

# สานพลัง

ปีที่ ๑๒ | ๑๓๘ | มีนาคม ๒๕๖๕  
www.nationalhealth.or.th

GOOD DEATH

บทเรียนจากทั่วโลก

เมื่อชีวิต

ขึ้นปลาย

และ

การตายดี

“มีราคาที่ต้องจ่าย”



สำนักงานคณะกรรมการ  
สุขภาพแห่งชาติ

สานพลังปัญญา สร้างสรรค์นโยบายสาธารณะ

# Palliative Care

การดูแลรักษา  
แบบประคับประคอง

องค์การอนามัยโลก (WHO)  
ให้คำจำกัดความว่า เป็นวิธีการดูแล  
ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาหายไม่ได้  
โดยให้การป้องกันบรรเทาอาการ  
ตลอดจนการบรรเทาความทุกข์  
ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น  
เป็นการดูแลแบบองค์รวม  
ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ  
วันได้แก่ กาย ใจ ปัญญา และสังคม

สำนักงานคณะกรรมการ  
สุขภาพแห่งชาติ (สช.)  
ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ  
๘๘/๓๙ หมู่ ๔ ถ.ติวานนท์ ๑๔  
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง  
จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐  
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๐  
แฟกซ์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๑  
อีเมล : nationalhealth@nationalhealth.or.th  
เว็บไซต์ : www.nationalhealth.or.th

- ๔ คู่มือแนวทาง  
ก้าวข้ามวิกฤตซ้อนวิกฤต
- ๖ เรื่องจากปก  
บทเรียนจากทั่วโลก เมื่อชีวิตปั่นปลาย  
และการตายดี 'มีราคาที่ต้องจ่าย'
- ๒๒ สัมภาษณ์พิเศษ  
เสนอ 'บริษัทประกันเอกชน' เพิ่มทางเลือก  
ให้ 'ผู้ป่วยระยะสุดท้าย' ที่ปฏิเสธการรักษาเพียงเพื่อยื้อเวลา  
ควรได้รับสิทธิประโยชน์พิเศษ

---

๓๒ เกาะติด คสช.  
ยุติโรคระบาดด้วยนวัตกรรม  
สช.สานพลังสร้างความเข้มแข็งชุมชน

๓๔ เกาะรอยโรค  
โควิด-19 กับหนังสือแสดงเจตนา  
เกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้าย

๓๖ Right to Health  
การดูแลแบบประคับประคองกับสิทธิการรักษาพยาบาล  
๓ กองทุน และการประกันสุขภาพภาคเอกชน

๓๘ เรื่องเล่าจากพื้นที่  
เพราะเรามีลมหายใจเดียวกัน

๔๐ ให้ระบบสุขภาพเล่าเรื่อง  
HIA Forum การประชุมวิชาการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้  
การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๕

๔๒ นโยบายสร้างได้  
คมส. บูรณาการ ๑๓ หน่วยงานของแผนพัฒนาเศรษฐกิจ  
และสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๓ กับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

๔๔ เล่าให้ลึก  
ภาพโรคมัยรัชกาลที่ ๕ (ตอนจบ)

๔๖ คลิปที่ี่ต้องดู  
สิทธิการตายตามธรรมชาติ

## ก้าวข้ามวิกฤตซ้อนวิกฤต



**สวัสดิ์ครับพี่น้องภาคีเครือข่ายทุกท่าน** ผลพวงจากการตัดสินใจของผู้บริหารที่ใช้กำลังบุกเข้าประเทศยูเครนและการคว่ำบาตรทางเศรษฐกิจของกลุ่มพันธมิตรตะวันตกตอกย้ำให้เราเห็นถึงความไม่แน่นอนของสถานการณ์โลกและผลกระทบอย่างรวดเร็วในวงกว้าง ทำให้ภาพของคำกล่าวที่ว่า “One World, One Destiny” หรือ “โลกที่มีชะตากรรมเดียวกัน” ชัดเจนยิ่งขึ้น

