารและเคลื่อนไหวทางสังคมผ่านทางหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง และเครือข่าย LGBTIQNs เป็นต้น

๒. การขับเคลื่อนแผนงานสนับสนุนการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ วิถีเพศภาวะ: เสริมพลังสุขภาพครอบครัว พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗ เช่น การติดตามและผลักดันกฎหมายที่มีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะ การจัดทำธรรมนูญสุขภาพที่คำนึงถึงวิถีเพศภาวะ จัดทำแนวปฏิบัติในการเสริมสร้างความรู้แก่สังคม เป็นต้น

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข

มติ ๑๒.๓ รวมพลังชุมชนต้านมะเร็ง มีเป้าหมายที่สำคัญ ได้แก่

๑. สร้างความรู้ ความตระหนักให้แก่ประชาชนในการป้องกันและเข้าตรวจ คัดกรองมะเร็ง โดยเน้นการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายของบุคลากรสาธารณสุขที่จัดบริการผู้ป่วยมะเร็ง และเครือข่ายผู้ป่วยมะเร็งทุกประเภท รวมทั้งภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อสานเครือข่ายภาคประชาชนร่วมขับเคลื่อนมากขึ้น

๒. สนับสนุนและเสริมศักยภาพของอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยมะเร็งทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน รวมทั้งเสริมศักยภาพของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็ง

มติ ๑๒.๔ การจัดการเชิงระบบสู่ประเทศไทยอย่างสมดุล โดยชุมชน เป็นศูนย์กลาง มีเป้าหมายที่สำคัญคือ เน้นนโยบายการขับเคลื่อนในระดับพื้นที่และชุมชน เช่น ผลักดันแผนงานการขับเคลื่อน “จังหวัด RDU” และการเข้ามามีส่วนร่วมของบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการแก้ไขปัญหาในชุมชน ที่ต้องสร้างความร่วมมือกับกลไกในระดับพื้นที่ เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) รวมถึงบุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ประกอบการร้านยา และเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่

มติ ๑๓.๒ การบริหารจัดการวิกฤตสุขภาพแบบมีส่วนร่วมกรณีโรคระบาดใหญ่ มีเป้าหมายที่สำคัญ คือ

ด้านมาตรการลดผลกระทบด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม การฟื้นฟู เยียวยา รวมถึงสนับสนุนส่งเสริมการจัดการความรู้และถอดบทเรียนในประเด็นที่สำคัญโดยใช้ประสบการณ์และความรู้ที่ได้รับจากการบริหารจัดการการแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ผ่านมา



นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานผลการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯ ตั้งแต่ปี ๒๕๕๑ ซึ่งมีการจัดงานสมัชชาสุขภาพฯ ครั้งที่ ๑ จนถึงปัจจุบัน โดยระบุว่า ประเทศไทยมีมติสมัชชาสุขภาพฯ แล้ว ๘๗ มติ เมื่อรวมกับที่ได้รับบันทึกเพิ่มเติมในงานสมัชชาสุขภาพฯ ครั้งที่ ๑๔ อีก ๓ มติ จะรวมเป็น ๙๐ มติ โดยที่ผ่านมา คมส. ได้จัดกลุ่มมติสมัชชาสุขภาพฯ ออกเป็น ๔ กลุ่ม เพื่อให้ง่ายต่อการติดตามและวางแนวทางการขับเคลื่อน

๑. มติสมัชชาสุขภาพฯ ที่มีการขับเคลื่อนและเห็นผลลัพธ์ชัดเจนโดยกระบวนการและ กลไกนโยบายที่มีอยู่ (Achieved) จำนวน ๓๖ มติ

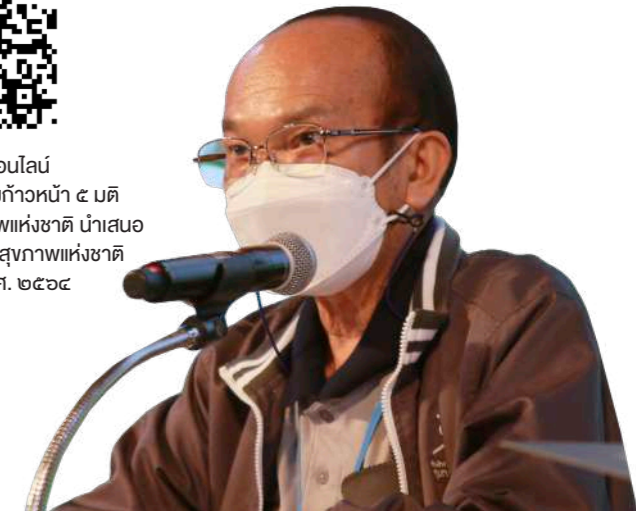
๒. มติสมัชชาสุขภาพฯ ที่กำลังขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง (On-going) จำนวน ๓๔ มติ

๓. มติสมัชชาสุขภาพฯ ที่ทำการทบทวนมติเพื่อให้เข้ากับสถานการณ์ (To be revisited) จำนวน ๔ มติ

๔. มติที่ควรรุติการรายงานการขับเคลื่อน ๑๓ มติ



QR code สำหรับดูรายงานความก้าวหน้า ๕ มติ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ นำเสนอในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔



‘ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ’ วาระสุขภาพประเทศไทย ประจำปี ๒๕๖๕-๒๕๖๖

ช่วงท้ายของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ ก่อนที่งานจะรุดมาเปิดฉากสิ่งที่ทำให้เห็นรูปธรรมความสำเร็จจากกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม มีไฮไลท์ที่สำคัญอย่างยิ่ง ๒ ประการ

หนึ่งคือ พิธีส่งมอบ-รับมอบงาน จากคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ครั้งที่ ๑๓-๑๔ และ คจ.สช. ครั้งที่ ๑๕-๑๖ โดย นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา ประธาน คจ.สช. ครั้งที่ ๑๓-๑๔ ส่งไม้ต่อให้ นายชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ อดีตปลัดกระทรวงยุติธรรม ในฐานะประธาน คจ.สช. ครั้งที่ ๑๕-๑๖ เป็นผู้รับมอบงาน ท่ามกลางเสียงปรบมือและการแสดงความยินดีของผู้เข้าร่วมประชุม

อีกหนึ่งคือ การประกาศประเด็นหลัก (Theme) การจัดงานสมัชชาสุขภาพฯ ครั้งที่ ๑๕-๑๖ ซึ่งถือเป็น “วาระสุขภาพของประเทศไทย” ที่ คจ.สช. และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จะร่วมกันพัฒนาและขับเคลื่อนมติ พร้อมทั้งเชิญชวนภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน สถานพลังขับเคลื่อนนโยบายร่วมกันต่อไป

สำหรับวาระสุขภาพประจำปี ๒๕๖๕-๒๕๖๖ ที่นายชาญเชาวน์ประกาศ ก็คือ “ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โอกาสและความหวังอนาคตประเทศไทย”

นายชาญเชาวน์ อธิบายว่า ประเด็นหลักของสมัชชาสุขภาพฯ ครั้งที่ ๑๕-๑๖ ไม่ได้ถูกคิดขึ้นมาเอง หากแต่มีที่มาจากการรับฟังความคิดเห็นจากพี่น้องประชาชนทุกภาคส่วน ในระหว่างกระบวนการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ ซึ่งกำลังจะเกิดขึ้นในอีกไม่นานนี้

จากกระบวนการรับฟังที่ผ่านมา พบว่าผู้คนในสังคมได้ร่วมกันมองเห็นถึงโอกาสและความหวังของการพัฒนาประเทศภายหลังสถานการณ์โควิด-19 ไปสู่ออนาคตร่วมกัน

นายชาญเชาวน์ อธิบายต่อไปว่า สมัชชาสุขภาพฯ ครั้งที่ ๑๓-๑๔ มีประเด็นหลักคือ “พลังพลเมืองตื่นรู้ สู้วิกฤตสุขภาพ” ซึ่งทำให้เราได้ตระหนักถึงพลังของความร่วมมือที่ช่วยสร้างความมั่นใจว่า เราจะสามารถข้ามผ่านวิกฤตโควิดนี้ไปด้วยกันได้

สาระสำคัญจาก **พิธีส่งมอบ-รับมอบงาน** จากคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๓-๑๔ และคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕-๑๖ และ **การประกาศประเด็นหลัก (Theme) และมิติใหม่ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๖**



ทว่าต่อจากนี้ เราจะพูดถึงเรื่องโอกาสและความหวังที่มีร่วมกันในการพัฒนาและสร้างอนาคตของประเทศไทย

ประธาน คจ.สช. ครั้งที่ ๑๕-๑๖ ย้ำว่า ความเป็นธรรมด้านสุขภาพอยู่กับเรา อยู่ในครอบครัว อยู่ในชุมชน อยู่ในประเทศ อยู่ในอาหารที่เรากิน อยู่ในน้ำที่เราดื่ม อยู่ในอากาศที่เราหายใจ เรามั่นใจว่านโยบายด้านสุขภาพและสุขภาพจะเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของทุกคน และจะเชื่อมโยงกับนโยบายอื่นของประเทศในทุกมิติ ไม่ว่าจะสังคม เศรษฐกิจ หรือการเมือง

“เราจะร่วมกันจัดสมัชชาสุขภาพเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่ต่อเนื่องไปตลอด ๒ ปี แล้วในเดือน ธ.ค. ของแต่ละปีที่เป็นงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จึงจะมาสรุปบทเรียนและตกผลึกไปร่วมกันว่ามีอะไรที่ทำสำเร็จ หรือยังไม่สำเร็จ เพื่อมาตรวจสอบและก้าวไปด้วยกัน” นายชาญเชาวน์ ระบุ

ถัดจากนั้น นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ชี้แจงเพื่อฉายภาพเพิ่มเติมให้เห็นถึง “มิติใหม่ในการจัดงานสมัชชาสุขภาพฯ” โดยมีกรอบการจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕-๑๖ เพื่อให้บรรลุสู่เป้าหมายตามประเด็นหลักเอาไว้ ๔ ประเด็น

๑. เน้นประเด็นระดับประเทศ และหน่วยงานหรือองค์กรระดับชาติเป็นเจ้าภาพหลัก



๒. ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น จนได้ข้อเสนอที่มีความพร้อมทางวิชาการ และมีเครือข่ายหน่วยงานหรือองค์กรพร้อมร่วมขับเคลื่อนชัดเจน

๓. บูรณาการในการพัฒนานโยบาย (ขาขึ้น) และขับเคลื่อนเชิงระบบ (ขาเคลื่อน) รวมทั้งเชื่อมการขับเคลื่อนร่วมกับสมัชชาสุขภาพในพื้นที่

๔. จัดกิจกรรมสมัชชาสุขภาพฯ ด้วยวิธีการที่ยืดหยุ่นทันสถานการณ์ ต่อเนื่องทั้งปีและเปิดกว้าง

“ที่ผ่านมาเราได้เผชิญกับวิกฤต ปัญหา และภาวะแทรกซ้อน ทำให้ต้องมีการรวมพลังกันสู้วิกฤต แต่หลังจากนี้เราจะเดินทางไปสู่การสร้างความเป็นธรรม ซึ่งจะเป็นเรื่องของแสวงหาโอกาส และการสร้างอนาคตประเทศไทยไปพร้อมกัน” นพ.ประทีป ระบุ

สำหรับการสร้างความเป็นธรรมนั้น แน่ใจว่ากระบวนการมีส่วนร่วมเป็นสิ่งจำเป็น และหนึ่งในเครื่องมือสำคัญก็คือกระบวนการสมัชชาสุขภาพฯ ที่เครือข่ายสมาชิกสมัชชาสุขภาพทุกภาคส่วนจะร่วมกันถกแถลงหาฉันทมติต่อข้อเสนอแนะ รวมถึงกล่าวถ้อยแถลงที่จะขับเคลื่อนมติสมัชชาฯ ไปด้วยกันทั้งในระดับชาติ ส่วนกลาง และระดับพื้นที่



ยอดผู้เข้าร่วมงานประชุม สมาชิชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๔ รวมกว่า ๑.๖ แสนคน



“อนันท์” นนุ สร้างรูปธรรมสังคมสุขภาพฯ ด้วยมดี “สมาชิชาสุขภาพแห่งชาติ”



สมาชิชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 14 ร่วมขับเคลื่อน 3 มดี วิกฤติสุขภาพ



การจัดงานสมาชิชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ ระหว่างวันที่ ๑๕-๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๔ ในรูปแบบผสมผสาน (Hybrid) พบว่ามีผู้เข้าร่วมการประชุมทั้งสิ้น ๒,๓๗๒ คน แบ่งเป็น เข้าประชุม ณ สถานที่จัดประชุม (On-site) จำนวน ๓๗๓ คน และ เข้าประชุมผ่านระบบออนไลน์ (Online) จำนวน ๒,๐๐๓ คน ในส่วนของการเชื่อมต่อระบบประชุมแบบออนไลน์ระดับจังหวัดกับส่วนกลาง โดยได้รับความร่วมมือจากกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสถาบันการศึกษาในพื้นที่

ทั้งนี้ แบ่งเป็น ๑. สมาชิกสมาชิชาสุขภาพแห่งชาติ ที่มา จากเครือข่ายสมาชิชาสุขภาพจังหวัด ๗๗ จังหวัด และคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ๑๓ เขต หน่วยงานภาครัฐ ภาควิชาการ/วิชาชีพ ภาคประชาสังคม ๒. ประชาชนที่สนใจสมัครเข้าร่วม (ตามมาตรา ๔๔ วรรค ๑ แห่ง พ.ร.บ.

สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐) เยาวชน เครือข่ายผู้เปราะบาง ๓. ผู้ทรงคุณวุฒิ หน่วยงานภาคีเครือข่าย คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) คณะกรรมการจัดสมาชิชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) คณะอนุกรรมการ และคณะทำงาน

นอกจากนี้ มีผู้รับชมกิจกรรมในสมาชิชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ ตั้งแต่วันที่ ๑๗ พ.ย. ๒๕๖๔ จนถึงวันที่ ๑๖ ธ.ค. ๒๕๖๔ ผ่านการถ่ายทอดสดออนไลน์ (FB Live Streaming) ทาง Facebook ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) รวมแล้ว มากกว่า ๑๖๐,๐๐๐ คน

ในส่วนของการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานสมาชิชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ ผ่านสื่อมวลชน ทั้งสื่อกระแสหลักและสื่อออนไลน์ รวมทั้งสิ้น ๖๒๒ ครั้ง แบ่งเป็น ข่าวกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จำนวน ๓๙๖ ครั้ง และข่าวการประชุมสมาชิชาสุขภาพแห่งชาติฯ จำนวน ๒๒๖ ครั้ง

๒๐ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั่วประเทศ ร่วมขับเคลื่อน มติสมัชชาสุขภาพฯ

กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงให้เห็นผล
การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
และช่วยสร้างกระแสสังคม อีกทั้งยังทำให้
หน่วยงานภาคีและเครือข่ายพื้นที่เกิดความตื่นตัว
ร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสมัชชาสุขภาพ
แห่งชาติ และทำให้ประชาชนรู้จักสมัชชาสุขภาพ
แห่งชาติมากขึ้น



ในช่วงปลายปี นับตั้งแต่วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน - ๑๐
ธันวาคม ๒๕๖๔ ภาคเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ ได้จัดกิจกรรม
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ กระจายอยู่ทั้งในพื้นที่ส่วนกลาง โดยมี
หน่วยงานเจ้าภาพหลักจัดงาน และในพื้นที่ต่างจังหวัดทั้ง
๑๓ เขตพื้นที่ โดยมีคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน
(กขป.) เครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัด และหน่วยงานภาคี
ต่างๆ ร่วมเป็นเจ้าภาพหลักจัดงาน

๖ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 'ส่วนกลาง'

๑. เวที "ดอก ผล พลเมืองตื่นรู้สู้ภัยโควิด-19" (เมื่อ
วันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ณ หอประชุมไทยพีบีเอส)
เป็นกิจกรรมการขับเคลื่อน "มติ ๑๓.๒ การบริหารจัดการ
วิกฤตสุขภาพแบบมีส่วนร่วมกรณีโรคระบาดใหญ่" ได้สรุป
บทเรียนการพัฒนาความร่วมมือ เครือข่ายภาคประชาสังคม
และภาครัฐ ในการรับมือวิกฤตสังคมอย่างเป็นระบบและ
ยั่งยืน รวมทั้งพัฒนาเครือข่ายบุคลากรสาธารณสุข จิตอาสา
องค์กรพัฒนาชุมชน และสื่อมวลชน

๒. เวที "รวมพลังชุมชนต้านมะเร็ง" (เมื่อวันที่ ๒๖
ธันวาคม ๒๕๖๔ ณ ห้องประชุมโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี)
เป็นกิจกรรมการขับเคลื่อน "มติ ๑๒.๓ รวมพลังชุมชนต้าน
มะเร็ง" ที่มุ่งเน้นการให้ความรู้และสร้างความตระหนักให้กับ
ประชาชน การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการต้านมะเร็ง
บทบาทของโรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลที่มีส่วนร่วมใน
การจัดบริการสุขภาพให้กับคนในชุมชน

๓. เวที "บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการ
แก้ปัญหาในชุมชนอย่างยั่งยืน" (เมื่อวันที่ ๒ ธันวาคม
๒๕๖๔ ณ ห้องประชุม กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น)
เป็นกิจกรรมการขับเคลื่อน "มติ ๑๒.๔ การจัดการเชิงระบบ
สู่ประเทศไทยอย่างสมดุลและยั่งยืน โดยชุมชน เป็นศูนย์กลาง"

ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนเกิดความตระหนักรู้ถึงปัญหา และ
กระตุ้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญ
ในการส่งเสริมสนับสนุนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและ
ปลอดภัยในชุมชน ดูแลเฝ้าระวังปัญหาการขยายตัวของ
ร้านขายยาในชุมชน รวดเร็ว และแหล่งกระจายยาอื่นที่ไม่เหมาะสม
ด้วยการ "ไม่ซื้อ ไม่ใช่ ไม่เรียกหา"

๕. เวทีเสวนาโต๊ะกลม "การจัดการเลือกปฏิบัติ เพื่อ
ความเป็นธรรมระหว่างเพศ" (เมื่อวันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๔
ณ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ) เป็นกิจกรรม
การขับเคลื่อน "มติ ๑๒.๒ วิถีเพศภาวะ เสริมพลังสุขภาวะ
ครอบครัว" ซึ่งมีการเสนอแนวทางการยกระดับการเข้าถึง
ความยุติธรรม การบริการสาธารณะที่เสมอภาคและเป็นธรรม
ระหว่างเพศ กฎหมายจัดการเลือกปฏิบัติต่อการส่งเสริม
ความเท่าเทียมทางเพศ และกระตุ้นให้พรรคการเมืองร่วม
ขับเคลื่อนประเด็นนี้

๖. เวทีเสวนาออนไลน์ "วิสัยทัศน์ระบบสุขภาพในมือ
เยาวชน" (เมื่อ ๑๐ ธันวาคม ๒๕๖๔ ผ่านการประชุมออนไลน์)
โดยเครือข่ายเยาวชน อันได้แก่ สมาเด็กและเยาวชนแห่ง
ประเทศไทย สมาพันธ์นิสิตและนักศึกษาแพทยนานาชาติ
(IFMSA Thailand) สมาพันธ์นิสิตนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์
และวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย (สนสท.) เครือข่าย
ชนเผ่าพื้นเมือง (IMN) และเครือข่ายเด็กและเยาวชนต้นกล้า
ชนเผ่าพื้นเมือง (TKN) ได้ร่วมกันส่งเสียงสะท้อนถึงระบบ
สุขภาพในฝัน และปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพใน
เชิงประเด็น อาทิ ปัญหาการสื่อสารและสถานะบุคคลของ
กลุ่มชนเผ่าพื้นเมือง ปัญหาการกระจายแพทย์ คลินิกวัยรุ่น
และความหลากหลายทางเพศ

กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อปลูกพลังพลเมืองตื่นรู้ โดย กปง. ๑๓ เขตพื้นที่

"ภาคเหนือ" ในเขตพื้นที่ ๑ จัดในหัวข้อ "จาวล้านนา
ร่วมใจ ฮอมแอง แบ่งกันต้านโควิด" เขตพื้นที่ ๒ จัดใน
หัวข้อ "ร่วมสร้างเส้นทางอาหารปลอดภัย ใส่ใจเท่าทันวิกฤติ
เพื่อคุณภาพชีวิตดีทุกกลุ่มวัย" และเขตพื้นที่ ๓ จัดในหัวข้อ
"ภาพอนาคตเกษตรบนฐาน ๓ มิติ" (ภูมิปัญญา)

"ภาคกลาง" เขตพื้นที่ ๔ จัดในหัวข้อ "การเสริมสร้าง
ความมั่นคงและอาหารปลอดภัยด้านอาหารในภาวะวิกฤติ"
เขตพื้นที่ ๕ จัดในหัวข้อ "การรองรับสังคมสูงวัยและเกษตร
กรรมยั่งยืน : จากนโยบายสู่การปฏิบัติ ฝันเป็นจริงได้อย่างไร"



และเขตพื้นที่ ๖ จัดในหัวข้อ “ความมั่นคงของระบบเกษตรที่สนับสนุนความเป็นเมือง รองรับผู้ตกงานจากสถานการณ์โควิด-19”

“ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” เขตพื้นที่ ๗ จัดในหัวข้อ “สานพลังต้านภัยพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” เขตพื้นที่ ๘ จัดในหัวข้อ “ความมั่นคงด้านอาหารปลอดภัย เพื่อเสริมสร้างเศรษฐกิจฐานรากในสถานการณ์ COVID-19 อาหารปลอดภัย ใส่ใจการผลิตห่วงใยผู้บริโภค” เขตพื้นที่ ๙ จัดในหัวข้อ “การดูแลสุขภาพพสกนิกรประชากรเฉพาะ ผู้สูงอายุติดเตียง พระสงฆ์ในภาวะวิกฤติโควิด-19 อย่างเป็นธรรม” และเขตพื้นที่ ๑๐ จัดในหัวข้อ “ปลอดภัย ปลอดภัยะติดเชื้อสร้างอาหารในภาวะวิกฤติโควิด-19”

“ภาคใต้” เขตพื้นที่ ๑๑ จัดในหัวข้อ “สานพลังพื้นที่ปลอดภัย” และเขต ๑๒ จัดในหัวข้อ “Kickoff พลเมืองตื่นรู้ สานพลังรับมือโควิด-19 ด้วยมาตรการ “๕ ต. ๒ ป.” (๕ ต. ได้แก่ ตรวจเร็วด้วย ATK, ติวรอบคัดกรองหาผู้ติดเชื้อ-กลุ่มเสี่ยง, ตอบสนองเร็วด้วยยาทั้งแผนไทยและสากล, ตามด้วยวัคซีนให้ครอบคลุม ส่วน ๒ ป. ได้แก่ ปิดเป็นจุด, เปิดเมืองอย่างสมดุล)

เขตพื้นที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร จัดในหัวข้อ “เศรษฐกิจฐานรากกับการเปิดเมือง การสร้างความมั่นคงทางอาหารและการฟื้นฟูเศรษฐกิจภายหลังการระบาดของโรคโควิด-19” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนมิติสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๑ ปี ๒๕๖๓ ว่าด้วย “การจัดการหาแร่แม่ลอยและการใช้พื้นที่สาธารณะร่วมกันของกรุงเทพมหานคร” ให้มีความต่อเนื่อง



ขยายการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเยาวชน นักศึกษา และคนรุ่นใหม่ ในกระบวนการสุขภาวะแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔



กลุ่มเยาวชน นักศึกษา และคนรุ่นใหม่ ที่มีความใส่ใจสุขภาพและสุขภาพ ทั้งในระดับชุมชน สังคม ประเทศ รวมไปถึงระดับโลก ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการสุขภาวะแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ อย่างเข้มข้น ผ่านหลากหลายกิจกรรม

เป็นไปตามหลักการสำคัญของคณะกรรมการจัดสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ที่ต้องการขยายการมีส่วนร่วมครั้งใหญ่ ซึ่งตามกรอบและแนวทางการจัดสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ ในข้อ ๔ ระบุว่า “เปิดให้ประชาชนที่สนใจสมัครเข้าร่วมสมัครฯ ให้กว้างขวางขึ้น ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ในมาตรา ๔๔ วรรคหนึ่ง ...” อันได้แก่ กลุ่มคนด้อยโอกาส กลุ่มคนเปราะบาง เครือข่ายผู้ป่วย กลุ่มนักเรียน นักศึกษา เยาวชน และคนรุ่นใหม่

ดังนั้น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงมุ่งเน้นไปที่เครือข่ายเยาวชน นักศึกษา และคนรุ่นใหม่ เพื่อเปิดให้เข้ามาร่วมเรียนรู้กระบวนการสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม เพิ่มพูนทักษะและประสบการณ์ พัฒนาศักยภาพไปสู่การเป็น “พลเมืองตื่นรู้ (Active Citizen)” ซึ่งจะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ต่อไปในอนาคต

สำหรับรูปแบบกิจกรรมในครั้งนี้เน้นการขับเคลื่อนสังคม (Social Movement) ควบคู่กับการสื่อสารสาธารณะในประเด็นที่สอดคล้องกับระเบียบวาระของสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ ถือเป็นเวทีสร้างการเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการสุขภาพฯ ไปพร้อมกัน โดยกิจกรรมที่หลากหลายได้จัดขึ้นในช่วงเดือนกรกฎาคม-กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔ ดังนี้

การจัดประกวดการออกแบบสร้างสรรค์อัตลักษณ์งานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔

สช. จึงจัดประกวดการออกแบบสร้างสรรค์อัตลักษณ์งานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นส่งเสริมให้กลุ่มเยาวชน นักศึกษา และคนรุ่นใหม่ได้ใช้ความคิดสร้างสรรค์ออกแบบผลงานกราฟิกสำหรับสมัชชาสุขภาพฯ ซึ่งมีผลงานส่งเข้าประกวดรวมทั้งสิ้น ๑๗๗ ผลงาน ผู้แทน คจ.สช. ได้พิจารณาคัดเลือกผลงาน ๑ ชิ้นที่ได้รับรางวัลชนะเลิศ ได้แก่ ผลงานของ น.ศ.อริยาภรณ์ สว่างศิลป์

พร้อมกันนี้ ยังได้เปิดโอกาสให้บุคคลภายนอกในโซเชียลมีเดียร่วมตัดสินอีก ๑๐ รางวัล ซึ่งได้ประกาศผลรางวัลไปแล้วเมื่อวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔ และได้มอบเกียรติบัตรให้กับผู้เข้าร่วมงานประกวดในวันประชุม คจ.สช. ครั้งที่ ๓/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๔ สช. ได้นำผลงานกราฟิกที่ได้รับรางวัลชนะเลิศมาใช้ออกแบบการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์งานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติฯ และเผยแพร่ต่อสาธารณะ





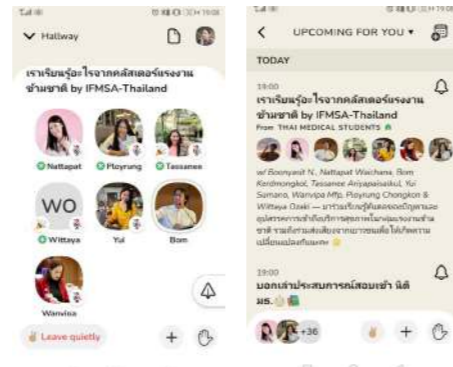
กิจกรรมขยายการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเยาวชน นักศึกษา และคนรุ่นใหม่ ร่วมพัฒนานโยบายสาธารณะในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔

สช. สนับสนุนให้สมาพันธ์นิสิตนักศึกษาแพทยนานาชาติแห่งประเทศไทย (International Federation of Medical Students' Associations-Thailand : IFMSA- Thailand) และเครือข่ายเยาวชนร่วมกันจัดกิจกรรมขยายการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเยาวชน นักศึกษา และคนรุ่นใหม่ ร่วมพัฒนานโยบายสาธารณะในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ อย่างสร้างสรรค์ เน้นกิจกรรมออนไลน์เป็นหลัก ซึ่งมี ๓ กิจกรรมหลัก ดังนี้

กิจกรรมประเด็นที่ ๑ “การสร้างเสริมสุขภาพะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในวิกฤตโควิด-19” ได้แก่ กิจกรรม Youth Engagement for Environmental Policy หรือ YEPP ในรูปแบบ Pitching Challenge มีเยาวชนที่เป็นนักเรียนและนักศึกษาสนใจสมัครเข้าร่วมกิจกรรม รวม ๑๔๘ ทีม แข่งขันการจัดทำข้อเสนอ Policy Brief จนเหลือ ๑๐ ทีมที่ผ่านเข้ารอบสุดท้าย นำเสนอผลงานในวัน Pitching Day เมื่อวันที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๖๔ รวมทั้งมีเวทีเสวนาออนไลน์ในหัวข้อ “คนรุ่นใหม่ใส่ใจสิ่งแวดล้อม” จนได้ทีมเยาวชนที่ชนะการแข่งขันรวม ๓ ทีม



กิจกรรมประเด็นที่ ๒ “การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม” ได้จัดเวทีเสวนาออนไลน์ผ่าน Webinar และ Clubhouse ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดบริการสุขภาพ และเครือข่ายประชากรกลุ่มเฉพาะ (แรงงานต่างด้าว และกลุ่ม LGBTQ) ในหัวข้อ “เราเรียนรู้อะไรจากคลัสเตอร์แรงงานข้ามชาติ” เมื่อวันที่ ๔ กันยายน ๒๕๖๔ และจัดประกวดบทความเพื่อการสื่อสารสาธารณะ Health care For All ในหัวข้อ “มุมมองและบทบาทของเยาวชน นักศึกษาในการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในภาวะวิกฤต” มีเยาวชนที่สนใจส่งบทความเข้าประกวดรวมทั้งสิ้น ๔๕ ผลงาน ในนี้มีเยาวชนที่ได้รับรางวัลรวม ๔ ผลงาน



กิจกรรมประเด็นที่ ๓ “การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ” ได้จัดเวทีเสวนาออนไลน์ ผ่าน Clubhouse เมื่อวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๔ โดยมีวิทยากรที่มีประสบการณ์ ความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านการสื่อสารด้านสุขภาพ และด้านการบริหารจัดการในภาวะวิกฤต และจัดกิจกรรมประกวดการผลิตสื่อรณรงค์เผยแพร่ ทั้งในรูปแบบโปสเตอร์อินโฟกราฟิก และคลิปวิดีโอสั้น หัวข้อ “ฉันจะหยุด Fake News ได้อย่างไร” มีเยาวชนส่งผลงานเข้าประกวดประเภทโปสเตอร์อินโฟกราฟิก รวม ๔๔ ผลงาน และประเภทคลิปวิดีโอสั้น รวม ๑๐ ผลงาน จนได้ทีมเยาวชนที่ชนะการแข่งขันประเภทละ ๓ ทีม



บทส่งท้าย : ก้าวต่อไปของสมัชชาสุขภาพฯ และการพัฒนานโยบายสาธารณะฯ

งานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ สิ้นสุดลงตามเป้าประสงค์ของการจัด โดยสมาชิกสมัชชาสุขภาพฯ ได้ให้ฉันทมติใน ๓ ระเบียบวาระ พร้อมกับ “ให้ถ้อยแถลง-พันธะสัญญา” ที่จะร่วมกันขับเคลื่อนมติสมัชชาฯ ให้เกิดรูปธรรมอย่างเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน

นอกจากนี้ การประกาศวาระแห่งชาติทางสุขภาพ ประจำปี ๒๕๖๕-๒๕๖๖ “ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โอกาสและความหวังอนาคตประเทศไทย” ที่จะกลายมาเป็นประเด็นหลัก (ธีม) ในการจัดสมัชชาสุขภาพครั้งที่ ๑๕-๑๖ แล้ว สถานการณ์ในปี ๒๕๖๕ แน่แน่นอนว่าเรายังต้องเผชิญหน้าและอยู่ร่วมกับโควิด-19 ในฐานะ “โรคประจำถิ่น” อีกต่อไป ฉะนั้นแล้ว นอกจากมาตรการการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้น สิ่งที่สำคัญที่ต้องทำควบคู่กันไปคือการให้ “วัคซีนทางสังคม” และการส่งเสริมให้ทั่วทุกพื้นที่ในประเทศไทยเกิด “พลังชุมชน” อันเป็นรากฐานและภูมิคุ้มกันสำคัญในการรับมือวิกฤตการณ์ในอนาคต

ตลอดระยะเวลา ๒ ปีเต็ม ที่โควิด-19 แพ้ระบาด พบว่าบริบทของการพัฒนาได้เปลี่ยนแปลงไปโดยสิ้นเชิงทั้งในแง่ของเศรษฐกิจและสังคม คลื่นลูกใหญ่ลูกนี้ได้กวาดต้อนให้คนจำนวนมากตกอยู่ในความยากลำบาก ขาดโอกาส-ขาดรายได้ โดยเฉพาะคนเล็กคนน้อย แรงงานนอกระบบ ประชากรกลุ่มเฉพาะ ฯลฯ ที่เข้าไม่ถึงหลักประกันทางสังคม ส่งผลโดยตรงกับคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่

ในอนาคตอันใกล้นี้ ประเทศไทยจะมีสัดส่วนของคนจนเพิ่มขึ้น กระทั่งต่อการจัดเก็บรายได้ของรัฐที่ลดลง และเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นตัวทางเศรษฐกิจ พร้อมกันนั้น โควิด-19 ได้เร่งให้เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามามีบทบาทสำคัญกับวิถีชีวิตใหม่ ซึ่งนอกจากจะช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้คนแล้ว ในมุมกลับยังก่อให้เกิดปัญหาตามมาจำนวนหนึ่ง งานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๓-๑๔ จึงได้เกิดมติสมัชชาสุขภาพฯ รวม ๕ มติ ที่ล้วนแล้วแต่คำนึงถึงประเด็นเหล่านี้

อย่างไรก็ดี หัวใจหรือหลักการสำคัญของการจัดทำนโยบายด้านสุขภาพฯ หลังจากนั้น จะต้องเป็นไปเพื่อให้เกิด “การวางระบบรองรับสถานการณ์วิกฤตควบคู่ไปกับการใช้ประโยชน์จากสถานการณ์” โดยสิ่งใหม่ที่น่าสนใจงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) หมายถึงนั่นคือให้เกิดขึ้นในปี ๒๕๖๕ ก็คือการออกแบบ “ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์” ที่จับต้องได้ ทว่า ล้าพียงเพียง สช. หน่วยงานเดียวคงไม่สามารถให้คำตอบที่ถูกต้องทั้งหมด สช. จึงได้ชักชวนภาคียุทธศาสตร์ หน่วยงานและภาคีเครือข่าย เข้ามาร่วมคิด-ร่วมทำ ซึ่งหนึ่งในรูปธรรมที่สอดคล้องกับโจทย์ข้างต้นก็คือ การจัดทำ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓” ที่ขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการเปิดรับฟังความคิดเห็นต่อกรอบเนื้อหา ๑๒ หมวดสาระ

เป้าหมายสูงสุดในระยะ ๕ ปีของธรรมนูญ ฉบับที่ ๓ คือ การสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ระบบสุขภาพที่ตอบสนอง และการไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง โดยมีแนวคิดหลักคือ ระบบสุขภาพที่สามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว มีธรรมาภิบาลหรือการอภิบาลของระบบที่ดี ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป้าหมายของธรรมนูญ ฉบับที่ ๓ สอดคล้องกับประเด็นหลักของงานสมัชชาสุขภาพฯ ครั้งที่ ๑๕-๑๖ อย่างเป็นเนื้อเดียวกัน

ในส่วนของการจัดทำมติสมัชชาสุขภาพฯ หลังจากนั้นก็จะมีความเปลี่ยนแปลงเช่นกัน โดยจะมุ่งเน้นไปที่ “ระบบใหญ่” เป็นหลัก ซึ่งจะทำให้มิติของการแก้ไขปัญหาที่มีความกว้าง ครอบคลุม และเป็นสากล มากกว่ามิติ ที่โฟกัสเพียงประเด็นใดประเด็นหนึ่ง หรือมิติ ที่ตั้งต้นมาจากการมองปัญหาแบบแยกส่วนเป็นจุดๆ เพียงอย่างเดียว

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔

มติที่ ๑

การสร้างเสริมสุขภาพะสิ่งแวดลอมที่ยั่งยืน
ในวิกฤตโควิด-19

มติที่ ๒

การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพ
ของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤต
อย่างเป็นธรรม

มติที่ ๓

การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วม
ในวิกฤตสุขภาพ



สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ ๑๔

มติที่

๑

การสร้างเสริมสุขภาพะ สิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน ในวิกฤตโควิด-19

(Promotion of sustainable healthy
environment in COVID-19 crisis)



รายนามคณะทำงาน
พัฒนาข้อเสนอ มติ ๑๔.๑



การสร้างเสริมสุขภาพะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในวิกฤตโควิด-19 (Promotion of sustainable healthy environment in COVID–19 crisis)

วิกฤตโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สิ่งแวดล้อม สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งทิศทางการพัฒนานโยบายสาธารณะ ต้องบูรณาการเชิงระบบ โดยใช้องค์ความรู้และนวัตกรรมด้านการจัดการขยะ และการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน ด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ-เศรษฐกิจหมุนเวียน-เศรษฐกิจสีเขียว (Bio-Circular-Green Economy: BCG) การพัฒนาที่อยู่อาศัยและเมืองอย่างมีสุขภาพะ การสร้างจิตสำนึกและพฤติกรรมสุมใหม่ มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบต่อสังคมของทุกภาคส่วน ก่อให้เกิดเครือข่ายพลังพลเมือง ในการสร้างเสริมสุขภาพะสิ่งแวดล้อม เพื่อขับเคลื่อนสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่สิบสี่

ได้พิจารณารายงานเอกสารหลัก เรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในวิกฤตโควิด-19^๑

ตระหนัก ว่า

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ๒๐๑๙ หรือโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้น ส่งผลกระทบเกิดขึ้นเป็นวงกว้าง ในมิติด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม สังคมและเศรษฐกิจ ทั้งระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชนและระดับสาธารณะ เป็น “วิกฤตสุขภาพ” ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ^๒

รับทราบ ว่า

การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๒ เรื่อง “โรคติดต่อบุติใหม่” และเรื่อง “การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน” ครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๕๖ เรื่อง “การสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วนเพื่อสุขภาพหนึ่งเดียว ของคน-สัตว์-สิ่งแวดล้อม” ครั้งที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๕๙ เรื่อง “การจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัย ชุมชนและเมืองเพื่อสุขภาพะ” ครั้งที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๖๐ เรื่อง “การจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนแบบมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน” และครั้งที่ ๑๓ พ.ศ. ๒๕๖๓ เรื่อง “การบริหารจัดการวิกฤตสุขภาพแบบมีส่วนร่วม กรณีโรคระบาดใหญ่” ซึ่งมีทั้งที่ได้ดำเนินการและยังไม่ได้ดำเนินการตามมติฯ ให้เกิดผลตามเป้าหมาย

ชื่นชม ว่า

ความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุขไทย บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งความร่วมมือของ อสม./อสส.จิตอาสาและทุกภาคส่วน ได้ทำหน้าที่อย่างเข้มแข็งในการป้องกัน คัดกรอง ส่งต่อการรักษา พึ่งฟู เยียวยาภัยกับภาวะระบาดใหญ่ของโควิด-19

ห่วงใย ว่า

ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น ทั้งในช่วงระหว่างและหลังวิกฤตโควิด-19 จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งหากไม่มีการวางแผน เตรียมการและดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตั้งแต่เริ่มต้นแล้วจะทำให้เป็นปัญหาสุขภาพที่สะสมและรุนแรงเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ

เห็น ว่า

นโยบายสาธารณะ “การสร้างเสริมสุขภาพะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในวิกฤตโควิด-19” มุ่งเน้นให้เป็นพลังพลเมืองตื่นรู้ สูีวิกฤตสุขภาพ โดยให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการบูรณาการขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ในด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม และ “ประชาชนบนผืนแผ่นดินไทยมีสุขภาพะที่ดี” ตามทิศทางเส้นทางเดินของมติฯ”

จึงมีมติ ดังต่อไปนี้

๑. การจัดการสิ่งแวดล้อมจากปัญหาขยะอย่างยั่งยืน

๑.๑ ขอให้ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ภาคเอกชน สถานศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมบูรณาการวางแผนพัฒนาระบบและกลไกการจัดการขยะทุกประเภทที่ได้มาตรฐานอย่างยั่งยืนตั้งแต่ต้นทางถึงปลายทาง และสอดคล้องกับวิกฤตโควิด-19 พัฒนาผลิตภัณฑ์และบรรจุภัณฑ์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม สร้างแรงจูงใจให้ผู้ผลิต ผู้จำหน่าย ผู้ประกอบการ ผู้ขนส่งและผู้บริโภค ร่วมทำตามหลักการ 3R (Reduce ลดใช้ Reuse ใช้ซ้ำ Recycle หมุนเวียนกลับมาใช้ใหม่) โดยเน้นการลดปริมาณขยะที่แหล่งกำเนิดซึ่งมีมากเกินการจัดการให้เหลือน้อยที่สุดจนเหลือศูนย์ และพิจารณาขยายบทบาทของภาคเอกชนในการจัดการขยะ

๑.๒ ขอให้ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ภาคเอกชน สถานศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เร่งรัดการเลิกใช้พลาสติกบางประเภทหรือแบบใช้ครั้งเดียวให้บรรลุเป้าหมายเร็วขึ้น^๓ การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้และนวัตกรรมการใช้วัสดุอื่นทดแทนพลาสติก ไม่นำเข้าเศษพลาสติกและขยะอิเล็กทรอนิกส์จากต่างประเทศ การลดบรรจุภัณฑ์และวัสดุที่ทำจากพลาสติกโดยทำข้อตกลงร่วมกันกับผู้ผลิต ผู้จำหน่ายและผู้ส่งสินค้าหรืออาหารทางออนไลน์ เพื่อลดปริมาณขยะพลาสติก

๑.๓ ขอให้ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ภาคเอกชน สถานศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันจัดการขยะติดเชื้อทุกประเภทอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การคัดแยก ทั้ง เก็บ รวบรวม ขนส่ง และกำจัดขยะติดเชื้อ มีคู่มือแนวทางการจัดการขยะติดเชื้อที่ถูกต้อง ปลอดภัย และถูกสุขลักษณะตามหลักวิชาการ ทั้งจากสถานพยาบาล โรงพยาบาลสนาม ชุมชนและบ้านหรือสถานที่พักรักษาผู้ป่วยโควิด-19 เพื่อไม่ให้ปนเปื้อนตกค้างในสิ่งแวดล้อมและลดการแพร่กระจายเชื้อ รณรงค์ส่งเสริมและพัฒนาหน้ากากผ้าหรือวัสดุอื่นที่ได้มาตรฐาน สามารถทดแทนหน้ากากอนามัยแบบใช้ครั้งเดียว

๑.๔ ขอให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน มีบทบาทในการจัดการขยะชุมชนอย่างเป็นระบบที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ร่วมกับกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงมหาดไทย ภาคเอกชน สถานศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยผลักดันให้เป็นวาระสำคัญของจังหวัด สร้างความตระหนักและเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อที่เข้าใจง่ายและทั่วถึงทุกกลุ่มเป้าหมาย คัดแยกขยะชุมชนให้ถูกประเภทตั้งแต่ในครัวเรือนและทำตามหลักการ 3R อย่างจริงจัง เพื่อลดปริมาณขยะและสร้างรายได้เพิ่มจากขยะให้กับชุมชนโดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและลดการเกิดมลพิษ ส่งเสริมแหล่งเรียนรู้การจัดการขยะชุมชนและสนับสนุนให้ขยายผลไปในพื้นที่อื่นเพิ่มขึ้น

๒. การจัดการสิ่งแวดล้อมในแหล่งท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน

๒.๑ ขอให้ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ภาคเอกชน สถานศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมบูรณาการวางแผนพัฒนาระบบและกลไกการจัดการการท่องเที่ยวทุกประเภทที่เน้นคุณภาพ รวมถึงวิถีชีวิตชุมชนอย่างยั่งยืนและสอดคล้องกับสถานการณ์โควิด-19 เผยแพร่ความรู้สร้างความตระหนักและความรับผิดชอบต่อร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ชุมชนและนักท่องเที่ยวในการอนุรักษ์รักษาทรัพยากรและลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ทั้งสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอย่างสมดุล

^[1] เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๑๔ / หลัก ๑

^[2] “สุขภาพ” หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (มาตรา ๓ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐). https://infocenter.nationalhealth.or.th/node/28011

^[3] เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๑๔ / หลัก ๑ / ส่วนก ๑

^[4] ตามโรคแม่พกาจัดการขยะพลาสติก พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๗๓. https://thaimsw.pcd.go.th/newsdetail.php?id=86

๒.๒ ขอให้ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนให้ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน สถานศึกษาและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ศึกษาวิจัยการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน รวมถึงความสามารถในการรองรับของพื้นที่ เพื่อกำหนดจำนวนนักท่องเที่ยวที่เหมาะสมกับพื้นที่ กิจกรรมและระยะเวลา มีการปิดแหล่งท่องเที่ยวบางช่วงเวลา พัฒนามาตรฐาน หลักเกณฑ์และคู่มือแนวทางการท่องเที่ยวที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมอย่างจริงจัง ส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนมีความสามารถในการจัดการท่องเที่ยวโดยชุมชนได้อย่างแท้จริง รวมทั้งการพัฒนาเทคโนโลยีการท่องเที่ยวเสมือนจริงทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์

๓. การจัดการสิ่งแวดล้อมในการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ-เศรษฐกิจหมุนเวียน-เศรษฐกิจสีเขียว

๓.๑ ขอให้ คณะกรรมการบริหารการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ-เศรษฐกิจหมุนเวียน-เศรษฐกิจสีเขียว ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ภาคเอกชน สถานศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมบูรณาการวางแผนพัฒนาระบบ กลไกและทบทวน “ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนการพัฒนาโมเดลเศรษฐกิจ BCG พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๙”^๕ ให้สอดคล้องกับแผนแม่บทที่เกี่ยวข้อง และปรับแผนปฏิบัติการ ให้สอดคล้องกับวิกฤตโควิด-19 และโรคอื่นๆ โดยคำนึงถึงสิ่งแวดล้อม สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจอย่างสมดุลและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนและบริบทของพื้นที่ โดยเน้นการมีส่วนร่วม ตั้งแต่วางแผน ดำเนินการ ติดตามประเมินผลและปรับปรุง การส่งเสริมศูนย์เรียนรู้และขับเคลื่อน BCG ระดับพื้นที่

๓.๒ ขอให้ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ภาคเอกชน สถานศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมการสร้างและเผยแพร่ องค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ-เศรษฐกิจหมุนเวียน-เศรษฐกิจสีเขียว ใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่า ย่อยสลายได้ง่าย ลดมลพิษและนำกลับมาใช้ใหม่ สร้างแรงจูงใจให้เป็นไปตามเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน ให้ภาคอุตสาหกรรม สถานประกอบการ เกษตรกรรม ท่องเที่ยว คมนาคม พลังงานและชุมชน นำไปใช้อย่างมีหลักธรรมาภิบาล เพิ่มนวัตกรรม/ธุรกิจ และเพิ่มชุมชนคาร์บอนต่ำ

๔. การจัดการสิ่งแวดล้อมในการพัฒนาที่อยู่อาศัยและเมืองอย่างมีสุขภาวะ

๔.๑ ขอให้ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ภาคเอกชน สถานศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมบูรณาการวางแผนพัฒนาระบบและกลไกการพัฒนาที่อยู่อาศัยและเมืองอย่างมีสุขภาวะ โดยยึดหลักการให้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง พัฒนาพื้นที่ชุมชน เมือง และชนบท ให้สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการและบริบทของพื้นที่และครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม ปรับปรุงและจัดบ้านเรือน ชุมชน และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพที่ดี พัฒนาศักยภาพให้มีความยืดหยุ่นและปรับตัวเตรียมความพร้อมต่อการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 โรคอื่นๆ ภัยพิบัติ และปัจจัยเสี่ยงในด้านต่างๆ

๔.๒ ขอให้ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ภาคเอกชน สถานศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมพัฒนาที่อยู่อาศัยและเมืองอย่างมีสุขภาวะปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตความเป็นอยู่ การคมนาคมขนส่ง การส่งเสริมธุรกิจที่ต่อยอดอัตลักษณ์ของชุมชน การทำงานสภาพแวดล้อมและกิจกรรมต่างๆ ให้สะอาด ถูกสุขลักษณะ ปลอดภัย ปลอดภัย ปลอดภัย ลดการแพร่เชื้อโควิด-19 ลดขยะและทำกิจกรรมลดก๊าซเรือนกระจก เพิ่มพื้นที่สีเขียว ส่งเสริมการผลิตและการบริโภคที่ยั่งยืนให้เกิดการพึ่งตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๕. การจัดการสิ่งแวดล้อมโดยการมีส่วนร่วมเป็นเครือข่ายพลังพลเมือง เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะที่ยั่งยืน

๕.๑ ขอให้ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน สถานศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันส่งเสริม สร้างกลไกให้เกิดการมีส่วนร่วม และสนับสนุน การดำเนินงานของกลุ่ม/องค์กร/ชุมชน/สมาคม/ภาคีเครือข่าย/เด็ก/เยาวชน/อาสาสมัครในระดับพื้นที่ ทั้งด้านความรู้ สื่อ ทรัพยากร แหล่งเรียนรู้ งบประมาณจากแหล่งต่าง ๆ เครื่องมือ และอื่นๆ อย่างจริงจังและต่อเนื่อง เพื่อรวมกันเป็นเครือข่ายพลังพลเมืองที่เข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาวะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน ให้มีความพร้อมรับมือและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ทั้งในช่วงการระบาดและหลังวิกฤตโควิด-19

๕.๒ ขอให้ กลุ่ม/องค์กร/สมาคม/ภาคีเครือข่าย/เด็ก/เยาวชน/อาสาสมัคร ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ชุมชน สถานศึกษา สื่อมวลชน ผู้นำทางศาสนา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นเครือข่ายพลังพลเมืองที่มีพันธะสัญญาร่วมกันโดยใช้กลไกสมาชิกสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ หรือกลไกอื่น ๆ ที่เหมาะสม ในการสร้างจิตสำนึก ความรับผิดชอบ และปรับพฤติกรรมใหม่ที่ดีต่อสังคม การเพิ่มความรอบรู้และกระบวนการเรียนรู้ การพัฒนาศักยภาพ ทักษะและขีดความสามารถ การสื่อสารสาธารณะ รวมทั้งการเข้าร่วมหรือดำเนินโครงการต่าง ๆ โดยประยุกต์ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน การพัฒนาให้เกิดศูนย์เรียนรู้เพื่อขยายผลไปสู่พื้นที่อื่น เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

๖. ขอให้สมาชิกสมาชิกสภาสุขภาพแห่งชาติและทุกภาคส่วนของสังคมร่วมกันขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในประเด็นนี้อย่างเต็มความสามารถ โดยเป็นไปตามแนวทาง ทิศทาง กระบวนการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเส้นทางเดินของมตช

๗. ขอให้ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าต่อสมาชิกสภาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕

^๕ ดัชนีโมเดลเศรษฐกิจ BCG เป็นนโยบายขับเคลื่อนประเทศไทย. <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/38369>

เอกสารหลัก

การสร้างเสริมสุขภาพะ สิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน ในวิกฤตโควิด-19

(Promotion of sustainable healthy
environment in COVID-19 crisis)

การสร้างเสริมสุขภาพะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในวิกฤตโควิด-19 (Promotion of sustainable healthy environment in COVID-19 crisis)

๑. สถานการณ์โควิด-19 และมาตรการ

นับตั้งแต่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ (โควิด-19) ที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ตั้งแต่เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ จนถึงวันที่ ๑๓ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกมากกว่า ๒๐๖.๒ ล้านราย และ ผู้เสียชีวิตมากกว่า ๔.๓ ล้านราย^๑ ในบางประเทศยังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น แม้แต่ในบางประเทศที่มีการติดเชื้อลดลง แต่ก็ กลับมาเพิ่มขึ้นอีก เช่น ประเทศไทย ในวันที่ ๓๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ มีผู้ติดเชื้อ ๖,๖๙๐ ราย ผู้เสียชีวิต ๖๑ ราย แต่ในวันที่ ๑๓ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ กลับเพิ่มขึ้นเป็น ๘๖๓,๑๘๙ ราย และเสียชีวิต ๗,๑๒๖ ราย^๒

จากสถิติข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตจากวิกฤตโควิด-19 จำนวนมาก และมีแนวโน้ม ที่จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ นับเป็นการระบาดครั้งใหญ่ของโลกที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สิ่งแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ ทั้งระดับจุลภาคถึงระดับมหภาค และคาดการณ์ไม่ได้ว่าจะหยุดการแพร่ระบาดเมื่อใด

ประเทศไทยได้ดำเนินการตามมาตรการต่างๆ ทั้งทางกฎหมายที่เข้มงวด ผ่อนผัน ในบางพื้นที่และช่วงเวลาและ การขอความร่วมมือจากประชาชน ทั้งระดับประเทศ จังหวัด ชุมชนและบุคคล เพื่อลดและยับยั้งการระบาดของโควิด-19 เช่น การล็อกดาวน์ให้อยู่บ้าน การงดการเดินทาง การให้ประชาชนทำงานและเรียนหนังสืออยู่ที่บ้าน การงดทำกิจกรรมที่ มีความเสี่ยงต่อการรับและแพร่เชื้อ การใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาโดยเฉพาะเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ การเว้นระยะห่าง ระหว่างบุคคล การล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจลอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

มาตรการดังกล่าวทำให้ประชาชนมีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงาน การเรียนหนังสือ การเดินทาง และการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้ต้องใช้เวลาที่บ้านมากขึ้น ประกอบกับการปิดกิจการของสถานประกอบการ ทั้งโรงงาน อุตสาหกรรม ร้านค้า ร้านอาหาร สถานที่ท่องเที่ยว เป็นต้น ทำให้เกิดการเลิกจ้างพนักงาน ทั้งชั่วคราวและถาวร จึงขาดรายได้ ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย

แม้ว่ารัฐบาลจะมีมาตรการเยียวยาให้กับประชาชนกลุ่มต่างๆ ผ่านโครงการต่างๆ เช่น คนละครึ่ง เรายรักกัน ม.๓๓ เป็นต้น จนถึงล่าสุดที่มีการเร่งฉีดวัคซีน โดยเริ่มจากกลุ่มเสี่ยงก่อน เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ให้เกิดขึ้นในวงกว้าง เพื่อจะได้ เริ่มกลับไปใช้ชีวิตตามเดิม และให้เกิดกระตุ้นการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม การท่องเที่ยว เพิ่มขึ้น

นอกจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ ระบบนิเวศ มลพิษด้านต่างๆ เศรษฐกิจและสังคม ทั้งผลกระทบเชิงบวกและเชิงลบ ทั้งในทางตรงและ ทางอ้อมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

๒. ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม

จากการศึกษารวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานและสื่อต่างๆ รวมทั้งจากการสอบถาม ความคิดเห็นต่อ หัวข้อ “การสร้างเสริมสุขภาพะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในวิกฤตโควิด-19” จากบุคคล/หน่วยงานภาครัฐ เอกชน สมัชชาสุขภาพ ประชาสังคม สถาบันการศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานต่างๆ^๓ สรุปได้ดังนี้

^๑ World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. <https://covid19.who.int/>

^๒ ศูนย์ข้อมูล COVID-19 Dashboard. <https://www.facebook.com/informationcovid19/>

^๓ จากแบบสอบถามการแสดงความเห็นของหน่วยงานต่างๆ ต่อข้อถกแถลงหัวข้อ “การสร้างเสริมสุขภาพะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในวิกฤตโควิด-19”. (๔ เมษายน – ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๔)

๒.๑ ผลกระทบเชิงบวกต่อสิ่งแวดล้อม

๒.๑.๑ วิกฤตโควิด-19 ที่รุนแรงเพิ่มขึ้นตั้งแต่ระลอกแรกมาจนถึงปัจจุบัน ส่งผลต่อภาคการผลิต การจำหน่าย การอุปโภคบริโภค ที่ลดลงจนต้องหยุดหรือปิดกิจการทั้งหมดหรือลดกำลังการผลิตในบางส่วน เช่น โรงงานอุตสาหกรรม พาณิชยกรรม คมนาคมขนส่ง จึงทำให้มีการใช้วัตถุดิบที่ได้มาจากทรัพยากรธรรมชาติลดน้อยลง เช่น น้ำ พลังงาน เชื้อเพลิง แร่ธาตุ เป็นต้น ไม่ทำให้เกิดการขาดแคลนทรัพยากรธรรมชาติ ทรัพยากรป่าไม้ ป่าชายเลน พันธุ์พืชมีการฟื้นตัวเจริญงอกงาม ส่งผลให้สัตว์ป่าและสัตว์น้ำที่มีน้อยได้เพิ่มจำนวนขึ้น ปะการังและหญ้าทะเลฟื้นตัวและเติบโตดีขึ้น เนื่องจากคุณภาพน้ำทะเลดีขึ้น

๒.๑.๒ สถานที่ท่องเที่ยวที่มีระบบนิเวศทางธรรมชาติ ทั้งบนบกและในน้ำได้รับการฟื้นฟูกลับคืนมาด้วยตัวเองเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลที่ผ่านมา พบว่า การลดการเดินทางและการท่องเที่ยวทำให้ระบบนิเวศทางธรรมชาติได้ฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องกว่า ๖ เดือน ส่งผลให้สัตว์สงวนและสัตว์หายากพบเห็นได้มากขึ้น เช่น พบว่ามีเต่ามะเฟือง ซึ่งเป็นเต่าทะเลที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในโลก และเป็นสัตว์สงวนชนิดใหม่ของไทย มีสถานะใกล้สูญพันธุ์ ขึ้นมาวางไข่และทำรังมากที่สุดในรอบ ๒๐ ปี มากถึง ๑๑ รัง ตามชายหาดของจังหวัดพังงาและจังหวัดภูเก็ต โดยได้ทยอยฟักออกมาและพากันคลานลงสู่ทะเลตรงกับช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ลูกเต่าเกิดใหม่ในครั้งนี้มีปริมาณมากกว่าครั้งอื่นๆ ในรอบสองทศวรรษที่ผ่านมา ส่วนที่อุทยานแห่งชาติเกาะลันตา เมื่อช่วงกลางเดือนเมษายน ๒๕๖๓ ได้พบฝูงวาฬเพชฌฆาตดำฝูงใหญ่ ๑๐-๑๕ ตัว ความยาวประมาณ ๓-๔ เมตร ว่ายน้ำบริเวณอ่าวหินงาม เกาะรอก ห่างจากฝั่งเพียง ๔๐๐ เมตร ที่ผ่านมา ถือเป็นครั้งแรกที่มีการพบเจอวาฬเพชฌฆาตดำในเขตอุทยานฯ นี้ และยังพบว่าพบรูดำและวาฬโอมูระ ทางฝั่งอันดามันแถบชายฝั่งทะเลจังหวัดพังงาและภูเก็ต โดยพบว่าโอมูระมากถึง ๔-๕ ตัว และวาฬบรูดำได้มีการพบถี่มากขึ้น

๒.๑.๓ การปรากฏตัวของพะยูนในบริเวณอ่าวบ้านเพ จังหวัดระยอง ซึ่งแทบไม่มีใครพบเห็นมานานพอสมควรจากประชากรทั้งหมดที่สำรวจพบในปีที่แล้ว ๒๖๑ ตัว ในพื้นที่ทั้งฝั่งอันดามันและอ่าวไทย ๑๓ พื้นที่ ในพื้นที่ที่มีประชากรพะยูนมากที่สุดในประเทศไทย ที่อุทยานแห่งชาติหาดเจ้าไหมและเขตห้ามล่าสัตว์ป่าหมู่เกาะลิบง จังหวัดตรัง ในช่วงโควิด-19 พบพะยูนฝูงใหญ่ที่ไม่ค่อยถูกพบเห็นกว่า ๓๐ ตัว ออกหากินหญ้าทะเลบริเวณแหลมจุโหย อุทยานแห่งชาติหาดเจ้าไหม

๒.๑.๔ คุณภาพสิ่งแวดล้อมดีขึ้น เนื่องจากการผลิตและการบริโภคที่ลดน้อยลง รวมทั้งมาตรการการทำงาน การประชุมและการเรียนอยู่ที่บ้าน ทำให้การเดินทางใช้รถยนต์น้อยลงจึงมีการใช้เชื้อเพลิงน้อยกว่าเดิมมาก ลดการเผาผลาญพลังงาน โดยเฉพาะเชื้อเพลิงที่ได้จากฟอสซิล ลดปัญหาการจราจรติดขัด การใช้ระบบเทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสาร ทำให้ลดปริมาณการใช้กระดาษ และลดการปล่อยมลพิษในอากาศจากโรงงานและยานพาหนะ เช่น ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน (PM ๒.๕) และก๊าซเรือนกระจกชนิดต่างๆ สู่ชั้นบรรยากาศลดน้อยลง รวมทั้งทำให้คุณภาพอากาศและคุณภาพน้ำตามแหล่งน้ำต่างๆ ดีขึ้นตามไปด้วย ในรายงานสถานการณ์คุณภาพสิ่งแวดล้อม ปี ๒๕๖๓ (กรมควบคุมมลพิษ, สิงหาคม ๒๕๖๔) สรุปว่า คุณภาพอากาศในภาพรวมดีขึ้นกว่าปี ๒๕๖๒ เพราะประชาชนลดกิจกรรมการเดินทาง อุตสาหกรรมลดกำลังการผลิต และการใช้พลังงานไฟฟ้าทั่วประเทศลดลง สำหรับปริมาณฝุ่นละออง PM ๒.๕ ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ลดลงกว่าปี ๒๕๖๒ และมีแนวโน้มดีขึ้น ส่วนสถานการณ์คุณภาพน้ำของแหล่งน้ำมีแนวโน้มดีขึ้น จากเกณฑ์พอใช้ขยับสูงขึ้นเป็นเกณฑ์ดี ส่วนคุณภาพน้ำทะเลในภาพรวมมีคุณภาพดีขึ้น

๒.๑.๕ ขณะที่ผลกระทบเชิงบวกช่วงที่มีการล็อกดาวน์และจำกัดการเดินทาง ทั้งของประชาชนทั่วไป นักธุรกิจ และนักท่องเที่ยว โดยเฉพาะนักท่องเที่ยวจากต่างประเทศที่ลดลงจนเหลือศูนย์ โดยอุตสาหกรรมท่องเที่ยวของทั่วโลกมีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกประมาณร้อยละ ๒๐ ของทั้งหมดหรือประมาณ ๒๔๗ ล้านตัน (๑๕.๙๖ กิโลกรัม/คน)^๖ สำหรับประเทศไทย ข้อมูลเมื่อมีนาคม ๒๕๖๓ มีปริมาณการปล่อยคาร์บอนไดออกไซด์ลดลงเกือบ ๒๐ ล้านตัน คิดเป็น ๑๒.๖% เทียบกับเดือนเดียวกันเมื่อปีที่แล้ว ซึ่งมีที่มาจากแหล่งกำเนิดหลัก ได้แก่ พลังงาน อุตสาหกรรม การเดินทาง และการใช้พลังงานในอาคาร^๗

๒.๒ ผลกระทบเชิงลบต่อสิ่งแวดล้อม

๒.๒.๑ จากการใช้วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 ทำให้ขยะติดเชื้อมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นถึงห้าเท่า ทั้งจากหน้ากากอนามัย ถุงมือยาง ชุดป้องกัน (PPE) หลอดยา เข็มฉีดยา และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้รักษาผู้ป่วยติดเชื้อต่างๆ^๘ สำหรับหน้ากากอนามัยที่ประชาชนมีความต้องการใช้ในการระบดระลอกแรกประมาณ ๑.๕๖ ล้านชิ้น/วัน^๙ รวมทั้งอุปกรณ์ทำความสะอาดและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 เช่น เพชชิลล์ ฉากกัน น้ำยาฆ่าเชื้อหรือทำความสะอาด และอุปกรณ์ทดสอบการติดเชื้อด้วยตนเอง มีปริมาณเพิ่มขึ้นเช่นกันทั้งจากบ้านเรือน โรงพยาบาล โรงเรียนสนาม สถานที่กักตัว สถานที่แยกกักขาผู้ป่วย ศูนย์พักคอย ชุมชน และสถานที่ต่างๆ

๒.๒.๒ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อขยะติดเชื้อ ในเดือนมกราคม-มิถุนายน ๒๕๖๔ มีขยะติดเชื้อรวม ๓๑,๗๐๙.๙๔ ล้านตัน เฉพาะเดือนมิถุนายน มีขยะติดเชื้อสูงที่สุดเฉลี่ย ๒๓๐ ตันต่อวัน (กรมอนามัย, ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๖๔) โดยคาดการณ์ขยะติดเชื้อโควิด-19จากแหล่งกำเนิดต่างๆได้แก่ โรงพยาบาล ๒.๘ กิโลกรัมต่อเตียงต่อวัน, โรงพยาบาลสนาม ๑.๘๒ กิโลกรัมต่อเตียงต่อวัน, สถานที่กักตัว ๑.๓๒ กิโลกรัมต่อคนต่อวัน และจากห้องปฏิบัติการ ๐.๐๕ กิโลกรัมต่อตัวอย่าง (กรมอนามัย, ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๔) การใช้หน้ากากอนามัยในปี ๒๕๖๓ รวม ๔๑.๙๘ ตัน ส่วนปี ๒๕๖๔ (เดือนมกราคม-เมษายน) รวม ๑๖.๘ ตัน (กรมควบคุมมลพิษ, พฤษภาคม ๒๕๖๔)

๒.๒.๓ มาตรการดังกล่าวทำให้ประชาชนมีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตและการเดินทางและต้องใช้ชีวิตที่บ้านมากขึ้น ความต้องการสั่งอาหารและการซื้อของออนไลน์เพิ่มขึ้นถึง ๒๐๐% ในช่วงการล็อกดาวน์ การส่งอาหารมีการใช้บรรจุภัณฑ์หีบห่อและอุปกรณ์พลาสติก เช่น ถุงพลาสติก กล่องพลาสติกใส่อาหาร ชองพลาสติก ซ้อน ล้อม เป็นต้น คิดเฉลี่ย ๑ ออเดอร์มีขยะอย่างน้อย ๗ ชิ้น ดังนั้นจึงมีปริมาณขยะพลาสติก จากฟู้ดเดลิเวอรี่ เพิ่มขึ้น ๕๕๐ ล้านชิ้นปี^{๑๐}

๒.๒.๔ ปริมาณขยะพลาสติก เพิ่มจากวันละ ๕,๕๐๐ ตัน/วัน เป็น ๖,๓๐๐ ตัน/วัน (เพิ่มขึ้น ๑๕%) ซึ่งขยะพลาสติกเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในวงกว้างไปสู่ระบบนิเวศในทะเล ทำให้ไม่มีใครพลาสติกในห่วงโซ่อาหารและตกค้างในสัตว์น้ำ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพตามมาเมื่อมีการบริโภคสัตว์น้ำดังกล่าว

๒.๒.๕ จากรายงานของกรุงเทพมหานคร ปริมาณขยะพลาสติกทั้งหมด ๓,๔๔๐ ตัน/วัน (๓๗% ของปริมาณขยะทั้งหมด ๙,๓๗๐ ตันต่อวัน) ในเดือนเมษายน ๒๕๖๓ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๒ (๒,๑๒๐ ตัน/วัน) โดยเพิ่มขึ้น ๒,๓๒๐ ตัน/วัน (เพิ่มขึ้นประมาณ ๖๒%) ประกอบด้วย ขยะพลาสติกกรี๊ไซเคิลได้ ๖๖๐ ตัน/วัน (๑๙%) และขยะพลาสติกปนเปื้อน ๒,๗๘๐ ตัน/วัน (๘๑%)^{๑๑}

๒.๒.๖ สำหรับสถานที่รักษาผู้ป่วยโควิด-19 หรือสถานที่แยกกักตัวชั่วคราว ทั้งที่เป็นโรงพยาบาล โรงแรม โรงเรียน สนาม หอประชุม สนามกีฬา ตลาด โรงงาน ชุมชน บ้านเรือน หรือสถานที่ที่เหมาะสมตามหน่วยงานต่างๆ จะมีขยะติดเชื้อ น้ำทิ้งจากการใช้ของผู้ป่วยและบุคลากร ซึ่งต้องมีการคัดแยกขยะ การจัดการขยะ การบำบัดน้ำทิ้ง อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

๒.๒.๗ การใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน การทำงาน การประชุม การเรียนหนังสือและอื่นๆ ทำให้ใช้เทคโนโลยีติดต่อสื่อสารกันทางโทรศัพท์มือถือ คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต ไฟฟ้า เครื่องปรับอากาศ นอกจากจะทำให้ใช้พลังงานเพิ่มขึ้นแล้ว ยังทำให้ขยะอิเล็กทรอนิกส์จากแบตเตอรี่และอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องแยกประเภทขยะอิเล็กทรอนิกส์ออกจากขยะทั่วไป เพื่อไม่ให้เกิดการปนเปื้อนและตกค้างในสิ่งแวดล้อมทั้งทางบกและในน้ำ ในรายงานประจำปี ๒๕๖๓ ของกองจัดการกากของเสียและสารอันตราย (กรมควบคุมมลพิษ, สิงหาคม ๒๕๖๔) สรุปว่าในปี ๒๕๖๓ มีปริมาณของเสียอันตรายจากชุมชน ประมาณ ๖๕๘,๖๕๑ ตัน (เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๒ ร้อยละ ๑.๖) ส่วนใหญ่เป็นซากผลิตภัณฑ์ เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน ๔๒๘,๑๑๓ ตัน (ร้อยละ ๖๕) และของเสียอันตรายประเภทอื่นๆ เช่น แบตเตอรี่ ถ่านไฟฉาย ภาชนะบรรจุสารเคมี กระป๋องสเปรย์ จำนวน ๒๓๐,๕๓๘ ตัน (ร้อยละ ๓๕) (กรมควบคุมมลพิษ)

^[1] ดร.วิจารณ์ สิมาฉายา New Normal ชีวิตวิถีใหม่และโอกาสในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๓ http://www.tei.or.th/h/blog_detail.php?blog_id=57

^[2] ธรณี ธันวาคมสวัสดิ์. https://mgronline.com/travel/detail/9630000046086

^[3] โครงการปกป้องสภาพภูมิอากาศในภาคการท่องเที่ยว, ๒๕๕๕

^[4] หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์, 2563 https://www.thaipost.net/main/detail/69158

^[5] มั่นญา ภูแก้ว ปัญหามูลฝอยติดเชื้อจากโรคระบาดโควิด-19 https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/ewlaw_parcy/ewt_d_l_link.php?nid=2599

^[6] https://news.thaipbs.or.th/ content/289780 และ https://thestandard.co/where-are- the-hygiene-masks-distributed/

^[7] https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/939188?fbclid=IwAR0ha4URL01g9R2G8gDP69F_TgJGUJS3z9I87iz5L9JWbvgsUUhbfUfUNo

^[8] ดร.วิจารณ์ สิมาฉายา ขยะพลาสติกพุ่งกว่า ๖๐% ในช่วงโควิด-19 ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๓

๓. นโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนที่เกี่ยวข้อง

๓.๑ นโยบายเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

(Sustainable Development Goals; SDGs)^{๑๒}

การพัฒนาที่ยั่งยืน คือ แนวทางการพัฒนาที่ตอบสนองความต้องการของคนรุ่นปัจจุบัน โดยไม่ทำให้ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของคนรุ่นต่อไปต้องลดลง^{๑๓} มีองค์ประกอบสำคัญ ๓ ประการ คือ ๑) การเติบโตทางเศรษฐกิจ ๒) ความครอบคลุมทางสังคม และ ๓) การคุ้มครองสิ่งแวดล้อม

โดยกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป็นแนวทางให้ทุกประเทศดำเนินการร่วมกัน ๑๗ เป้าหมาย ภายในปี ค.ศ. ๒๐๓๐ ตามปัจจัยที่เชื่อมโยง ๕ มิติ (๕P) ได้แก่ ๑) การพัฒนามน (People) ให้มีความสำคัญกับการขจัดปัญหาความยากจนและความหิวโหย และลดความเหลื่อมล้ำในสังคม ๒) สิ่งแวดล้อม (Planet) ให้มีความสำคัญกับการปกป้องและรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสภาพภูมิอากาศเพื่อพลเมืองโลกรุ่นต่อไป ๓) เศรษฐกิจและความมั่งคั่ง (Prosperity) ส่งเสริมให้ประชาชนมีความเป็นอยู่ที่ดีและสอดคล้องกับธรรมชาติ ๔) สันติภาพและความยุติธรรม (Peace) ยึดหลักการอยู่ร่วมกันอย่างสันติ มีสังคมที่สงบสุข และไม่แบ่งแยก และ ๕) ความเป็นหุ้นส่วนการพัฒนา (Partnership) ความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน

๓.๒ ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนประเทศไทย

ด้วยโมเดลเศรษฐกิจ BCG พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๙^{๑๔}

โมเดลเศรษฐกิจ BCG เป็นการพัฒนา ๓ เศรษฐกิจ ได้แก่ ๑) เศรษฐกิจชีวภาพ (Bio Economy) มุ่งเน้นการใช้ประโยชน์ทรัพยากรชีวภาพอย่างคุ้มค่า สร้างมูลค่าเพิ่มให้กับทรัพยากรทั้งการผลิตสินค้า บริการและใช้ประโยชน์ ๒) เศรษฐกิจหมุนเวียน (Circular Economy) มุ่งเน้นการนำทรัพยากรกลับมาใช้ประโยชน์อย่างสูงสุด เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาการขาดแคลนและสร้างมูลค่าเพิ่มจากการนำทรัพยากรกลับมาใช้ประโยชน์และกระบวนการลดขยะหรือของเสียเหลือศูนย์ และ ๓) เศรษฐกิจสีเขียว (Green Economy) มุ่งเน้นความยั่งยืนของสิ่งแวดล้อม ใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมและคุ้มค่า กระจายความมั่งคั่งอย่างทั่วถึงและลดก๊าซเรือนกระจก ยกระดับความเป็นอยู่และลดความเสี่ยงทางด้านสิ่งแวดล้อม^{๑๕}

มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๙ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เห็นชอบให้การขับเคลื่อนการพัฒนาโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน เป็นวาระแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป เพื่อเป็นกรอบในการพัฒนาเศรษฐกิจที่เชื่อมโยงกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และสอดคล้องกับปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง โดยให้คณะกรรมการบริหารการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ-เศรษฐกิจหมุนเวียน-เศรษฐกิจสีเขียว เป็นผู้รับผิดชอบ

ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนประเทศไทยด้วยโมเดลเศรษฐกิจ BCG พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๙ ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ที่ ๑ สร้างความยั่งยืนของฐานทรัพยากรและความหลากหลายทางชีวภาพ ด้วยการจัดสมดุลระหว่างการอนุรักษ์และการใช้ประโยชน์ ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การพัฒนาชุมชนและเศรษฐกิจฐานรากให้เข้มแข็งด้วยทุนทรัพยากร อัตลักษณ์ ความคิดสร้างสรรค์และเทคโนโลยีสมัยใหม่ ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ยกระดับการพัฒนาอุตสาหกรรมภายใต้เศรษฐกิจ BCG ให้สามารถแข่งขันได้อย่างยั่งยืน และ ยุทธศาสตร์ที่ ๔ เสริมสร้างความสามารถในการตอบสนองต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลก

๓.๓ แผนแม่บกรองรับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ พ.ศ. ๒๕๕๘-๒๕๙๓^{๑๖}

การดำเนินงานด้านเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของประเทศไทย มีการบูรณาการเข้าสู่นโยบายและแผนระดับชาติ เพื่ออนุรักษ์ตามความตกลงปารีส อนุสัญญาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศโลก มีเป้าหมายในการเสริมสร้างควม

รับผิดชอบร่วมกันต่อภัยคุกคาม โดยมุ่งหวังที่จะควบคุมการเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิเฉลี่ยของโลกให้ต่ำกว่า ๒ องศาเซลเซียส และพยายามไม่ให้เกิด ๑.๕ องศาเซลเซียส

มีแนวทางดำเนินการ ๓ เรื่องหลัก ได้แก่ ๑) การปรับตัวต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ๒) การลดก๊าซเรือนกระจกและส่งเสริมการเติบโตที่ปล่อยคาร์บอนต่ำ และ ๓) การสร้างขีดความสามารถด้านการบริหารจัดการการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ โดยครอบคลุม ๖ สาขาสำคัญ ได้แก่ ๑) การจัดการน้ำ ๒) การเกษตรและความมั่นคงทางอาหาร ๓) การท่องเที่ยว ๔) สาธารณสุข ๕) การจัดการทรัพยากรธรรมชาติ และ ๖) การตั้งถิ่นฐานและความมั่นคงของมนุษย์

๔. บทบาทในการจัดการสิ่งแวดล้อมและการเสริมสร้างสุขภาพในช่วงวิกฤตโควิด-19

หน่วยงานภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม สถาบันและหน่วยงานต่างๆ ได้ดำเนินการด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม และการสร้างเสริมสุขภาพ ในช่วงระหว่างวิกฤตโควิด-19 ที่ผ่านมา สรุปดังนี้

๔.๑ การจัดการสิ่งแวดล้อม

๔.๑.๑ การลดปริมาณขยะที่เกิดขึ้นให้น้อยลง เช่น การใช้หน้ากากผ้าที่ซักได้ แทนหน้ากากอนามัยแบบใช้ครั้งเดียวทิ้ง เป็นต้น การคัดแยกขยะ การนำขยะไปรีไซเคิล เพื่อหมุนเวียนกลับมาใช้ใหม่

๔.๑.๒ การเผยแพร่ให้ความรู้ในการคัดแยกขยะ โดยเฉพาะขยะติดเชื้อออกจากขยะประเภทอื่น ๆ เพื่อป้องกันการจัดการต่อไป

๔.๑.๓ การศึกษาวิจัย เช่น การจัดการขยะที่มีประสิทธิภาพ เทคโนโลยีการลดปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน (PM ๒.๕)

๔.๑.๔ การเปลี่ยนไปใช้พลังงานหมุนเวียน เพื่อลดการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ซึ่งเป็นก๊าซเรือนกระจก เพื่อลดการเกิดภาวะโลกร้อน

๔.๑.๕ การใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการเกษตรให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อเป็นแหล่งอาหารของประชาชนชุมชน โดยใช้พื้นที่สาธารณะ เช่น ชุมชน โรงเรียน โรงพยาบาล ศาสนสถาน เป็นต้น

๔.๒ การเสริมสร้างสุขภาพ

๔.๒.๑ การประชาสัมพันธ์และการปฏิบัติตามมาตรการของภาครัฐ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 (DMATT) คือ การเว้นระยะห่างระหว่างกัน การสวมหน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้า การล้างมือหรือฉีด/เช็ดแอลกอฮอล์บ่อยๆ การตรวจวัดอุณหภูมิก่อนเข้าสถานที่ การสแกนแอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” รวมทั้งการอยู่บ้านหยุดเชื้อเพื่อชาติ การงดการเดินทาง การกินร้อน ใช้ช้อนกลาง มีของใช้/อุปกรณ์ส่วนตัว เป็นต้น

๔.๒.๒ การเชื่อมโยงเครือข่ายการทำงานร่วมกัน การให้ความรู้ เช่น โครงการอาหารปลอดภัย โครงการเกษตรกรรุ่นใหม่กลับบ้านเกิด เป็นต้น

๔.๒.๓ การสนับสนุนให้โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความสะอาดและสิ่งแวดล้อม เพื่อความสะอาดและความปลอดภัย ทั้งของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

^{๑๒} สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รู้จัก SDGs. <https://sdgs.nesdc.go.th/?e0%b9%80%e0%b8%81%e0%b8%b5%e0%b9%88%e0%b8%a2%e0%b8%a7%e0%b8%81%e0%b8%b1%e0%b8%9a-sdgs/>

^{๑๓} Brundtland Report, ๑๙๘๗ https://www.are.admin.ch/are/en/home/sustainable-development/international-cooperation/2030agenda/un_-_milestones-in-sustainable-development/1987--brundtland-report.html

^{๑๔} ต้นโมเดลเศรษฐกิจ BCG เป็นนโยบายขับเคลื่อนประเทศไทย. <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/38369>

^{๑๕} ดร.สุวิทย์ เมษินทรีย์. “BCG Model” ขับเคลื่อนไทยแลนด์ 4.0 “วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี นวัตกรรม” เพิ่มมูลค่าธุรกิจ. ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๒. <https://www.thairath.co.th/business/economics/1710925>

^{๑๖} สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ <https://www.onep.go.th/การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิ/>

๕. ข้อเสนอแนวทางในการพัฒนาโยบายสาธารณะ:

“การสร้างเสริมสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในวิกฤตโควิด-19”

การสร้างเสริมสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในวิกฤตโควิด-19 มุ่งหวังให้เกิดการพัฒนา นโยบายสาธารณะไปสู่การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน โดยเริ่มจากการให้คุณค่าความสำคัญกับแนวคิดด้านสุขภาพ ที่เน้นการ “สร้างน้ำหอม” และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เน้นการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ ป้องกันมลพิษ เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ หรือให้เกิดผลกระทบน้อยที่สุด เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals; SDGs) ที่สมดุล ทั้งมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

โดยมีข้อเสนอแนวทางในการพัฒนา นโยบายสาธารณะ “การสร้างเสริมสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในวิกฤตโควิด-19” เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ทั้งในช่วงระหว่างการแพร่ระบาดและหลังวิกฤตโควิด-19 ดังนี้

๕.๑ ในสถานการณ์ช่วงโควิด-19 จนถึงปัจจุบัน ทำให้ต้องมีการใช้วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งสิ่งของที่ประชาชนใช้ในการรักษาความสะอาด ตามมาตรการ DMATT ที่เพิ่มมากขึ้นมากกว่าปกติแล้ว ส่วนใหญ่เป็นขยะอันตรายและขยะติดเชื้อ เช่น ชุดป้องกัน พลาสติก หน้ากากอนามัยแบบใช้ครั้งเดียว เป็นต้น รวมทั้งการเพิ่มปริมาณการสั่งซื้ออาหาร เครื่องดื่มและสินค้าทางออนไลน์และส่งพัสดุมาที่บ้าน ทำให้มีปริมาณขยะพลาสติกเพิ่มมากขึ้น ซึ่งนอกจากจะย่อยสลายยากแล้ว ยังเพิ่มภาระการรวบรวม จัดเก็บ ขนส่ง ฝังกลบหรือกำจัดของหน่วยงานที่รับผิดชอบซึ่งมีบุคลากร รถ เครื่องมือและงบประมาณที่จำกัดแล้ว ยังมีปัญหาการที่ประชาชนไม่ได้คัดแยกตามประเภทขยะแล้ว จึงทำให้เกิดความยุ่งยากต่อการจัดการให้ถูกวิธี และเกิดความไม่ปลอดภัยแก่พนักงานเก็บขยะ นอกจากนี้การทิ้งขยะพลาสติกที่กระจัดกระจายทั่วไป มักก่อให้เกิดปัญหาการอุดตันของท่อระบายน้ำในเมือง เป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาน้ำท่วมเมื่อฝนตกหนัก ปัญหาขยะที่พบบ่อยในแม่น้ำลำคลอง และมีบางส่วนลงสู่ท้องทะเล ก่อให้เกิดปัญหาขยะพลาสติกและไม่โครพลาสติก ซึ่งเป็นปัญหามลพิษทางทะเลที่พบว่ามีการแพร่กระจายในสิ่งแวดล้อมทางทะเลทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศทางทะเล ห่วงโซ่อาหาร และการดำรงชีวิตของสิ่งมีชีวิตในระบบนิเวศ โดยแพร่กระจายอยู่ในสิ่งแวดล้อม เช่น ชายหาด ตะกอนดินปากแม่น้ำ ตลอดจนการเข้าสู่ห่วงโซ่อาหารของมนุษย์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ จึงควรผลักดันให้เกิดการจัดการขยะทุกประเภทอย่างถูกต้อง