ทันทีที่ วลาดิเมียร์ ปูติน ประธานาธิบดีรัสเซีย เลือกที่จะส่งกองกำลังทหารทางบกและทางอากาศบุกเข้าโจมตีประเทศยูเครนโดยอ้างว่าเพื่อป้องกันความปลอดภัยของประชาชนตัวเอง เหมือนที่ประธานาธิบดีสหรัฐอเมริกาและพันธมิตรนาโต้ได้ทำเป็นตัวอย่างมาก่อน ตั้งแต่การนำกำลังทหารเข้าล้อมล้างเปลี่ยนรัฐบาลและใช้อาวุธร้ายแรงเข้าถล่มใจกลางเมืองของประเทศอิรัก ลิเบีย และซีเรียเพียงอ้างว่าเพื่อกำจัดผู้ก่อการร้าย **ส่งผลให้นานาประเทศทั้งที่อยู่ใกล้และไกลจากพื้นที่สงครามต่างได้รับผลกระทบอย่างหนักหน่วง ตลาดหุ้นทั่วโลกปรับตัวต่ำลงถึงขีดสุด ตลาดการซื้อขายสกุลเงินดิจิทัล (คริปโตเคอร์เรนซี) ผันผวนดิ่งลงในเวลาอันรวดเร็ว และราคาน้ำมันในตลาดโลกพุ่งสูงสุดเป็นประวัติการณ์** เหล่านี้สะท้อนถึงความกังวลต่ออนาคตที่มองไม่เห็น ซึ่งแม้แต่ในประเทศไทยเองก็ได้รับความเสียหายจากวิกฤตครั้งนี้ไม่น้อย

มากไปกว่านั้น สงครามที่เกิดขึ้นในครั้งนี้ได้ทำให้เห็นรูปธรรมของคลื่นความเปลี่ยนแปลงชั่วอำนาจและการจัดระเบียบโลกได้ชัดเจนมากขึ้น **เพราะนับตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ เป็นต้นมา โลกใบนี้ถูกกำหนดกติกาหรือระเบียบโลกโดยชาติมหาอำนาจและพันธมิตรตะวันตกเพียงหนึ่งเดียวที่ผูกขาดอนาคตของผู้คนบนโลกใบนี้** แต่แล้วเมื่อเวลาผ่านไปข้อเท็จจริงกลับยืนยันว่าโลกไม่ได้มีแค่ชั่วอำนาจเดียวต่อไปอีกแล้ว แต่ค่อยๆ ปรากฏตัวและบทบาทของมหาอำนาจหลายขั้วที่มีทั้งการแข่งขันและการถ่วงดุลกัน

เช่นเดียวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ที่มีจุดเริ่มต้นจากประเทศหนึ่ง ก่อนจะพัฒนาการและลุกลามไปทั่วทั้งโลกในเวลาอันสั้น ทั้งเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และวิถีชีวิตของผู้คนทุกเพศทุกวัย ต่างพากันถูก disruption ผลกระทบที่เกิดขึ้นจึงมากไปกว่าแค่เรื่องสุขภาพ หรือมดหมอหูกยา

**พี่น้องภาคีเครือข่ายทุกท่านครับ** เพียง ๒ เหตุการณ์นี้ก็บ่งชี้กับเราอย่างตรงไปตรงมาแล้วว่า โลกใบเก่าที่เราคุ้นชินอยู่ในขณะนี้จะไม่เหมือนเดิมอีกต่อไป และในอนาคตอันใกล้ก็อาจเกิดวิกฤตการณ์ครั้งใหม่ขึ้นได้ทุกเมื่อ ซึ่งประเทศไทยก็ไม่อาจยืนอยู่เหนือ ๒ วิกฤตโลกข้างต้นนี้หรือวิกฤตใหม่ๆ ไปได้ จึงจำเป็นต้องเร่งเรียนรู้และเร่งแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งที่ตกค้างเรื้อรังมายาวนาน

และถ้ามองลึกไปกว่านั้น นับตั้งแต่ปี ๒๕๔๙ ที่เกิดการรัฐประหารของทหารล้มรัฐบาลพลเรือน เรื่อยมาจนถึงปี ๒๕๕๗ ที่ทหารก่อการรัฐประหารล้มรัฐบาลจากการเลือกตั้งอีกครั้ง ยังผลให้ไทยถูกสังคมโลกตัดขาด **ทำให้ประเทศต้องตกอยู่ในวังวนความขัดแย้ง ความไม่สงบและการเผชิญหน้าของประชาชน ๒ ฝ่ายที่มีความเห็นและผลประโยชน์เฉพาะหน้าที่ต่างกันต่อเนื่องกว่า ๑๖ ปี ได้เติมเชื้อไฟให้เศรษฐกิจและวิกฤตปากท้องสาหัสยิ่งขึ้นอีก**

พูดได้ว่าประเทศไทยเราตกอยู่ในสภาพที่เรียกว่า “วิกฤตซ้อนวิกฤต” ครึ่งรุนแรงและยาวนานกว่าที่เคยเป็นมา และยังไม่มีการคาดการณ์ได้ว่าภาวะเช่นนี้จะมีกี่ปี

ครั้งนี้จะสิ้นสุดหรือถูกคลื่นออกเมื่อใด ท่านอาจารย์ **ศ.นพ.ประเวศ วะสี** ได้ให้ข้อคิดและชี้แนะในโอกาสครบ ๑๕ ปีคล้ายวันสถาปนา สช. ว่า ประเทศไทยเรากำลังตกอยู่ในสถานการณ์ที่เรียกว่า “**ลิ่งติดแห**” อีรุงตุงนังจับต้นชนปลายไม่ได้ ติดอยู่ในร่างแหวิกฤตการณ์ทุกด้านที่พันกันยุ่ง ทั้งวิกฤตเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สิ่งแวดล้อม การศึกษา ระบบรัฐรวมศูนย์ ฯลฯ และอาจารย์ เสนอว่า สิ่งสำคัญอย่างยิ่งยวดหรือจุดคานงัดที่จะช่วยให้ประเทศไทยหลุดออกจาก “**วิกฤตซ้อนวิกฤต**” ได้ นั่นก็คือ “**P<sup>+</sup> หรือกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม หรือ Participatory Public Policy Process**” ซึ่งเป็นปัญญาสูงสุดของชาติใดชาติหนึ่ง เพราะมีผลกระทบต่อทุกองคาพยพของสังคมทั้งทางบวกหรือทางลบ **ถ้านโยบายสาธารณะดี ประเทศก็สุขสงบเจริญรุ่งเรือง แต่ถ้าไม่ดีหรือทำอะไรไม่สำเร็จประเทศก็ปั่นป่วน วุ่นวาย รุนแรง**

**พี่น้องภาคีเครือข่ายทุกท่านครับ** จะเห็นได้ว่าภารกิจของพวกเราในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะจึงเป็นเรื่องที่ใหญ่และสำคัญต่อประเทศชาติเป็นอย่างมาก กระบวนการและเครื่องมือภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นหนึ่งในคำตอบที่ใช้ได้จริงในสถานการณ์วิกฤตซ้อนวิกฤต ไม่ว่าจะป็นกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ หรือแม้แต่การจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ ที่ทุกภาคส่วนกำลังช่วยกันทำอยู่ **และจะมีการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ ในวันที่ ๒๙ เมษายน** นี้ แบบออนไลน์ที่ห้องประชุมใหญ่กรมประชาสัมพันธ์ กรุงเทพฯ และเปิดกว้างออนไลน์ให้พี่น้องภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนและประชาชนทั่วไปที่สนใจเข้าร่วมอย่างกว้างขวางครับ

ผมจึงขอใช้พื้นที่แห่งนี้เน้นย้ำถึงความสำคัญในภารกิจของพวกเรา และขอส่งกำลังใจให้พี่น้องภาคีเครือข่ายทุกท่าน ในฐานะกำลังสำคัญที่จะช่วยชาติและประชาชนให้พ้นฝ่าและรอดพ้นจากวิกฤตการณ์ครั้งนี้ไปด้วยกัน 🙏