ดังนั้นการจัดการขยะ จึงควรมีการบูรณาการจัดการขยะอย่างยั่งยืน ทั้งเป็นระบบ ทั้งประเภทขยะพลาสติก ขยะติดเชื้อ ขยะชุมชน จึงควรให้ความสำคัญตั้งแต่การประเมินวัฏจักรวงจรชีวิตผลิตภัณฑ์ การออกแบบผลิตภัณฑ์ การเลือกวัตถุดิบ กระบวนการผลิต บรรจุภัณฑ์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และพัฒนาเทคโนโลยีการจัดการขยะ การดำเนินการตามหลักการ ๓R (Reduce การลดใช้, Reuse การใช้ซ้ำ, Recycle การหมุนเวียนกลับมาใช้ใหม่) โดยเน้นการลดปริมาณขยะตั้งแต่ต้นทางให้เหลือน้อยที่สุดจนเหลือศูนย์ มีระบบการเรียกคืนบรรจุภัณฑ์ ตั้งศูนย์ข้อมูลแลกเปลี่ยนของเหลือใช้ และให้มีข้อมูล สัญลักษณ์ สีหรือรูปภาพแสดงระยะเวลาย่อยสลายขยะและผลกระทบในฉลากผลิตภัณฑ์ เพื่อให้ผู้บริโภคทราบและมีทางเลือกก่อนตัดสินใจซื้อใช้ การศึกษาและรณรงค์ส่งเสริมวัสดุและบรรจุภัณฑ์ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง พ.ศ. ๒๕๓๕ และพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ การจัดการขยะติดเชื้ออย่างถูกต้อง เช่น หน้ากากอนามัย อุปกรณ์ป้องกัน ชุดตรวจโควิด-19 และวัสดุที่ใช้แล้ว เป็นต้น รวมทั้งไม่ให้เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไปสู่ระบบนิเวศและสุขภาพได้ รวมทั้งสนับสนุนให้ชุมชน หรือโรงเรียน รวมตัวกันเป็นกลุ่ม/เครือข่าย สนับสนุนชุมชนตั้งกองทุนการจัดการขยะหรือรูปแบบอื่นที่เหมาะสม

๕.๒ จำนวนนักท่องเที่ยวที่เดินทางไปยังแหล่งท่องเที่ยวต่างๆ ทั้งประเภทธรรมชาติ ศิลปวัฒนธรรม ชุมชน และอื่นๆ ลดลงเป็นอย่างมาก บางพื้นที่ไม่มีนักท่องเที่ยวมาเป็นเวลากว่า ๑ ปีแล้ว ทำให้พื้นที่ดังกล่าวไม่ถูกทำลายจากกิจกรรมของมนุษย์ โดยเฉพาะแหล่งท่องเที่ยวธรรมชาติบางแห่งมีทรัพยากรเพิ่มขึ้น สิ่งมีชีวิตบางชนิด ทั้งบนบกและในน้ำได้รับการฟื้นฟูจากธรรมชาติเอง จนปรากฏให้เห็นทั้งชนิดที่ใกล้สูญพันธุ์ เช่น เต่ามะเฟือง พะยูน เป็นต้น ซึ่งยุทธศาสตร์การ

ส่งเสริมการท่องเที่ยวสีเขียว พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔^{๑๙} ใกล้จะสิ้นสุดระยะเวลาแล้ว จึงควรต่อยอดเป็นการบูรณาการเป็นการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน หากมีการเปิดแหล่งท่องเที่ยวในอนาคต จึงควรมีการจำกัดจำนวนนักท่องเที่ยวให้เหมาะสมกับพื้นที่และกิจกรรม มีมาตรการจัดการพื้นที่ที่ไม่ให้ถูกรบกวนหรือได้รับความเสียหายเหมือนในอดีตที่ผ่านมา เพื่อไม่ให้ทำลายสิ่งแวดล้อมและส่งผลกระทบต่อรายได้ของผู้ประกอบการและชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยว รวมทั้งสุขภาพและความปลอดภัยของนักท่องเที่ยว

ดังนั้นการจัดการการท่องเที่ยว จึงควรบูรณาการทั้งระบบและกลไกการท่องเที่ยว โดยคำนึงถึงสุขภาพ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม ศิลปวัฒนธรรม ประเพณี อย่างสมดุลและยั่งยืน โดยวางแผนและดำเนินร่วมกับชุมชน ให้ความรู้ รวมทั้งการติดตามและประเมินผลเพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และประเมินผลกระทบจากการท่องเที่ยวที่ส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศ^{๒๐} และด้านอื่นๆ เพื่อดำเนินการลดและป้องกันแก้ไขผลกระทบดังกล่าว การส่งเสริมให้ชุมชนมีการจัดการท่องเที่ยวโดยชุมชน การส่งเสริมให้ผู้ประกอบการดำเนินการตามคู่มือแนวทางฯ จัดกิจกรรมลดมลพิษ มีมาตรการอนุรักษ์และฟื้นฟูแหล่งท่องเที่ยว เลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม การเพิ่มประสิทธิภาพการท่องเที่ยว โดยใช้ฐานข้อมูลขนาดใหญ่ เพื่อพัฒนาฐานรองรับระบบปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ (Platform) รวมทั้ง ที่ตั้งดูจุดความสนใจทั้งในช่วงและหลังวิกฤตโควิด-19

๕.๓ การพัฒนาประเทศในด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่จะมุ่งไปที่การเพิ่มอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจ รวมทั้งปัญหาภาวะโลกร้อน ซึ่งเกิดจากการมีปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ปล่อยจากกิจกรรมต่างๆ ของมนุษย์ ออกสู่ชั้นบรรยากาศในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้น จนทำให้เกิดความไม่สมดุลและเกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม สังคม และสุขภาพ มีการนำแนวคิดใหม่ที่ได้รับการยอมรับของประชาคมโลก คือ เศรษฐกิจชีวภาพ-เศรษฐกิจหมุนเวียน-เศรษฐกิจสีเขียว (Bio-Circular-Green Economy; BCG) ซึ่งคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้นำโมเดล BCG เป็นวาระแห่งชาติ ให้เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๖๕ โดยเน้นการใช้ทรัพยากรธรรมชาติที่คุ้มค่าและหมุนเวียน การใช้บรรจุภัณฑ์รีไซเคิล การนำขยะหรือของเสียกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และการลดผลกระทบสิ่งแวดล้อม

ดังนั้นจึงควรมีการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการ BCG ให้ทันสถานการณ์กับวิกฤตโควิด-19 ตั้งแต่การวิเคราะห์ห่วงโซ่อุปสงค์และห่วงโซ่อุปทาน การกำหนดเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดผลลัพธ์หลักและการมีคู่เทียบเคียง การแปลงแผนสู่การปฏิบัติ การดำเนินการ เผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจการพัฒนาโมเดลเศรษฐกิจ BCG การยึดหลักธรรมาภิบาลอย่างจริงจัง การใช้ทรัพยากรชีวภาพหรือ การนำทรัพยากรหรือของเหลือใช้กลับมาหมุนเวียนมาใช้ประโยชน์ใหม่ การลดปริมาณขยะจนเหลือศูนย์ เพื่อเพิ่มมูลค่าให้กับสินค้าและเกิดการกระจายรายได้สู่เศรษฐกิจชุมชนอย่างทั่วถึง การสื่อสารสาธารณะและติดตามประเมินผลเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน เพื่อให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรธรรมชาติที่เป็นธรรม การมีเศรษฐกิจที่มีเสถียรภาพ และมีสุขภาพที่ดีในระยะยาวด้วย โดยให้สมดุลกับสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและสังคม หรือบริษัทธุรกิจใหม่เพิ่มขึ้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในยุทธศาสตร์ฯ ส่งเสริมนโยบายการมีส่วนร่วมต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม การขยายผลโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ (มหาวิทยาลัยสู่ตำบล; U2T) รวมทั้งมีการสื่อสารถ่ายทอดความรู้และส่งเสริมสร้างแรงจูงใจให้มีการประยุกต์ใช้หรือต่อยอดอย่างแพร่หลาย และเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมที่คุ้มค่าเป็นวัตถุดิบและบรรจุภัณฑ์

๕.๔ จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ในปัจจุบัน หรือการเกิดโรคอุบัติใหม่อื่นๆ ในอนาคต ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่อย่างมาก โดยเฉพาะชุมชนเมืองที่มีประชาชนอาศัยอยู่กันอย่างหนาแน่นในสถานที่คับแคบ จึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อมาก ดังนั้นเพื่อให้ประชาชนมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ^{๒๑} ซึ่งสอดคล้องกับการประชุมขององค์การสหประชาชาติว่าด้วยการพัฒนาที่อยู่อาศัยและเมืองอย่างยั่งยืน (Habitat III) และมีมติรับรอง “วาระใหม่แห่งการพัฒนาเมือง” (New Urban Agenda)^{๒๒} ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือร่วมกันระหว่างคนในชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ภาครัฐและหน่วยงานอื่นๆ โดยเริ่มจากการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์และการมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน เพื่อวางแผนและแนวทางการพัฒนาที่อยู่อาศัยและเมืองอย่างยั่งยืน การสร้างระบบนิเวศที่ดีต่อการใช้ชีวิตทั้งในมิติเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและการเฝ้าระวังโรค การมีความยืดหยุ่นและ

^{๑๙} ยุทธศาสตร์การส่งเสริมการท่องเที่ยวสีเขียว พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔. https://chainat.mots.go.th/download/article/article_20200605154529.pdf

^{๒๐} กานต์พิชชา ทองเภาวี่. รอยเท้านิเวศน์. <https://www.academia.edu/10673617> <http://www.wwf.or.th/.../livingplane.../ecologicalfootprint/>

^{๑๙} หมวดสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ (มาตรา ๕ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐)

^{๒๐} ผลประชุมสหประชาชาติว่าด้วยการพัฒนาที่อยู่อาศัยและเมืองอย่างยั่งยืน (Habitat III) และวาระใหม่แห่งการพัฒนาเมือง (New Urban Agenda) . <http://www.bps.m-society.go.th/uploads/content/download/5930d7cbe9a6a.pdf>

ปรับตัวเตรียมความพร้อมล่วงหน้าต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ทันสถานการณ์ ซึ่งควรคำนึงถึงมิติทางอายุและเพศ ความสอดคล้องและเหมาะสมตามบริบทพื้นที่ ความเปราะบาง การเปลี่ยนแปลงทางสภาพภูมิอากาศ ความหลากหลายทางวัฒนธรรม การลดความยากจนและความเหลื่อมล้ำ โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง ส่งเสริมความเติบโตทางเศรษฐกิจ การมีที่อยู่อาศัยและที่ดินที่เพียงพอ การวางผังเมืองที่สมดุลในทุกมิติ ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาสุขภาพ และปกป้องสภาพแวดล้อม รวมทั้งมีการทำข้อตกลงร่วมกันในการพัฒนาที่อยู่อาศัยและเมืองอย่างมีสุขภาวะ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืน

ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาที่อยู่อาศัยและเมืองอย่างยั่งยืน โดยการจัดสถานที่รักษาผู้ป่วยโควิด-19 หรือสถานที่แยกกักตัว เช่น โรงพยาบาลสนาม ที่อยู่อาศัย ชุมชน หรือสถานที่ทำงานให้ลดความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อโควิด-19 การจัดการและคัดแยกขยะที่ถูกต้อง สร้างความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของการเป็นพลเมืองที่ดี การใช้วัสดุอื่นที่มีคุณภาพมาทดแทนหน้ากาอนามัยแบบใช้ครั้งเดียวทิ้ง เพิ่มพื้นที่สีเขียว ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เพิ่มความสามารถการผลิตอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ทั้งเพื่อยังชีพและเพื่อการค้า จัดสรรงบประมาณเพื่อสร้างพื้นที่ต้นแบบเพื่อศึกษาเรียนรู้ รวมทั้งการพัฒนาในทุกมิติ

๕.๕ ในการพัฒนานโยบายสาธารณะการสร้างเสริมสุขภาวะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสร้างความร่วมมือให้เกิดการรวมเป็นเครือข่ายพลังพลเมือง โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วม ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสุดท้าย การสร้างค่านิยมที่มีความรับผิดชอบต่อสังคม การดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งในฐานะผู้ผลิตและผู้บริโภค ที่ไม่ควรผลักภาระต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการกระทำออกไป จึงควรมีการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ เริ่มจากการวางแผน ดำเนินการ ติดตามประเมินผลและการพัฒนาปรับปรุงแก้ไข การลดความเสี่ยงจากการแพร่ระบาดของเชื้อโรค การใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่า การจัดการขยะหรือของเสีย ซึ่งจะช่วยให้มีคุณภาพสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่ดี

ดังนั้นจึงควรมีการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อเป็นพลังพลเมืองในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน โดยร่วมมือ ร่วมคิด ร่วมมือ โดยเริ่มจากโครงการหรือกิจกรรมที่ใกล้ตัว เช่น สำนักงานสีเขียว อุตสาหกรรมเชิงนิเวศ การท่องเที่ยวสีเขียว โรงแรมสีเขียว โรงเรียนปลอดภัย โรงพยาบาลสีเขียว ศูนย์พักคอยหรือดูแลผู้ป่วย เทศบาล/อบต.สิ่งแวดล้อมยั่งยืน ชุมชนที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ตลาดสีเขียว ร้านอาหารสะอาด ปลอดภัย เกษตรปลอดภัยและปลอดภัยการเผา เพื่อลดหมอกควันไฟและฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM 2.5) เป็นต้น โดยประยุกต์ให้เป็นต้นแบบที่ดีและพัฒนาเป็นแหล่งเรียนรู้ เพื่อนำไปขยายผลในพื้นที่อื่น ให้เกิดการพัฒนายั่งยืนในทุกมิติ

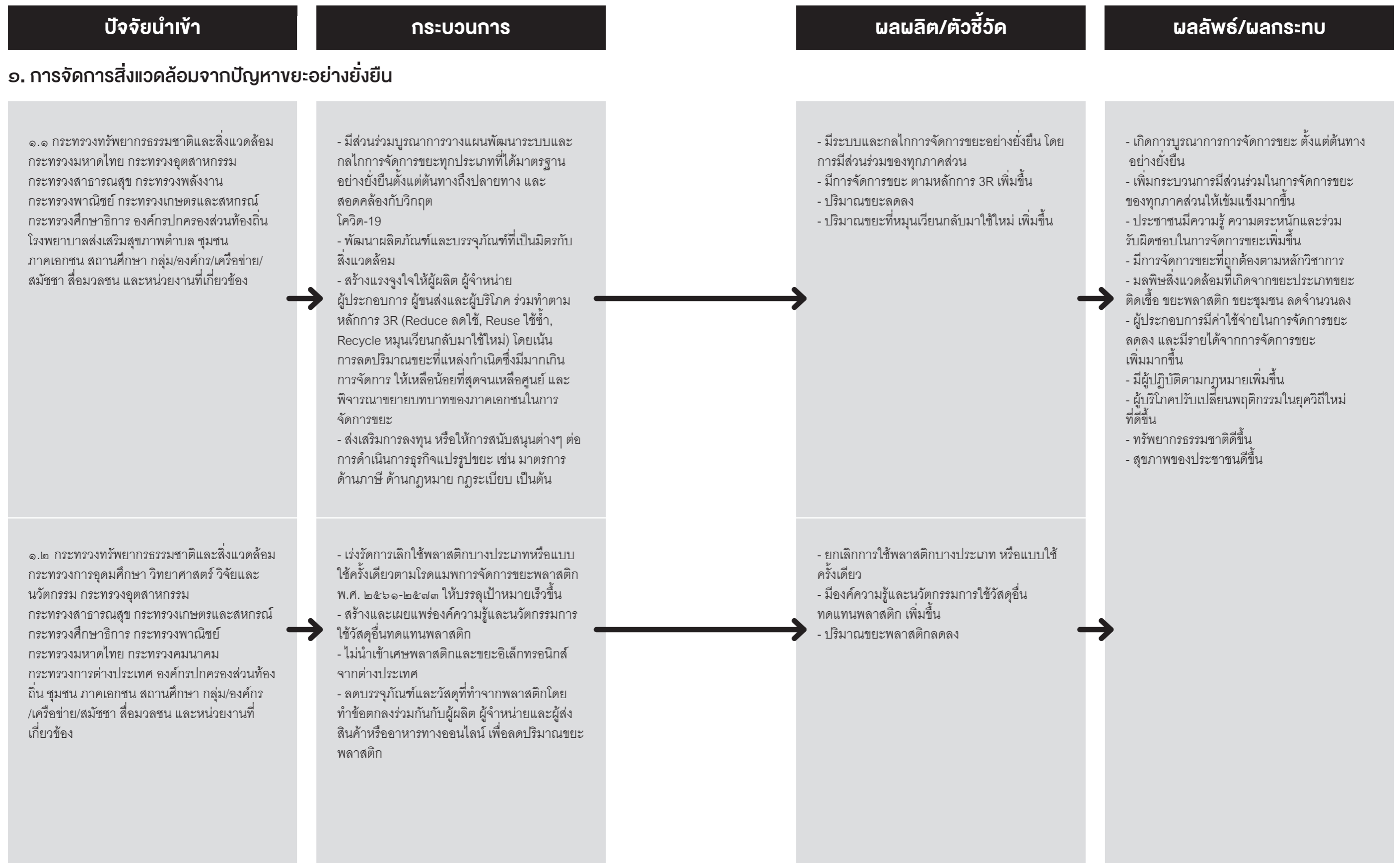
๖. ประเด็นเพื่อพิจารณาของสมาชิกสภาแห่งชาติ

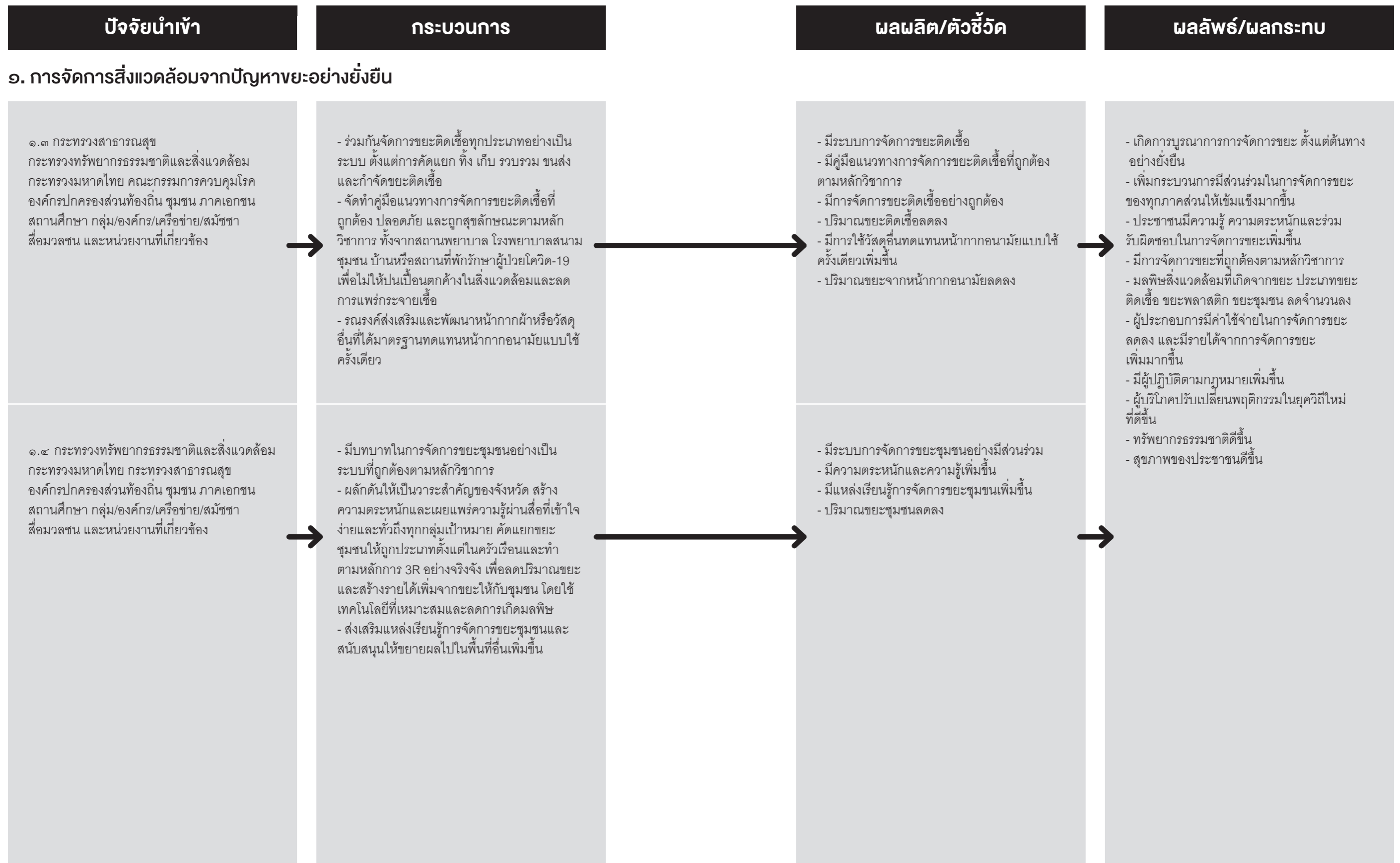
ขอให้สมาชิกสภาแห่งชาติ พิจารณาเอกสารสมาชิกสภาแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ / ร่างมติ “การสร้างเสริมสุขภาวะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในวิกฤตโควิด-19”

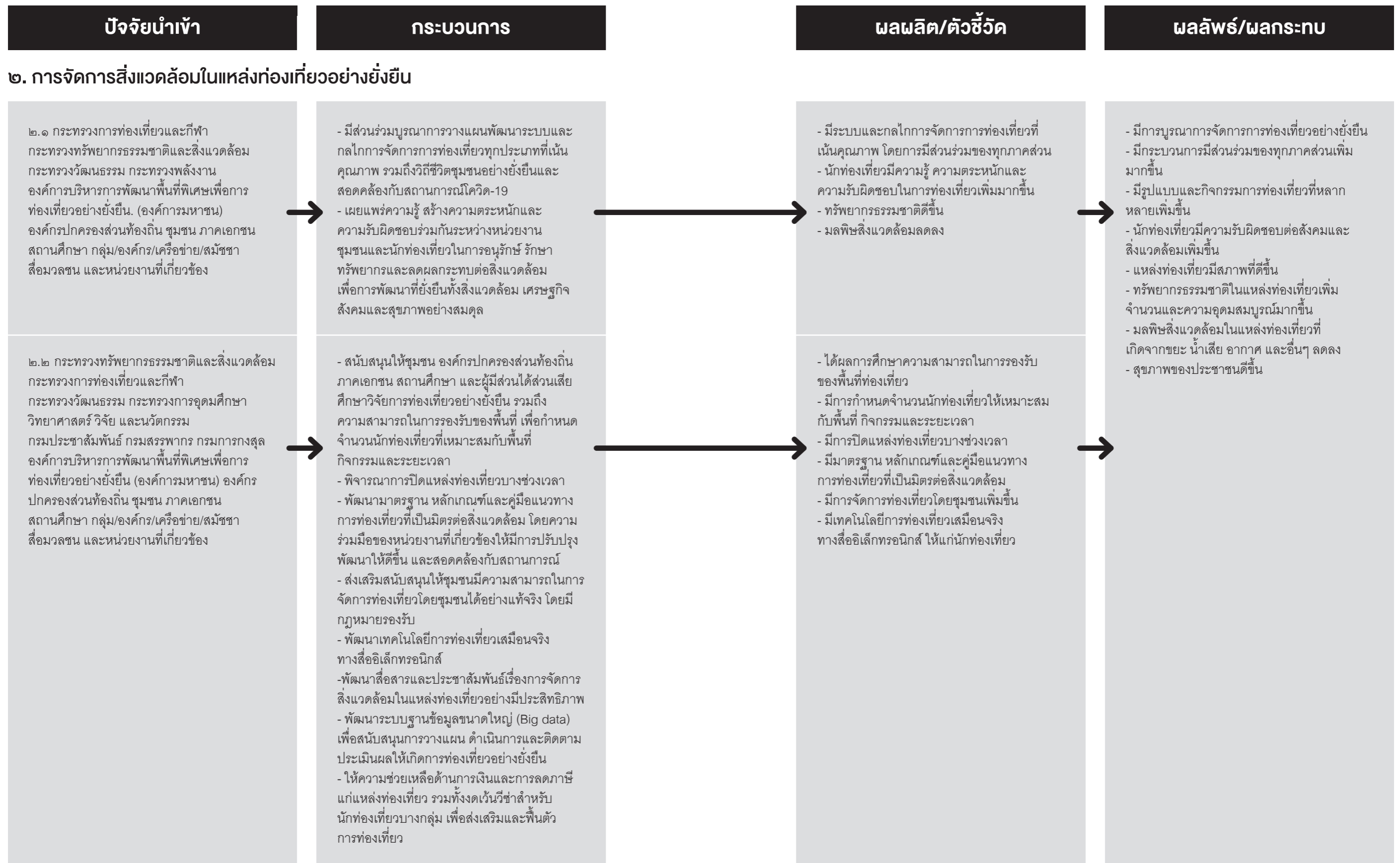
Roadmap เส้นทางเดินของมติ ฯ

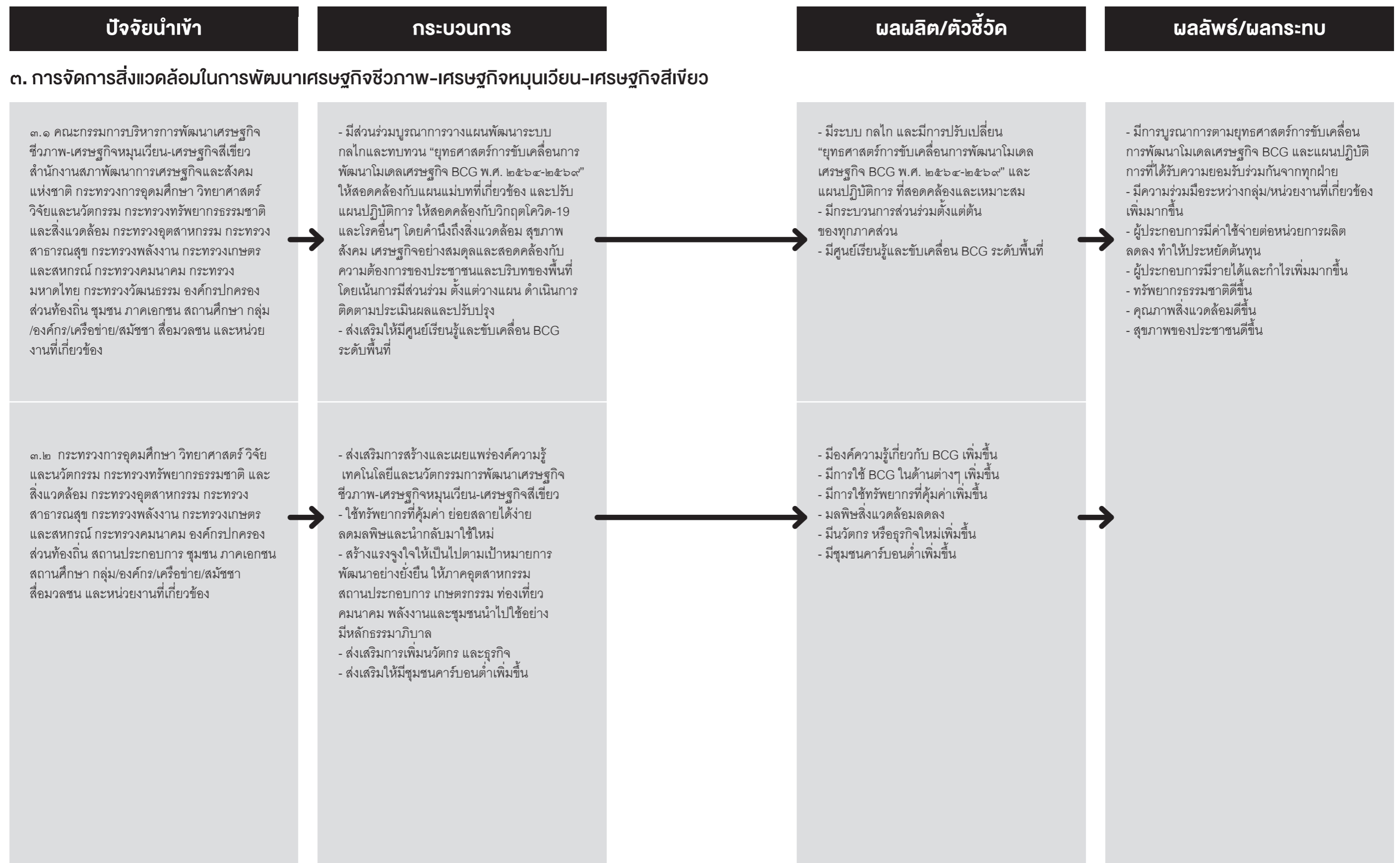
การสร้างเสริมสุขภาพะ สิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน ในวิกฤตโควิด-19

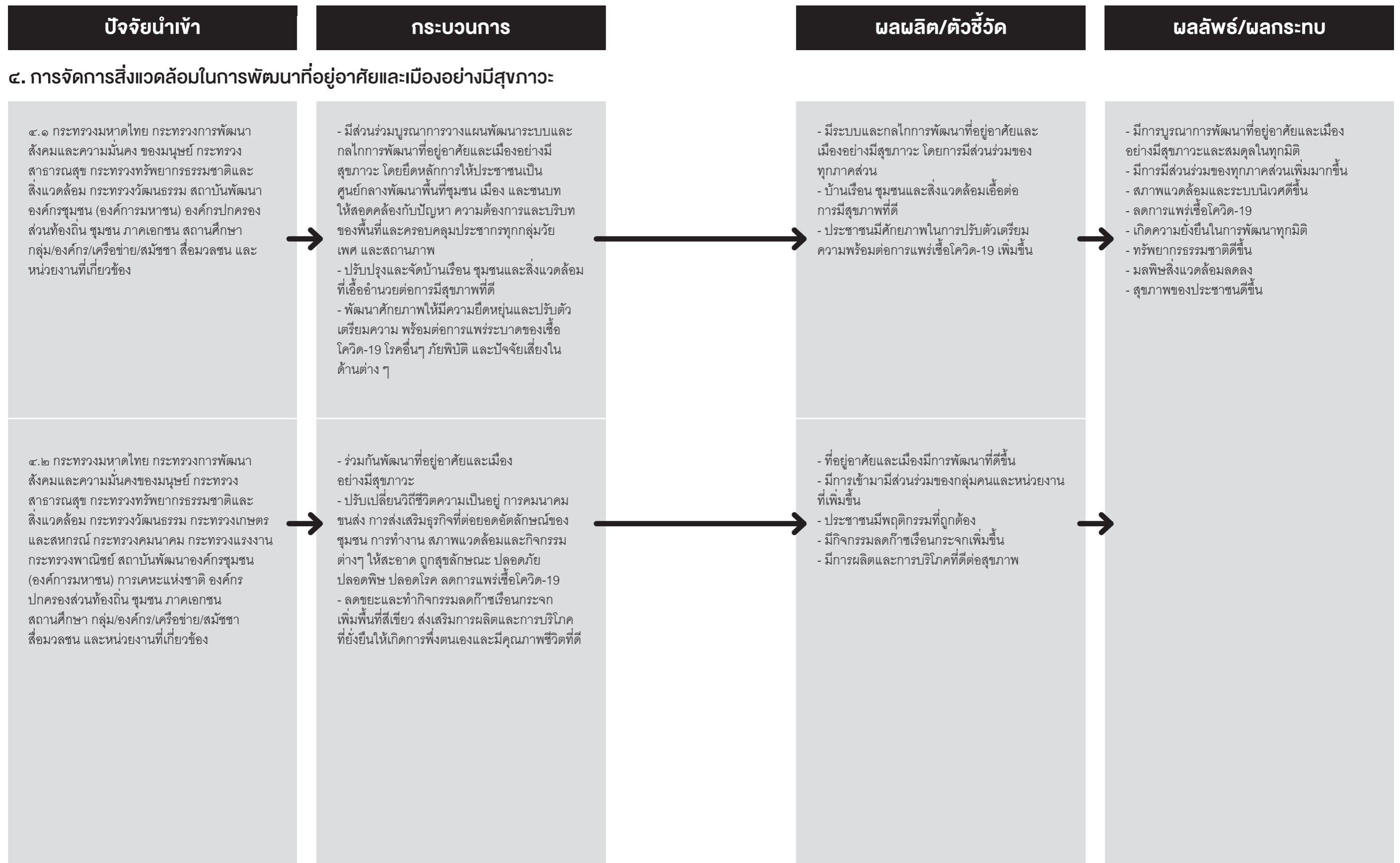
(Promotion of sustainable healthy environment in COVID-19 crisis)

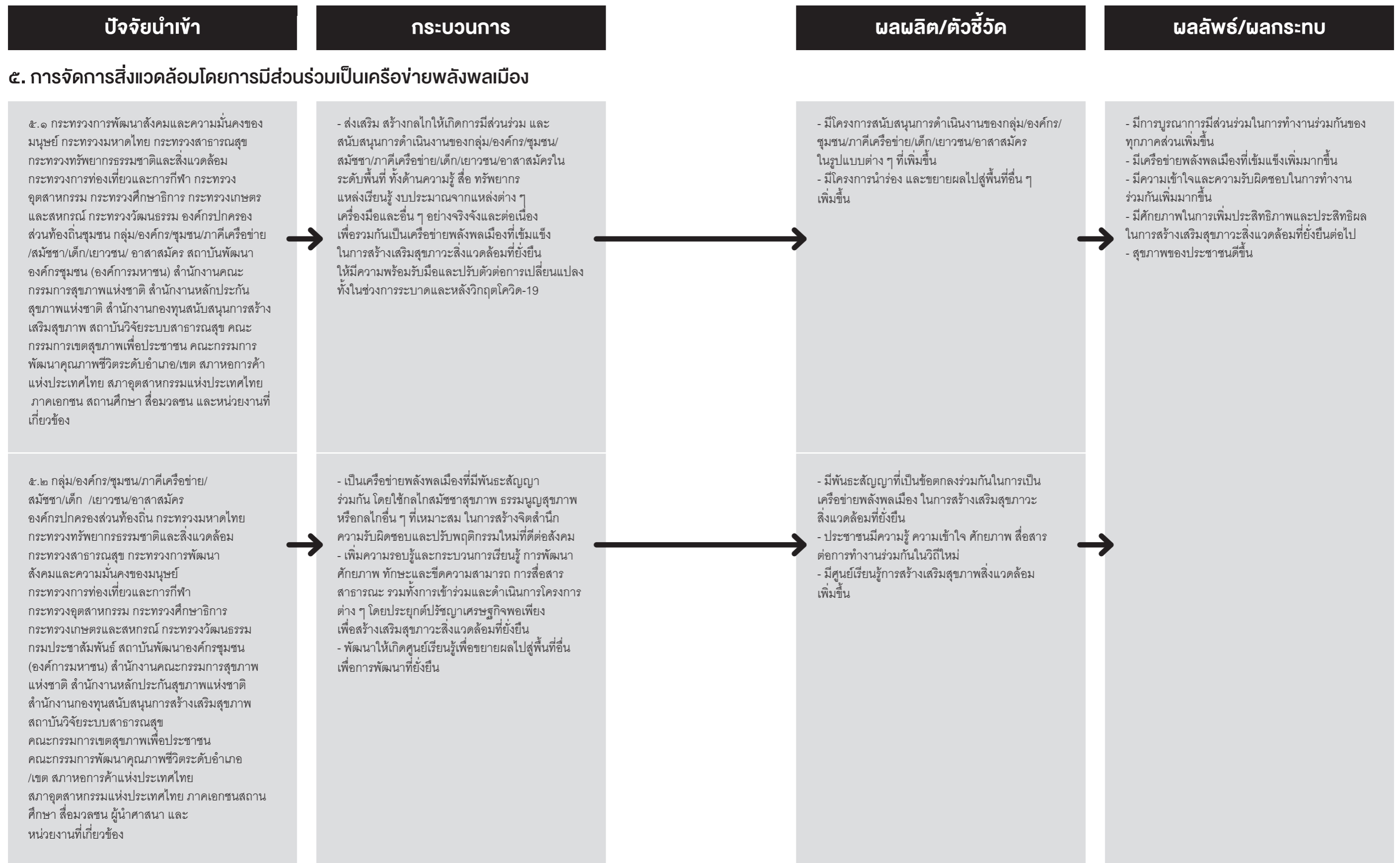












สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ ๑๔

มติที่

๒๓

การคุ้มครองการเข้าถึง บริการสุขภาพของกลุ่ม ประชากรเฉพาะในภาวะ วิกฤตอย่างเป็นธรรม

(Protection of Equitable Access
to Health Services by
Specific Populations in Crises)



รายนามคณะทำงานพัฒนา
ข้อเสนอ มติ ๑๔.๒

การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของ กลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม (Protection of Equitable Access to Health Services by Specific Populations in Crises)

นโยบายสาธารณะนี้มุ่งเน้นให้ทุกภาคส่วนของสังคมมีการจัดการร่วมกัน เพื่อสร้างความมั่นใจว่า ประชาชนทุกคนจะได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน เท่าเทียม กว้างขวาง อย่างเป็นธรรม ตามหลักการสิทธิมนุษยชน โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ และมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC for all) ไม่ประสบภาวะล้มละลายจากความเจ็บป่วย ตลอดจนได้รับการเยียวยาตามความจำเป็นและเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เป็นกลุ่มประชากรเฉพาะ เพื่อความมั่นคงทางด้านสุขภาพของทุกคนบนผืนแผ่นดินไทย

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่สิบสี่

ได้พิจารณารายงาน เรื่อง การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม^๑ พบว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และการดำเนินชีวิตของประชากรทุกกลุ่ม รวมทั้งเกิดความเสี่ยงทางด้านสุขภาพได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับกลุ่มประชากรเฉพาะซึ่งอยู่ในภาวะเปราะบางที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ไม่มีหลักประกันพื้นฐานทางสังคมในการดำรงชีวิต เข้าไม่ถึงบริการทางสังคม อันเนื่องมาจากการมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตัวเอง หรือถูกตีตรา ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม ได้แก่ (๑) กลุ่มคนที่จำเป็นต้องพึ่งพิงการช่วยเหลือจากผู้อื่น (๒) กลุ่มคนที่มีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากสภาพการทำงาน หรือสภาพความเป็นอยู่ที่แออัด หรือถูกจำกัดทำให้สูญเสียอิสรภาพ สูญเสียสิทธิบางอย่าง ถูกตีตราหรือถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม (๓) กลุ่มแรงงานข้ามชาติและผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ที่อาศัยอยู่บนผืนแผ่นดินไทย

จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าในภาวะวิกฤตเช่นนี้ กลุ่มประชากรเฉพาะมีความสามารถในการจัดหาสิ่งของและปฏิบัติตามนโยบายของรัฐในการป้องกันและควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดได้ค่อนข้างจำกัดจากสภาพสภาวะที่เป็นอยู่และจากรายได้ที่ลดลง อีกทั้งการเข้าถึงมาตรการเยียวยาของภาครัฐยังทำได้เพียงส่วนน้อย ในด้านสุขภาพของกลุ่มคนเหล่านี้ยังต้องเผชิญกับความเสี่ยง จากการไม่มีตัวตนเชิงนโยบายซึ่งไม่ได้อยู่ในลำดับต้นของการตรวจคัดกรองความเสี่ยง เมื่อรวมกับการไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง การขาดสถานะตามกฎหมายและข้อจำกัดอื่นๆ ที่ทำให้ตกหล่นจากการมีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ หรือมีสิทธิแต่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐานของภาครัฐได้ ยิ่งทำให้กลุ่มคนเหล่านี้ตกอยู่ในภาวะเปราะบางซ้ำซ้อน และกลายเป็นกลุ่มที่กระจายการแพร่ระบาดไปสู่สังคมวงกว้างอย่างรวดเร็ว ดังนั้น จึงจำเป็นต้องเร่งรัดการลงทุนทางสังคม การบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และท้องถิ่น เพื่อกำหนดแนวทางการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน เท่าเทียมทั่วถึง และเป็นธรรม รวมทั้งการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะตามเส้นทางเดินของมติฯ^๒ ทั้งนี้ เพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของทุกคนที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย จึงร่วมกันกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในประเด็นนี้

จึงมีมติดังต่อไปนี้

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๑๔ / หลัก ๒

^๒ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๑๔ / หมวด ๑

๑. ให้มีหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้ไม่มีสัญชาติไทย ผู้มีปัญหาลาถาณะและสิทธิ ซึ่งไม่มีหลักประกันสุขภาพ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้โดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติ แม้อยู่ในภาวะวิกฤต รวมทั้งสามารถเข้าถึงการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคต่างๆ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เช่น วัคซีน ยา อุปกรณ์ป้องกันการแพร่ระบาด ทั้งนี้ เพื่อให้ได้รับความคุ้มครองทางด้านสุขภาพตามหลักสิทธิมนุษยชน และเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของทุกคนบนผืนแผ่นดินไทย โดย

- ๑.๑ ให้มีการพัฒนากฎหมายหลักประกันสุขภาพสำหรับบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย ผู้มีปัญหาลาถาณะและสิทธิ ซึ่งไม่มีหลักประกันสุขภาพ หรือมีการทบทวนกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ มาตรา ๕ รวมทั้งกฎหมายและมาตรการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

- ๑.๒ ให้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านสุขภาพสำหรับผู้ไม่มีสัญชาติไทย ผู้มีปัญหาลาถาณะและสิทธิ ซึ่งไม่มีหลักประกันสุขภาพ ที่นำไปสู่การมีกลไกและหน่วยงานกลางที่รับผิดชอบแผนงาน งบประมาณ และพัฒนาระบบฐานข้อมูล รวมทั้งเกิดการบูรณาการการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒. พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทำให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การแพร่ระบาด และสามารถให้บริการได้โดยไม่หยุดชะงัก โดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มประชากรเฉพาะ ให้สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรม ตลอดจนพัฒนาศักยภาพองค์กรและเครือข่ายของกลุ่มประชากรเฉพาะ ให้มีความสามารถในการจัดการปัญหาสุขภาพในกลุ่มของตนเองในภาวะวิกฤต เช่น การมีระบบบริการเชิงรุก และการดูแลที่บ้าน ให้ครอบคลุมทุกมิติสุขภาพ พัฒนาระบบบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีความพร้อมในการให้บริการกับกลุ่มประชากรเฉพาะ พัฒนาระบบฐานข้อมูลและเทคโนโลยีสำหรับกลุ่มเปราะบางในแต่ละชุมชน ยกกระดับสถานพยาบาลในเรือนจำ ลดความแออัดของผู้ต้องขังในเรือนจำ เป็นต้น

๓. พัฒนาระบบ กลไก และรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ช่วยเหลือ ดูแล จัดการพื้นที่ สิ่งแวดล้อม และส่งต่อที่เป็นการดำเนินการโดยชุมชน (Community-led health services) ให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพของประเทศ มีการจัดการระบบโลจิสติกส์ (Logistics) และการสนับสนุนงบประมาณ เช่น การดูแลที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน เป็นต้น โดยมีกระบวนการพัฒนาศักยภาพของชุมชน มีการปรับและแก้ไขระบบให้สนับสนุนการดำเนินการโดยชุมชน

๔. เสริมสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ปลอดภัย และเป็นมิตร โดย

- ๔.๑ สนับสนุนให้มีพระราชบัญญัติขจัดการเลือกปฏิบัติต่อบุคคลเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติเพื่อให้เป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ มาตรา ๔ และมาตรา ๒๗ และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติและการขับเคลื่อนได้อย่างจริงจัง

- ๔.๒ พัฒนาระบบและกลไกรับเรื่องร้องเรียนและการติดตาม ในกรณีการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ หรือไม่ได้รับความเป็นธรรมในการเข้ารับบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะที่โปร่งใสและตรวจสอบได้

- ๔.๓ จัดให้มีช่องทาง การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ผ่านสื่อ สิ่งพิมพ์ ภาพ เสียง ภาษา ที่หลากหลายอย่างเพียงพอ และเหมาะสมต่อกลุ่มประชากรเฉพาะในการเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการ ครบถ้วน ทันเวลา และตรวจสอบได้ โดยกำหนดให้มีหน่วยงานเฉพาะที่ทำหน้าที่จัดทำข้อมูลข่าวสารในรูปแบบที่ทุกคนเข้าใจง่าย เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการเลือกรับบริการสุขภาพ และได้รับการคุ้มครองสิทธิ อย่างเท่าเทียมทั่วถึงและเป็นธรรม

๕. ขอให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และทุกภาคส่วนของสังคมร่วมกันขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพในประเด็นนี้อย่างเต็มความสามารถ โดยเป็นไปตามแนวทาง ทิศทาง กระบวนการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเส้นทางเดินของมติฯ

๖. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖

เอกสารหลัก

การคุ้มครองการเข้าถึง บริการสุขภาพของ กลุ่มประชากรเฉพาะ ในภาวะวิกฤต อย่างเป็นธรรม

(Protection of Equitable Access to
Health Services by Specific Populations in Crises)

การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของ กลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม (Protection of Equitable Access to Health Services by Specific Populations in Crises)

๑. นิยาม:

๑.๑ ภาวะวิกฤต

หมายถึง สถานการณ์ที่ไม่อยู่ในภาวะปกติ ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากธรรมชาติหรือไม่ได้เกิดจากธรรมชาติก็ได้ เป็นเหตุการณ์ที่อยู่ในภาวะอันตราย ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม หรือสิ่งแวดล้อมโดยรวม เช่น ภาวะภัยพิบัติ การเกิดโรคระบาด ฯลฯ ที่ควรต้องมีนโยบายหรือการตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหาภายในเวลาที่จำกัด

๑.๒ ความมั่นคงทางด้านสุขภาพ (Health Security)

หมายถึง การดำเนินการต่างๆ ของรัฐในการให้ความคุ้มครองทางสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อลดอันตรายและผลกระทบอันเกิดจากเหตุการณ์ร้ายแรงทางด้านสาธารณสุขที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพโดยรวมของประชากร ทั้งนี้ เพื่อให้ประชากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการกินอยู่ที่ดี มีสุขอนามัย มีโอกาสเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ดี สามารถเผชิญภาวะโรคระบาดร้ายแรงได้อย่างเหมาะสม

๑.๓ กลุ่มประชากรเฉพาะ

หมายถึง กลุ่มคนที่อยู่ในสภาวะเปราะบางขาดหลักประกันพื้นฐานทางสังคมในการดำรงชีวิต ไม่มีหลักประกันสุขภาพ เข้าไม่ถึงบริการทางสังคม อันเนื่องมาจากการมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตัวเอง หรือถูกตีตรา ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม เช่น ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้ต้องขัง คนในชุมชนแออัด ผู้ใช้สารเสพติด คนไร้บ้าน ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ แรงงานข้ามชาติ และ ผู้มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิ

๑.๔ แรงงานข้ามชาติ

หมายถึง แรงงานที่ไม่มีสัญชาติไทยที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย ได้แก่ แรงงานเมียนมาร์ ลาว กัมพูชา เวียดนาม เป็นต้น ซึ่งหมายรวมถึงกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีเอกสาร (Document) และไม่มีเอกสาร (Undocumented) รวมถึงผู้ติดตาม

๑.๕ ผู้มีปัญหาด้านสถานะบุคคลและสิทธิ

หมายถึง ชนกลุ่มน้อย กลุ่มบุคคลที่มีเลขประจำตัวขึ้นต้นด้วย ๖ และ ๗, กลุ่มบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน ที่มีเลขประจำตัวขึ้นต้นด้วย ๐-๘๙ และ ๐-๐๐, กลุ่มบุคคลที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยถาวรในประเทศไทย ผู้ไม่มีเอกสารทางทะเบียน, คนไร้รัฐ, ผู้ลี้ภัย และเด็กที่ไม่มีเอกสารแสดงตัวในระบบการศึกษาที่อาศัยในประเทศไทย

๒. ความสำคัญของประเด็น

ปัญหาวิกฤตสุขภาพของประชาชนและระบบสุขภาพของโลกเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา จากปัญหาเดิมที่เกิดจากความด้อยพัฒนา เช่น การขาดสารอาหาร การขาดสุขภาพและสุขอนามัยที่ดี โรคติดต่อต่างๆ มาสู่ปัญหาในรูปแบบใหม่ที่มีความซับซ้อน เช่น การระบาดของโรคอุบัติใหม่ ดังเช่น ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ทั่วโลกเกิดการระบาดทั่วโลกของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพและภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพของทุกคน ไม่สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยประเทศหนึ่ง หรือกลุ่มคนใดกลุ่มคนหนึ่ง จำเป็นต้องอาศัยกลไกความร่วมมือในระดับบุคคล ชุมชน ภูมิภาค และประเทศในการดำเนินการ

วิกฤตโควิด-19 ได้สร้างบทเรียนสำคัญต่อเศรษฐกิจและสังคมไทยคือ ปัญหาเรื่องสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ไม่ใช่เรื่องแยกส่วนกัน และโรคระบาดไม่เลือกปฏิบัติ ทุกคนมีโอกาสได้รับความเสี่ยง ในช่วงการระบาดระลอกแรก และระลอกสอง ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่สามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคได้ดี และจากรายงาน Global Health Security Index ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้จัดอันดับให้ไทยอยู่ในอันดับที่ ๖ ของประเทศที่มีความมั่นคงด้านสาธารณสุขสูงสุด โดยมี ๓ องค์ประกอบย่อยที่ติด ๕ อันดับแรก คือ การป้องกันโรค การตอบสนองที่รวดเร็ว และระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็ง นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกและนานาชาติชื่นชมต่อการรับมือกับโรคโควิด-19 ได้ดี จากการมีระบบดูแลสุขภาพในระดับครอบครัวที่ดีจากการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่มีอยู่ร่วมล้านคนทั่วประเทศ ร่วมกับความครอบคลุม (Coverage) ของสวัสดิการรักษายาบาล ๓ ระบบหลัก ได้แก่ สิทธิข้าราชการ ประกันสังคม และบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ครอบคลุมประชากรถึงเกือบร้อยละ ๑๐๐^๒ อย่างไรก็ตาม ในช่วงวิกฤตทางสุขภาพที่เกิดขึ้น ก็ได้สะท้อนให้เห็นถึงประเด็นสำคัญที่เป็นข้อท้าทายสำคัญของระบบสาธารณสุขไทย โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม และการป้องกันโรคในระดับประชากรและปัจเจกบุคคล^๓

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization – WHO) (๒๐๐๔) ได้เสนอแนวคิด “การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน” ว่าเป็นการให้บริการดูแลประชาชนเบื้องต้นแบบปฐมภูมิ เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในมิติต่างๆ ๔ ด้าน ได้แก่ ๑) ด้านภูมิศาสตร์(Geographical) คือ ระยะทาง เวลาการเดินทาง ไม่เป็นอุปสรรคในการใช้บริการสุขภาพ ๒) ด้านการเงิน (Financial) คือ ความสามารถในการชำระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ๓) ด้านวัฒนธรรม (Cultural) คือ การใช้เทคนิคและวิธีการจัดการบริการสุขภาพตามรูปแบบวัฒนธรรมของชุมชน ๔) ด้านหน้าที่ (Functional) คือ การให้บริการสุขภาพตามพื้นฐานอันพึงได้อย่างพอเพียงและต่อเนื่อง จากยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพไทย ในยุทธศาสตร์ที่ ๒ การสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ **ซึ่งเห็นได้ชัดว่าในช่วงภาวะวิกฤตทางสุขภาพสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างความไม่เป็นธรรมทั้งในมิติความเป็นธรรมในแนวราบ (Horizontal equity) คือ ไม่ได้รับการดูแลที่เท่าเทียมกันระหว่างบุคคลที่มีความต้องการทางสุขภาพเหมือนกัน และความเป็นธรรมในแนวตั้ง คือ การได้รับการดูแลตามความจำเป็นในการรักษา^๔**

ดังนั้น **ประเด็นท้าทายที่สำคัญ คือ ความเป็นธรรมทางสุขภาพและความมั่นคงทางสุขภาพในช่วงวิกฤต** ตัวอย่างเช่น การเลือกปฏิบัติของชนชั้นทางสังคม คนไข้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทางเลือกในการเข้ารับการรักษา การสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพให้กับประชาชน และความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนในการป้องกันตนเองซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสิทธิทางสุขภาพและความมั่นคงทางสุขภาพของประชากรทั้งในระดับปัจเจกบุคคล และระดับประชากร อันจะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของระบบสุขภาพโดยรวมของประเทศโดยเฉพาะในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งถือเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ปกติธรรมดาที่เกิดขึ้นไปทั่วโลก สร้างความตื่นตระหนก ความกดดัน และความสับสนให้เกิดขึ้นในสังคม ชุมชน จำเป็นต้องทำให้ภาวะที่เกิดขึ้นหมดสิ้นไปในเวลาอันรวดเร็วที่สุด **การตัดสินใจทางนโยบายในการรับมือกับวิกฤตสุขภาพในครั้งนี้ จึงอาจมีใช้การมุ่งเน้นเพียงการรักษาทางการแพทย์ และใช้ระบบสั่งการ หรือ กลไก โครงสร้างที่มีอยู่ในระบบราชการเท่านั้น หากจำเป็นต้องอาศัยแ่งคิดหรือมุมมองใหม่ๆ ที่อาจต้องให้ความสำคัญมากขึ้นกับมิติทางสังคม ชุมชน วัฒนธรรมประเพณี วิถีชีวิตของประชาชน สิ่งแวดล้อม ความอ่อนไหวและอารมณ์ ตลอดจนความหลากหลายที่ส่งผลกระทบไปในทุกด้านทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และความเหลื่อมล้ำ รวมทั้งการบูรณาการความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ จะเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดทิศทางหรือแนวทางที่สังคมโดยรวมเห็นร่วมกัน เพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญกับวิกฤตทางสังคมจนอาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสุขภาพะของสังคมในวงกว้าง** ปรากฏการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ครั้งนี้จึงถือเป็นบทพิสูจน์ความสามารถในการจัดการปัญหาของรัฐบาลแต่ละประเทศอย่างแท้จริง

๓. สถานการณ์ปัจจุบัน

๓.๑ สิทธิสุขภาพและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage-UHC)

สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่เกี่ยวข้องถึงสิทธิมนุษยชนที่พึงได้รับ (The right in respect of health) ทั้งในด้านบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และการเข้าถึงการมีสุขภาพ (The right to health) การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนจึงเป็นนโยบายของภาครัฐที่สำคัญ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างครอบคลุม ทั้งถึง และเท่าเทียม เพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ ไม่ล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาล ซึ่งเป็นเป้าหมายที่นานาประเทศหวังจะไปให้ถึง จนสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติได้ผลักดันความคิดที่จะทำให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นในทุกประเทศทั่วโลกและมีการประกาศให้ทุกวันที่ ๑๒ ในเดือนธันวาคม เป็นวันหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสากลอย่างเป็นทางการ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อให้ทุกคนร่วมระลึกถึงเป้าหมายใหญ่ร่วมกันของประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติ คือ การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ทุกคนเข้าถึงการรักษาที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ โดยมีความมั่นคงทางการเงิน ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๓

๓.๒ ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย^{๕,๕,๖,๗,๘}

ระบบประกันสุขภาพหลักในประเทศไทยได้มีการดำเนินการแบบค่อยเป็นค่อยไปใช้ช่วงเกือบ ๕ ทศวรรษที่ผ่านมา โดยมีการจัดระบบประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ แยกเป็น ๓ กลุ่มหลัก ได้แก่

(๑) กลุ่มข้าราชการ เจ้าหน้าที่ พนักงาน และลูกจ้างประจำภาครัฐ (public formal sector) โดยรวมถึงพนักงานในหน่วยงานต่างๆ ของรัฐ (เช่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ เจ้าหน้าที่องค์กรของรัฐ ข้าราชการส่วนท้องถิ่น) และบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้รับการคุ้มครองโดยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งมีวิวัฒนาการมาตั้งแต่ปี ๒๕๐๖ หรือสวัสดิการของหน่วยงานนั้นๆ ปัจจุบันสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการครอบคลุมผู้มีสิทธิประมาณ ๕ ล้านคน มีแหล่งเงินมาจากการตั้งงบประมาณเป็นรายจ่ายประจำปีจากงบกลาง โดยมีกรมบัญชีกลางเป็นผู้กำกับดูแลการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

(๒) กลุ่มลูกจ้างเอกชน (private formal sector) ในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ ๑ คนขึ้นไป ซึ่งได้รับการคุ้มครองภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ และพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. ๒๕๓๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจะอยู่ในรูปของบริการทางการแพทย์และเงินทดแทนการขาดรายได้ ในกรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายทั้งที่เนื่องและไม่เนื่องจากการทำงาน กรณีคลอดบุตร ทูพพลภาพ เสียชีวิต รวมไปถึงกรณีสงเคราะห์บุตร ชราภาพและว่างงาน โดยการเกิดสิทธิและสิทธิประโยชน์ดังกล่าวจะเป็นไปตามเงื่อนไขการส่งเงินสมทบและหลักเกณฑ์ที่กำหนดส่วนผู้ประกอบการอาชีพอิสระสามารถเข้าสู่ระบบประกันสังคมได้โดยสมัครใจตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ประกาศกำหนดเช่นกัน ปัจจุบันลูกจ้างผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน มีจำนวนรวมทั้งสิ้น ๑๖,๓๒๑,๖๓๑ ล้านคน จำแนกเป็นลูกจ้างผู้ประกันตนที่เป็นคนไทย ๑๓,๑๙๙,๑๙๗ ล้านคน และเป็นลูกจ้างผู้ประกันตนที่เป็นแรงงานข้ามชาติ ๓,๑๒๒,๔๓๔ ล้านคน

(๓) กลุ่มประชาชนที่อยู่ในภาคการจ้างงานแบบไม่เป็นทางการ (informal sector) เช่น เกษตรกร ผู้ใช้แรงงานรับจ้าง ค่าขายส่วนตัว ที่เหลือทั้งหมดที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคมหรือระบบประกันสุขภาพใดๆ ของภาครัฐ จะได้รับการคุ้มครองจากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ โดยงบประมาณที่นำมาใช้ในการดำเนินการมาจากภาษีทั่วไปของรัฐ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ในการซื้อบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนในระบบ ปัจจุบันมีประชากรในความคุ้มครองทั้งสิ้นจำนวน ๔๘.๒๖๔ ล้านคน

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมคนไทยทั้งประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๕ เป็นต้นมา แต่พบว่าไม่ครอบคลุมกลุ่มบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิที่เป็นชนกลุ่มน้อยและกลุ่มชาติพันธุ์ที่กำลังรอพิสูจน์สัญชาติและสถานะบุคคลซึ่งมีจำนวนกว่า ๖.๘ แสนคน เนื่องจากคณะกรรมการกฤษฎีกา ตีความว่าผู้มีปัญหาสถานะบุคคลเหล่านี้ไม่ใช่ “คนสัญชาติไทย” ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๕ สำนักงาน

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำให้บุคคลเหล่านี้ไม่ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข เข้าไม่ถึงระบบหลักประกันสุขภาพตามที่ได้รับ ทั้งที่ก่อนปี พ.ศ. ๒๕๔๓ บุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ เคยได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ดังนั้นในวันที่ ๒๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ คณะรัฐมนตรีจึงได้มีมติอนุมัติเรื่อง การให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิจำนวน ๕๕๗,๔๐๙ คน โดยอนุมัติงบประมาณรายหัวเฉลี่ย ๒,๐๖๗.๔๐ บาทต่อปี โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบตามมติคณะรัฐมนตรี ซึ่งได้มอบหมายให้กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพกองทุนผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ เพื่อการจัดบริการขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ รวมถึงบุตรที่กระทรวงมหาดไทยได้ขึ้นทะเบียนมีเลขประจำตัว ๑๓ หลัก ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

สำหรับกลุ่มคนข้ามชาติและแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้หลักการตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๕๖ ที่มอบให้กระทรวงดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขให้แก่คนต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม รวมถึงมีหน้าที่ในการตรวจสุขภาพตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๑ มาใช้เป็นกรอบนโยบายในการดำเนินการในเรื่องการดำเนินการด้านสุขภาพของกลุ่มประชากรข้ามชาติมาจนถึงปัจจุบัน โดยระบบหลักประกันสุขภาพนี้ จะแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ (๑) ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว เป็นหลักประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้คนข้ามชาติที่ไม่อยู่ในระบบประกันสังคมและผู้ติดตาม ต้องซื้อประกันสุขภาพระหว่างที่ทำงานอยู่ในประเทศไทย (๒) ประกันสุขภาพคนต่างด้าว เป็นหลักประกันทางสุขภาพที่รัฐจัดให้คนข้ามชาติ ที่ไม่ใช่แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามสามารถซื้อประกันได้ในระหว่างที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยสิทธิการรักษามีรูปแบบเช่นเดียวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคนไทย มีเงื่อนไขและรายละเอียดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการตรวจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพของคนต่างด้าว (ข้อมูลประกาศ ณ วันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๒) ที่แต่ละโรงพยาบาลใช้เป็นเกณฑ์ในการจัดบริการและขายบัตรประกันสุขภาพ

๓.๒ สถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชาชนไทยทุกคน แต่อย่างไรก็ตาม ความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะกลุ่มประชากรเฉพาะ ตัวอย่างเช่น ประชากรในชุมชนแออัดเขตเมืองที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพต่างๆ ได้ เนื่องจากปัญหาค่าใช้จ่าย การเดินทาง และบริบทของชุมชนแออัด กอปรกับข้อจำกัดของรัฐในเรื่องจำนวนเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขไม่เพียงพอ ร่วมกับประชาชนขาดความเชื่อมั่นต่อหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^{๑๑} เป็นต้น จากการศึกษาภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของริมคลองสามเสน เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร พบว่า ประชาชนในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ และเข้าถึงสิทธิการรักษาได้ง่ายและสะดวก แต่มองว่าการเข้ารับบริการสุขภาพเป็นการะเนื่องจากจำเป็นต้องกลางาน และขาดรายได้ เป็นต้น^{๑๒} เมื่อพิจารณาการเข้ารับบริการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ในช่วงไตรมาสแรกของปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ของผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป พบว่า มากกว่าร้อยละ ๒๕ ยังเข้าไม่ถึงบริการและการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน^{๑๓}

สถานการณ์ความแตกต่างในประเด็นการเข้าใช้บริการด้านสุขภาพในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๘ ในมิติด้านเพศ กลุ่มอายุ และพื้นที่ ซึ่งใช้ทั้งข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติและข้อมูลการใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาลกรณีผู้ป่วยในจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ มีความเปราะบางต่อการเจ็บป่วยสูงกว่าผู้ชายในวัยเดียวกัน และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่มีอัตราการเจ็บป่วยสูงที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มเด็กที่มีอายุต่ำกว่า ๕ ขวบ นอกจากนี้ ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๔ สัดส่วนการใช้บริการสุขภาพกรณีผู้ป่วยนอกต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับปีอื่นๆ อาจเนื่องมาจากเกิดอุทกภัยครั้งใหญ่ในช่วงปีดังกล่าว จึงทำให้คนที่มีปัญหาสุขภาพไม่สามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้เมื่อต้องการ ถึงแม้ว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทยดีขึ้นเรื่อยๆ แต่กลุ่มเด็ก สตรี และผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ความเปราะบางต่อการเจ็บป่วยสูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นๆ การคมนาคม สภาพแวดล้อม และภัยพิบัติทางธรรมชาติถือว่าเป็นอุปสรรคสำคัญของการเข้าถึงบริการสุขภาพ เห็นได้จากในช่วงที่ประเทศไทย

โดยเฉพาะกรุงเทพฯ และภาคกลางประสบกับภัยน้ำท่วม สัดส่วนผู้เจ็บป่วยที่ใช้บริการสุขภาพลดลงอย่างเห็นได้ชัด^{๑๔} ส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ จากการศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนปี พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยศึกษาฐานข้อมูลระบบรายงานการเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า มีคนพิการเข้ารับบริการสุขภาพเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพเพียงร้อยละ ๕.๘ ของคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น และจำนวนเข้ารับบริการสุขภาพในด้านการรักษาพยาบาล พบเพียง ๑ ใน ๓ ของคนพิการที่ขึ้นทะเบียนไว้ที่โรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า คนพิการเป็นกลุ่มประชากรจำเพาะที่มีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นแม้จะอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่มีภาวะวิกฤต^{๑๕}

สำหรับผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ (๑) กลุ่มข้าราชการ เจ้าหน้าที่ พนักงาน และลูกจ้างประจำภาครัฐ จะได้รับการคุ้มครองตามสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ แต่ยังพบปัญหาและอุปสรรคในเชิงของโครงสร้างของกฎหมายที่มีผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ (๒) กลุ่มลูกจ้างเอกชน มักจะหลีกเลี่ยงการใช้บริการด้านสุขภาพจากระบบประกันสังคม หรือในระบบประกันที่บริษัททำให้ เพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญกับอคติจากบริษัทหรือองค์กร หรือจากเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการด้านสุขภาพ และความกังวลในการถูกละเมิดความเป็นส่วนตัว ดังนั้นกลุ่มคนในกลุ่มนี้หลายคน โดยเฉพาะคนข้ามเพศ จึงเลือกใช้บริการจากคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนที่ทำให้รู้สึกสบายใจและมีความเป็นส่วนตัว อย่างไรก็ตาม คนข้ามเพศมักมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมากกว่า เนื่องจากเพศภาวะตามกฎหมายไม่ตรงกับลักษณะทางกายภาพที่แสดงออก ตลอดจนการมีอคติ การไม่คำนึงถึงอัตลักษณ์ข้ามเพศของผู้ป่วย ระบบบริการที่ล่าช้าจุกจิก รวมถึงระเบียบที่ขาดความยืดหยุ่นของโรงพยาบาล^{๑๖} และ (๓) กลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศในภาคการจ้างงานแบบไม่เป็นทางการที่มีสัญชาติไทย จะได้รับการคุ้มครองจากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ซึ่งไม่สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศ ระบบบริการไม่เอื้อต่ออัตลักษณ์ ทำให้ไม่มั่นใจว่าจะได้รับบริการที่มีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะ ส่งผลให้กลุ่มคนเหล่านี้รู้สึกไม่จำเป็นที่จะเข้ารับบริการ และเลือกที่จะไปสถานบริการเอกชนหรือสถานบริการที่ผิดกฎหมาย ในขณะที่อีกจำนวนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้เลยเนื่องจากค่าใช้จ่าย และขาดข้อมูลในชุดความรู้เรื่องสุขภาพเฉพาะของคนข้ามเพศ^{๑๗} ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพในระยะยาว

นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มพนักงานบริการที่การประกอบอาชีพถือเป็นสิ่งผิดกฎหมาย และไม่ได้รับการยอมรับทางสังคม ส่งผลให้เกิดการรังเกียจและเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มคนเหล่านี้ และเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและการรักษา โดยเฉพาะโรคที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ รวมถึงความยากลำบากในการเข้าถึงบริการที่มีมากขึ้นในพนักงานบริการที่เป็นแรงงานข้ามชาติ ดังนั้น เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยคนกลุ่มนี้จะไม่มีสิทธิเข้าถึงการรักษาใดๆ ได้เลย

ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เข้าสู่ระบบประกันสังคมพบว่า มีจำนวนค่อนข้างน้อย เมื่อเทียบกับกลุ่มประกันสุขภาพภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ต่อมาแม้จะมีแรงงานเข้าสู่ระบบพิสูจน์สัญชาติมากขึ้น แต่ก็พบว่านายจ้างจำนวนมากไม่แจ้งขึ้นทะเบียนลูกจ้างข้ามชาติต่อสำนักงานประกันสังคมเพื่อหลีกเลี่ยงการจ่ายสมทบ อีกทั้งแรงงานเองรู้สึกว่าต้องจ่ายเงินสมทบจำนวนมาก ทำให้เกิดปัญหาแรงงานข้ามชาติไม่มีประกันสุขภาพใดๆ ส่วนแรงงานข้ามชาติที่มีหลักประกันสุขภาพก็พบว่ายังมีปัญหอุปสรรคในการเข้าถึงสิทธิและบริการ อันเนื่องมาจากอุปสรรคทางภาษา การมีอคติทางชาติพันธุ์และเชื้อชาติของผู้ให้บริการ ปัญหาการเดินทางเข้ารับบริการไม่ได้เนื่องจากติดข้อจำกัดระเบียบการเดินทางกระทรวงมหาดไทยที่ควบคุมจำกัดพื้นที่การเดินทาง ฯลฯ โดยปัญหาที่พบเหล่านี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่คณะรัฐมนตรีได้มีมติการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขเมื่อวันที่ ๒๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ นอกจากนี้ ยังพบว่ายังมีกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิอีกจำนวนมากที่ยังเข้าไม่ถึงการมีหลักประกันสุขภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อกรเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาล การมีหลักประกันสุขภาพ และการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพอื่น ๆ รวมทั้งยังมีผลกระทบต่อเนื่องต่อการให้บริการของสถานพยาบาลในพื้นที่ ในขณะที่เดียวกันการบริหารจัดการในระดับนโยบายยังขาดโครงสร้างที่ชัดเจนในการบริหารจัดการและดำเนินการ เมื่อเทียบกับระบบประกันสังคมที่มีหน่วยงานที่มีอำนาจในทางกฎหมายมาดูแลอย่างชัดเจน^{๑๘}

๓.๓ สถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤต

นับจากที่มีการรายงานการพบผู้ป่วยปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุเป็นกลุ่มก้อนต่อองค์การอนามัยโลกในเดือนธันวาคมปลายปี ๒๕๖๒ และประเทศไทยเริ่มมีรายงานการพบผู้ป่วยรายแรกในวันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๓ รัฐบาลจึงได้เริ่มยกระดับให้ศูนย์ปฏิบัติการนายกรัฐมนตรี (PMOC) ติดตามและประเมินสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา นับแต่วันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๓ ในขณะที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโควิด-19 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระดับนานาชาติ โดยประเทศไทยได้เริ่มตอบโต้การแพร่ระบาดดังกล่าวมาตั้งแต่เดือนมกราคม ปี ๒๕๖๓ ซึ่งเพิ่มขึ้นในเดือนมีนาคมเมื่อมีการรายงานผู้ป่วยยืนยันสูงสุดของการระบาดในระลอกแรก ๑๘๘ ราย และเมื่อพบผู้ติดเชื้อรายสุดท้ายจึงเริ่มมีมาตรการผ่อนปรนลง จนกระทั่งมีรายงานพบผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน ๕๗๖ ราย เป็นกลุ่มก้อนที่ตลาดกลางกุ้ง จ.สมุทรสาคร ในเดือนธันวาคม ๒๕๖๓ และเกิดการระบาดระลอก ๓ อีกครั้งที่เริ่มมาจากสถานบันเทิงย่านทองหล่อในเดือนเมษายน ๒๕๖๔ ก่อให้เกิดการระบาดแพร่กระจายไปทั่วประเทศอย่างรวดเร็ว และยังคงมีสถานการณ์การแพร่ระบาดที่รุนแรงจนถึงปัจจุบันทำให้ประเทศไทยอยู่ในจุดวิกฤตสูงสุด

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดดังกล่าว ส่งผลให้การบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นต้องหยุดชะงักภายใต้นโยบายการป้องกันและควบคุมสถานการณ์แพร่ระบาดของภาครัฐ ทำให้ในหลายหน่วยบริการเริ่มมีการนำการแพทย์วิถีใหม่เข้ามาใช้ รวมทั้งปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รองรับการให้บริการทั้งผู้ป่วยที่เกิดจากภาวะวิกฤตการแพร่ระบาด และผู้ป่วยทั่วไปที่จำเป็นต้องได้รับการที่จำเป็นหรือต่อเนื่อง แต่กระนั้น ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนโดยรวมก็ยังคงมีข้อจำกัด ดังนี้

(๑) กลุ่มประชากรเฉพาะ

(๑.๑) ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง คนพิการ

ถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือถูกระงับการดูแล หากไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว กลุ่มนี้อาจดูเหมือนไม่มีความเสี่ยงเนื่องจากมีระบบบริการสุขภาพ รองรับอยู่แล้ว แต่หากขาดการจัดการที่ดี ประชากรกลุ่มนี้อาจได้รับการที่มีคุณภาพไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการทางด้านสุขภาพในระยะยาว^{๑๑} ซึ่งได้แก่ ผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง และคนพิการ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า ร้อยละ ๘๐ ของครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดและมาตรการควบคุมของรัฐ โดยเฉพาะในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ การเดินทางเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่ยากขึ้น^{๑๒} นอกจากนี้ยังพบว่า มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น จากการเปลี่ยนรูปแบบการเดินทางไปรับบริการทางการแพทย์ (จากรถโดยสารสาธารณะ เป็นรถรับจ้างที่มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นกว่าเดิม) และจากการสำรวจผลกระทบของการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ต่อประชากรสูงอายุในประเทศไทย ซึ่งดำเนินการในเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๓) พบว่าร้อยละ ๘๑ ของผู้สูงอายุที่ทำงานในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมาประสบปัญหาอุปสรรคในการทำงานอันเนื่องมาจากการแพร่ระบาด โดยในสัดส่วนดังกล่าว ร้อยละ ๓๖ สูญเสียอาชีพพื้นที่ค้าขาย หรือถูกปรับลดเงินเดือน โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองจะประสบปัญหามากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบทและผู้สูงอายุที่มีรายได้หลักจากการทำงานมีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ ๔๐ เหลือเพียงร้อยละ ๒๒ เท่านั้น^{๑๓} นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้หลักจากเบี้ยยังชีพมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๔๐ เป็นร้อยละ ๕๐ สะท้อนให้ว่าผู้สูงอายุที่เคยมีรายได้จากแหล่งอื่นทั้งที่มาจากสมาชิกในครอบครัวหรือรายได้ที่มาจากการทำงานลดลง และพบว่านี่สินทั้งในระบบและนอกระบบของครัวเรือนกลุ่มเปราะบาง (ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยเรื้อรัง) ทุกประเภทเพิ่มสูงขึ้น^{๑๐, ๒๐}

ด้านปัญหาสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุ ๑ ใน ๕ มีสุขภาพแย่ลงกว่าช่วงก่อนการระบาด และพบว่าร้อยละ ๒๕ ผู้สูงอายุรายงานว่ามีสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งอาการ โดยมีอาการวิตกกังวลมากที่สุด (ร้อยละ ๕๗.๒) โดยเฉพาะเรื่องผลกระทบทางการเงิน และสุขภาพที่แย่ลงเนื่องจากผิคนัดหมายกับแพทย์ รวมทั้งความกลัวว่าตนเองหรือสมาชิกในครอบครัวอาจจะติดเชื้อ ส่วนอาการที่เป็นรองลงมาคือ ไม่อยากอาหาร เหนง และไม่มีความสุข โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีแนวโน้มที่จะมีอาการเหงามากกว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะการอยู่อาศัยในรูปแบบอื่น^{๒๑}

สำหรับกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ในด้านของการไปรับบริการในช่วงวิกฤตพบว่ามีความลำบากมากขึ้นในการเข้าถึงบริการ เนื่องจากแพทย์เลื่อนนัด สถานพยาบาลบางแห่งเปิดรับเฉพาะคนไข้ฉุกเฉินหรือวิกฤต หรือผู้ดูแลกลายเป็นผู้ป่วย

โควิด หรือต้องกักตัวเนื่องจากอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งเป็นปัญหาเช่นเดียวกับที่พบในกลุ่มคนพิการ ที่หน่วยบริการไม่มีการจัดช่องทางพิเศษ หรือการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้ในช่วงสถานการณ์ไม่ปกติ และหลายคนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้เนื่องจากไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน

นอกจากนี้กลุ่มคนพิการ ในทางปฏิบัติจะมีการแยกคนพิการออกเป็นประเภท เช่น พิการทางสายตา พิการทางการได้ยิน พิการด้านสติปัญญา จะมีหน่วยงานรับผิดชอบโดยเฉพาะ และมีการจัดการที่แตกต่างกัน และในช่วงของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีคนพิการที่จำเป็นต้องได้รับการที่จำเป็นต่อเนื่อง ซึ่งจำแนกเป็น (๑) คนพิการที่สามารถเดินทางได้ และ (๒) คนพิการที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น กลับไม่มีมาตรการหรือแนวปฏิบัติใดๆ ที่จะเอื้อให้กลุ่มคนเหล่านี้เข้ารับบริการได้อย่างสะดวก

(๑.๒) คนไร้บ้าน

ในสถานการณ์วิกฤต พบว่าคนไร้บ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 เป็นกลุ่มที่ไม่มีสถานะที่จะเข้าถึงระบบประกันสุขภาพได้ ประชากรร้อยละ ๓๓ ยังไม่มีบัตรประชาชนหรือเคยมีแต่สูญหาย คนไร้บ้านร้อยละ ๑๘ พบว่าเมื่อไม่สบายจะไม่ได้รับการรักษา ปล่อยให้หายป่วยเอง ภายใต้สถานการณ์การระบาดนี้คนไร้บ้านส่วนมากจะเปลี่ยนหน้าากอนามัยอยู่ที่ ๒-๓ วันเปลี่ยนครั้ง^{๒๒} โดยหน้าากอนามัยส่วนใหญ่จะได้จากภาคประชาสังคม และหน่วยงานของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในบางพื้นที่เท่านั้น นอกจากนี้คนไร้บ้านยังเป็นกลุ่มที่เผชิญกับรายได้ที่ลดลงจากการขาดช่องทางในการหารายได้ คนไร้บ้านมากกว่าร้อยละ ๕๘ ไม่สามารถเข้าถึงมาตรการช่วยเหลือเยียวยาจากภาครัฐได้ มีเพียงร้อยละ ๑๗ เท่านั้นที่สามารถลงทะเบียนรับเงินเยียวยาจากโครงการเราไม่ทิ้งกันได้ จากการสำรวจเชิงคุณภาพการระบาดของโควิด-19 ผลกระทบต่อคนไร้บ้านในประเทศไทยภายใต้ความร่วมมือของคณะทำงานเครือข่ายคนไร้บ้านจาก ๔ ภูมิภาค ๕ พื้นที่ ได้แก่ เชียงใหม่ กรุงเทพฯ-รังสิต-นนทบุรี กาญจนบุรี ระยอง และขอนแก่นพบว่าคนไร้บ้านกว่าร้อยละ ๔๐ แทบไม่มีงานทำในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาด และคนไร้บ้านหน้าใหม่ (new homeless) มีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากเดิมที่มีอยู่ก่อนเกิดสถานการณ์โควิด

(๑.๓) คนในชุมชนแออัด^{๒๔, ๒๕}

ในช่วงของการแพร่ระบาดเชื้อโควิด-19 ระลอก ๓ ผู้ติดเชื้อรายแรกที่พบในแหล่งชุมชนแออัดในเขตคลองเตย เป็นพนักงานสถานบันเทิงย่านทองหล่อ หรือ “คลัสเตอร์ทองหล่อ” ที่พบผู้ติดเชื้อก่อนหน้านี้ โดยลักษณะการแพร่กระจายเชื้อมาจากการสังสรรค์กับเพื่อน และแพร่เชื้อให้คนในครอบครัว จนกระจายสู่ชุมชน เป็น “คลัสเตอร์คลองเตย” ซึ่งถือเป็นชุมชนขนาดใหญ่ใน กทม. ที่มีประชาชนอาศัยอยู่มากกว่า ๘๐,๐๐๐ คน มีทั้งหมด ๔๑ ชุมชน ลักษณะการปลูกที่อยู่อาศัยติดกัน และอาศัยอยู่รวมกันอย่างหนาแน่น บางชุมชนอยู่กัน ๑๐๐ กว่าครอบครัว บ้านหลังหนึ่งมีคนอาศัย ๑๐ กว่าคนในสภาพชุมชนที่มีทางเดินแออัด ลักษณะการถ่ายเทอากาศไม่สะดวก และจากการที่ผู้คนต้องออกไปทำงานข้างนอก แม้ไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงจากสถานบันเทิง แต่เป็นการทำมาหากินแบบหาเช้ากินค่ำ ใกล้แหล่งสถานบันเทิง และเมื่อกลับบ้านในชุมชนที่อยู่อาศัยค่อนข้างหนาแน่น จึงมีการติดเชื้อกระจายไปทั่ว นอกจากนี้ยังพบผู้ติดเชื้อโควิดที่กระจายอยู่ในชุมชนแออัดหลายพื้นที่ จากจำนวนชุมชนแออัด ๖๘๐ จุดทั่วกรุงเทพมหานคร โดยพบมากในเขตห้วยขวาง ดินแดง บางเขน วัฒนา จตุจักร และคลัสเตอร์ใหม่ในชุมชนเคหะปอนไก่อ และชุมชนพัฒนาปอนไก่อ กระทั่งล่าสุดพบการติดเชื้อโควิดในชุมชนแขวงสี่แยกมหานาค เขตดุสิต มากถึง ๘๐ ราย ชุมชนแออัดจึงกลายเป็นแหล่งที่มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวนมากจนภาครัฐต้องระดมแก้ปัญหา เพื่อสกัดการลุกลามกระจายวงกว้างให้ได้โดยเร็ว นอกจากนี้จากการศึกษาเศรษฐศาสตร์พฤติกรรมว่าด้วยเส้นทางชีวิตและกิจกรรมร่วมของครัวเรือนไทยภายใต้สถานการณ์ COVID-19 พบว่าประชากรกลุ่มที่มีรายได้น้อยต้องยอมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคจากการไม่ปฏิบัติตามมาตรการในสัดส่วนที่มากขึ้น เนื่องจากมีความจำเป็นต้องแสวงหารายได้^{๒๖}

ทั้งนี้จากการให้ข้อมูลโดยผู้ประสานงานมูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย พบว่าคนในชุมชนแออัดไม่ได้รับการเหลียวแลจากภาครัฐตั้งแต่การระบาดระลอกแรก หลายครัวเรือนขาดรายได้ ไม่มีเงินเก็บ จากเดิมที่เคยออกไปรับจ้างรายวันได้ จากบริบทดังกล่าวทำให้คนในชุมชนต้องลุกขึ้นมาป้องกันตัวเองให้มากที่สุด โดยการสร้างระบบเครือข่ายในการหาพื้นที่กักตัว ๑๔ วันสำหรับผู้มีความเสี่ยง และเครือข่ายสลัม ๔ ภาค ได้มีการหารือในการป้องกันโควิดในชุมชน เริ่มจากการอบรมแกนนำ

ชุมชนในการป้องกันและรับมือ โดยประสานหลายหน่วยงานในการอบรมแกนนำชุมชนให้มีความรู้เบื้องต้น หากมีคนติดเชื้อเพิ่ม หรือมีกลุ่มเสี่ยงต้องจัดหาพื้นที่กักตัวในแต่ละชุมชน และยังให้สมาชิกในเครือข่ายไปสำรวจข้อมูลผู้อยู่อาศัยในชุมชน แออัดทั่วกรุงเทพฯ รวมถึงข้อมูลผู้สูงอายุและเด็ก เนื่องจากยังมีชุมชนเล็กๆ ที่ยังไม่ถูกสำรวจประมาณ ๖๐ กว่าชุมชน

(๑.๔) ผู้ต้องขัง^{๒๗, ๒๘}

จากข้อมูลกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้รับรายงานช่วงระหว่างวันที่ ๑-๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๔ พบว่ามีการติดเชื้อจำนวนมากในเรือนจำ/ทัณฑสถานจำนวน ๘ แห่งจากทั้งหมด ๑๔๒ แห่งทั่วประเทศ โดยมีผู้ติดเชื้อสูงถึง ๑๐,๗๘๔ คน และเป็นการติดเชื้อครึ่งหนึ่งของจำนวนที่ตรวจหาเชื้อ ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) และคณะกรรมการกาชาดระหว่างประเทศ (ICRC) ได้ประเมินสถานการณ์ไว้ล่วงหน้าว่า สถานคุมขัง เรือนจำ/ทัณฑสถานทั่วโลก มีความเสี่ยงที่จะติดโควิด-19 จะระบาดอย่างหนัก และอาจรุนแรงกว่าที่อื่น โดยมีปัจจัยจากความแออัดของจำนวนผู้ต้องขัง ทั้งที่รับเข้าใหม่ การปล่อยตัว การส่งต่อ รวมถึงข้อจำกัดการเข้าถึงการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขัง ซึ่งหากมีผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อจำนวนมาก หน่วยบริการสุขภาพและจำนวนเตียงสนามที่มีอยู่ทั้งหมดอาจไม่เพียงพอรองรับสถานการณ์นี้ได้ ผลจากดำเนินการค้นหาผู้ติดเชื้อเชิงรุกปัจจุบันยังคงมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องทั้งในเรือนจำและทัณฑสถานที่พบผู้ติดเชื้อ และการสุ่มตรวจในเรือนจำที่ยังไม่มีผู้ติดเชื้อ ซึ่งขณะนี่ยังไม่สามารถแยกผู้ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อออกจากกันได้อย่างชัดเจน จากข้อมูล ณ วันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๔ จำนวนผู้ติดเชื้อในเรือนจำและทัณฑสถานก็ยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมียอดผู้ติดเชื้อที่อยู่ระหว่างรักษาสะสม ๑๕,๗๗๓ คน จากผู้ต้องขังทั้งหมด ๓๑๑,๕๙๑ คน เรือนจำและทัณฑสถาน ๑๓ แห่ง และมีเจ้าหน้าที่อยู่ระหว่างการรักษาอีก ๗๔ ราย^{๒๙}

จากการศึกษาของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม (๒๕๖๔) พบว่า ณ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๔ ประเทศไทยมีจำนวนผู้ต้องขังที่อยู่ในเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศรวมทั้งสิ้น ๓๓๘,๘๐๖ คน โดยระหว่างปี ๒๕๕๓-๒๕๕๖๔ ช่วงระยะเวลา ๑๑ ปีที่ผ่านมา จำนวนผู้ต้องขังได้เพิ่มจำนวนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเฉลี่ยปีละ ๑๖,๐๐๐ คน ส่งผลให้เกิดสถานการณ์ผู้ต้องขังล้นคุก เมื่อพิจารณาตามความจุมาตรฐานที่กำหนดว่า ผู้ต้องขัง ๑ คนต่อ ๒.๒๕ ตารางเมตรแล้ว จำนวนเรือนจำและทัณฑสถานในประเทศไทย ๑๔๓ แห่งสามารถรองรับผู้ต้องขังได้เพียง ๑๑๐,๖๖๗ คนเท่านั้น ซึ่งเท่ากับเกินความจุมาตรฐานมากกว่า พบว่า ความจุที่ล้นเกินของผู้ต้องขังต้องเบียดเสียดในเรือนนอนที่คับแคบเป็นเวลายาวนาน บางแห่งผู้ต้องขังไม่สามารถนอนเหยียดยาวได้อย่างอิสระ ทำได้เพียงนอนตะแคง นอนสลับพื้นปลา หรือนอนไขว้เสียบขาชนกันเท่านั้น เนื่องจากพื้นที่เรือนนอนไม่พอ นอกจากนี้ในด้านสุขภาพอนามัย ยังพบการปนเปื้อนของเชื้อโรคในอาหารและน้ำดื่มที่ส่งผลต่อการเกิดโรคติดต่อทางเดินอาหาร และจากสภาพความเป็นอยู่ที่แออัดและการนอนที่เบียดเสียดกันมากทำให้โรคติดเชื้อทางเดินหายใจเป็นปัญหาสุขภาพลำดับต้นของผู้ต้องขัง

ผู้ต้องขังที่เจ็บป่วย จะได้รับบริการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลในเรือนจำและทัณฑสถาน ซึ่งสถานพยาบาลจะมีพื้นที่จัดสรรเป็นห้องพักให้ผู้ต้องขังที่ป่วยนอกพักค้างคืนเป็นผู้ป่วยในได้ด้วย แต่โดยรวมแล้วจะเป็นการให้บริการเท่าที่จำเป็นเท่านั้น แม้การดูแลจะเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ผู้ต้องขังพึงได้รับขณะต้องโทษก็ตาม ในกรณีที่ผู้ต้องขังป่วยมีความจำเป็นต้องส่งตัวออกไปรักษานอกเรือนจำ จะต้องมีผู้ควบคุมติดตามอย่างน้อย ๒ คน และหากเป็นการใช้บริการผู้ป่วยในที่ต้องมีการพักค้าง จะต้องมีเจ้าหน้าที่เฝ้าดูแลค้างคืน ๒ คนเช่นกัน ด้วยระเบียบเช่นนี้ทำให้นำผู้ต้องขังป่วยออกนอกเรือนจำไปรักษาตัวข้างนอกจึงไม่เกิดขึ้นได้ง่ายนัก ทั้งนี้ เนื่องด้วยลักษณะจำเพาะของเรือนจำและทัณฑสถานทำให้มีความเป็นไปได้สูงของการระบาดเป็นกลุ่มก้อน ซึ่งในประชาชนทั่วไปประชากรแพร่เชื้อจากผู้ป่วย ๑ คนสามารถแพร่เชื้อสู่ผู้ป่วยรายต่อไปได้ ๑.๕-๒.๕ คน แต่ในการระบาดในสถานที่คุมขังตัวเลขอาจเพิ่มเป็น ๑๐-๑๐๐ คนได้ และการระบาดจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่อทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด^{๓๐} และเมื่อพิจารณาความเสี่ยงของการติดเชื้อจะพบว่าผู้ต้องขังมีโอกาสเผชิญกับ (๑) กลุ่มเสี่ยง ที่อาจหมายถึงเจ้าหน้าที่ ผู้มาติดต่อ หรือผู้ต้องขังที่รับเข้ามาใหม่ซึ่งแม้จะผ่านกระบวนการคัดกรองแล้วก็ตาม แต่เนื่องจากระยะเวลาการกักตัวของเชื้อจะใช้ระยะเวลานาน ผู้ต้องขังที่อยู่เดิมจึงมีโอกาสที่จะสัมผัสกับกลุ่มคนเสี่ยง (๒) สถานที่เสี่ยง เนื่องจากสภาวะนักโทษล้นเรือนจำ สภาพแวดล้อมที่แออัดจึงนำไปสู่กิจกรรมเสี่ยง ภายใต้อาคารที่ปิดและใช้ทรัพยากรร่วมกัน ดังนั้นมาตรการเว้นระยะห่าง การหลีกเลี่ยงการสัมผัส ซึ่งเป็นวิธีการป้องกันพื้นฐาน จึงไม่อาจนำมาใช้กับเรือนจำได้อย่างตรงไปตรงมา ดังนั้นกลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำจึงเป็นกลุ่มคนน่าเป็นห่วงในด้านสวัสดิภาพ^{๓๑}

ทั้งนี้ จากการจัดทำฐานทะเบียนผู้ต้องขังระหว่าง ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๓ พบว่า มีผู้ต้องขังที่สามารถใช้สิทธิในการเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิในระบบอื่น ในปี ๒๕๖๓ มีจำนวน ๓๒๕,๗๑๑ คน (ร้อยละ ๙๔.๕ ของจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด) ส่วนผู้ต้องขังที่ตกหล่น ไม่สามารถใช้สิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพใดๆ ได้เนื่องจากมีปัญหาสถานะและบุคคลและต่างด้าวมีจำนวน ๑๙,๕๐๖ คน^{๓๒}

(๑.๕) ผู้ใช้สารเสพติด

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) คาดประมาณว่ามีผู้เสพยาเสพติดในประเทศไทยประมาณ ๒ ล้านคน ในจำนวนนี้มีประมาณร้อยละ ๑๐ เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือติดยาเสพติดที่จะต้องได้รับการบำบัดฟื้นฟู นอกนั้นเป็นการใช้แบบครั้งคราว และคาดว่าผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดเข้าเส้นประมาณ ๔๐,๐๐๐ คน ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดร้อยละ ๙๐ จะเป็นไวรัสตับอักเสบนชนิดซี ร้อยละ ๓๒ จะติดเชื้อเอชไอวี เกิดจากการใช้เข็มร่วมกัน แต่ในปัจจุบันยังไม่มีสถานพยาบาลของรัฐให้บริการเข็มและอุปกรณ์สะอาดแก่กลุ่มเหล่านี้ มีเพียงองค์กรภาคประชาสังคมที่ให้บริการ ทั้งที่ในมาตรฐานสากลของการดูแลรักษาบำบัดฟื้นฟูกลุ่มคนเหล่านี้ต้องมีการจัดบริการที่รอบด้าน (Comprehensive package) เพื่อลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Harm Reduction) ประกอบกับพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ มาตรา ๙๑ และ ๙๒ บัญญัติให้ผู้เสพยาเสพติดมีโทษทางอาญา เมื่อถูกจับกุมกลุ่มคนเหล่านี้จะมีประวัติเป็นอาชญากร เป็นข้อจำกัดในการประกอบอาชีพเมื่อพ้นโทษออกมา กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดเหล่านี้จะเผชิญกับอคติทางสังคม ถูกสังคมรังเกียจว่าเป็นคนไม่ดีที่ไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ทำให้ครอบครัวได้รับความอับอาย บางคนเรียกว่าเป็นขยะสังคม คนจะรู้สึกกลัว กังวลที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคนเหล่านี้ กลัวจะมาขโมยของ กลัวเกิดอาการหลอนแล้วทำร้ายร่างกาย เมื่อไปรับบริการสุขภาพจะถูกผู้ให้บริการตำหนิว่าทำไมไม่รู้จักเลิก ทำให้ไม่อยากไปรับบริการอีก เมื่อติดเชื้อเอชไอวี หรือไวรัสตับอักเสบ จะถูกตั้งเงื่อนไขให้ไปเลิกยาเสพติดก่อนจึงจะให้การรักษา ด้วยกังวลว่าจะไม่มีวินัยในการกินยาต่อเนื่อง ซึ่งในข้อเท็จจริงทางวิชาการ การติดยาเสพติดหรือเรียกว่าโรคสมองติดยาเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด หลายคนจึงเสียชีวิตเนื่องจากไม่ได้รับการรักษา

ปัญหาของการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาวะวิกฤตของคนกลุ่มนี้ พบว่าจากการออกแนวปฏิบัติของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อเป็นการสกัดกั้นและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค รวมทั้งลดความเสี่ยงของผู้ป่วยและญาติที่อาจได้รับเชื้อในระหว่างการเดินทางมารับการรักษาและรับยาที่โรงพยาบาล จึงให้สถานพยาบาลของรัฐจัดส่งยาเสพติดให้โทษ/วัตถุออกฤทธิ์ทางเภรีษณีย์ ในระหว่างสถานการณ์โรคระบาด ยกเว้นกลุ่มยาเสพติดให้โทษประเภท ๒ เมทาโดนให้ดำเนินการตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งในปัจจุบันผู้ใช้สารเสพติดที่อยู่ระหว่างบำบัดด้วยสารทดแทนระยะยาวเมทาโดน (Methadone Maintenance Treatment: MMT) ในสถานบริการหลายแห่งยังไม่สามารถนำยาออกไปรับประทานนอกสถานพยาบาลได้ ต้องเดินทางมารับประทานยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ทุกวัน ทั้งนี้ จากรายงานผลการสำรวจสถานพยาบาลที่ให้บริการสารทดแทนเมทาโดนแก่ผู้ใช้สารเสพติด ๗๓ แห่ง ผู้รับบริการ ๓,๕๖๕ คน ในพื้นที่ ๑๙ จังหวัด โดยเครือข่ายผู้ใช้ยาประเทศไทย (Thai Drug user Network -TDN) ร่วมกับมูลนิธิไอโซน และมูลนิธิรักษ์ไทย พบว่าผู้ใช้สารเสพติดจำนวน ๑,๖๙๖ คน หรือร้อยละ ๔๘ ยังต้องเดินทางไปกินสารทดแทนเมทาโดนต่อหน้าเจ้าหน้าที่ทุกวันในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโควิด-19 ระลอกแรก

นอกจากความเสี่ยงที่กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดจะพบในระหว่างเดินทางมารับประทานยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ทุกวันแล้วยังพบว่าสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบควบคุมตัวตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๔๕ (ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) ก็เป็นอีกสถานที่หนึ่งที่มีความเสี่ยงสูงจากโอกาสรับเชื้อในระหว่างการควบคุมตัวในระยะเวลาตรวจพิสูจน์^{๓๓}

(๑.๖) ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ^{๓๔,๓๕,๓๖}

ความเป็นธรรมทางเพศสภาพ บนหลักการสิทธิมนุษยชนและสิทธิทางเพศ ถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่พึงได้รับการรับรองตามกฎหมายเพื่อขจัดอคติ การกีดกันและการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากความแตกต่างทางเพศและเพศสภาพ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงโอกาสและสิทธิต่างๆ ของบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ ซึ่งในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศเกือบครึ่ง (ร้อยละ ๔๔.๗๒) ต้องสูญเสียรายได้/ถูกลด

เงินเดือน จากการปิดสถานประกอบการ ส่วนในด้านสุขภาพพบว่าเกือบร้อยละ ๕๐ มีปัญหาในการเข้าถึงหน้ากากอนามัยแบบธรรมดา ส่วนกลุ่มคนที่ต้องได้รับยาต้านไวรัส HIV หรือคนที่ต้องได้รับฮอร์โมนอย่างสม่ำเสมอ จะมีความยากลำบากในการเดินทาง (ร้อยละ ๕๔.๐๔) และเกิดความไม่สะดวกในการไปรับบริการที่สถานพยาบาลในช่วงโควิดซึ่งเป็นพื้นที่สูงเสี่ยง และมีเพียงร้อยละ ๒๐ ที่สามารถเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองการติดเชื้อโควิด นอกจากนี้ ยังเป็นกลุ่มคนหลากหลายทางเพศที่มีมิติของความเปราะบาง ขาดความแข็งแกร่งต่อการรับมือกับความเหลื่อมล้ำทั้งในสิทธิสวัสดิการ โอกาสทางการศึกษา และการเข้าถึงระบบข้อมูล เมื่อรวมกับอัตลักษณ์ของแต่ละบุคคลที่มีความหลากหลายและมีความเชื่อมโยงกันทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ การศึกษา สภาพร่างกาย ศาสนา ความเชื่อทางการเมือง ฯลฯ จึงยิ่งส่งผลต่อการเข้าถึงอำนาจทางสังคม หรือการถูกกดขี่ (Intersectionality) ซึ่งง่ายต่อการถูกผลักออกจากระบบที่ไม่ได้ออกแบบมาเพื่อรองรับความหลากหลาย

(๑.๗) พนักงานบริการ (Sex Workers)

พนักงานบริการเป็นกลุ่มบุคคลที่ประกอบอาชีพบนความเสี่ยงของการเจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากความสัมพันธ์ทางเพศ เป็นภาวะการณ์เจ็บป่วยที่แฝงไปด้วยการรังเกียจและตีตราของคนในสังคม ทำให้เป็นกำแพงกั้นในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนกลุ่มนี้ เมื่อเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 คนกลุ่มนี้จึงได้รับผลกระทบอย่างหนักและยาวนานกว่า ๑ ปีเศษ ไม่มีงานทำและไม่มียาใช้ได้เพียงพอที่จะใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ไม่มีเงินที่จะใช้เพื่อการรักษาพยาบาลเมื่อพบว่าตนเองหรือคนในครอบครัวเจ็บป่วย พนักงานบริการจำนวนหนึ่งต้องขาดการรักษาการเข้าถึงยาต้านเอชไอวี เนื่องจากไม่มีเงินสำหรับเดินทางไปรับยาในสถานพยาบาล ทำให้เกิดภาวะโรคแทรกซ้อนเนื่องจากการขาดยารักษาอย่างต่อเนื่อง

(๒) ประชากรแรงงานข้ามชาติและผู้ที่ไม่มีสัญชาติไทย ^{๓๗, ๓๘, ๓๙, ๔๐}

บุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทยที่อยู่ในประเทศไทย คาดการณ์ว่ามีจำนวนไม่น้อยกว่า ๓ ล้านคน โดยแบ่งได้เป็น ๓ กลุ่มหลัก คือ

(๑) คนเข้าเมืองถูกกฎหมาย ซึ่งประกอบด้วย แรงงาน ๓ สัญชาติ (เมียนมาร์ ลาว กัมพูชา) แรงงานต่างชาติกลุ่มอื่นๆ ผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติ/คนข้ามชาติอื่น ๆ และนักท่องเที่ยว

(๒) ชนกลุ่มน้อย ซึ่งประกอบด้วย ชนกลุ่มน้อยที่มีเลขประจำตัวขึ้นต้นด้วยเลข ๖ และ ๗ ๑๑๒ ผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนที่มีเลขประจำตัวขึ้นต้นด้วยเลข ๐-๘๙ และ ๐-๐๐ และผู้มีถิ่นที่อยู่อาศัยถาวร

(๓) บุคคลที่ไม่มีสถานะทางกฎหมาย ประกอบด้วย ผู้ไม่มีเอกสารทางทะเบียน, คนไร้รัฐ (Stateless), ผู้ลี้ภัย และนักเรียนที่ไม่มีเลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก หรือเด็กติด G

ทั้งนี้ ในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า

(๑) แรงงานข้ามชาติหายออกไปจากระบบประกันสุขภาพมากกว่า ๕๐๐,๐๐๐ คน (เปรียบเทียบระหว่างเดือนสิงหาคม ๒๕๖๒ กับเดือนตุลาคม ๒๕๖๓) เนื่องจากการกำหนดนโยบายการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงและสถานการณ์ไม่ชัดเจนและขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นการจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติ การต่อใบอนุญาตทำงานและวีซ่าในช่วงที่มีการปิดพรมแดน แม้ว่าหลังจากที่การระบาดระลอกแรกลดลงและสถานประกอบการต่างๆ มีความต้องการแรงงานเพิ่มขึ้น แต่รัฐบาลก็ไม่ได้มีนโยบายส่งเสริมให้แรงงานข้ามชาติกลับเข้าสู่ระบบแต่อย่างใด ส่งผลให้มีแรงงานข้ามชาติจำนวนมากที่ถูกเลิกจ้างจากกิจการที่ปิดตัวลงหรือลดจำนวนแรงงานในช่วงสถานการณ์โควิดที่หายไปจากระบบถึง ๕๙๒,๔๕๐ คน

(๒) มีรายได้ไม่เพียงพอ จากการสำรวจสภาพปัญหาของแรงงานข้ามชาติในภาวะวิกฤตโรคระบาดโควิด-19 พบว่า ร้อยละ ๒ ของแรงงานถูกเลิกจ้างแบบไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้ถูกเลิกจ้างในภาพรวมพบร้อยละ ๒๐ ถูกบังคับให้หยุดงานแบบไม่ได้รับค่าตอบแทน และร้อยละ ๒๙ ถูกลดงานแบบไม่ได้รับค่าตอบแทน (ประชากรราว ๓ ใน ๔ มีรายได้ลดลง กลุ่มลูกจ้างรายวันสูญเสียรายได้ทั้งหมด)

(๓) ในด้านการป้องกันโรค ประชากรแรงงานข้ามชาติไม่ได้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการตรวจหาเชื้อในลำดับต้น เนื่องจากในช่วงระยะเวลา ๙ เดือน มิ.ย.- พ.ย. ๖๓ ไม่มีการตรวจคัดกรองกลุ่มแรงงานข้ามชาติในพื้นที่กัม.และปริมณฑล ซึ่งมีจำนวนประชากรข้ามชาติหนาแน่นในอุตสาหกรรมก่อสร้าง อุตสาหกรรมต่อเนื่องอาหารและเสื้อผ้า สะท้อนให้เห็นการไร้ตัวตนในมาตรการเชิงนโยบาย จนกระทั่งเกิดการระบาดระลอก ๒ นอกจากนี้ ในด้านอุปกรณ์ใช้สำหรับการป้องกันโรค เช่น หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ ก็ยังขาดแคลน มีเพียงภาคประชาสังคม และสภาวิชาชีพที่จัดหาให้

(๔) มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ เนื่องจากไม่สบายจะใช้การพักผ่อน (๑๒%) ซ้อยากินเอง (๑๘%) ไปหาหมอ (๕๙%) ไป รพ. (๖%) และมีค่ารักษาพยาบาลไม่แพง และประชากรแรงงานข้ามชาติในเขตพื้นที่กรุงเทพฯและปริมณฑล จะไม่ได้ใช้บริการสาธารณสุขมากเท่าแรงงานที่อยู่พื้นที่ชายแดนที่ประสบปัญหาภัยโรคติดต่อและไม่ติดต่อนอกจากนี้ หลายกิจการไม่มีการนำแรงงานข้ามชาติเข้าสู่ระบบประกันสังคม ทำให้แรงงานข้ามชาติเหล่านี้ไม่รับการช่วยเหลือจากรัฐในภาวะฉุกเฉิน บางคนบัตรประกันสุขภาพหมดอายุในระหว่างที่เกิดสถานการณ์โควิด ไม่สามารถซื้อใหม่ได้เนื่องจากยังมีความไม่ชัดเจนในการขายบัตรประกันสุขภาพ

(๕) จากการสำรวจพบว่าประชากรแรงงานข้ามชาติมักเลือกพักอาศัยในห้องเช่ามากที่สุด (๘๓%) ห้องพักส่วนใหญ่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานราคาห้องพักแบบปกติ ไม่มีห้องน้ำแยก ใช้ครัวรวม เมื่อมีมาตรการบังคับจำกัดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (lock down) แต่ด้วยบริบทของวิถีชีวิตที่ต้องใช้ทุกอย่างร่วมกัน จึงยากต่อการควบคุมระยะห่างและการใช้ของร่วมกันในที่พักอาศัย และการควบคุมการติดเชื้อจากการใช้ห้องน้ำรวม

(๖) แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่อยู่กระจุกตัว หนาแน่นในบางพื้นที่ ไม่สามารถเดินทางออกนอกพื้นที่ได้ด้วยข้อจำกัดทางเอกสารประจำตัว เมื่อเกิดโรคระบาดในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ย่อมเกิณกำลังของระบบบริการสุขภาพในพื้นที่นั้น โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่มีประกันสุขภาพ

(๗) แรงงานข้ามชาติที่มีสิทธิประกันสังคม แต่เกือบครึ่งไม่รู้สิทธิของตนเอง (๑) ส่วนคนที่รู้สิทธิ จำนวนหนึ่ง (๒๘%) กลับไม่สามารถเข้าถึงสิทธิได้ เนื่องจากกระบวนการดำเนินงานทั้งหมดเป็นภาษาไทย อ่านเขียนภาษาไทยไม่ได้ ไม่สามารถกรอกข้อมูลออนไลน์ได้ ใช้เอกสารจำนวนมากไม่สามารถหามายื่นได้ เดินทางไปสำนักงานประกันสังคมไม่ได้ (๒) นายจ้างบอกเลิกจ้างกะทันหัน ทำให้ต้องหางานใหม่ภายใน ๓๐ วัน (๓) การเข้าไม่ถึงการรับเงินชดเชย หรือสิทธิประโยชน์อื่นๆ ที่แรงงานพึงได้ (๔) ในช่วงของการสำรวจพบว่า เกือบร้อยละ ๘๐ ของประชากรแรงงานข้ามชาติไม่มีหลักประกันสุขภาพ

กล่าวโดยสรุป

ในช่วงของการเกิดภาวะวิกฤตสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มต่างพบปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพ อันเนื่องมาจากภาวะที่ไม่ปกติ และจากความเห็นของสมาชิกสมัชชาสุขภาพเห็นตรงกันว่า ประชาชนไทยทุกกลุ่มมีความเสี่ยงเมื่อเกิดภาวะวิกฤต ทำให้การจัดลำดับของการให้บริการสาธารณสุขในด้านให้บริการด้านอื่นลดลง ในขณะที่กลุ่มแรงงานข้ามชาติ และกลุ่มผู้ไม่มีสัญชาติ มีความเสี่ยงสูง ด้วยเหตุของการไม่มีหลักประกันสุขภาพเนื่องจากบางส่วนไม่มีเอกสารไม่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย การถูกแบ่งแยกทางเชื้อชาติทำให้เกิดความหวาดกลัวในการไปบริการในสถานพยาบาล รวมไปถึงข้อจำกัดของสวัสดิการของภาครัฐ และการขาดรายได้ในภาวะวิกฤต

สำหรับรูปแบบความเสี่ยงที่พบ ส่วนใหญ่เกิดจาก (๑) สภาพแวดล้อมในการทำงาน หรือสถานที่เป็นอยู่มีความแออัด ต้องพบปะผู้คนจำนวนมาก นำไปสู่แพร่กระจายเชื้อต่อ เช่น สถานบันเทิง บ่อนการพนัน เรือนจำ หรือผู้มีอาชีพค้าขาย (๒) การขาดความรับผิดชอบ ไม่ดูแลตัวเอง ไม่เชื่อฟัง ไม่มีระเบียบวินัย ปกปิดข้อมูล (๓) การรับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้อง และไม่มีข้อมูลเพียงพอในการดูแลตนเอง (๔) การไม่มีหลักประกันสุขภาพ เช่น แรงงานที่ไม่มีสถานะทางกฎหมายหรือกลุ่มลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างจ้างเหมา ส่งผลให้ไม่กล้าไปรับการตรวจในสถานพยาบาล และ (๕) ความเสี่ยงอันเกิดจากการที่ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่งของคนเร่ร่อน ไร้บ้าน ไม่มีอาชีพ ไม่มีรายได้เพียงพอที่จะซื้อหรือจัดหาแอลกอฮอล์ หน้ากากอนามัย หรือลงทะเบียนในหมอพร้อม

๓.๔ การปรับตัวในระบบสุขภาพในภาวะวิกฤต

การแพร่ระบาดของโควิด-19 ได้ส่งผลกระทบต่อวงกว้างในหลายมิติไปทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบสาธารณสุขที่จำเป็นต้องมีการปรับตัว เพื่อรองรับวิธีการให้บริการผู้ป่วยแบบใหม่ควบคู่ไปกับการรับมือการแพร่ระบาดของโรค สำหรับประเทศไทย รัฐบาลได้ประกาศชัดเจนว่าทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยที่เข้าชายอยู่ในกลุ่มเสี่ยง จะได้รับการตรวจคัดกรองโควิด-19 โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่ว่าจะเป็นคนไทยหรือแรงงานข้ามชาติก็ตาม โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายการตรวจคัดกรองในคนไทยทุกสิทธิ ส่วนแรงงานข้ามชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย รวมถึงการจัดวัคซีนให้ทุกคนที่อยู่ในประเทศไทยโดยความสมัครใจ ไม่ว่าจะเป็นคนไทยหรือคนต่างชาติดที่มีความประสงค์จะฉีด มีข้อบ่งชี้และไม่มีข้อห้าม ทั้งนี้ เพื่อเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ให้กับประเทศ (Herd immunity) และหากเกิดความเสียหายจากการฉีดวัคซีนโควิด-19 จะได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น^๙ ๙๐๐,๐๐๐ บาท โดยมีคณะอนุกรรมการขึ้นมาชุดหนึ่งทำหน้าที่ในการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นซึ่งหากผู้รับบริการไม่เห็นด้วย จะมีสิทธิอุทธรณ์ได้ภายใน ๓๐ วัน ทั้งนี้ เพื่อเป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน รวมถึงการได้รับวัคซีนในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

นอกจากนี้กองทุนประกันสุขภาพหลัก ๓ กองทุน ซึ่งอยู่ภายใต้การบริหารของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานประกันสังคม (สปส.) และ กรมบัญชีกลาง ยังได้ร่วมแถลงการณ์ยืนยันสิทธิผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โควิด-19) ดังนี้

(๑) การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อโควิด-19 สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง หมายรวมถึงผู้มีปัญหาสถานะ ให้ได้สิทธิเช่นเดียวกัน และเป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดประชาชนทุกคนได้รับสิทธิดังกล่าว โดย สปสช. จะเป็นผู้รับผิดชอบค่าตรวจทั้งในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

(๒) อัตราค่าใช้จ่ายต่างๆ คณะรัฐมนตรี มีมติเมื่อวันที่ ๓๑ มี.ค. ๒๕๖๓ วันที่ ๒๑ เม.ย. ๒๕๖๓ และวันที่ ๒๗ เม.ย. ๒๕๖๔ เห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขกำหนดค่าใช้จ่าย ในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ซึ่งผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา สามารถเข้ารับบริการได้ในโรงพยาบาลเอกชนทุกแห่งและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ โดยโรงพยาบาลเอกชนต้องส่งข้อมูลขอเบิกเงินตามหลักเกณฑ์ฯ ดังกล่าวมายัง สปสช. จากนั้นทั้ง ๓ กองทุนจะจ่ายเงินให้โรงพยาบาลเอกชนต่อไป

(๓) มติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๒๗ เม.ย. ๒๕๖๔ มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุข เร่งสร้างการรับรู้เกี่ยวกับหลักเกณฑ์ดังกล่าวแก่โรงพยาบาลต่างๆ ให้ถูกต้อง ทั้งถึง เพื่อให้การป้องกันโรคและรักษาผู้ป่วยเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ทั้ง ๓ กองทุนจึงเห็นพ้องตรงกันที่จะร่วมคุ้มครองสิทธิของประชาชนตามที่รัฐธรรมนูญกำหนด ในการได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย จึงขอให้กระทรวงสาธารณสุขบังคับใช้กฎหมายกับโรงพยาบาลเอกชนที่เรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยโควิด-19 อย่างเคร่งครัด โดยทั้ง ๓ กองทุน จะเฝ้าระวังและแจ้งข้อมูลให้กระทรวงสาธารณสุขทราบ

ในด้านการบรรเทาความเดือนร้อนให้แก่ประชาชนในช่วงวิกฤตการแพร่ระบาดโรคโควิด-19 ระบบประกันสุขภาพทุกระบบได้มีการออกมาตรการช่วยเหลือที่แตกต่างกันไปตามภารกิจขององค์กร โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยลดภาระค่าใช้จ่าย และลดความเสี่ยงของผู้ป่วยในการเดินทางไปรับการรักษาพยาบาล ดังนี้

(๑) ระบบประกันสังคม ดำเนินการลดอัตราเงินสมทบ และออกมาตรการช่วยเหลือค่าครองชีพให้แก่ผู้ประกันตน มาตรา ๓๓ ที่มีสัญชาติไทย ในโครงการ ม.๓๓ เรากรักกัน และผู้ป่วย HIV สามารถรับยาล่วงหน้าอย่างน้อย ๓ เดือน ได้โดยไม่ต้องสำรองจ่ายเงินล่วงหน้า รวมไปถึงการให้นายจ้างกรอกแบบสำรวจความต้องการฉีดวัคซีนให้ผู้ประกันตนผ่านระบบ e-service โดยให้นายจ้างนับรวมผู้ประกันตนที่ยังจ่ายเงินสมทบไม่ครบ ๓ เดือนตามเงื่อนไขการเกิดสิทธิกรณีเจ็บป่วยด้วย

(๒) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดำเนินการขยายอายุหนังสือส่งต่อผู้มีสิทธิ เพื่อให้ผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการในหน่วยบริการอื่นที่ไม่ใช่หน่วยบริการประจำในกรณีที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา รวมทั้งให้บริการจัดส่งยา และเวชภัณฑ์ทางไปรษณีย์ ให้ผู้ใช้สารเสพติดที่อยู่ระหว่างบำบัดสามารถรับยาเมทาโดนไปรับประทานนอกสถานพยาบาลได้ (ในบางหน่วยบริการ) และครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรอง โควิด-19 รวมถึงคำรักษาพยาบาล เป็นค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ, ค่าห้องค่าอาหาร, ค่า PPE, ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 และค่าพาหนะ

รับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ

(๓) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ให้ข้าราชการและผู้มีสิทธิสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อโควิด-19 ผ่านระบบการเบิกจ่ายตรงได้ รวมไปถึงการเพิ่มหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนสำหรับผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวที่เสี่ยงหรือติดเชื้อสามารถเข้ารับการตรวจโควิด-19 ฟรีในโรงพยาบาล ๑๙ แห่ง

(๔) ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว แรงงานที่เป็นชายอยู่ในกลุ่มเสี่ยง จะได้รับการตรวจคัดกรอง และรักษาโควิด-19 โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่ว่าจะเป็นแรงงานที่มีเอกสาร หรือไม่มีเอกสารก็ตาม โดยเบิกจ่ายงบประมาณจากกรมควบคุมโรค

นอกจากนี้คณะรัฐมนตรีได้มีมติในวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔ อนุมัติหลักการนโยบายการจัดระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังที่มีปัญหาทางสถานะบุคคลและต่างด้าวในเรือนจำ และให้จัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่าย การเข้าถึงบริการสุขภาพให้เทียบเท่ากับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ เพื่อให้การดูแลผู้ต้องขังที่มีปัญหาทางสถานะบุคคลและต่างด้าวในเรือนจำประมาณ ๑๖,๐๐๐ คน โดยให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ตั้งงบประมาณเป็นการเฉพาะในเรื่องนี้ และให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ดูแลจัดระบบบริการและระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้ต้องขัง โดยให้ดำเนินการเช่นเดียวกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ^{๑๐}

๓.๕ กลไกทางสาธารณสุข^{๑๑}

ในด้านการควบคุมการแพร่ระบาดโรคโควิด-19 พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัติ เช่น การออกประกาศกำหนดชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง การกำหนดช่องทางเข้าออกในประเทศให้เป็นด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการสอบสวนโรค การจัดให้มีโครงสร้างคณะกรรมการโรคติดต่อระดับชาติและระดับจังหวัด การแต่งตั้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ฯลฯ โดยหลังจากที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่สำคัญ ๙ ฉบับ เพื่อการรับมือการแพร่ระบาดของโรค ควบคู่ไปกับการใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน เป็นเครื่องมือเสริมในการ “ห้าม” ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อบังคับพฤติกรรมของประชาชนให้ลดความเสี่ยงในด้านต่างๆ

การปฏิบัติหลังจากที่มีรายงานพบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อ จำนวนเกิน ๑๐๐ คนในเดือนมีนาคม ๒๕๖๓ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศแต่งตั้งให้ผู้บริหารระดับสูงและเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงข้าราชการในสังกัดกระทรวงมหาดไทยระดับต่างๆ ข้าราชการสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดเทศบาลและองค์การบริหาร ร่วมกันบูรณาการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดในทุกที่ ซึ่งต่อมาคณะกรรมการโรคติดต่อได้มีหนังสือให้ทุกจังหวัดจัดทำแผนปฏิบัติการค้นหาเฝ้าระวัง และป้องกันโรคระดับอำเภอและหมู่บ้าน หลังจากที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล สังกัดสถานที่เป็นการชั่วคราวซึ่งส่งผลให้ประชาชนเดินทางกลับภูมิลำเนา ด้วยหนังสือสั่งการนี้ทำให้เกิดกลไกที่สำคัญในระดับพื้นที่ คือ เกิดการจัดตั้งทีมอาสาโควิด-19 ระดับอำเภอและหมู่บ้านเพื่อดำเนินการค้นหาและเฝ้าระวังผ่านกลไกสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ควบคู่ไปกับมาตรการจัดพื้นที่ควบคุมโรค (quarantine) ที่รัฐจัดเพื่อสังเกตอาการผู้เดินทางกลับจากต่างประเทศเป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑๔ วัน และป้องกันการแพร่กระจายโรค ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ร่วมกับกระทรวงกลาโหมดูแลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และกระทรวงมหาดไทยดูแลในพื้นที่ต่างจังหวัด

การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Active case finding) ได้กลายมาเป็นมาตรการสำคัญและเป็นมาตรการหลักที่ในทางปฏิบัติหน่วยงานสาธารณสุขใช้เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อและผู้มีความเสี่ยง **เพื่อนำไปสู่การป้องกันควบคุมที่รวดเร็วและเหมาะสม และยังกลายเป็นมาตรการชุมชนที่ดึงภาคประชาชนเข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมในการสอดส่องดูแลสุขภาพของคนในพื้นที่** จนเป็นแกนชาติที่สำคัญของภาครัฐ โดยในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาด ได้มีโครงการที่ริเริ่มจาก อสม. หลายโครงการ เช่น อสม.เคาะประตูบ้านต้านโควิด-19 เพื่อให้ความรู้ คัดแยกกลุ่มเสี่ยง ส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตาม โครงการค้นหาให้พบ จบใน ๑๔ วัน โครงการ อสม.ร่วมใจรณรงค์สงกรานต์ไทยปลอดภัยจากโควิด-19

เพื่อเน้นย้ำความสำคัญของมาตรการเว้นระยะห่าง (distancing) ฯลฯ นอกจากนี้ อสม.ยังมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ โดยเฉพาะในงานที่มีการรวมตัวกัน เช่น งานบุญ งานศพ พร้อมทั้งรายงานกลับไปยังกระทรวง อีกทั้ง อสม.ยังเป็นผู้ริเริ่มกิจกรรมการส่งยาและเวชภัณฑ์ถึงบ้าน ผ่านโครงการ “Grab Drug” เพื่ออำนวยความสะดวกผู้ป่วยและผู้ดูแล ตลอดจนลดการแออัดในการไปใช้บริการ ให้ประชาชนหลีกเลี่ยงการเดินทางออกจากที่พักอาศัย ส่วนในชุมชนเมืองหลายๆ แห่ง ได้เกิดโมเดลของการดูแลชุมชนด้วยตัวชุมชนเอง เช่น “คลองเตยโมเดล” เป็นต้นแบบการจัดการระบบควบคุมและป้องกันโรคในชุมชนเขตเมือง ลดการแพร่ระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยใช้พื้นที่วัดเป็นศูนย์พักคอยใกล้ชุมชนคลองเตย มีการบริหารจัดการและดูแลโดยคณะกรรมการของชุมชนภายใต้การสนับสนุนของหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อแยกตัวผู้ติดเชื้อออกจากบ้านพักอาศัยและชุมชน ให้การดูแลเบื้องต้น และรอการจัดหาเตียงเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลสนามหรือโรงพยาบาลหลักในพื้นที่ต่อไป

ด้วยกลไกทางสังคมที่เกิดขึ้นใหม่ในช่วงภาวะวิกฤตนี้ จึงเป็นการยกระดับการพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชนไปสู่การจัดการปัญหาร่วมกับภาครัฐ ซึ่งรัฐจำเป็นต้องส่งเสริมให้เกิดขึ้น ทั้งยังเป็นการลงทุนทางสังคม (Social Investment) เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔. การทบทวนนโยบายสาธารณะ

๔.๑ นโยบายสาธารณะภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาด

ภายใต้การรับมือกับวิกฤตโควิด-19 รัฐได้ดำเนินนโยบายที่สำคัญ ๓ ประการได้แก่ (๑) นโยบายป้องกันและควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาด (๒) นโยบายจัดหาวัคซีนให้เพียงพอกับประชาชนทุกคน (๓) นโยบายเร่งกระจายวัคซีนให้เร็วที่สุด โดยมีมาตรการรองรับดังนี้

๔.๑.๑ นโยบายป้องกันและควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาด

(๑) มาตรการ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” เป็นมาตรการที่เคร่งครัดในการระบาระลอกแรก โดยในส่วนของประชาชน รัฐได้ขอความร่วมมือในการสลับหรือเลื่อนเวลาทำงาน การทำงานที่บ้าน (Work from home) ปิดสถานที่เสี่ยง กำหนดระยะเวลาปิดเปิดบางสถานที่ หรือการห้ามรวมกลุ่มเกิน ๒๐ คน การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่าง เป็นต้น ซึ่งในทางปฏิบัติพบว่า มาตรการนี้ยังมีข้อจำกัดที่สวนกับทิศทางของเศรษฐกิจ จึงไม่สามารถเข้มงวดและนำไปใช้ได้ตลอด ทำให้บางพื้นที่มีการละเมิด และไม่เข้มงวดในมาตรการดังกล่าว นอกจากนี้ในหน่วยบริการสาธารณสุข ก็ได้รับนโยบายมาปฏิบัติ โดยให้มีการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ทางไปรษณีย์ หรือการรับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้าน ตลอดจนให้ผู้ที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาสามารถรับบริการนอกหน่วยบริการประจำได้ ทั้งนี้เพื่อลดความแออัดในสถานพยาบาล รวมทั้งมีการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการในการคัดกรองและตรวจเชิงรุกในพื้นที่เสี่ยงได้ แต่อย่างไรก็ดี พบว่านโยบายควบคุม เฝ้าระวังการหยุดบริการด้านการขนส่งสาธารณะ ทำให้ประชาชนที่เจ็บป่วยมีความลำบากในเดินทาง และต้องเสียค่าใช้จ่ายจากการเดินทางเพิ่มขึ้น

(๒) มาตรการควบคุมการลักลอบเข้าประเทศและการเคลื่อนย้ายแรงงานผิดกฎหมายตามแนวชายแดน โดย (๒.๑) บูรณาการการปฏิบัติงานกับฝ่ายความมั่นคง ตำรวจ กรมการปกครอง และหน่วยงานตรวจคนเข้าเมือง และการเพิ่มจุดตรวจ และจุดสกัด อย่างไรก็ตาม เนื่องจากประเทศไทยมีชายแดนติดกับเพื่อนบ้านเป็นระยะทางยาว จึงยังมีการลักลอบเข้าประเทศตามช่องทางธรรมชาติอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการมีนายหน้าลักลอบพาคนงานเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมายที่ถูกสกัดจับทุกวัน โดยระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน ๒๕๖๔ มีการจับกุมได้มากกว่า ๑๕,๐๐๐ คน และ (๒.๒) มีการ Quarantine ผู้เดินทางเข้าประเทศไทยอย่างน้อย ๑๔ วันแบบรัฐจัดหาและแบบ Hospitels

(๓) มาตรการการตรวจคัดกรองเชิงรุก (Active case finding) ในพื้นที่เสี่ยง เช่น ตลาดสด ชุมชนแออัด และหอพัก อพาร์ทเมนต์ แคมป์คนงานก่อสร้างที่มีแรงงานข้ามชาติ และแรงงานคนไทยพักอาศัยอย่างแออัด โดยปัจจุบันได้มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ กรุงเทพมหานคร สถาบันการศึกษา และเครือข่ายอาสาสมัคร จัดตั้งทีมทำงานเชิงรุกในพื้นที่ดังกล่าว แต่ในทางปฏิบัติจะพบว่ามี การเกิดคลัสเตอร์ในการระบาดลูกกลมเป็นวงกว้างอย่างรวดเร็ว ร่วมกับการประเมินสถานการณ์ที่ล่าช้า โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นแรงงานข้ามชาติ กอปรกับธรรมชาติของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงจากการติดต่อโดยละอองฝอย มาเป็นการติดต่อทางเดินหายใจจากการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัส จึงยิ่งส่งผล

ให้เกิดการระบาดอย่างรวดเร็ว ในขณะที่เจ้าหน้าที่มีกำลังคนไม่เพียงพอในการทำงานเชิงรุก