เรื่องจากปก

บทเรียนจากทั่วโลก

# เมื่อชีวิต ขึ้นปลาย

และ

# การตายดี

# ที่

ทั่วโลกกำลังให้ความสำคัญกับ “การตายดี” (Good Death) ซึ่งเป็นความปรารถนาสูงสุดของผู้คนจำนวนมาก ทว่าการตายดีนั้นไม่ใช่ของถูก ในหลายประเทศมี “ราคาที่ต้องจ่าย” ไม่น้อย คนจำนวนหนึ่งจึงไม่อาจเข้าถึงการตายดีได้

แม้ว่าความตายจะมีความเสมอภาค แต่ “การตายดี” กลับกลายเป็นเรื่องของความเหลื่อมล้ำ แต่นั่นไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นในประเทศไทย

‘มีราคาที่ต้องจ่าย’

# ‘ตายดี’ ในมุมมอง สากล

ตามคำนิยามของ National Academy of Medicine (NAM) การตายดีคือ “การเป็นอิสระจากความเครียดและความเจ็บปวดทรมานของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล โดยให้ทุกอย่างเป็นไปตามที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ แต่จะต้องถูกต้องตามมาตรฐานทางการแพทย์ วัฒนธรรม และจริยธรรม”

การที่คนๆ หนึ่งจะตายดีได้นั้น ย่อมสัมพันธ์กับอีกหลากหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นการเลือกกระบวนการหรือวิธีการตายที่ต้องการ การมีองค์ประกอบทางศาสนาและจิตวิญญาณมาสนับสนุน การมีสุขภาพจิตที่ดี การได้รับการรักษาแบบที่ต้องการ การมีชีวิตอยู่และจากไปอย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรี การมีครอบครัวอยู่เคียงข้างในวาระสุดท้ายของชีวิต การมีคุณภาพชีวิตที่ดี การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ดูแล ฯลฯ

ว่ากันตามจริง การตายดีคือการผสมองค์ประกอบต่างๆ เพื่อเติมเต็มผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตให้มีความสุขสมบูรณ์ในทุกแง่มุม ซึ่งนอกจากผู้ที่จะออกเดินทางไกลแล้ว ครอบครัวที่อยู่เบื้องหลังก็ต้องได้รับการดูแลด้วย

แน่นอนว่า สิ่งที่ขัดขวางหนทางไปสู่การตายดีในหลายประเทศก็คือ “ค่าใช้จ่าย” เพื่อปลดปล่อยความทุกข์ของผู้ที่กำลังจะจากไป ซึ่งมีหลายกรณีที่อยู่ข้างหลังกลับทุกกระดุม เพราะต้องเผชิญกับหนี้สินก้อนโต

อย่างไรก็ดี ในบางประเทศ-บางรัฐ ได้หันมาให้ความสำคัญกับเรื่องการตายดีและสนับสนุนการตายดีในฐานะส่วนหนึ่งของสวัสดิการอันพึงมีของประชาชน มากไปกว่านั้น ในประเทศที่ก้าวหน้า เช่น ประเทศไทย ได้กำหนดให้ “การตายดี” เป็นสิทธิของพลเมืองทุกคน

## I don't want to die without any scars.

ฉันไม่ต้องการตายไป  
โดยปราศจากแผลเป็น

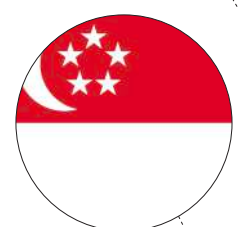
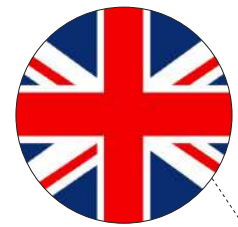


Chuck Palahniuk





# สนนราคา ที่นานาชาติประเทศ ต้องจ่าย



องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้คำจำกัดความของการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) ว่าเป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย โดยให้การป้องกัน บรรเทาอาการ ตลอดจนการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เป็นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ อันได้แก่ กาย ใจ ปัญญา และสังคมของผู้ป่วย

การดูแลในช่วงท้ายสุดของชีวิต-การดูแลแบบประคับประคอง (Elderly Care / Palliative Care) ของให้ผู้บริการชื่อดังใน “สหราชอาณาจักร” อย่าง Helping Hands ที่เปิดบริการมาตั้งแต่ปี ๑๙๘๙ สนนราคาการดูแลผู้ป่วย-ผู้สูงอายุ อยู่ที่สัปดาห์ละ ๑,๓๒๕ ปอนด์ หรือประมาณ ๕๘,๓๐๐ บาท

กรณีต้องการเรียกผู้ดูแลไปดูแลที่บ้านจะต้องจ่ายค่าจ้างเป็นรายชั่วโมง เฉลี่ยอยู่ที่ชั่วโมงละ ๒๐ ปอนด์ หรือประมาณ ๘๘๐ บาท นี่ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายเสริมอื่นๆ เช่น ค่าเดินทาง ค่าล่วงเวลา ค่าบริการพิเศษ ที่ต้อง on top ขึ้นไปอีก

ใน “สหรัฐอเมริกา” ค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณวันละ ๙๕-๔๐๐ เหรียญสหรัฐ หรือราว ๓,๐๘๐ - ๑๒,๙๐๐ บาท ซึ่งจะขึ้นอยู่กับบริการ-แพคเกจที่ผู้ป่วยและครอบครัวเลือก

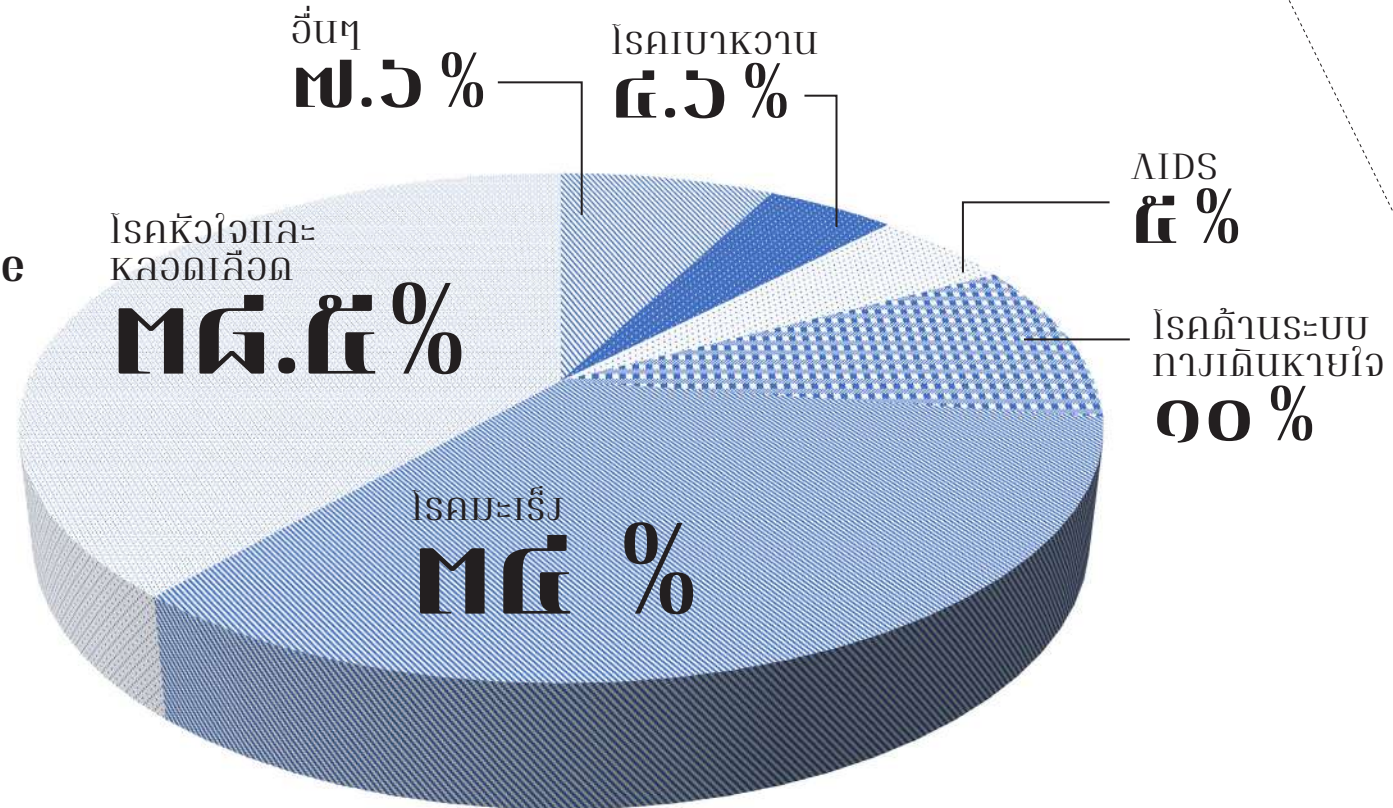
การดูแลที่บ้านจะมีค่าใช้จ่ายภาพรวมถูกกว่าการดูแลในโรงพยาบาล และสำหรับบริการบ้านพักคนชราที่ดูแลครอบคลุมจนถึงวันสุดท้ายของชีวิต คิดค่าใช้จ่ายรายปีของห้องเดี่ยวอยู่ที่ ๑๐๕,๘๕๐ เหรียญสหรัฐ หรือกว่า ๓.๔ ล้านบาท