(๔) มาตรการให้การรักษาฟรีกับผู้ป่วยโควิด-19 ทุกราย โดยมีการบริหารจัดการด้านการจ่ายเงิน งดเสียให้กับโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพ และค่าเสียหายให้กับบุคลากร เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข และเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับบุคลากรที่ได้รับความเสียหายจากกรณีโควิด-19 จากงบประมาณกลาง รวมถึงค่ารักษาพยาบาลของคนต่างชาติและแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย แต่ในทางปฏิบัติพบว่า บุคลากรไม่เพียงพอ เต็มไม่เพียงพอโรงพยาบาลสนามรองรับไม่ทัน โดยเฉพาะการแพร่ระบาดในกลุ่มผู้ต้องขัง และกลุ่มแรงงานข้ามชาติซึ่งจะถูกส่งไปยังโรงพยาบาลสนาม จ.สมุทรสาคร ซึ่งรองรับได้เพียง ๗๖๐ เตียง และโรงพยาบาลสนามของเอกชน (ศูนย์ห่วงใยคนสาคร) ซึ่งรองรับได้เพียง ๔๐๐ เตียงเท่านั้น นอกจากนี้ยังขาดการสื่อสารระหว่างผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่แตกต่างกัน เช่น มีการเรียกเก็บค่าตรวจ ฯลฯ

(๕) มาตรการเยียวยา โดยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีได้รับความเสียหายและแพ้วัคซีนที่มีผลย้อนหลังถึงวันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๔ เป็นต้นไป รวมไปถึงการจ่ายเงินช่วยเหลือเยียวยาให้แก่เด็ก ผู้สูงอายุ และคนพิการของกระทรวงการคลัง กระทรวงเกษตรและสหกรณ์และกระทรวงแรงงาน

(๖) มาตรการบรรเทาความเดือดร้อน ได้แก่ การลดค่าสาธารณูปโภคพื้นฐาน การพักชำระหนี้ สินเชื่อ ดอกเบี้ยเงินกู้ต่ำ สำหรับผู้ประกอบการอิสระ พนักงานประจำ เกษตรกร

(๗) มาตรการสื่อสารสาธารณะ ในระดับประเทศศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (ศบค.) จะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานรัฐบาล กระทรวงต่างๆ รวมไปถึงภาคเอกชน ภาคประชาสังคม องค์กรระหว่างประเทศ และรายงานสถานการณ์การระบาดของโรคประจำวัน ผ่านช่องทางโทรทัศน์ และ Facebook Page ของ ศบค. รวมถึงทำความเข้าใจกับประชาชนเกี่ยวกับมาตรการป้องกันโรคที่รัฐขอความร่วมมือ โดยเน้นการประกาศและชี้แจงมาตรการบังคับที่ต้องปฏิบัติตามกันในสถานการณ์การระบาดของโรค และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จะเป็นผู้รายงานสถานการณ์ระบาดของโรคประจำวัน ผ่านช่องทางโทรทัศน์ และ Facebook Page ของกระทรวงสาธารณสุข รวมไปถึงมีการสื่อสารความเสี่ยงกับประชาชนผ่านเว็บไซต์ <https://covid19.ddc.moph.go.th/> รวมถึงการให้ความรู้ด้านสุขภาพและแนวทางป้องกัน การปฏิบัติตน และการรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น ส่วนการสื่อสารในระดับพื้นที่จะดำเนินการโดยผู้ว่าราชการจังหวัด^๕ สำหรับประชาชนที่ต้องการคำปรึกษาหรือต้องการสอบถามข้อมูลจะมีการเพิ่มคู่สายและสายด่วน ๑๖๖๘, ๑๖๖๙ และ ๑๓๓๐ การติดตามไทม์ไลน์ผ่านแอปพลิเคชันสบายดีป้อ และสายด่วน ๓ ภาษาของกรมควบคุมโรคร่วมกับองค์การอนามัยโลก เพื่อให้คำปรึกษา และตอบข้อซักถามให้แก่ประชาชน แต่อย่างไรก็ดี ในทางปฏิบัติกลับพบว่า สังคมยังสับสนกับข้อมูลของภาครัฐ ประชาชนเกิดความไม่มั่นใจ เกิดการกักตุนสินค้า หน้ากากอนามัยขาดในช่วงแรก ตลอดจนเกิดข่าวปลอม (fake news) จนเกิดนโยบายตัดวงจรผลิตข่าวปลอม (fake news COVID19) ให้มีการเร่งใช้กฎหมายอย่างเข้มข้น เร่งด่วน เพื่อป้องกันการสร้างความตระหนักในสังคม แต่ในทางปฏิบัติยังไม่เห็นรูปธรรมที่ชัดเจน และมีการกระจายข่าวเท็จไปทั่วทุกหัวระแหง

๔.๑.๒ **นโยบายจัดหาวัคซีน** เพิ่มการจัดหาจาก ๑๐๐ ล้านโดส เป็น ๑๕๐ ล้านโดส ซึ่งในทางปฏิบัติประชาชนยังเกิดความลังเลในการฉีดวัคซีน เกิดความสงสัยในประสิทธิภาพของวัคซีนแม้จะมีบุคลากรทางการแพทย์ออกมายืนยันก็ตาม นอกจากนี้จำนวนผู้ลงทะเบียนฉีดวัคซีนยังไม่เป็นไปตามเป้า

๔.๑.๓ **นโยบายกระจายวัคซีน** เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อและความรุนแรงของโรค รวมทั้งลดการเสียชีวิต โดยการลงทะเบียนผ่านระบบหมอพร้อม นัดหมายกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ ผ่านระบบนัดหมายโดย อสม. และการเข้ารับการฉีดวัคซีนได้ด้วยตนเองโดยไม่ผ่านระบบการจอง (walk in) เป็นต้น ในทางปฏิบัติแม้จะมีความร่วมมือกับภาคเอกชน ห้างร้านต่างๆ แต่ก็ยังพบว่าเกิดปัญหาในทางปฏิบัติ มาตรการสื่อสารสาธารณะในประเด็นเรื่องประโยชน์ของวัคซีน ข้อดีของการฉีดวัคซีนให้ครบตามเป้าหมาย ร่วมกับการแจ้งรายละเอียดเรื่องการแพ้วัคซีนให้ประชาชนมีความเข้าใจ และกล้าเข้ารับวัคซีนเพิ่มมากขึ้น รวมถึงประเด็นเรื่องการคัดกรองข่าวลวงด้านวัคซีนให้กับประชาชน เป็นไปด้วยความล่าช้า นอกจากนี้สิ่งสำคัญคือรัฐยังขาดนโยบายการบริหารจัดการการให้วัคซีนที่มีอยู่อย่างจำกัด ส่งผลให้ความเชื่อมั่นของประชาชนลดลงภายใต้สถานการณ์ที่ประาะบาง

๔.๒ นโยบายสุขภาพสำหรับบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย

ประเทศไทยมีนโยบายสุขภาพสำหรับประชากรแรงงานข้ามชาติ จำแนกตามประเภทแรงงาน (๑) แรงงานที่เข้าเมืองถูกกฎหมาย แรงงานนำเข้ามาตาม MOU จะได้รับการประกันสุขภาพในระบบประกันสังคมของกระทรวงแรงงาน (๒) แรงงานหลบหนีหรือได้รับใบผ่อนผันชั่วคราว จะได้รับการคุ้มครองจากการซื้อประกันสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุขโดยการซื้อประกันไม่มีลักษณะบังคับจึงทำให้เกิดช่องว่างในการหลีกเลี่ยง (๓) แรงงานที่ไม่ได้มีการขึ้นทะเบียน หรือไม่มีเอกสารใดๆ รับรองว่าอาศัยหรือได้รับการผ่อนผัน จะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองเมื่อเจ็บป่วย เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพใดๆ ได้

ปัญหาเชิงกฎหมายพบว่า การประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม ได้มีการวางหลักกฎหมายครอบคลุมให้สามารถนำพระราชบัญญัติประกันสังคมไปบังคับใช้กับแรงงานข้ามชาติได้ แต่หากเป็นบุคคลอื่นที่ไม่มีสัญชาติไทย ซึ่งต้องอยู่ภายใต้การประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข กลับพบว่ายังไม่มีความหมายระดับชาติในการวางหลักเอาไว้ มีเพียงมติคณะรัฐมนตรีและประกาศกระทรวงสาธารณสุขวางกรอบกติกาไว้เท่านั้น ทำให้เกิดปัญหาในด้านการดำเนินการทางกฎหมายและขาดความยั่งยืนเชิงสถาบันที่มีกฎกติกาชัดเจน โดยมติคณะรัฐมนตรีปี ๒๕๔๔ มีการกำหนดให้แรงงานข้ามชาติที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายแต่ได้รับการขึ้นทะเบียนผ่อนผันให้ทำงาน ต้องเข้าสู่ระบบการตรวจประกันสุขภาพ สิทธิประโยชน์ในประกันสุขภาพนี้จะได้รับการคุ้มครองตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยแรงงานร่วมจ่ายเมื่อไปใช้บริการ ๓๐ บาท ในส่วนของผู้ติดตามการซื้อประกันให้เป็นไปตามความสมัครใจ จนมาถึงวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๕๖ มติคณะรัฐมนตรีจึงอนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวทั้งหมดที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม อันนำมาสู่ทางเลือกในเรื่องบัตรประกันสุขภาพ

ดังนั้น มติคณะรัฐมนตรีจึงกลายเป็นแนวทางหลักในการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขต่างๆ เพื่อการคุ้มครองทางสุขภาพให้กับแรงงานข้ามชาติ ด้วยการที่มติคณะรัฐมนตรีเป็นเพียง “กฎ” ในการวางกรอบกติกา ไม่ใช่ “กฎหมาย” ที่ลำดับศักดิ์ชัดเจนดังเช่น พระราชบัญญัติ พระราชกำหนด พระราชกฤษฎีกา ฯลฯ จึงทำให้สถานะของบัตรประกันสุขภาพขาดความเป็นสถาบันและไม่ยั่งยืน หากเกิดปัญหาหรือข้อขัดแย้งในอนาคต จะทำให้หลักประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติและบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทยสามารถถูกยกเลิกได้โดยง่าย นอกจากนี้ การขาดอำนาจทางกฎหมายยังทำให้ไม่สามารถเชื่อมโยงสถานะของบุคคลที่ไม่ใช่คนไทยกับการมีระบบประกันสุขภาพแบบบังคับได้ (compulsory health system) และการทำงานตามมติคณะรัฐมนตรี ในทางปฏิบัติฐานพบว่าทำให้ขาดความต่อเนื่องในการประสานงานหรือการเชื่อมโยงกิจการที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติและบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทยทั้งหลายในระยะยาว รวมไปถึงการเกิดความเสี่ยงต่อการจัดการทางด้านงบประมาณทั้งในกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และการเสนอของบประมาณประจำปีสำหรับกองทุนผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ที่ยังคงอาศัยงบประมาณที่กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรจากงบประมาณส่วนกลางให้ทุกปีอีกด้วย ด้วยข้อจำกัดเชิงกฎหมายดังกล่าวทั้งหมดนี้ จึงเป็นปฐมเหตุของการตกหล่นจากระบบประกันสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติรวมถึงบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทยที่อาศัยอยู่บนผืนแผ่นดินไทย และเมื่อใดก็ตามที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคต่างๆ หรือเกิดโรคอุบัติใหม่ ความเสี่ยงทางด้านสุขภาพของคนกลุ่มนี้ล้วนจะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางด้านสุขภาพของคนไทยในวงกว้าง

จากการดำเนินนโยบายของภาครัฐ เมื่อเปรียบเทียบกับดัชนีชี้วัดทางด้านความมั่นคงทางสุขภาพ (The Global Health Security Index)^{๕๕} ประกอบด้วย (๑) ความสามารถในการป้องกันโรค (๒) ความสามารถในการตรวจจับโรคและรายงานที่รวดเร็ว (๓) การตอบโต้ที่รวดเร็ว (๔) การมีระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง (๕) การมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาศักยภาพของประเทศ มีแผนงบประมาณด้านการป้องกันควบคุมโรคและดำเนินงานตามแนวปฏิบัติสากล และ (๖) การมีความเสี่ยงด้านต่าง ๆ และความเสี่ยงต่อภัยคุกคามด้านชีวภาพต่ำ พบว่ารัฐมีการดำเนินการด้านความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนทั้งในด้านการป้องกันโรค การจับโรคและการรายงาน การตอบโต้ และการจัดระบบสุขภาพ แต่ก็พบว่าแม้ประเทศไทยจะมีจุดแข็งด้านการป้องกันโรค แต่ในด้านการตรวจจับยังมีบุคลากรด้านระบาดวิทยาไม่มากพอ ระบบรายงานผลและเฝ้าระวังตามเวลาจริง (real-time) ยังไม่สมบูรณ์มากนัก ด้านความรวดเร็วในการโต้กลับและการรับมือยังมีจุดอ่อนที่ระบบการสื่อสารเกิดความล่าช้า และในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่เกิดขึ้นพร้อมกันทั่วโลกนี้ พบว่านโยบายรัฐที่ออกมารับมือกับภาวะวิกฤตสุขภาพโดยมี พระราชบัญญัติโรคติดต่อ และพระราชกำหนด

การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน เป็นเครื่องมือนโยบายที่สำคัญนั้น เป็นการตอบรับภาวะวิกฤตในระยะสั้น ซึ่งครอบคลุมประชาชนส่วนใหญ่ แต่ยังไม่เห็นชัดเจนในกลุ่มประชากรเฉพาะ โดยเฉพาะยังขาดอำนาจเชิงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย ทำให้เกิดปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการในภาวะวิกฤตของภาครัฐ และความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาวะวิกฤต

อย่างไรก็ดี การดำเนินนโยบายจำเป็นต้องคำนึงถึงการวางแผนพื้นฐานในระยะยาว รวมไปถึงการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพของประเทศ และสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน เพื่อรองรับสถานการณ์วิกฤตในครั้งนี้ ซึ่งคาดว่าจะยาวนาน รวมถึงสถานการณ์การอุบัติโรคติดต่อใหม่ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ในอนาคต

๕. ประเด็นเพื่อพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔/ ร่างมติ ๒ การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม

๖. เอกสารอ้างอิง

๑. Nuclear Threat Initiative and Johns Hopkins Center for Health Security (๒๐๑๙), Global Health Security Index ๒๐๑๙.
๒. Tapanee Phueksuwan (๒๐๑๔), Compulsory Licensing Policy Implementation in Thailand, Doctoral Dissertation, National Institute of Development Administration (NIDA).
๓. J P Koplan et al. Towards a common definition of global health Lancet ๒๐๐๙; ๓๗๓: ๑๙๙๓-๙๕
๔. ระบบหลักประกันสุขภาพไทย. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ๒๕๕๕.
๕. เมธิณี อินทรเทศ และคณะ. (๒๕๖๒). ความเป็นธรรมด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทยภายใต้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า: การ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ ๑๓ ฉบับที่ ๒ เมษายน-มิถุนายน ๒๕๖๒ [ออนไลน์]. สืบค้น จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/๑๑๒๒๘/๕๐๗๑/hsri-journal-v๑๓n๒-p๑๕๗-๑๗๔.pdf?sequence=๑> [๒๓ มีนาคม ๒๕๖๔]
๖. การศึกษารูปแบบการใช้บริการสวัสดิการรักษายาบาล ชำรชการ ความพึงพอใจ ปัญหาการจัดบริการและการจัดบริการที่นำสงสัยว่าจะมีการเบิกจ่ายผิดปกติ. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. ๒๕๖๑
๗. สถิติผู้ประกันตน ข้อมูล ณ กรกฎาคม ๒๕๖๒ สำนักงานประกันสังคม
๘. รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบประมาณ ๒๕๖๓ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๙. อติศร เกิดมงคล. การทบทวนกฎหมาย นโยบายที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันด้านสุขภาพสำหรับประชากรข้ามชาติ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๖๓.
๑๐. แนวทางการดำเนินงานกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓
๑๑. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (๒๕๕๒). ปัญหาสุขภาพคนไทยและระบบบริการสุขภาพ. สืบค้นจาก<http://www.hisro.or.th./main>.
๑๒. ศศิวิมล บุรณะเรข และคณะ. ภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของชุมชนริมคลองสามเสน เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ปีที่ ๓๓ ฉบับที่ ๒ พฤษภาคม - สิงหาคม ๒๕๖๐
๑๓. บทวิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กลุ่มส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
๑๔. วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และพลิชฐ์ พัจนา (๒๕๖๒). สถานการณ์การใช้บริการสุขภาพ: ความแตกต่างระหว่างเพศ อายุ และพื้นที่
๑๕. นุชกร สุริยสาร (๒๕๕๗). อัตลักษณ์และวิถีทางเพศในประเทศไทย/ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ ประจำประเทศไทย กัมพูชา และ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว; โครงการส่งเสริมสิทธิความหลากหลายและความเท่าเทียมในโลกของการทำงาน (PRIDE). กรุงเทพฯ : องค์การแรงงานระหว่างประเทศ. ๒๕๕๗.
๑๖. มูลนิธิเครือข่ายเพื่อนกะเทยเพื่อสิทธิมนุษยชน. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายความเป็นธรรมทางเพศสภาพ เสนอต่อพรรคการเมือง.
๑๗. เพชรี เหล่าพิลัย และมานพ คณะโต (๒๕๕๙). การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของคนพิการ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศไทย. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น
๑๘. บวรศม ลีระพันธ์ และคณะ. แนวคิดและแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย. ๒๕๖๐.
๑๙. ชาคร เลิศนิทัศน์, สมชัย จิตสุชน. ความเปราะบางของประชากรกลุ่มเปราะบางภายใต้โควิด-19.[ออนไลน์] สืบค้นจาก <https://tdri.or.th/2020/06/impact-of-covid19-on-vulnerable-groups/> [เข้าถึงเมื่อ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔].
๒๐. College of Population Studies Chulalongkorn University. Covid-19 and older persons: Evidence from the survey in Thailand. UNFPA. 2020
๒๑. ผลกระทบของ COVID-19 ต่อประชากรกลุ่มเปราะบาง. กองพัฒนานโยบายและนวัตกรรมทางสังคม สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

๒๒. การสำรวจผลกระทบของการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ต่อประชากรสูงอายุไทย
๒๓. รายงานสรุปผลการสำรวจเชิงคุณภาพการระบาดของโควิด-19ผลกระทบต่อคนไร้บ้านในประเทศไทย. ๒๕๖๔
๒๔. ชุมชนคลองเตย คลัสเตอร์ใหญ่โควิด บทเรียนสะท้อน คนจนกลางกรุงถูกมองข้าม.[ออนไลน์] สืบค้นจาก <https://www.thairath.co.th/scoop/theissue/2084188> [เข้าถึงเมื่อ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๔].
๒๕. จาก 'ทองหล่อ' ถึง 'คลองเตย' เปิดแผน '๔๑ ชุมชน' ก่อนลามทั้ง กทม. สืบค้นจาก <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/936031> [เข้าถึงเมื่อ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๔].
๒๖. เศรษฐศาสตร์พฤติกรรมว่าด้วยเส้นทางชีวิตและกิจกรรมร่วมของครัวเรือนไทยภายใต้สถานการณ์ COVID-19. ธาณี ชัยวัฒน์ พ.ศ. ๒๕๖๓
๒๗. รัฐินบ โกมลนิมิ. โควิด-19 “เปิดคุก” สองความไม่ธรรมทางสังคมและสุขภาพ. ๒๕๖๔.
๒๘. ชาวไทยพีบีเอส วันพุธที่ ๒๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๔. [ออนไลน์] สืบค้นจาก<https://news.thaipbs.or.th/content/304627> [เข้าถึงเมื่อ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔].
๒๙. กุลภา วจนสาระ และกฤตยา อาชวนิจกุล. ก้าวแรกของปฐมภูมิในเรือนจำกับชีวิตต้องขังที่กำหนดสุขภาพ. สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ๒๕๖๔
๓๐. คณะกรรมการกาชาดระหว่างประเทศ (IRC). แนวทางเพื่อป้องกันและรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ในสถานคุมขังประเทศไทย. ๒๕๖๓
๓๑. กรมการแพทย์. ชาวเพื่อมวลชน. ๒๕๖๓
๓๒. SDG MOVE. โควิดในเรือนจำ: เมื่อ “เรื่องในคุก” ถูกทิ้งเอาไว้ข้างหลัง. [ออนไลน์] สืบค้นจาก <https://www.sdgmovement.com/2021/05/25> [เข้าถึงเมื่อ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๔].
๓๓. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๖๓.
๓๔. มูลนิธิเครือข่ายเพื่อนกะเทยเพื่อสิทธิมนุษยชน. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายความเป็นธรรมทางเพศสภาพ เสนอต่อพรรคการเมือง
๓๕. มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ (SWING Foundation). รายงานการสำรวจสถานการณ์ผลกระทบจากการระบาดของไวรัส COVID-19 ในกลุ่มพนักงานบริการ (ประเทศไทย).
๓๖. ชเนตตี ทิมนาม และคณะ. ยุทธศาสตร์สุขภาพะLGBTIQ+ในประเทศไทย .สมาคมเพศวิถีศึกษา สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดนครปฐม.๒๕๖๔.
๓๗. สรุปข่าวการประชุมคณะรัฐมนตรี ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔. [ออนไลน์] สืบค้นจาก <https://www.thaigov.go.th> [เข้าถึงเมื่อ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๔].
๓๘. อติศร เกิดมงคล. (๒๕๖๔). หลักประกันสุขภาพของคนที่ไม่ใช่สัญชาติไทย. เครือข่ายองค์กรด้านประชากรข้ามชาติ. เอกสารนำเสนอ SWG Briefing Session (in Thai) on Access to Healthcare
๓๙. ชลนภา อนุกุล และคณะ. การพัฒนานโยบายสุขภาพแรงงานข้ามชาติเพื่อตอบรับวิกฤตโรคระบาด: กรณีศึกษาไวรัสโควิด-19. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๖๓.
๔๐. ธีรพัฒน์ อังศุขवाल, ชัชฎา กำลังแพทย์. กลไกการอภิบาลทางสาธารณสุขของไทยในการจัดการโควิด-19. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม-ธันวาคม ๒๕๖๓) ๗๗-๗๖
๔๑. <https://www.thaingo.org/content/detail/5242> [เข้าถึงเมื่อ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔].
๔๒. แดงการณของเครือข่ายองค์กรด้านประชากรข้ามชาติ และมูลนิธิเพื่อสิทธิมนุษยชนและการพัฒนา ในฐานะองค์กรที่ทำงานด้านสิทธิแรงงานข้ามชาติ เรียกร้องทบทวนมาตรการการจัดการแรงงานข้ามชาติ และยุติการจับกุมดำเนินคดีตามกฎหมายคนเข้าเมือง และกฎหมายการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว สำหรับคนไทยและคนต่างชาติ ช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19. ๒๕๖๓. [ออนไลน์] สืบค้นจาก <https://prachatai.com/journal/2020/12/90948> [เข้าถึงเมื่อ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔].

๔๓. มุขนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. การพัฒนากอบยยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อ
ตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ของประเทศไทย. ๒๕๖๓

๔๔. วีระ หวังสัจจะโชค และคณะ. การจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิ รวมถึงผู้ที่ไม่ใช่
ประชาชนไทยที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๖๔.

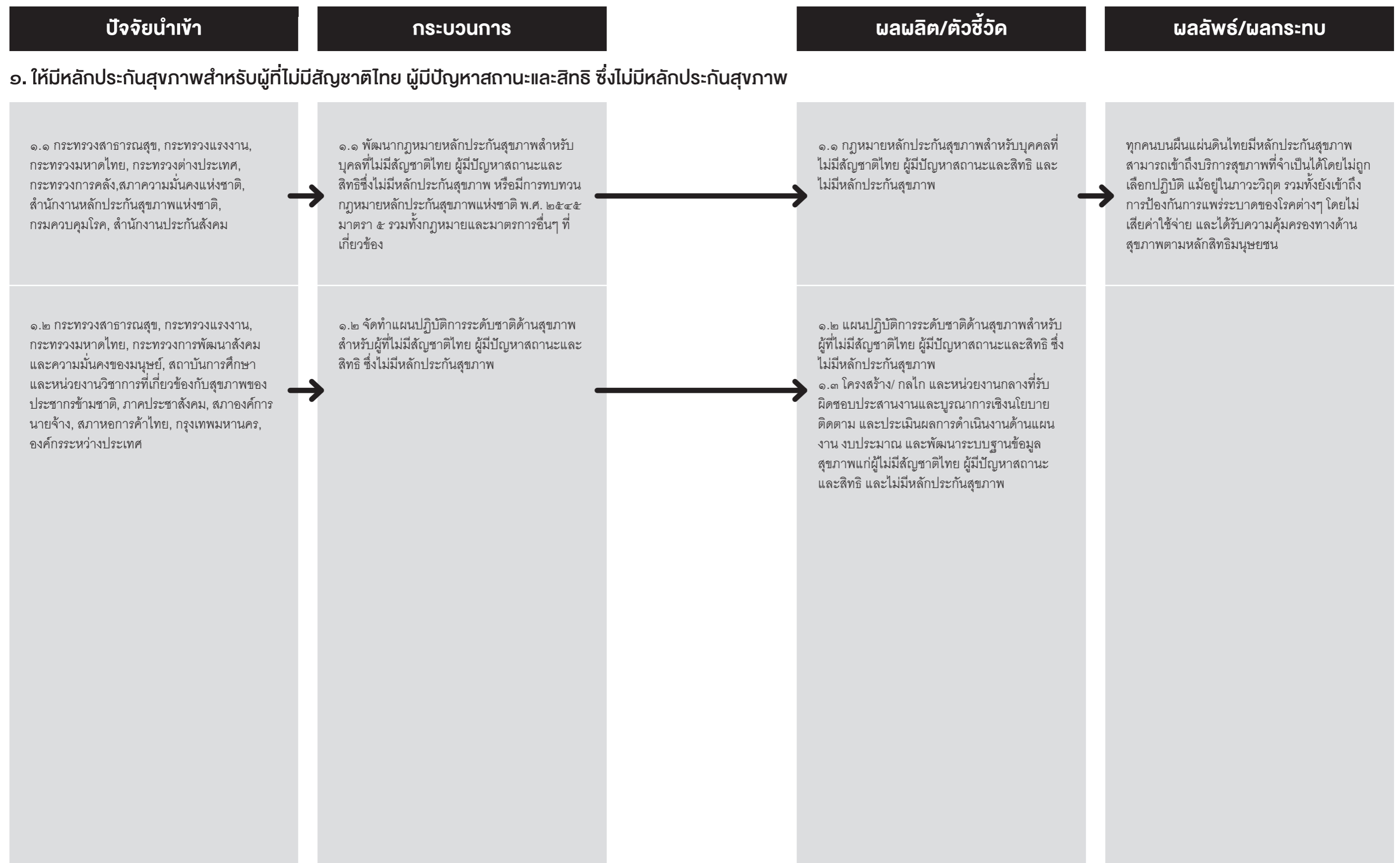
๔๕. The Johns Hopkins Center for Health Security. ๒๐๑๙

Roadmap เส้นทางเดินของมติ ๙

การคุ้มครองการเข้าถึง
บริการสุขภาพของ
กลุ่มประชากรเฉพาะ
ในภาวะวิกฤต
อย่างเป็นธรรม

(Protection of Equitable Access to
Health Services by Specific Populations in Crises)

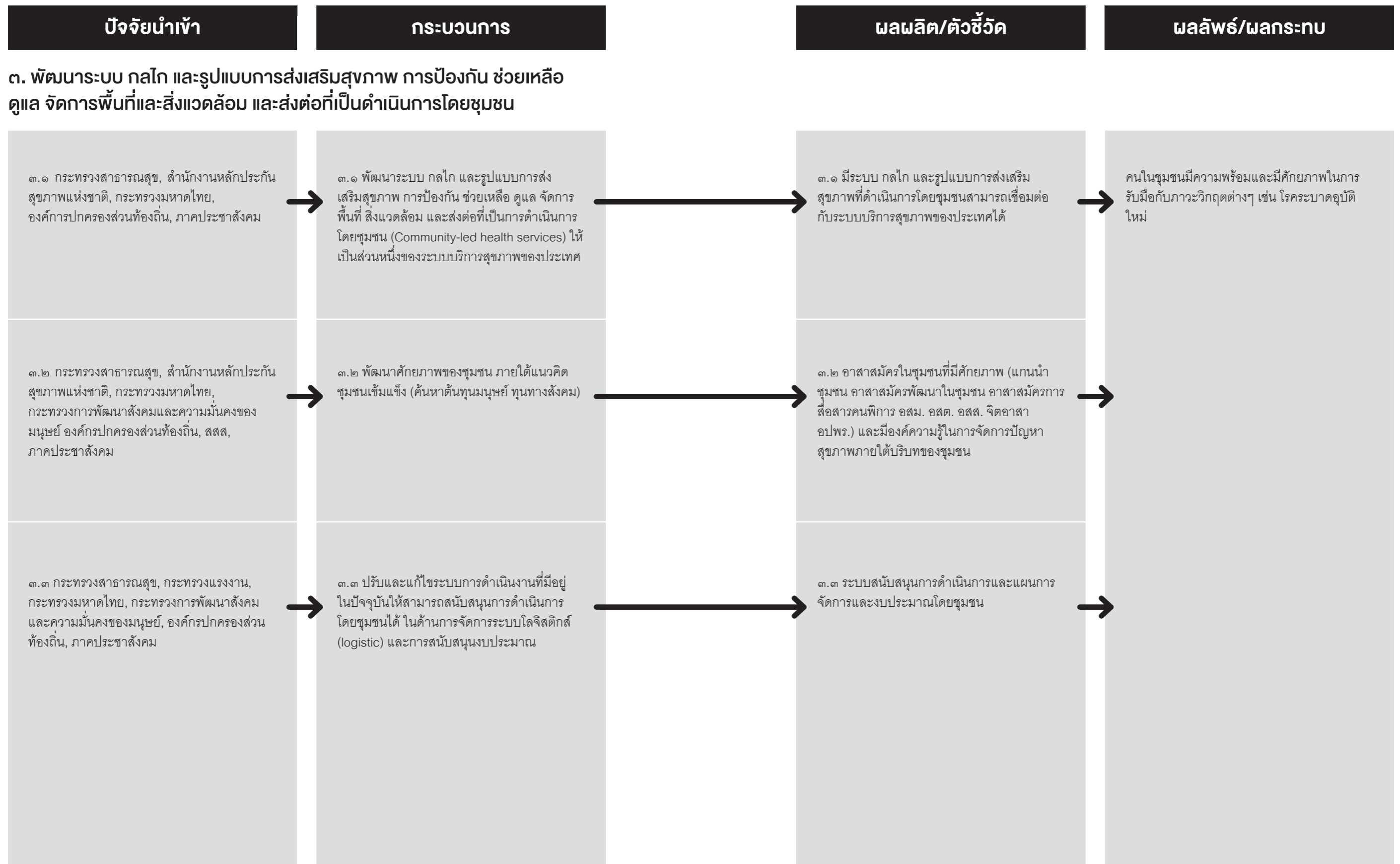
เส้นทางเดินของมตช เรื่อง "การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพ ของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม"



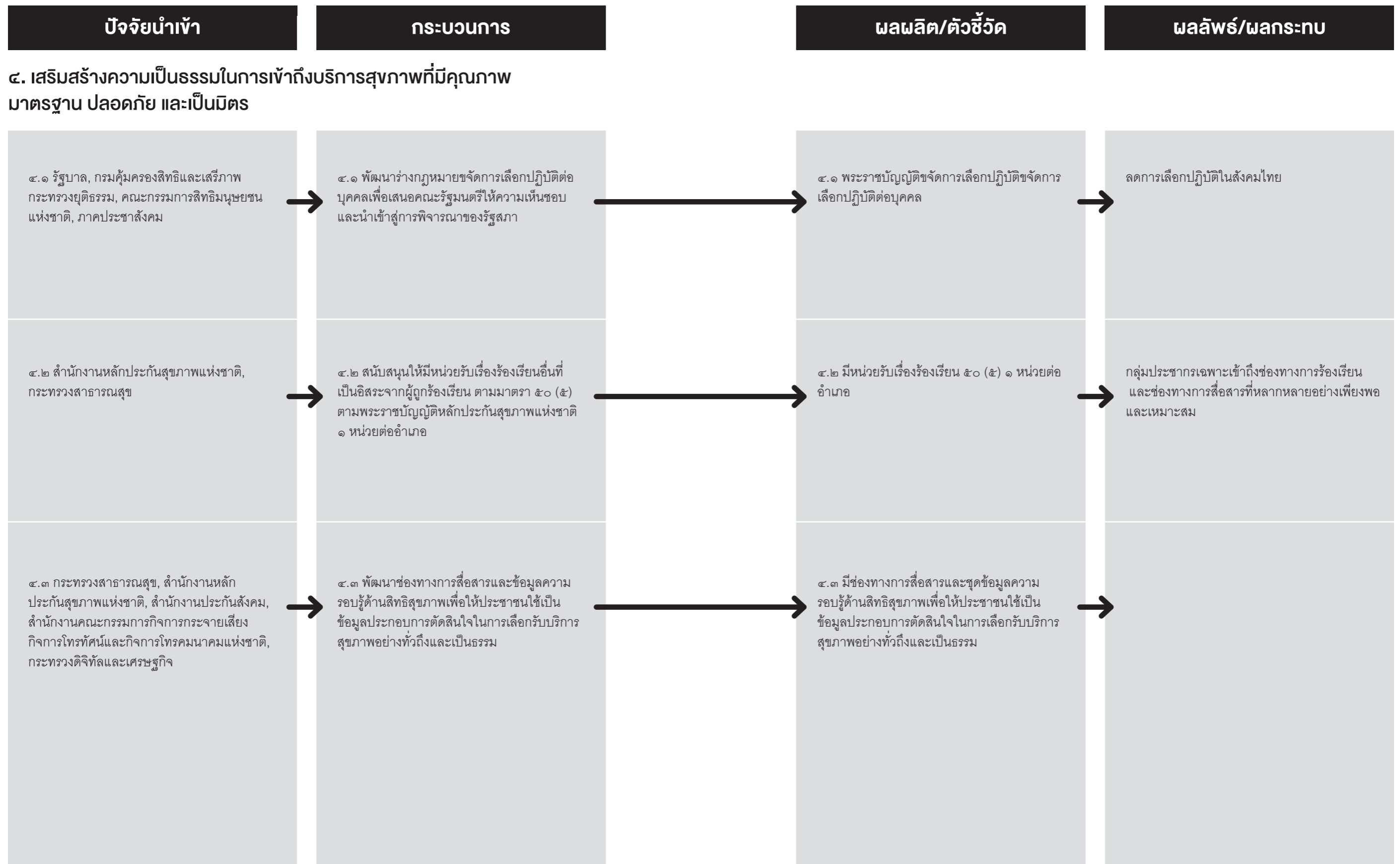
เส้นทางเดินของมติฯ เรื่อง "การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพ ของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม"



เส้นทางเดินของมตช เรื่อง "การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพ ของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม"



เส้นทางเดินของมติฯ เรื่อง "การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพ ของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม"



สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ ๑๔

มติที่

๓

การจัดการการสื่อสาร อย่างมีส่วนร่วม ในวิกฤตสุขภาพ

(Participatory Communication
Management in Health Crisis)



รายนามคณะทำงานพัฒนา
ข้อเสนอ มติ ๑๔.๓

การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ (Participatory Communication Management in Health Crisis)

การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในวิกฤตสุขภาพ เป็นกระบวนการสำคัญที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การบริหารจัดการวิกฤตสุขภาพของภาครัฐ โดยมีแผนการสื่อสารที่เป็นระบบ เพื่อสื่อสารไปยังประชาชน อย่างเป็นเอกภาพ โปร่งใส และเหมาะสมกับช่วงเวลา และมีศูนย์อำนวยการสื่อสาร ที่ประกอบด้วยคณะกรรมการจากทุกภาคส่วน เป็นกลไกในการปฏิบัติตามแผน ด้วยความรับผิดชอบ ด้วยการรับผิดชอบต่อตำแหน่งหน้าที่ของทุกฝ่าย โดยกำหนดให้มีบทบาทการมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกมิติ เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ตรงกัน และสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ประชาชนทุกกลุ่ม ให้สามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย อันจะส่งผลให้สังคมไทยผ่านพ้นวิกฤตสุขภาพไปได้โดยเร็วที่สุด

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่สิบสี่

ได้พิจารณารายงานเอกสารหลัก เรื่อง การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ^๑

ตระหนัก ว่า

การสื่อสาร เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นตลอดเวลาในหลายรูปแบบ ผ่านสื่อที่หลากหลาย โดยทุกคนในสังคมยุคดิจิทัลต่างสามารถเป็นผู้ผลิตสื่อได้ด้วยตนเอง ทำให้การสื่อสารในยุคนี้เป็นไปอย่างกว้างขวาง รวดเร็ว และเข้าถึงคนจำนวนมากได้อย่างไร้พรมแดน

ห่วงใย ว่า

ในวิกฤตสุขภาพ โดยเฉพาะสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 เป็นภาวะวิกฤตที่จำเป็นต้องมีการจัดการอย่างมีส่วนร่วม เนื่องจากพบว่ามีหลายมาตรการที่ดำเนินการโดยภาครัฐ ยังไม่สามารถตอบคำถาม หรือข้อสงสัยที่ประชาชนยังสับสนได้อย่างครบถ้วน ในอันที่จะสร้างความเชื่อมั่นได้ในระดับที่น่าพอใจ เนื่องจากภาครัฐยังขาดยุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการภาวะวิกฤตที่ชัดเจน และยังขาดการบัญชาการในทุกระดับอย่างเป็นเอกภาพ ส่งผลให้การจัดการการสื่อสารในภาวะวิกฤตขาดความเหมาะสม ขาดการมีส่วนร่วม และไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่อ่อนไหวและซับซ้อน ทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม

กังวล ว่า

ผลกระทบที่เกิดจากการสื่อสารในภาวะวิกฤตที่ยังขาดการบริหารจัดการ จะก่อให้เกิดความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน เกิดข่าวลวง ข่าวปลอม และข้อมูลที่ไม่ตรงกับข้อเท็จจริง กระทั่งเกิดกระแสแห่งความไม่เชื่อมั่นในภาครัฐ อันจะส่งผลให้ประชาชนในสังคมไทยไม่สามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และสอดคล้องกับมาตรการสาธารณสุข ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการจำกัดการแพร่ระบาดของโรคที่ก่อให้เกิดวิกฤตสุขภาพ อันอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างมีอาจประมาณการได้

รับทราบ ว่า

การสื่อสารในภาวะวิกฤตมีแนวทางในการดำเนินการ ๓ ระยะ คือ การสื่อสารในระยะก่อนเกิดวิกฤต การสื่อสารในระยะเกิดวิกฤต และการสื่อสารในระยะหลังเกิดวิกฤต โดยการสื่อสารทั้ง ๓ ระยะนี้ จำเป็นต้องมีการวางแผน และดำเนินการ

อย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอน รอบคอบ และรัดกุม โดยตระหนักถึงบริบทแวดล้อมด้านการสื่อสาร ด้านเทคโนโลยีสื่อ ด้านสถานการณ์การเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ตลอดจนด้านนโยบาย กฎหมาย และมาตรการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ชื่นชม ว่า

เมืองคักร ภาคีเครือข่าย สื่อมวลชน และประชาชนจำนวนมาก ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในวิกฤตสุขภาพ ต่างมีความตื่นรู้ และตระหนักถึงปัญหาด้านการสื่อสารที่เกิดขึ้นในสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 ซึ่งเป็นวิกฤตสุขภาพที่เผชิญอยู่ในปัจจุบัน และแสดงความประสงค์ที่จะร่วมกันพัฒนาแนวทางในการสื่อสารเพื่อให้ประเทศไทยผ่านพ้นวิกฤตสุขภาพครั้งนี้ไปได้ โดยเกิดผลกระทบต่อทุกฝ่ายให้น้อยที่สุด

เห็นว่า ว่า

การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ เป็นแนวทางสำคัญอย่างยิ่งที่คนในสังคมจะต้องให้ความร่วมมือ และควรมีนโยบายสาธารณะเพื่อให้ทุกภาคส่วนได้ร่วมกันดำเนินการ และขับเคลื่อนให้เป็นรูปธรรม และปฏิบัติได้จริง ตามทิศทางเส้นทางเดินของมติฯ^๒ ต่อไป

จึงมีมติ ดังต่อไปนี้

๑.ขอให้ภาครัฐเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพโดยกำหนดให้เป็นวาระสำคัญเร่งด่วนในระดับชาติพร้อมกำหนดแนวทางการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพไว้เป็นการเฉพาะในแผนแม่บท ซึ่งกำหนดให้มีแผนการจัดการการสื่อสารในภาวะวิกฤตเป็น ๓ ระยะ คือ ระยะก่อนเกิดวิกฤต ระยะเกิดวิกฤต และระยะหลังเกิดวิกฤต ทั้งแผนระยะเร่งด่วนระยะสั้น และระยะยาว พร้อมทั้งกำหนดแผนบูรณาการการจัดการและงบประมาณที่เหมาะสมในการจัดการการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพร่วมกันกับทุกภาคส่วน โดยต้องคำนึงถึงบริบทและสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่เป็นสำคัญ

๒.ขอให้ภาครัฐกำหนดยุทธศาสตร์การจัดการการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพโดยร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จัดตั้งศูนย์อำนวยการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพทั้งระดับชาติ ระดับจังหวัดและอื่นๆ ตามความเหมาะสม ในรูปแบบของคณะกรรมการจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้แก่ ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ภาคประชาสังคม ภาควิชาการ ที่สื่อสารจากจุดเดียว อย่างเป็นเอกภาพและสอดคล้องตรงกันในทุกระดับ พร้อมทั้งมีผู้อำนวยการที่มีความรับผิดชอบ และอำนาจตัดสินใจ บนพื้นฐานของผลประโยชน์ส่วนรวม เพื่อเป็นหน่วยงานกลางในการประสานงาน เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ ผลิตสื่อ และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางต่างๆ ที่หลากหลาย ครบถ้วนรวมทั้งการจัดการงบประมาณให้เหมาะสม ตามแผนการสื่อสารในภาวะวิกฤต พร้อมทั้งพัฒนารูานข้อมูลหรือศูนย์ข้อมูลระดับประเทศ ระดับจังหวัด ระดับท้องถิ่น และระดับชุมชน ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้โดยง่าย โดยมีผู้ประสานงานที่ได้รับมอบหมายในทุกระดับอย่างชัดเจน และสามารถประสานงานได้อย่างรวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์