ที่ “สิงคโปร์” รัฐบาลสิงคโปร์ตระหนักดีถึงภาวะสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) จึงได้เริ่มผลักดันเรื่องของ Elderly Care / Palliative Care มาตั้งแต่ช่วงต้นทศวรรษที่ ๒๐๑๐ โดยเน้น ๓ หลักการสำคัญ ได้แก่ ๑.จัดการดูแลอาการป่วย ๒. การดูแลระยะสุดท้าย ๓. การช่วยเหลือด้านสภาพจิตใจและความเศร้าโศก

นับว่าสิงคโปร์มีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก แต่กระนั้นก็ยังไม่ได้สนับสนุนทางการเงินมากเท่าใดนัก นั่นทำให้

## ผู้ป่วยทั่วโลกที่ ต้องการรับ การดูแลแบบ Palliative care (จำนวนรายโรค)

ที่มา : องค์การอนามัยโลก





ค่าใช้จ่ายในเรื่องนี้ยังสูงอยู่ โดยค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยที่ดูแลรักษาในโรงพยาบาลจะอยู่ที่วันละ ๗๕-๓๑๑ ดอลลาร์สิงคโปร์ (๑,๘๐๐-๗,๕๐๐ บาทโดยประมาณ) ส่วนการดูแลที่บ้านจะอยู่ที่วันละ ๒๐๐ ดอลลาร์สิงคโปร์ (๔,๘๐๐ บาทโดยประมาณ)

จากตัวอย่างข้างต้นจะเห็นว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตอันจะส่งผลถึงการตายที่มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง และแน่นอนว่าจะกลายเป็นปัญหาที่ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเช่นครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดต้องเผชิญ

## ‘การตายดี’ สวัสดิการที่รัฐพึงจัดหาให้

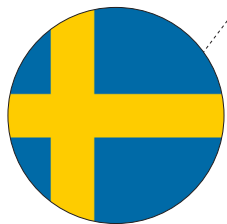
ในบางแห่งของโลก การดูแลในช่วงบั้นปลายของชีวิตถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของสวัสดิการที่ประชาชนพึงได้รับ

“ออสเตรเลีย” ประเทศที่มีระบบสวัสดิการและมีหลักประกันสุขภาพที่เข้มแข็งอย่าง “Medicare” การรักษาแบบประคับประคองนั้นรวมอยู่ในสิทธิ Medicare เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ทำให้ประชาชนในระบบนั้นไม่ต้องเผชิญกับภาระค่าใช้จ่าย ทั้งต่อตนเองและครอบครัว เพียงแต่อาจต้องจ่ายเพิ่มเติมเมื่อต้องการเครื่องมือพิเศษ นุคกลางพิเศษ หรือยาที่นอกเหนือจากบัญชีของ Medicare แต่ท้ายที่สุดก็จะมีสิทธิสวัสดิการหรือหลักประกันส่วนอื่นมาสนับสนุน