๓.ขอให้ทุกภาคส่วนให้ความสำคัญกับการสื่อสารในภาวะวิกฤตอย่างมีส่วนร่วมที่ครอบคลุมและทั่วถึงทั้งเชิงประเด็นที่เป็นข้อมูลความรู้ที่ถูกต้อง และสำคัญในแต่ละช่วงเวลา และเชิงกลุ่มเป้าหมายที่ครอบคลุมทุกกลุ่มในสังคม โดยจัดกระบวนการการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพ อย่างน้อย ๒ ระดับ คือ ระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติการ ทั้งเชิงรุก และเชิงรับ โดยอาศัยกลไกในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น และชุมชน โดยมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบด้านการสื่อสารเป็นการเฉพาะ มีบรรยากาศการสื่อสารที่สร้างสรรค์ ในทุกระดับ ด้วยภาษาที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและสื่อที่เข้าถึงได้ง่าย โดยปรากฏแหล่งอ้างอิงที่สามารถตรวจสอบได้

๔. ขอให้ภาครัฐให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้าใจร่วมกันให้กับคนในสังคม โดยกำหนดให้มีการรับฟังข้อมูล และความคิดเห็นจากทุกฝ่าย พร้อมทั้งจัดหน่วยเฝ้าระวัง และติดตามประเด็นการสื่อสารที่ยังไม่ชัดเจน ไม่ครบถ้วน

^[1] เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๑๔ / หลัก ๓

^[2] เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๑๔ / หลัก ๓ / หมวด ๑

ไม่ถูกต้อง สร้างความสับสนในสังคมหรืออาจส่งผลกระทบต่อสังคมในอนาคต เพื่อรวบรวม แสวงหาคำตอบ และเผยแพร่คำตอบด้วยวิธีการที่เหมาะสม ทันต่อสถานการณ์ ด้วยหลักจิตวิทยาการสื่อสาร ผ่านช่องทางที่หลากหลาย ซึ่งรวมถึงสื่อท้องถิ่น และสื่อภาคประชาชน ด้วยภาษาที่เหมาะสมกับทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยคำนึงถึงปฏิสัมพันธ์จากทุกฝ่าย เพื่อรับฟังและแลกเปลี่ยนข้อมูล หรือความคิดเห็นจากประชาชนทุกกลุ่มอย่างสร้างสรรค์ ด้วยความรับผิดชอบ (Responsibility) และภาวะรับผิดชอบต่อตำแหน่งหน้าที่ (Accountability) ของทุกฝ่าย และคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมเป็นที่ตั้ง

๕. ขอให้ภาครัฐคำนึงถึงสิทธิและเสรีภาพของประชาชนในการเข้าถึงและตรวจสอบข้อมูลข่าวสาร โดยเปิดช่องทางการสื่อสารให้ประชาชนทุกกลุ่ม ทุกช่วงวัย ได้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ ด้วยข้อมูลที่ตรงกัน และเป็นเอกภาพ (Single Message) พร้อมทั้งมีความสอดคล้องกัน (Consistency) ในทุกระดับ เพื่อให้ประชาชนปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง และเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างรวดเร็ว ผ่านสื่อที่หลากหลาย ทั้งสื่อเดิม สื่อใหม่ และสื่อบุคคล โดยครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย เช่น เด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ คนพิการ กลุ่มเปราะบางต่อการถูกเลือกปฏิบัติ กลุ่มประชากรเฉพาะ กลุ่มชาติพันธุ์ แรงงานข้ามชาติ และผู้มีความหลากหลายทางเพศ เป็นต้น โดยคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของแต่ละพื้นที่ ที่มีการใช้ภาษาถิ่น และภาษาเฉพาะกลุ่มที่แตกต่างกัน

๖. ขอให้ภาครัฐให้ความสำคัญกับการกำกับทิศทางและความถูกต้องของข้อมูลข่าวสารในวิกฤตสุขภาพในสังคม โดยบังคับใช้ระเบียบ ข้อบังคับ หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง อย่างเหมาะสม เป็นธรรม รวดเร็ว และทันต่อสถานการณ์ โดยให้หน่วยงานที่รับผิดชอบ เฝ้าระวัง จัดการกับข่าวลวง ข่าวปลอม และการบิดเบือนข้อเท็จจริงที่สร้างผลกระทบต่อความเชื่อมั่นที่มีต่อการสื่อสารของภาครัฐ และการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของทุกคนในสังคมตลอดจนประชาสัมพันธ์ผลการดำเนินงานและช่องทางรับข้อมูลจากประชาชน ทั้งนี้ ให้คำนึงถึงสิทธิเสรีภาพของประชาชนในการแสดงความคิดเห็นที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปัจจุบัน

๗. ขอให้องค์การวิชาชีพสื่อ ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกากระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) ให้ความสำคัญกับการกำกับดูแลการปฏิบัติหน้าที่ของสื่อ โดยกำหนดแนวปฏิบัติในการปฏิบัติงานสำหรับสื่อในวิกฤตสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งข้อกำหนด ข้อพึงปฏิบัติ ข้อห้ามปฏิบัติ และบทลงโทษที่ชัดเจนเมื่อมีการฝ่าฝืน ตลอดจนกำหนดแนวทางส่งเสริมสนับสนุนสื่อให้ปฏิบัติงานเป็นไปตามหลักจริยธรรมวิชาชีพ และกฎหมายอย่างเคร่งครัด ด้วยความรับผิดชอบต่อส่วนรวม

๘. ขอให้ภาครัฐ ภาคเอกชน สถาบันการศึกษา และองค์การวิชาชีพสื่อ ให้ความสำคัญอย่างจริงจัง ในการเสริมสร้างให้การสื่อสารในสังคมไทยเป็นไปอย่างมีคุณธรรมและจริยธรรม โดยไม่ขัดกับหลักกฎหมายของบ้านเมือง ทั้งการสื่อสารผ่านสื่อเดิม สื่อใหม่ และสื่อบุคคล พร้อมทั้งสร้างการรู้เท่าทันสื่อ ข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยีดิจิทัล (MIDL) ให้แก่ประชาชนโดยถ้วนหน้า ผ่านการศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบ เพื่อให้สามารถเข้าถึง วิเคราะห์ สร้างสรรค์เนื้อหา นำไปใช้ และตรวจสอบข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง และลดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์จากการสื่อสารให้เหลือน้อยที่สุด เพื่อการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง และปลอดภัย ในวิกฤตสุขภาพ

๙. ขอให้ศูนย์อำนวยการสื่อสารในภาวะวิกฤต และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ให้ความสำคัญกับการจัดการความรู้ การประเมินผล เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำไปสู่ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา โดยจัดให้มีการรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะวิกฤต ตลอดจนการสื่อสารในภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งถอดบทเรียนการทำงานอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดระยะเวลาในการประเมินผลให้สอดคล้องกับแผนการจัดการสื่อสารในภาวะวิกฤตระดับชาติ

๑๐. ขอให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และทุกภาคส่วนของสังคมร่วมกันขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในประเด็นนี้อย่างเต็มความสามารถ โดยเป็นไปตามแนวทาง ทิศทาง กระบวนการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเส้นทางเดินของมติฯ

๑๑. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การจัดการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖

เอกสารหลัก

การจัดการการสื่อสาร อย่างมีส่วนร่วม ในวิกฤตสุขภาพ

(Participatory Communication
Management in Health Crisis)

การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ (Participatory Communication Management in Health Crisis)

๑. สถานการณ์วิกฤตสุขภาพ

“วิกฤตสุขภาพ” หมายถึง ภาวะทางสุขภาพในมิติทางกาย จิต สังคม และปัญญาที่ไม่อยู่ในภาวะปกติอาจเกิดจากธรรมชาติหรือไม่ก็ได้ เป็นภาวะที่อยู่ในสถานการณ์อันตรายที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม หรือ สิ่งแวดล้อมโดยรวม ที่ควรต้องมีนโยบายหรือการตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหาภายในเวลาที่จำกัด

นับตั้งแต่โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อุบัติขึ้นในประเทศจีนเมื่อปลายปี ๒๐๑๙ โควิด-19 ได้ระบาดไปทั่วโลก สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ได้ยกให้วิกฤตการณ์นี้เป็นความท้าทายครั้งใหญ่ที่สุดนับตั้งแต่สงครามโลกครั้งที่สองเป็นต้นมา การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมโดยรวม นับเป็นสถานการณ์วิกฤตสุขภาพที่นำไปสู่วิกฤตทางเศรษฐกิจและสังคมครั้งรุนแรงเป็นประวัติการณ์ เพราะการใช้มาตรการควบคุมโรค เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม และการปิดสถานที่ หรือปิดเมืองในประเทศต่างๆ ได้สร้างความเสียหายอย่างหนักต่อธุรกิจหลายภาคส่วน ตั้งแต่ในภาคอุตสาหกรรมท่องเที่ยว อุตสาหกรรมการบิน ภาคการส่งออก อุตสาหกรรมน้ำมัน อุตสาหกรรมบันเทิง งานบริการ ตลอดจนร้านค้าปลีกต่างๆ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 เป็นโรคระบาดใหญ่ที่ก่อให้เกิดวิกฤตสุขภาพครั้งล่าสุด โดยพบผู้ป่วยสะสมทั่วโลกรวมมากกว่า ๑๗๐ ล้านราย จำนวนผู้ป่วยรายวันเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ช่วงกลางเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ จนอยู่ในระดับมากกว่า ๘ แสนรายต่อวัน ซึ่งเกิดจากการระบาดที่เพิ่มมากขึ้นในอินเดีย ผู้เสียชีวิตทั้งหมดมากกว่า ๓.๕ ล้านราย ส่วนในประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อสะสมจากการระบาดในระลอกใหม่ทั้งสิ้น ๑๑๒,๓๕๔ ราย ซึ่งทำให้ประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมด ๑๔๑,๒๑๗ ราย ผู้เสียชีวิตสะสมรวมทั้งสิ้น ๘๒๖ ราย (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๔)

ผลกระทบทางเศรษฐกิจที่ต่อเนื่องและรุนแรงสำหรับคนบางกลุ่ม ส่งผลกระทบด้านสังคมที่จะตามมาอีกหลากหลาย โดยเฉพาะในประชาชนกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็กในครอบครัวยากจนมีความสามารถในการเรียนรู้ออนไลน์น้อยกว่าเด็กฐานะดี ผู้ปกครองก็มีความพร้อมและความสามารถในการเรียนร่วมกับลูกน้อยกว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวในครอบครัวเปราะบางก็เข้าถึงบริการทางการแพทย์ลดลงมากกว่า นอกจากนี้ผู้คนจำเป็นต้องป้องกันตนเองเพื่อให้มีชีวิตรอดด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมงดการดำรงชีวิตที่แตกต่างไปจากวิถีเดิมๆ สถานการณ์ปัญหาที่รุนแรง ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต ซึ่งปัญหาที่ตามมาที่ร้ายแรงที่สุด คือ ปัญหาการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต^๑ เปิดเผยว่า ในปี ๒๕๖๓ พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไต่ระดับขึ้น โดยเมื่อนำใบมรณบัตรที่ระบุสาเหตุการเสียชีวิตเป็นฆ่าตัวตาย พบว่า อยู่ที่ ๗.๓ คนต่อประชากรแสนคน ส่วนภาวะอ่อนล้าทางอารมณ์ หรือภาวะหมดไฟในคนทั่วไปอยู่ที่ร้อยละ ๖ แต่ในกลุ่มเปราะบาง คือ คนที่มีปัญหาสุขภาพจิตอยู่แล้ว คนที่ต้องกักกันตัวและญาติจะอยู่ที่ร้อยละ ๑๙ นอกจากนี้ พบว่า การโทรปรึกษาผ่านสายด่วนสุขภาพจิต ๑๓๒๓ ปัญหาความเครียดส่วนใหญ่เกี่ยวกับโควิด-19 โดยในเดือนมกราคม ๒๕๖๔ เพียงเดือนเดียวมีผู้โทรเข้ามาปรึกษาปัญหามากถึง ๑.๘ แสนคน จากที่ในปี ๒๕๖๓ ทั้งปีมีการโทรปรึกษาอยู่ที่ราว ๗ แสนคน

ปัจจุบันสิ่งที่ดูเหมือนจะเป็นทางออกของการควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 คือ การฉีดวัคซีน^๒ แต่ข้อมูลข่าวสารเรื่องผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นหลังการฉีดก็อาจทำให้ประชาชนบางส่วนยังตัดสินใจไม่ได้ว่าจะฉีดวัคซีนดีหรือไม่ซึ่งกระทบต่อการสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ และกระทบต่อการฟื้นตัวของเศรษฐกิจในภาพรวม นอกจากนี้ปัจจุบันยังไม่มีรายงานที่ชัดเจนว่า ผู้รับวัคซีนจะมีภูมิคุ้มกันยาวนานแค่ไหน และไวรัสจะมีการกลายพันธุ์อยู่ตลอดเวลา วัคซีนที่มีจะสามารถรับมือกับไวรัสได้หรือไม่ เราจึงยังไม่สามารถคาดการณ์ได้แน่ชัดว่าสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 จะสิ้นสุดลงเมื่อใด

๒. แนวทางการจัดการการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพในปัจจุบัน

สถานการณ์วิกฤตโควิด-19 เป็นวิกฤตสุขภาพครั้งสำคัญที่เกือบทุกประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญอยู่ และแต่ละประเทศต่างก็มีนโยบาย หรือแนวทางในการบริหารจัดการวิกฤตดังกล่าวเพื่อจำกัด และลดการแพร่ระบาดของโรคลงให้ได้มากที่สุด ขณะเดียวกันข้อมูลข่าวสารในสังคมที่ประชาชนแสวงหาเพื่อการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และปลอดภัย ตลอดจนข้อมูลสถิติตัวเลขเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อ และผู้เสียชีวิต ข้อมูลด้านการรักษาพยาบาล การฉีดวัคซีน และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง ต่างเป็นข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น และเป็นที่ต้องการของประชาชนทุกภาคส่วน จึงทำให้ภาครัฐ และหน่วยงาน องค์กร เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ต้องมีการสื่อสารไปยังประชาชนในประเทศ เพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารที่สำคัญและจำเป็น

สำหรับแนวทางที่ประเทศไทยใช้ในการจัดการการสื่อสารในสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 ประกอบด้วยมาตรการหลายประการ ดังนี้

(๑) การจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) เป็นหน่วยงานพิเศษเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในวิกฤตสุขภาพครั้งนี้ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นผู้อำนวยการ ประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ

(๑.๑) สำนักงานเลขาธิการ รับผิดชอบโดย รองเลขาธิการนายกรัฐมนตรีฝ่ายการเมือง (นายประทีป กิริติเรขา)

(๑.๒) สำนักงานประสานงานกลาง รับผิดชอบโดย เลขาธิการสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.)

(๑.๓) ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อโควิด-19 รับผิดชอบโดย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(๑.๔) ศูนย์ปฏิบัติการด้านมาตรการป้องกันและช่วยเหลือประชาชน รับผิดชอบโดย ปลัดกระทรวงมหาดไทย

(๑.๕) ศูนย์ปฏิบัติการกระจายหน้ากากและเวชภัณฑ์สำหรับประชาชน รับผิดชอบโดย ปลัดกระทรวงมหาดไทย

(๑.๖) ศูนย์ปฏิบัติการด้านการควบคุมสินค้า รับผิดชอบโดย ปลัดกระทรวงพาณิชย์

(๑.๗) ศูนย์ปฏิบัติการมาตรการเดินทางเข้าออกประเทศและการดูแลคนไทยในต่างประเทศ รับผิดชอบโดย ปลัดกระทรวงการต่างประเทศ

(๑.๘) ศูนย์ปฏิบัติการด้านการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินในส่วนที่เกี่ยวกับการสื่อสารในอินเทอร์เน็ต รับผิดชอบโดย เลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกากระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ

(๑.๙) ศูนย์ปฏิบัติการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินด้านความมั่นคง รับผิดชอบโดย ผู้บัญชาการทหารสูงสุด

(๑.๑๐) ศูนย์ปฏิบัติการด้านข้อมูลมาตรการแก้ไขปัญหาจากโรคติดเชื้อโควิด-19 รับผิดชอบโดย ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

(๑.๑๑) ศูนย์ปฏิบัติการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินด้านคมนาคมและการขนส่งทั่วราชอาณาจักร รับผิดชอบโดย ปลัดกระทรวงคมนาคม

(๑.๑๒) ศูนย์ปฏิบัติการด้านมาตรการให้ความช่วยเหลือเยียวยา รับผิดชอบโดย ปลัดกระทรวงการคลัง

(๑.๑๓) ศูนย์ปฏิบัติการด้านนวัตกรรมทางการแพทย์และการวิจัยและพัฒนา รับผิดชอบโดย ผู้อำนวยการสำนักงานวิจัยแห่งชาติ

(๑.๑๔) คณะที่ปรึกษาด้านธุรกิจเอกชนใน ศบค. รับผิดชอบโดย เลขาธิการสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.)

(๑.๑๕) คณะกรรมการเฉพาะกิจเกี่ยวกับการบริหารจัดการพัสดุสำหรับป้องกัน ควบคุม หรือรักษา รับผิดชอบโดย ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

(๑.๑๖) คณะกรรมการเฉพาะกิจด้านกฎหมาย รับผิดชอบโดย ปลัดกระทรวงยุติธรรม

(๑.๑๗) คณะที่ปรึกษาด้านผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมในศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) รับผิดชอบโดย ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ จรัส สุวรรณเวลา

(๑.๑๘) คณะกรรมการเฉพาะกิจพิจารณาการผ่อนคลายการบังคับใช้มาตรการในการป้องกันและยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) รับผิดชอบโดย เลขาธิการ สำนักงานสภาพความมั่นคงแห่งชาติ (สมช.)

(๑.๑๙) ผู้บัญชาการเหตุการณ์ ณ ท่าอากาศยานที่วราชอาณาจักร รับผิดชอบโดย กองบัญชาการกองทัพอไทย (บก.ทท.) ส่วนท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ/ดอนเมือง และผู้ว่าราชการจังหวัด./ผู้อำนวยการรักษาความมั่นคงภายในจังหวัด (ผอ.รمن.จว.) ส่วนท่าอากาศยานนานาชาติ ท่าอากาศยานในจังหวัดของตน

(๑.๒๐) คณะกรรมการกำกับดูแลด้านผู้ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 รับผิดชอบโดย ปลัดกระทรวงการคลัง ผ่านสื่อสังคมออนไลน์

(๒) การจัดตั้งคณะกรรมการยุทธศาสตร์ด้านการสื่อสาร ให้ทำหน้าที่บริหารจัดการการสื่อสาร และการประชาสัมพันธ์ของภาครัฐ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง ครอบคลุมทุกประเด็น และแก้ปัญหาการบิดเบือนข้อเท็จจริงของข้อมูลข่าวสารที่ปรากฏอยู่ในสังคม

(๓) การจัดให้มีสายด่วน เพื่อตอบคำถาม และชี้แจงข้อมูลที่ประชาชนให้ความสนใจในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับภารกิจของแต่ละหน่วยงาน ได้แก่ สายด่วน ๑๖๖๘ ของกรมการแพทย์ สายด่วน ๑๖๖๙ ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สายด่วน ๑๔๒๒ ของกรมควบคุมโรค สายด่วน ๑๓๓๐ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

(๔) การผลิตและเผยแพร่สื่อในรูปแบบข้อความ คลิป และอินโฟกราฟิก ของหน่วยงานภาครัฐ และการเผยแพร่ส่งต่อสื่อดังกล่าวผ่านสื่อภาคประชาชน และสื่อในระดับชุมชนท้องถิ่น

(๕) การจัดทำเว็บไซต์ และเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของแต่ละหน่วยงาน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

(๖) การสร้างเฟซบุ๊กแฟนเพจ เพื่อสื่อสารข้อมูลรายวันที่ทันต่อสถานการณ์ ของแต่ละจังหวัด โดยความร่วมมือกับสำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)

(๗) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารของสำนักงานสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ข้อมูลแก่ประชาชน และชี้แจงในประเด็นเร่งด่วน และประเด็นที่ยังสับสนเพื่อสร้างความเข้าใจให้กับประชาชน

(๘) การดำเนินการตามข้อสั่งการของนายกรัฐมนตรี ในมติที่ประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๖๒ ที่ให้กระทรวงมหาดไทยเป็นหน่วยงานหลักในการประสานงานและเร่งรัดการดำเนินการสร้างการรับรู้ให้ประชาชนในท้องถิ่น โดยให้แต่ละกระทรวงส่งเนื้อหาข้อมูลการดำเนินนโยบายสำคัญของรัฐบาลให้กระทรวงมหาดไทย และผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด เพื่อทำความเข้าใจและนำไปถ่ายทอดหรือเผยแพร่ให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน และประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ให้ถูกต้อง รวดเร็ว และทั่วถึง โดยพิจารณาใช้ช่องทางการเผยแพร่ที่หลากหลาย และเหมาะสม ตามแต่ละกรณี และกระทรวงมหาดไทยได้แจ้งให้แต่ละจังหวัดแต่งตั้งคณะทำงานบริหารจัดการข้อมูลข่าวสาร เพื่อสร้างการรับรู้ระดับจังหวัด หรือทีมแอดมิน (Admin) จังหวัด และระดับอำเภอ/ท้องถิ่น หรือทีมแอดมิน (Admin) อำเภอ/ท้องถิ่น และให้กำชับและติดตามผลการดำเนินการการสร้างการรับรู้สู่ชุมชน ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ ท้องที่ และท้องถิ่น ตามที่กำหนด (หนังสือจากกระทรวงมหาดไทย ลงนามโดยปลัดกระทรวงมหาดไทย ลงวันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๓)

(๙) การจัดตั้งศูนย์ข้อมูลโควิด-19 ดำเนินการโดยกรมประชาสัมพันธ์ ซึ่งมีผู้ติดตาม ณ วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔ จำนวน ๑,๑๙๓,๒๓๕ คน เป็นการให้ข้อมูล สถิติ สถานการณ์รายวัน และข้อควรปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุข

(๑๐) การให้ข้อเสนอแนะ โดยสภาการสื่อมวลชนแห่งชาติเพื่อเป็นแนวปฏิบัติของสื่อที่เกี่ยวข้องกับ การนำเสนอข่าวผ่านสื่อ เรื่องวัคซีน โดยเฉพาะผลข้างเคียงต่อผู้รับกาฉีด ที่มีการวิพากษ์วิจารณ์ว่า มีการนำเสนอข่าวในเชิงผลกระทบ

ด้านลบของการฉีดวัคซีนอย่างไม่ระมัดระวัง และเกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนต่ออัตราส่วนการเกิดผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนในภาพรวม จนทำให้ประชาชนเกิดความเข้าใจผิด กระทั่งนำไปสู่ความหวาดกลัวของประชาชนในการตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีน ซึ่งอาจทำให้สถานการณ์การแพร่ระบาดส่งผลเสียหายต่อประเทศในระยะยาวได้

สภาการสื่อมวลชนแห่งชาติ โดยคณะกรรมการจริยธรรม ได้นำข้อเสนอแนะของคณะกรรมการสภาการสื่อมวลชนแห่งชาติ ครั้งที่ ๓/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔ มาพิจารณา เพื่อออกข้อเสนอแนะต่อองค์กรสื่อมวลชนในการนำเสนอข่าวการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ดังต่อไปนี้

(๑๐.๑) สื่อมวลชนควรต้องนำเสนอข้อเท็จจริงเรื่องผลกระทบของวัคซีนอย่างรอบด้าน ไม่ใส่ความรู้สึกหรือความคิดเห็นลงในข่าว โดยไม่ละเลยการนำเสนอผลกระทบต่อประชาชน แต่ระมัดระวังการนำเสนอข่าวและภาพข่าวที่ทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญของข่าว

(๑๐.๒) สื่อมวลชนต้องนำเสนอข่าวและภาพข่าวที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบจากการฉีดวัคซีนตามข้อเท็จจริง โดยย้ำถึงข้อมูลภาพรวมที่เกิดขึ้นกับประชาชนอย่างรอบด้าน โดยเฉพาะในเชิงสัดส่วนของผู้ได้รับการฉีดทั้งหมดในประเทศไทย หรือ ต่างประเทศ เพื่อไม่ทำให้ประชาชนเกิดความหวาดกลัวจนเกินกว่าเหตุ

(๑๐.๓) สื่อมวลชนต้องระมัดระวังการพาดหัวข่าวที่เร้าอารมณ์เพื่อเรียกความสนใจ แต่ไม่ตรงกับเนื้อหาข่าวจนทำให้เกิดความเข้าใจผิด แต่ควรใช้ถ้อยคำที่รัดกุม รอบคอบและสะท้อนสาระสำคัญของข่าว

(๑๐.๔) สื่อมวลชนต้องนำเสนอข่าว โดยระบุวัน เวลา และสถานที่ให้ชัดเจน เพื่อป้องกันความเข้าใจผิดจากข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงไปจากปัจจุบัน โดยเฉพาะการนำเสนอผ่านรูปแบบของอินโฟกราฟิก

(๑๐.๕) สื่อมวลชนต้องนำเสนอข่าวและภาพข่าวด้วยความถูกต้องมากกว่าความเร็ว และเมื่อพบความผิดพลาดเกิดขึ้นต้องแก้ไขทันทีในทุกช่องทางที่ได้นำเสนอไปแล้ว

(๑๐.๖) สื่อมวลชนพึงนำเสนอข่าว โดยการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจนและรอบด้าน แต่ต้องระวังการใช้ภาษาทางการแพทย์ที่เป็นภาษาในเชิงเทคนิคมากเกินไปจนอาจทำให้ประชาชนสับสน โดยต้องนำเสนอข่าวโดยเน้นภาษาที่ง่าย ชัดเจนและไม่คลุมเครือ

นอกจากนี้ ในการนำเสนอข่าวและภาพข่าวเกี่ยวกับสถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด-19 ในภาพรวมนั้น สื่อมวลชนยังต้องยึดมั่นในแนวทางการปฏิบัติงานของสื่อมวลชนในภาวะวิกฤต ที่องค์วิชาชีพสื่อมวลชนและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันจัดทำขึ้นก่อนหน้านี้อีกด้วย

(๑๑) การสื่อสารของบุคคลและกลุ่มบุคคลในพื้นที่ชุมชน เช่น บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน หรือแกนนำในพื้นที่ที่มีศักยภาพในการสื่อสารและใกล้ชิดกับชุมชน ซึ่งมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย และด้านสาธารณสุขอื่นๆ โดยในช่วงสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 อสม. มีบทบาทอย่างมากในการยับยั้งการแพร่ระบาดในแต่ละพื้นที่ รวมทั้งการช่วยเหลือประชาชนให้เข้าถึงการบริการสาธารณสุข

๓. ปัญหา และผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์จากการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพ

เมื่อพิจารณาถึงผลกระทบที่เกิดจากวิกฤตการสื่อสาร จะพบว่า การสื่อสารในสังคมในช่วงภาวะวิกฤต ถือเป็นภาพสะท้อนคุณภาพของสภาวะทางจิตของประชาชน ซึ่งคุณภาพของสภาวะทางจิตที่แตกต่างกัน นำไปสู่การส่งข้อมูลข่าวสารที่แตกต่างกัน โดยสภาวะทางจิตมี ๓ รูปแบบ คือ (๑) สภาวะที่เกิดความตระหนก เป็นสภาวะที่สามารถรับข่าวสารและเผยแพร่ได้ง่าย เนื่องจากยังไม่เข้าใจโรคอย่างแท้จริง (๒) สภาวะการเรียนรู้ มีพฤติกรรมป้องกันตนเองมากกว่าความกลัว สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ และเรียนรู้ที่จะป้องกันตนเองอย่างเคร่งครัด รวมถึงส่งข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงมากขึ้น และ (๓) สภาวะการพัฒนา คือ ภาวะที่เริ่มเข้าใจว่า ภายใต้ภาวะวิกฤตโรคระบาด ทุกคนจะต้องรอดพ้นจากวิกฤตไปด้วยกัน โดยมีความคิดที่จะช่วยเหลือผู้อื่นมากขึ้น สื่อสังคมออนไลน์เป็นสื่อที่ประชาชนให้ความสำคัญ และรู้สึกไว้วางใจ หากเกิดการสื่อสารที่สร้างความตระหนักให้แก่ผู้รับสาร จะทำให้พัฒนาการด้านกาเรียนรู้ของบุคคลดังกล่าวข้างล แต่หากสื่อสารด้วยความเข้าใจ สร้างแรงบันดาลใจ ก็จะช่วยทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ ส่งผลให้ประชาชนสามารถเลือกรับข้อมูลข่าวสารที่

ถูกต้อง เหมาะสม และน่าเชื่อถือ ซึ่งจะช่วยลดความตื่นตระหนกลงไปได้”

การสื่อสารในปัจจุบัน นอกจากจะมีการสื่อสารผ่านสื่อเดิม (Traditional Media) ซึ่งได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุกระจายเสียง หรือสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ แล้ว ผู้คนยังสามารถติดต่อสื่อสารกันได้อย่างกว้างขวาง และรวดเร็ว ผ่านสื่อใหม่ (New Media) บนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ซึ่งผู้ที่มีเครื่องมือในการสื่อสาร เช่น โทรศัพท์เคลื่อนที่ คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต ต่างสามารถเป็นผู้ผลิตข้อมูลข่าวสาร เพื่อส่งไปยังผู้รับสารเป้าหมายได้อย่างง่ายดาย ทั้งแบบตัวต่อตัว (Interpersonal Communication) และสื่อสารกันเป็นกลุ่มผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media)

เมื่อเกิดวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ จากหลายภาคส่วน ผ่านสื่อในทุกรูปแบบ ซึ่งพบว่ามีข่าวลวง ข่าวปลอมปรากฏขึ้นเป็นจำนวนมาก โดยศูนย์ต่อต้านข่าวปลอมกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (๒๕๖๔) ได้สรุปข้อมูลจากการแจ้งเบาะแส และการใช้สื่อสังคมออนไลน์ พบว่าระหว่างวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๓ - ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๔ จำนวนข้อความที่มีการคัดกรองทั้งหมด ๗๓,๘๓๓,๑๙๒ ข้อความ เป็นข้อความที่เข้าหลักเกณฑ์ดำเนินการตรวจสอบ จำนวน ๖,๗๙๑ ข้อความ โดยข้อมูลอันดับที่ ๑ คือหมวดสุขภาพ จำนวน ๒,๒๔๒ เรื่อง คิดเป็นร้อยละ ๖๖ หมวดนโยบายรัฐ พบจำนวน ๑๒๔ เรื่อง คิดเป็นร้อยละ ๓๐ และหมวดเศรษฐกิจ จำนวน ๑๒๔ เรื่อง คิดเป็นร้อยละ ๔ ตามลำดับ และที่ดำเนินการเผยแพร่ทั้งหมด ๕๐๓ เรื่อง แบ่งเป็นข่าวปลอม ๔๐๑ เรื่อง ข่าวจริง ๔๘ เรื่อง ข่าวบิดเบือน ๕๔ เรื่อง จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก พบว่า ในภาพรวมประชาชนมีการเข้าถึงโพสต์ต่างๆ ของศูนย์ต่อต้านข่าวปลอม จำนวน ๑๖,๓๗๙,๕๐๐ Reach และพบการมีส่วนร่วม จำนวน ๑,๒๔๓,๖๔๙ Engagement (ข้อมูลตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ ถึงวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๔) นอกจากนี้ ยังได้รับความสนใจจากสื่อหลักนำข้อมูลไปนำเสนอผ่านช่องทางสื่อโทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ และสื่อออนไลน์ต่าง ๆ ด้วย

ข่าวลวง ข่าวปลอม หรือ Fake news เดิมมีการให้นิยามไว้หลากหลายความหมาย แต่จากคณะกรรมการยุโรป และในบริบทการเมืองของสหรัฐอเมริกา สามารถสรุปได้ว่า “ข่าวลวง” หมายถึงข่าวที่มีเนื้อหาอันไม่เป็นข้อเท็จจริง หลอกหลวง หรือข่าวสร้างสถานการณ์ รวมถึงการเขียนข่าวที่ได้รับการสนับสนุนอย่างปิดบังหรือแอบแฝง ซึ่งนำเสนอในสื่อสังคมและแพลตฟอร์มออนไลน์อื่น ๆ จากรายงานของ LSE Media Policy Project ที่ทำขึ้นโดย Tambini ในปี ๒๐๑๗ สามารถจำแนกประเภทของ Fake News ได้ ๖ กลุ่ม ตามลักษณะการนำเสนอเนื้อหาหรือคอนเทนต์ ดังนี้ (๑) Fabricated Content หมายถึง ข่าวปลอมที่เป็นข้อมูลเท็จทั้งหมด หวังให้ประชาชนเข้าใจผิด (๒) Manipulated Content หมายถึง ข่าวบิดเบือน แม้จะมีข้อมูลหรือภาพจริง และมักพาดหัวข่าวดึงดูความสนใจ (๓) Imposter Content หมายถึง ข่าวแอบอ้าง มีแหล่งข่าวและภาพบุคคลจริงมาอ้างอิงเพื่อความน่าเชื่อถือ มักทำให้เกิดความเข้าใจผิดได้ง่าย (๔) Misleading Content หมายถึง ข่าวที่นำเสนอข้อมูลชี้นำเพื่อโจมตีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง พบบ่อยในข่าวการเมือง (๕) False context of connection หมายถึง ข่าวที่ใช้ภาพหรือพาดหัวไม่ตรงกับเนื้อหาที่ถูกต้อง เช่น ใช้รูปเหตุการณ์ในอดีต มาสร้างความแตกตื่น (๖) Satire and Parody หมายถึง เนื้อหาเสียดสี ล้อเลียน ถือเป็นข่าวปลอมที่เป็นภัยน้อยที่สุด จากสถานการณ์ปัจจุบันที่ผู้บริโภครับข้อมูลข่าวสารทางออนไลน์มากขึ้น ทำให้มีการพัฒนาการเขียนข่าวลวงที่คนทั่วไปไม่สามารถรู้เท่าทัน แยกแยะ หรือลั่นกรองได้ดีพอ ทำให้ต้องมีวิธีรับมือ และสร้างการรู้เท่าทันให้เกิดขึ้นในหมู่ประชาชนทั่วไป

สถานการณ์วิกฤตสุขภาพที่ดำเนินมาอย่างต่อเนื่อง และยังไม่มีความมั่นใจว่าจะยุติลงในเวลาอันใกล้ ทำให้ประชาชนเริ่มมีสภาวะเสียแรงจูงใจ (Demotivation) จากการที่ต้องปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุขเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคตามที่รัฐกำหนดอย่างเข้มงวด (Pandemic fatigue) และการได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม จึงส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และการรับรู้ของประชาชน โดยเฉพาะการรับรู้ทางการเมืองที่ทำให้ขาดความเชื่อมั่นและความไว้วางใจต่อภาครัฐ จึงรับรู้ถึงความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมของตนเอง มากกว่าการตระหนักถึงความเสี่ยงของโรคที่ตนเองเผชิญอยู่

นอกจากนี้ ด้วยสถานการณ์ทางการเมืองภายในประเทศที่มีปัญหาความขัดแย้งเรื้อรังมายาวนาน ประกอบกับเกิดความขัดแย้งทางการเมืองระหว่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นเรื่องแหล่งกำเนิด และสาเหตุของภาวะระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ตลอดจนประเด็นเรื่องประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของวัคซีนจากผู้ผลิตแต่ละรายในประเทศมหาอำนาจ ปรากฏการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ความขัดแย้งทางความคิดและความเชื่อของประชาชนในประเทศเกิดขึ้นเป็นวงกว้าง อันเป็น

อุปสรรคสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นต่อภาครัฐในการบริหารจัดการวิกฤตสุขภาพ ท่ามกลางสถานการณ์การเมืองที่อ่อนไหว และมีความซับซ้อน ดังนั้น ในการบริหารจัดการการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งต้องมีกระบวนการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจ และขอความร่วมมือจากประชาชน จึงเป็นไปอย่างไม่ราบรื่น และก่อให้เกิดปัญหาความเข้าใจที่ไม่ตรงกันในทุกระดับ

๔. การจัดการการสื่อสารในภาวะวิกฤต

การจัดการการสื่อสารในภาวะวิกฤต เป็นกระบวนการที่มีแนวคิดที่เกี่ยวข้องหลายประการ เพื่อที่จะทำให้การสื่อสารในวิกฤตสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน อันจะนำไปสู่การก้าวข้ามวิกฤตสุขภาพไปได้โดยเร็ว โดยมีหลักคิดที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

(๑) การบริหารจัดการภาวะวิกฤต ในภาวะวิกฤตจำเป็นต้องมียุทธศาสตร์หลักในการบริหารจัดการ อย่างมีธรรมาภิบาล (Good Governance) โดยในการจัดการการสื่อสารควรมีศูนย์บัญชาการการสื่อสารจากจุดเดียว (Single Command) เพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพในการปฏิบัติงานในทุกระดับ ยุทธศาสตร์ดังกล่าวต้องกำหนดแนวทางให้แผนการปฏิบัติงานด้านต่างๆ ในแต่ละระดับ แต่ละหน่วยงาน และแต่ละพื้นที่ มีทิศทางเป็นไปในแนวทางเดียวกันอย่างเป็นเอกภาพ โดย Single command ีหมายถึง การระดมสรรพทรัพยากรในมือ ทั้งที่เป็นทรัพยากรรูปธรรมและนามธรรม เข้ามาร่วมกันทำงาน เพื่อเป้าหมาย คือความสำเร็จในภารกิจ สิ่งที่ต้องเป็นเอกภาพอย่างยิ่ง คือ ภารกิจ ไม่ใช่ผู้บัญชาการหรือผู้นำในการปฏิบัติการ ในวิกฤตขนาดใหญ่ระดับประเทศ ไม่มีหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งมีความพร้อมสมบูรณ์ที่จะจัดการทุกเรื่องได้ การแก้ไขปัญหาต่างๆ จะต้องใช้การบูรณาการจากทุกภาคส่วน ด้วยระบบการบูรณาการข้อมูล (Big data) ดังนั้นเพื่อไม่ให้เกิดความสับสน จึงต้องมีการมอบหมายแต่งตั้ง ผู้บัญชาการเหตุการณ์ หนึ่งคนเป็นผู้รับผิดชอบสั่งการทุกส่วนที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ ตามแนวทางที่เรียกว่า “Single Command” ไม่ว่าเจ้าหน้าที่ อุปกรณ์ ยานพาหนะ อาคารสถานที่ จะมาจากสังกัดไหน แต่หากเกี่ยวข้องกับการคลี่คลายสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้น ทุกคน ทุกสิ่ง ทุกระบบ จะต้องรับฟังคำสั่งของผู้บัญชาการเหตุการณ์เท่านั้น เพื่อความรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ลดความซ้ำซ้อนยุ่งยากในสายการบังคับบัญชา และที่สำคัญ คือ สร้างการบูรณาการในการทำงานให้เกิดขึ้น” รวมทั้งสื่อสารข้อมูลข่าวสารสู่ประชาชนอย่างเป็นเอกภาพ (Single Message)

(๒) การสื่อสารในภาวะวิกฤต (Crisis Communication) ในภาวะวิกฤตจำเป็นต้องมีการจัดการการสื่อสาร ซึ่งทุกฝ่ายในสังคมจะต้องมีส่วนร่วมเพื่อให้วิกฤตผ่านพ้นไปโดยเร็วที่สุดเนื่องจากหากไม่สื่อสารให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน และไม่สามารถต้านทานกระแสข่าวลวง ข่าวปลอมในสังคมได้ ข้อมูลเหล่านั้นอาจส่งผลให้เกิดความไม่มั่นคงในสังคม (Social Destabilization) ึ่ทำให้ประชาชนสับสน ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เกิดเป็นคำถาม และไม่เชื่อมั่นต่อข้อมูลข่าวสารจากภาครัฐ ขณะเดียวกันด้านผู้กำหนดนโยบาย ก็ต้องการข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อจัดทำนโยบาย และมาตรการต่าง ๆ ในการบริหารจัดการวิกฤตสุขภาพให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การจัดการการสื่อสารในภาวะวิกฤต จึงจำเป็นต้องมีการจัดการอย่างเป็นระบบ ทั้งการสื่อสารภายในหน่วยงานภาครัฐ และการสื่อสารภายนอกจากหน่วยงานภาครัฐสู่ภาคส่วนต่าง ๆ รวมทั้งการจัดการข้อมูลข่าวสารที่สะท้อนความต้องการ และความคิดเห็นของประชาชน ซึ่งการสื่อสารดังกล่าวต้องดำเนินการผ่านช่องทางที่เหมาะสมกับช่วงเวลาและกลุ่มเป้าหมาย ทันต่อเหตุการณ์ และมีความถูกต้อง (Accuracy) ครบถ้วน และรอบด้าน บนพื้นฐานของความรับผิดชอบ (Responsibility) ต่อตนเองและผู้อื่น ตลอดจนภาระรับผิดชอบ (Accountability) ต่อตำแหน่งหน้าที่ของแต่ละบุคคล โดยทั่วไปแล้ว การสื่อสารในภาวะวิกฤต แบ่งออกเป็น ๓ ระยะ^{๖๖} คือ **ระยะที่ ๑ ระยะก่อนเกิดวิกฤต (Pre-Crisis)** ที่สามารถรับรู้ได้ถึงสัญญาณของการเกิดวิกฤต และหาวิธีในการป้องกันเพื่อใหวิกฤตนั้นๆ ไม่ขยายวงกว้างออกไป ขั้นตอนการดำเนินการในระยะก่อนเกิดวิกฤต ประกอบด้วย (๑) คาดการณ์ถึงสถานการณ์การสื่อสารที่จะเกิดขึ้น (๒) ตั้งทีมงานด้านการสื่อสารในภาวะวิกฤต (๓) เลือกตัวแทนในการแถลงข่าวที่มีประสบการณ์ และฝึกฝนให้ชำนาญ (๔) ตั้งระบบตรวจสอบกระบวนการสื่อสาร และรับเรื่องร้องเรียน (๕) ระบุผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด รวมถึงการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกกลุ่ม และ (๖) เตรียมข้อมูล และข้อความในการสื่อสาร

ระยะที่ ๒ ระยะเกิดวิกฤต (Crisis) หรือช่วงที่รับรู้แล้วว่าวิกฤตนั้นเกิดขึ้นแล้ว และจะอย่างไรเพื่อหยุดวิกฤตเหล่านั้นให้ได้โดยเร็วที่สุด การสื่อสารในระยะเกิดวิกฤตประกอบด้วย (๑) สื่อสารให้เกิดความเชื่อมั่น และรับมือด้วยความเข้าใจ (๒) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงและการรับมือ ผ่านคู่มือและแนวปฏิบัติต่าง ๆ ที่เข้าใจง่าย และมีข้อความสำคัญ หรือ Key messages ที่ควรจะต้องสื่อสารให้ครบถ้วน และ (๓) ศึกษา รับฟังเสียงตอบรับ และแก้ไขข้อมูลที่ผิดพลาดอย่างรวดเร็วและเหมาะสม

ข้อมูลจากผลการศึกษาวิจัยเรื่อง ‘คุณค่าข่าวในภาวะวิกฤตทางสังคม’^{๑๖} พบว่า คุณลักษณะของข้อมูลหรือเรื่องราวในวิกฤตการณ์ทางสังคม ๓ อันดับแรกที่สื่อมวลชนควรรายงานตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ สื่อมวลชน และประชาชน จากกรณีใช้หัตถ์นกระบาดเมื่อปี ๒๕๕๖ ได้แก่ (๑) องค์ความรู้เกี่ยวกับโรค เช่น อาการของโรค พาหะ ปัจจัยที่ทำให้เกิดการระบาด และการควบคุมการระบาด (๒) ความเสี่ยง เช่น ระบบเฝ้าระวังการกลายพันธุ์ ความพร้อมของระบบการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศ และ (๓) การแก้ไขปัญหาของภาครัฐ เช่น นโยบายและแนวทางในการจัดการปัญหาเพื่อช่วยให้สังคมทำความเข้าใจกับปัญหาที่ซับซ้อนและไม่เคยพบมาก่อน และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

ระยะที่ ๓ ระยะหลังเกิดวิกฤต (Post-Crisis) เป็นระยะที่ต้องมีการฟื้นฟู เยียวยา รวมถึงป้องกันไม่ให้เกิดวิกฤตขึ้นอีกในครั้งต่อไป ขั้นตอนในการดำเนินการเกี่ยวกับการสื่อสาร ประกอบด้วย (๑) ประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด (๒) ตรวจสอบข้อความหลัก (Key message) และปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์และความต้องการของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป และ (๓) วิเคราะห์เหตุการณ์หลังจากสิ้นสุดวิกฤต ซึ่งวิกฤตสุขภาพใดที่มีผลกระทบรุนแรงต่อเนื่อง และยาวนานกว่าวิกฤตทั่ว ๆ ไป จำเป็นต้องมีกรอบเตรียม และปรับเปลี่ยนการทำงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์อยู่เป็นระยะ ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนการจัดการการสื่อสารให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าว

(๓) แนวทางจัดการการสื่อสารในระดับนานาชาติ จากการประชุมด้านสุขภาพโลก^{๑๗} ในเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๓ ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ได้ผ่านมติที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก WHA73.1 เกี่ยวกับการรับมือกับโรคโควิด-19 โดยผลการลงมติ ได้ชี้ให้เห็นว่า การจัดการกับการไหลบ่าของข้อมูลข่าวสาร เป็นส่วนสำคัญในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยมีการเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกจะต้องจัดเตรียมข้อมูลข่าวสารที่เชื่อถือได้ กำหนดมาตรการในการรับมือกับข้อมูลที่ผิด และข้อมูลที่ถูกบิดเบือน และใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัลในการรับมือดังกล่าว

ผลการลงมติ ยังเรียกร้องให้องค์กรนานาชาติจัดการปัญหาข้อมูลที่ผิด และข้อมูลที่ถูกบิดเบือนในโลกดิจิทัล ป้องกันการกระทำบนโลกออนไลน์ที่เป็นอันตรายซึ่งบ่อนทำลายการรับมือกับโรค ตลอดจนเผยแพร่ข้อมูลที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์สู่สาธารณชน

นอกจากนี้ จากผลการสำรวจความเห็นประชาชน และบทเรียนจากประเทศที่สามารถรับมือกับการแพร่ระบาด จนมีจำนวนผู้ติดเชื้อไม่มากนัก ต่างเสนอว่าในภาวะเช่นนี้ สิ่งที่ต้องมี คือการสื่อสารที่ทันเหตุการณ์และเป็นเอกภาพ ด้วยข้อเท็จจริงที่ถูกต้อง เป็นวิทยาศาสตร์ ตรงไปตรงมา หนักแน่น และชัดเจน ผ่านการแสดงความเห็นผู้นำที่ฟังพาได้และการพินิจพิจารณาข้อหยาบรอบคอบและสมเหตุสมผล เพื่อให้ประชาชนทราบว่าต้องทำอะไร จึงจะลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อได้อย่างทันท่วงที และให้ประชาชนเชื่อมั่นว่ารัฐสามารถจัดการกับภัยที่คุกคามชีวิตของเขาได้จริง รวมทั้งป้องกันไม่ให้ประชาชนต้องเสาะหาแนวทางการดูแลรักษาสุขภาพตนเองเพื่อให้รอดชีวิตจากวิกฤตสุขภาพ จนนำไปสู่ความสับสนของประชาชน และความขัดแย้งของข้อมูลในวงกว้าง ดังนั้นการจัดการการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านความเหมาะสมของช่วงเวลา (Timing) ความโปร่งใสตรวจสอบได้ (Transparency) และที่สำคัญคือ ความเชื่อมั่น (Trust) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการบริหารจัดการภาวะวิกฤตโควิด-19 ของนานาประเทศ ที่ยกระดับนโยบายด้านการสื่อสารสาธารณะ (Public Communication) เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้น ด้วยหลักการบริหารงานที่มีความโปร่งใสและเปิดเผยได้^{๑๘}

(๔) การวิเคราะห์ผู้รับสาร (Audience Analysis) ในภาวะวิกฤต ผู้รับสาร คือ ประชาชนทุกคนในสังคมซึ่งประกอบไปด้วยคนเป็นจำนวนมาก จึงต้องมีกระบวนการในการจำแนกผู้รับสารออกเป็นกลุ่มต่าง ๆ ตามลักษณะทางประชากรศาสตร์ (Demographic Characteristics) ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ศาสนา

เป็นต้น ซึ่งคุณสมบัติเหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีผลต่อการรับรู้ การตีความ และการเข้าใจในการสื่อสารทั้งสิ้น^{๑๙} ดังนั้นในการจัดการการสื่อสารในภาวะวิกฤต ภาครัฐ หรือผู้ส่งสารจำเป็นต้องให้ความสำคัญต่อความแตกต่างหลากหลายในมิติต่างๆ ของกลุ่มผู้รับสารเป้าหมาย ผู้ส่งสารจึงจะสามารถเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารไปยังกลุ่มเป้าหมายได้อย่างถูกต้อง ตรงกับความต้องการ ความสนใจ และวิถีในการใช้สื่อ ของกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว นอกจากนี้ ยังต้องคำนึงถึงการสื่อสารสองทาง (Two-way communication) ซึ่งโดยปกติแล้วการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ผู้ส่งสารจะต้องให้ความสนใจต่อการตอบสนอง และการมีปฏิกริยาตอบกลับของผู้รับสารด้วย เนื่องจากการสื่อสารสองทางเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะวิกฤต จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงการเปิดพื้นที่เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และใช้ประโยชน์จากปฏิกริยาของทุกฝ่าย รวมถึงการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบข้อมูลที่ผิด และข้อมูลที่ถูกต้องบิดเบือน เพื่อนำมาปรับใช้ให้การจัดการการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน ให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มให้ได้มากที่สุด

(๕) เสรีภาพการแสดงออก (Freedom of Expression) หรือเสรีภาพในการพูด (Freedom of Speech) เสรีภาพทั้งสองเป็นสิทธิมนุษยชนตามกฎหมายและมาตรฐานสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ ซึ่งเป็นสิทธิที่เราสามารถที่จะแสดงออกหรือสื่อสารความรู้สึกนึกคิดหรือความเห็น ทั้งด้วยการพูด การแสดงท่าทาง หรือการสื่อสารด้วยตัวหนังสือ ไม่ว่าจะบนหน้ากระดาษหรือในโลกออนไลน์ ตลอดจนในรูปแบบอื่นๆ เช่น เสียงเพลง ภาพถ่าย ภาพกราฟิกหรือภาพเคลื่อนไหว ฯลฯ นอกจากนี้ยังรวมถึงสิทธิในการค้นคว้า หา เข้าถึงหรือได้รับข้อมูล ความรู้สึกนึกคิด ความเห็นที่มีการสื่อสารและเผยแพร่ด้วย

ในระดับปัจเจกบุคคล เสรีภาพในการพูดและการแสดงออกทำให้แต่ละคนสามารถแสดงตัวตน แม้จะแตกต่างจากคนอื่น หรือไม่สอดคล้องกับปทัสถานของสังคมนั้น ไม่ว่าจะผ่านการแต่งตัว การระบุสถานภาพบนเฟซบุ๊ก หรือการแสดงออกในรูปแบบอื่นๆ ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อเผชิญความไม่เป็นธรรมและกระบวนการยุติธรรมในประเทศไม่สามารถนำผู้กระทำผิดมารับผิดชอบได้ เสรีภาพการแสดงออกที่จะโพสต์เรื่องราวนั้นลงสื่อสังคมออนไลน์เพื่อเรียกร้องความเป็นธรรมย่อมเป็นสิ่งจำเป็นและควรได้รับความคุ้มครอง

เช่นเดียวกัน ในระดับชุมชนหรือสังคมระดับประเทศ เสรีภาพในการแสดงออกคือเครื่องมือสำคัญที่คนในชุมชนใช้ในการสื่อสารกับรัฐเพื่อสะท้อนปัญหาต่างๆ เพื่อให้เกิดการปรับปรุง หรือป้องกันมิให้เกิดเหตุซ้ำ นอกจากนี้ เสรีภาพการแสดงออกยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ผลักดันให้โลกเกิดการพัฒนาในทุกมิติ ทั้งในทางวิชาการและผลประโยชน์สาธารณะโดยทั่วไป เพราะการที่มีคนหลายฝ่ายนำความคิดหรือข้อเสนอที่แตกต่างกันมาอภิปรายอย่างเสรีและกว้างขวางย่อมชี้นำไปสู่ทางเลือกในการแก้ปัญหาหรือการพัฒนาที่กว้างไกลและมีประสิทธิภาพมากกว่า^{๒๐} ทั้งนี้ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ต้องอยู่บนพื้นฐานกฎหมาย จริยธรรม และความรับผิดชอบ โดยไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคล และรักษาความสงบสุขของสังคมโดยรวม

(๖) การรู้เท่าทันสื่อ ข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยีดิจิทัล (Media, Information and Digital Literacy: MIDL) การที่ผู้คนจะสามารถใช้สื่อได้อย่างปลอดภัย และไม่ได้รับผลกระทบทางลบจากการสื่อสารที่เกิดขึ้น จำเป็นจะต้องรู้เท่าทันสื่อ ข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งเป็นสมรรถนะการสื่อสารด้วยความสามารถในการเข้าถึง วิเคราะห์ ประเมิน และสื่อสารข้อมูลต่าง ๆ ที่มาในรูปแบบที่หลากหลาย รวมถึงการมีความเข้าใจผลกระทบของข้อมูลข่าวสารที่มีต่อสังคม ตระหนักถึงความสำคัญ และรับผิดชอบต่อข้อมูลข่าวสาร ทั้งนี้ การรู้เท่าทันดังกล่าวยังเป็นกระบวนการสร้างสรรค์สังคม เพื่อให้พลเมืองมีทักษะในการตั้งคำถาม วิพากษ์ วิจรณ์ สื่อสารอย่างสร้างสรรค์ และพลเมืองจะสามารถเปลี่ยนรูปแบบความสัมพันธ์จากผู้ถูกกระทำ (Passive) ในฐานะผู้รับสื่อ มาเป็นผู้กระทำ (Active) ที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ และรู้เท่าทันการใช้สื่อ ข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยีดิจิทัล ได้เป็นอย่างดี^{๒๑} ที่สำคัญ สมรรถนะนี้จะทำให้ผู้คนสามารถรับมือกับข่าวลวงข่าวปลอม ได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม การที่ประชาชนจะสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ จำเป็นต้องมีโครงสร้างพื้นฐานที่เป็นเครือข่ายรองรับเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัยอย่างทั่วถึง เพื่อรองรับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของประชาชนโดยเสมอภาค

จากสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 ที่ประเทศไทยกำลังเผชิญอยู่ในขณะนี้ ก่อให้เกิดผลกระทบในวงกว้างทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ สุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทั้งยังพบความเห็นและความเชื่อที่แตกต่างหลากหลายในทุกระดับ ก่อให้เกิดข่าวลวง ข่าวปลอม การบิดเบือนข้อเท็จจริง และมีกระแสแห่งความไม่เชื่อมั่นต่อภาครัฐเกิดขึ้นในประชาชนหลายกลุ่ม ส่งผลให้การสร้างความเข้าใจร่วมกัน และการขอความร่วมมือจากประชาชนในการปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุข เป็นไปอย่างไม่ราบรื่น ขาดเอกภาพเกิดความสับสน และอาจเป็นอุปสรรคสำคัญในการบรรลุเป้าหมายด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นเป้าหมายลำดับแรกในการแก้ปัญหาวิกฤตสุขภาพ

ดังนั้น ในสถานการณ์วิกฤตสุขภาพ จึงจำเป็นต้องมียุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ และมีแผนการจัดการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในภาวะวิกฤตรองรับ โดยมีศูนย์บัญชาการด้านการสื่อสารจากจุดเดียวอย่างเป็นเอกภาพ และสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการในทุกระดับ ด้วยการมีศูนย์กลางการตรวจสอบข้อมูลอย่างเป็นทางการ เพื่อการสื่อสารจากทุกระดับ ก่อนเผยแพร่ไปสู่ประชาชน ด้วยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน บนความรับผิดชอบ (Responsibility) ต่อตนเองและสังคมและภาระรับผิดชอบ (Accountability) ต่อตำแหน่งหน้าที่ของแต่ละบุคคลซึ่งประชาชนทุกกลุ่มในสังคมสามารถให้ข้อมูล ร่วมตรวจสอบ และทำหน้าที่สื่อสารออกไปในเวลาเดียวกัน ด้วยข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงกัน และเป็นเอกภาพ (Single Message) พร้อมทั้งมีความสอดคล้องกัน (Consistency) ในทุกระดับ ภายในเวลาที่เหมาะสม (Timing) มีความโปร่งใส (Transparency) และสร้างความเชื่อมั่น (Trust) อันจะนำไปสู่การคลี่คลายสถานการณ์ให้ประเทศชาติผ่านพ้นวิกฤตสุขภาพไปได้ในที่สุด

๕. เอกสารอ้างอิง

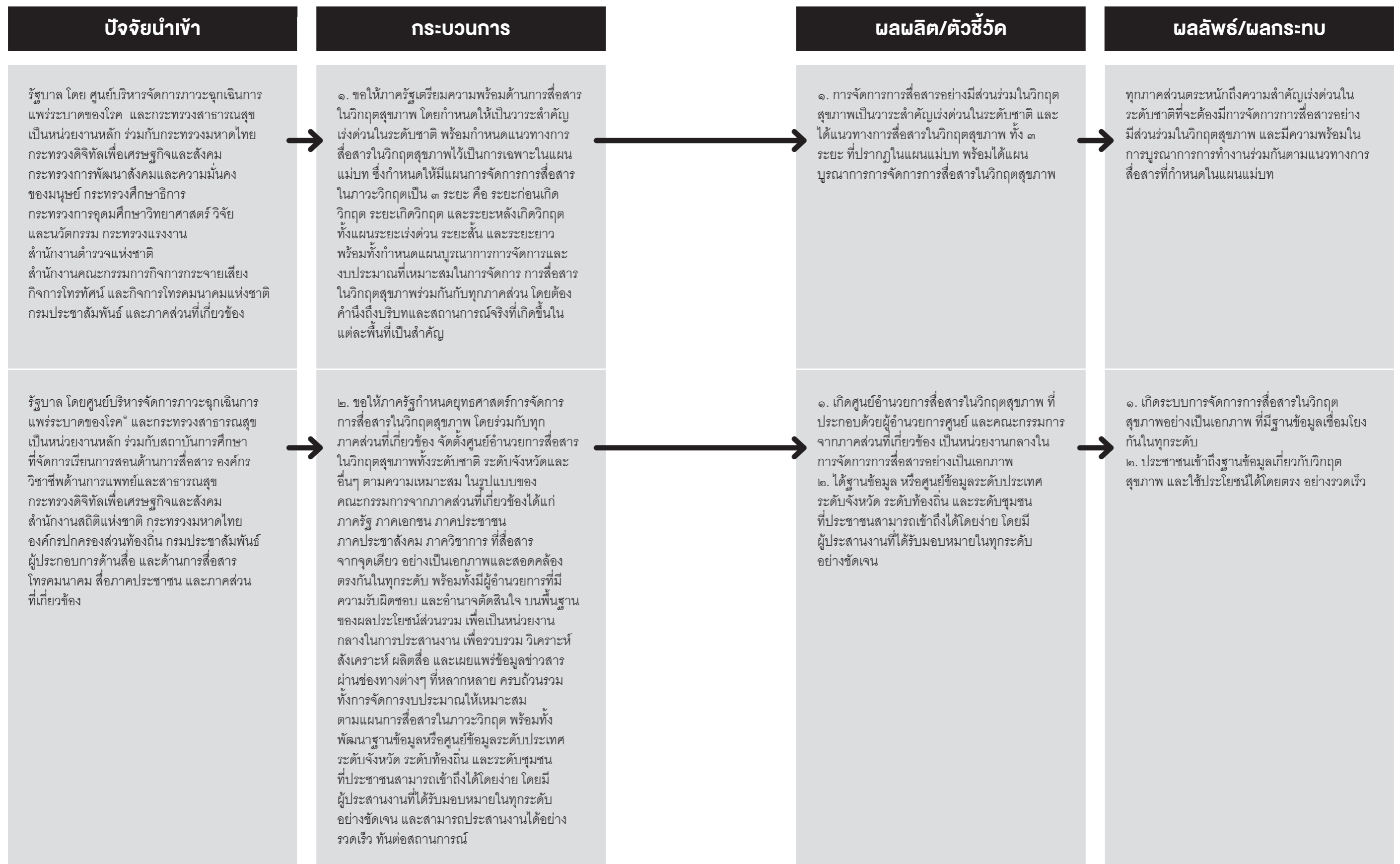
๑. เอกสารหลัก การบริหารจัดการวิกฤตสุขภาพแบบมีส่วนร่วม กรณีโรคระบาดใหญ่
๒. ชวกร เลิศนัทธน์, สมชัย จิตสุชน. (๒๕๖๓). ความเปราะบางของประชาชนกลุ่มเปราะบางภายใต้โควิด-19.
๓. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๓).
๔. ศ.นพ.ยง ภู่วรวรรณ หัวหน้าศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ด้านไวรัสวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๕. นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ รายการเจาะข่าวเช้านี้ วันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๔
๖. วรรณวิจิ สุจริตธรรม. (ม.ป.). Fake News รู้ทันข่าวลวง ปัญหาบนโลกออนไลน์.
๗. World Health Organization (WHO). (2020). Pandemic fatigue–reinvigorating the public to prevent COVID-19.
๘. นิธิ เอียวศรีวงศ์. (๒๕๖๔). Single Command.
๙. เอกพงษ์ ทรัพย์เจริญ. (๒๕๖๔). การบริหารจัดการโควิด บทพิสูจน์ 'ความพร้อม' การบูรณาการภาครัฐ และระบบ Single Command.
๑๐. เอกสารหลัก การบริหารจัดการวิกฤตสุขภาพแบบมีส่วนร่วม กรณีโรคระบาดใหญ่
๑๑. ปรีดี นุกูลสมปราวธนา. (๒๕๖๓). การสื่อสารในภาวะวิกฤต (Crisis Communication).
๑๒. เสริมศิริ นิลดำ. (๒๕๕๕). คุณค่าข่าวในภาวะวิกฤตทางสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
๑๓. World Health Organization (WHO). (2020). Managing the COVID-19 infodemic: Promoting healthy behaviours and mitigating the harm from misinformation and disinformation.
๑๔. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2020). Transparency, communication and trust : The role of public communication in responding to the wave of disinformation about the new Coronavirus.
๑๕. ปรมะ สตะเวทิน (๒๕๔๑), ยุกพล เบ็ญจรงค์กิจ (๒๕๔๒), กิติมา สุรสนธิ (๒๕๔๖)
๑๖. โครงการอินเทอร์เน็ตเพื่อกฎหมายประชาชน (iLaw). (ม.ป.). เสรีภาพการแสดงออก เสรีภาพของทุกคน.
๑๗. ธรรมนูญเมธี ดุลคนิต, อลงกรณ์ อัครโสวรรณ, ปราศรัย เจตสันต์, พรพวรรษ อัมพรพฤติ. (๒๕๖๓). คู่มือการจัดการเรียนรู้เพื่อสร้างพลเมืองรู้เท่าทันสื่อ สำหรับระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิส่งเสริมสื่อเด็กและเยาวชน.

Roadmap เส้นทางเดินของมติ ๙

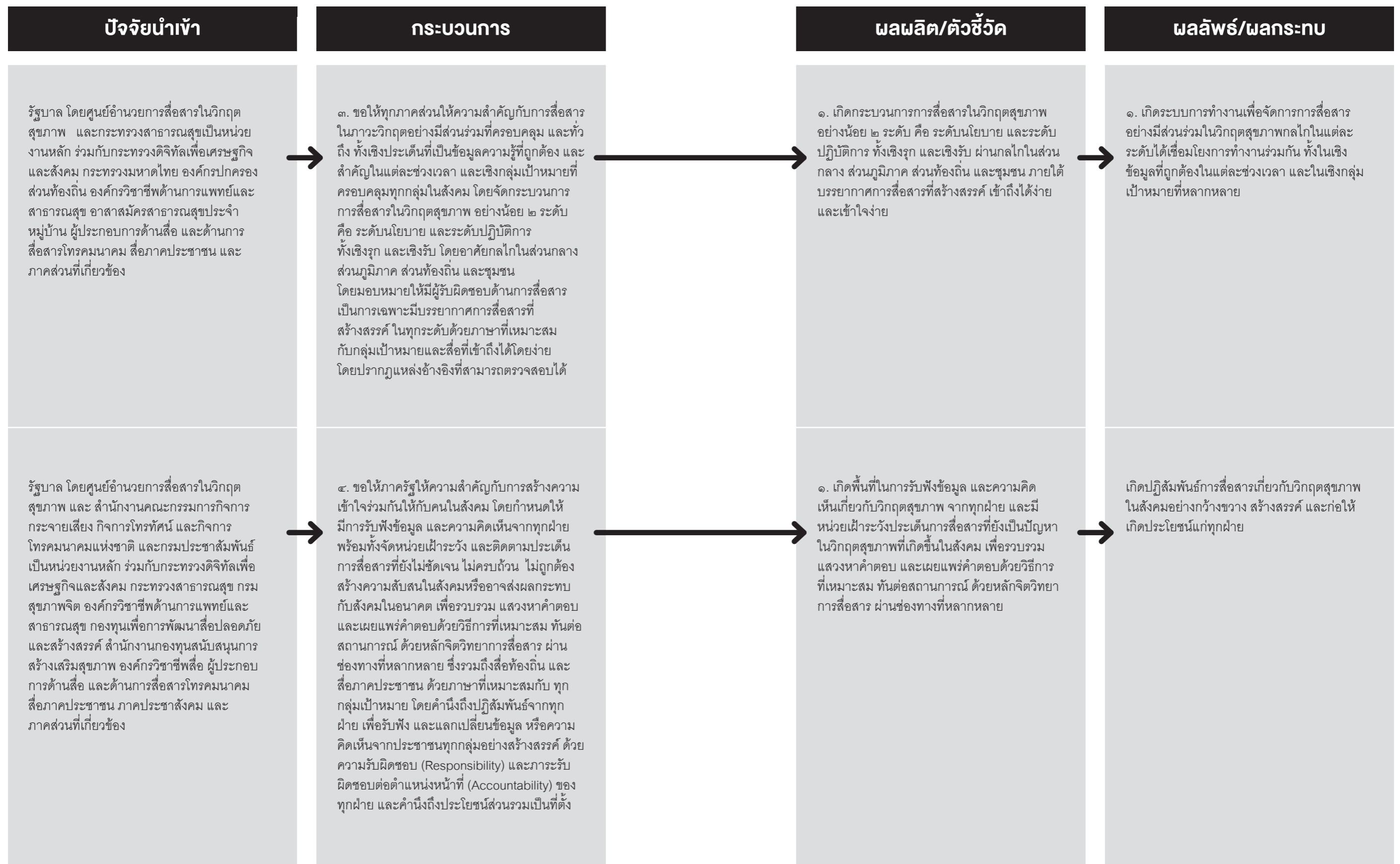
การจัดการการสื่อสาร อย่างมีส่วนร่วม ในวิกฤตสุขภาพ

(Participatory Communication
Management in Health Crisis)

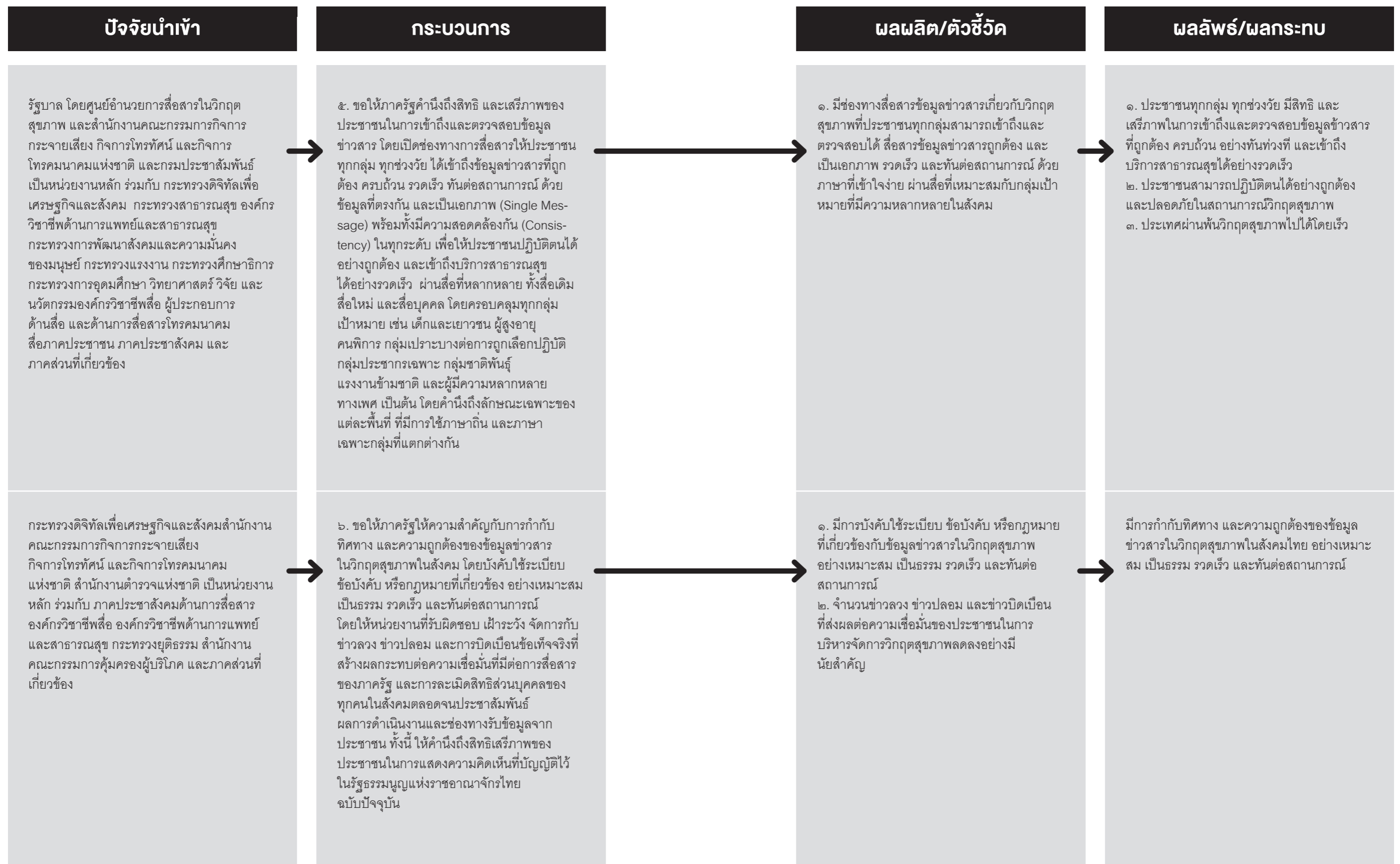
เส้นทางเดินของมติฯ เรื่อง “การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ”



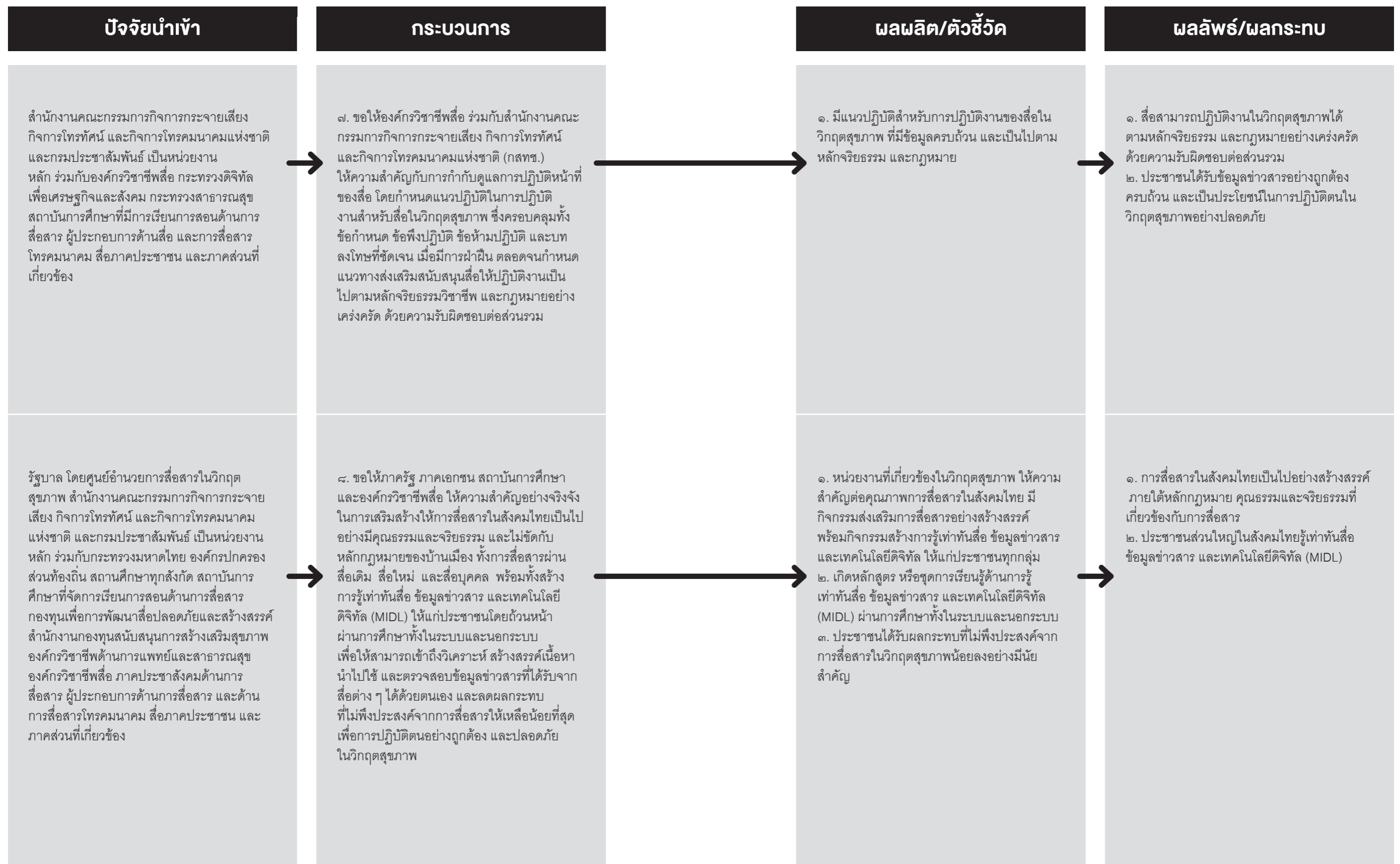
เส้นทางเดินของมติฯ เรื่อง “การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ”



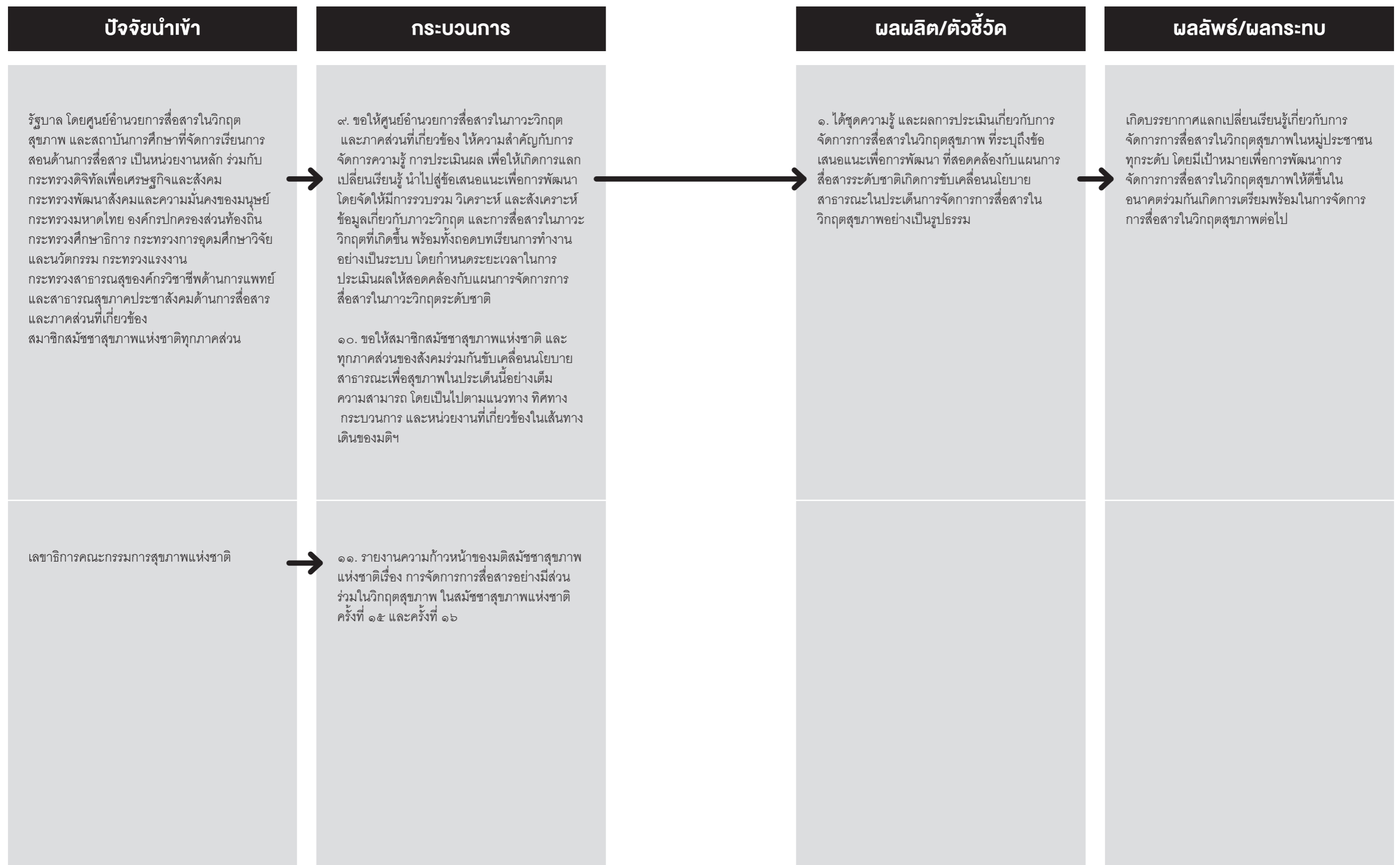
เส้นทางเดินของมติฯ เรื่อง “การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ”



เส้นทางเดินของมติฯ เรื่อง “การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ”



เส้นทางเดินของมติฯ เรื่อง “การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ”



ภาคผนวก





สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

คำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ที่ ๒ /๒๕๖๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๓ และครั้งที่ ๑๔

พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๔๒ กำหนดให้ในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติคณะหนึ่งมีจำนวนตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติกำหนด ซึ่งมีมติคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๒ เห็นชอบให้มืองค์ประกอบของคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำนวนไม่เกิน ๒๐ คน โดยมีสัดส่วนจากผู้แทนหน่วยงานของรัฐและผู้ซึ่งมิได้เป็นผู้แทนหน่วยงานของรัฐ ทั้งนี้ ผู้ซึ่งมิได้เป็นผู้แทนหน่วยงานของรัฐจะต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของจำนวนกรรมการตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้ และมีมติคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๓ เมื่อวันที่ ๒๔ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓ เห็นชอบแต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๓ และครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔

อาศัยอำนาจความในมาตรา ๔๒ ประกอบกับมติคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติในการประชุม ครั้งที่ ๕/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๒ และครั้งที่ ๑/๒๕๖๓ เมื่อวันที่ ๒๔ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๓ และครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ โดยมี องค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

- | | |
|--|-----------|
| ๑.๑ ศาสตราจารย์ชั้นฤทัย กาญจนะจิตรา | ที่ปรึกษา |
| ๑.๒ รองศาสตราจารย์จิราพร ลิ้มปานานนท์ | ที่ปรึกษา |
| ๑.๓ นายกิจจา เรืองไทย | ที่ปรึกษา |
| ๑.๔ นางทิพย์รัตน์ นพลดารมย์ | ที่ปรึกษา |
| ๑.๕ นายศุภกิจ ศิริลักษณ์ | ที่ปรึกษา |
| ๑.๖ นายสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ | ที่ปรึกษา |
| ๑.๗ นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ | ที่ปรึกษา |
| ๑.๘ ผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย | ที่ปรึกษา |

/๑.๙ นายณรงค์ศักดิ์ ...

- | | |
|--|----------------------------|
| ๑.๙ นายณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา | ประธานกรรมการ |
| ๑.๑๐ นายวีระพล เจริญธรรม | รองประธานกรรมการ |
| ๑.๑๑ นายสมชาย พีระปกรณ์ | รองประธานกรรมการ |
| ๑.๑๒ ผู้แทนเลขาธิการสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ | กรรมการ |
| ๑.๑๓ ผู้แทนปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ | กรรมการ |
| ๑.๑๔ ผู้แทนปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม | กรรมการ |
| ๑.๑๕ ผู้แทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| ๑.๑๖ ผู้แทนคณะกรรมการร่วมภาคเอกชน ๓ สถาบัน | กรรมการ |
| ๑.๑๗ ประธานอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข | กรรมการ |
| ๑.๑๘ ประธานอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสังคมและสุขภาพะ | กรรมการ |
| ๑.๑๙ รองศาสตราจารย์สุภาภรณ์ สงค์ประชา | กรรมการ |
| ๑.๒๐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุรพงษ์ ปนาคกุล | กรรมการ |
| ๑.๒๑ นายจิรนนท์ พุทธิธา | กรรมการ |
| ๑.๒๒ นายชูชัย ศรขวานี่ | กรรมการ |
| ๑.๒๓ นางธีรรัตน์ พันทวี วงศ์ชนะเอนก | กรรมการ |
| ๑.๒๔ นายประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร | กรรมการ |
| ๑.๒๕ นายสุรพจน์ สุวรรณพานิช | กรรมการ |
| ๑.๒๖ นางสุวรรณา บุญกล้า | กรรมการ |
| ๑.๒๗ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ | กรรมการและเลขานุการ |
| ๑.๒๘ รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

๒. หน้าที่และอำนาจ

- ๒.๑ วางแผนดำเนินการและกำกับการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๓ - ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ ให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย
- ๒.๒ ประสานกับภาคีเครือข่ายระดับต่างๆ รวมถึงสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เพื่อเกื้อกูลการทำงานระหว่างกันให้เกิดประโยชน์สูงสุด
- ๒.๓ ดำเนินการรวบรวมมติและข้อเสนอนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเพื่อขับเคลื่อนและดำเนินการสู่การปฏิบัติ

/๒.๔ ประธาน...

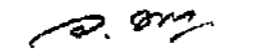
๒.๔ ประสานการดำเนินงานอย่างใกล้ชิดกับคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสมส.) เพื่อการทำงานร่วมกัน

๒.๕ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงานเพื่อดำเนินการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น

๒.๖ ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๒๔ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๓



(นายอนุทิน ชาญวีรกูล)

รองนายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

คำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ที่ ๑๐ /๒๕๖๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๓ และครั้งที่ ๑๔

พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ ทดแทนตำแหน่งที่ว่างลง

อนุสนธิคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๒/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๓ และครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ นั้น

เนื่องจาก นายวิระพล เจริญธรรม รองประธานกรรมการ ได้เสียชีวิตลง เมื่อวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ดังนั้น เพื่อให้การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย ตามเจตนารมณ์แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ จึงแต่งตั้ง นายเชษฐา มีงสมร ทดแทนตำแหน่งที่ว่างลง

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

นายอนุทิน ชาญวีรกูล

(นายอนุทิน ชาญวีรกูล)

รองนายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

รับรองสำเนาถูกต้อง



(ผศ.วิระศักดิ์ พุทธาศรี)

รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๓

บัญชีรายชื่อกลุ่มเครือข่าย
สมาชิกสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔



คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ ภายใต้ คจ.สช.



วิถีทัศน์ประมวลภาพกิจกรรม
งานสมาชิกสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔





ติดต่อได้ที่



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ๘๘/๓๙ ถนนติวานนท์ ๑๔ หมู่ที่ ๔
 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง นนทบุรี ๑๑๐๐๐
 โทร. ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๐ โทรสาร ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๑
www.nationalhealth.or.th และ www.samatcha.org
www.facebook.com/HealthAssembly