“สวีเดน” เป็นอีกประเทศหนึ่งที่สนับสนุนให้ผู้ที่กำลังเข้าสู่บั้นปลายของชีวิตได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อจากไปอย่างมีความสุขที่สุด รัฐบาลสวีเดนเชื่อว่ายิ่งดูแลผู้สูงอายุดีเท่าไร พวกเขา ก็จะมีความสุขดี มีความสุข และจะจากไปอย่างสงบที่สุด

นั่นจะเป็นผลดีต่อประเทศโดยรวม จึงมีการตรา “พ.ร.บ.การบริการทางสังคม” (Social Service Act) ได้กำหนดให้แต่ละพื้นที่การปกครองต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ สนับสนุนด้านงบประมาณโดยภาษีของพื้นที่และรัฐบาล โดยในปี ๒๐๒๐ งบประมาณส่วนนี้สูงถึง ๑.๓๕ แสนล้านโครนา (ประมาณ ๔.๖๔ แสนล้านบาท)

ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุนั้นถูกกำหนดโดยหน่วยงานปกครองในพื้นที่ต่างๆ คำนวณจากเหตุและองค์ประกอบตามลักษณะของพื้นที่ แต่โดยเฉลี่ยแล้วอยู่ที่ ๒,๒๐๐ โครนา (๗,๕๐๐ บาทโดยประมาณ) ต่อเดือน ซึ่งเมื่อเทียบกับเงินบำนาญผู้สูงอายุที่ได้รับตามสิทธิสวัสดิการประมาณ ๑๓,๓๐๐ โครนา (๔๕,๖๐๐ บาทโดยประมาณ) ต่อเดือน รวมเข้ากับการอุดหนุนต่างๆ ของรัฐบาลและ



# Death is not opposite of life, but a part of it.

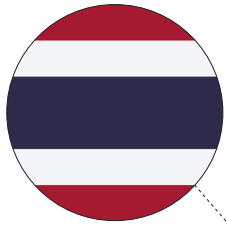
ความตายไม่ใช่สิ่งที่อยู่ตรงข้ามกับชีวิต แต่เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต



— Haruki Murakami



ทุกคนมีสิทธิ 'เลือก'  
วิธีการรักษาที่ตนเองต้องการ  
เมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตได้  
ซึ่งเป็นสิทธิตาม มาตรา ๑๒  
ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ  
พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่บัญญัติไว้ว่า  
บุคคลมีสิทธิทำหนังสือ  
**แสดงเจตนาไม่ประสงค์**  
จะรับบริการสาธารณสุข  
ที่เป็นไปเพื่อยืดการตาย  
ในวาระสุดท้ายของชีวิตตน  
หรือเพื่อยุติการทรมานจาก  
การเจ็บป่วยได้



กองทุนสวัสดิการอื่น นับได้ว่าค่าใช้จ่ายส่วนนี้ของผู้สูงอายุในสวีเดนถือว่า “ถูก” มาก

ทั้งออสเตรเลียและสวีเดน เป็นไม่กี่ประเทศที่ให้การสนับสนุนการดูแลในช่วงบั้นปลายของชีวิตและมุ่งหวังให้ทุกคนได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดจนถึงวันสุดท้าย รวมทั้งไม่ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินให้กับครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดอีกด้วย นี่เป็นส่วนสำคัญของการก่อให้เกิด “การตายดี” อย่างมาก เพราะทุกซ์จากภาระทางการเงินเป็นสิ่งก่อสร้างปัญหาและขัดขวางการตายดีได้

## ประเทศไทย ‘การตายดี’ ปรึตามสิทธิ

สำหรับประเทศไทยการตายตามธรรมชาติ หรือ “การตายดี” เป็นสิทธิของประชาชนที่มี พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒ ให้การรับรองไว้ โดยมี **สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)** เป็นองค์กรสานพลังภาคีเพื่อขับเคลื่อนให้มาตรา ๑๒ เป็นที่รู้จัก

สำหรับสาระสำคัญของมาตรา ๑๒ คือการให้ “สิทธิ” ทุกคนสามารถ ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตได้

กรณีนี้ถือว่าเป็นการใช้สิทธิเลือกตายอย่างสงบ โดยปราศจากการเหนี่ยวรั้งด้วยเครื่องมือต่างๆ ซึ่งไม่ใช่การเร่งตายแบบการุณยฆาต และกฎหมายยังรับรองว่าแพทย์ที่ทำตามหนังสือแสดงเจตนาฯ ของผู้ป่วยไม่มีความผิดใดๆ

ผู้ป่วยสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ในขณะที่มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน โดยส่งสำเนาเก็บในเวชระเบียนหรือมอบให้แพทย์ผู้รักษาไว้

เมื่อเลือกที่จะใช้สิทธิการตายตามธรรมชาติ ผู้ป่วย ครอบครัว และแพทย์ จำเป็นต้องวางแผนร่วมกันที่จะดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายมีความสะดวกสบายและพ้นจากความทรมานมากที่สุด

นับตั้งแต่ปี ๒๕๕๓ เป็นต้นมา ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ได้สนับสนุนการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีเป้าประสงค์ให้เกิดการดูแลที่บ้าน

“

ตายดี ไม่ได้หมายความว่า เหตุการณ์จับพลับอย่างเกิดอุบัติเหตุแล้วคนจะห้าม มาช่วยชีวิต แต่หมายถึงเมื่อเกิดเป็นโรคที่มีสัญญาณแน่ชัดว่า จะต้องจากไป ผู้ป่วยก็ควรมีสิทธิที่จะต้องเลือก

”

— ศ.พิเศษ กิตติพงษ์ อูรพีพัฒน์พงษ์



สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งจะช่วยลดภาระทางการเงินของครอบครัวที่ต้องมาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

จึงมีการบรรจุชุดสิทธิประโยชน์สำคัญอย่างน้อย ๓ รายการ เพื่อเบิกจ่ายที่ครอบคลุมผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคที่ได้รับบริการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักเกณฑ์ที่กรมการแพทย์กำหนด คือ ๑. ยามอร์ฟินเพื่อบรรเทาอาการปวด ๒. ชุดทำความสะอาด ๓. ออกซิเจนพร้อมอุปกรณ์ร่วมกับการติดตามอาการตามความเหมาะสม

สำหรับการจัดบริการ หน่วยบริการประจำที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองทั่วประเทศ จะจัดบริการร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายคลังเตอร์บริการปฐมภูมิ (PCC) โดยผู้ที่ต้องการเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง จะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด

## ผลักดัน ‘ประกันเอกชน’ ให้สิทธิประโยชน์คนเลือกตายดี

อย่างไรก็ดี แม้ว่าประเทศไทยจะมีการบัญญัติให้สิทธิแก่คนไทยสามารถเลือกที่จะตายดีได้ ตามมาตรา ๑๒ ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ หากแต่ทุกวันนี้ก็ยังมีกำแพงขนาดใหญ่ที่ต้องช่วยกันทำลายให้พังครืนลงมา

ปราการขนาดมหึมานั้น เป็นตัวกั้นขวางทัศนคติจนทำให้คนจำนวนหนึ่งไม่เข้าใจและเข้าไม่ถึงการดูแลแบบประคับประคอง

**ศ.นพ.อิศรางค์ นุชประยูร** อุปนายกสมาคมบริหารผู้ป่วยระยะท้าย บอกว่า ปัญหาที่ใหญ่ที่สุดในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองคือช่องทางการเข้าถึง เพราะมีความทับซ้อนในช่วงก่อนที่จะเริ่มกระบวนการดูแล เพราะต้องได้รับการส่งไม้ต่อจากแพทย์ที่ทำการรักษาโรคก่อน ขณะเดียวกันแพทย์ด้านการดูแลประคับประคองในประเทศไทยก็ยังมีสัดส่วนที่น้อย

“

อยากขอ  
ความร่วมมือจาก  
เครือข่ายต่างๆ  
ที่สามารถเข้าถึง  
คนได้จำนวนมาก  
ใช้ช่องทางเหล่านี้ใน  
การสื่อสารสร้าง  
ความเข้าใจให้กับ  
ประชาชน เพราะ  
เมื่อโรคดำเนินมาถึง  
ระยะสุดท้าย  
จะทำให้ผู้ป่วยต้อง  
แบกรับความทรมาณ  
จากกระบวนการ  
การรักษา

”

— ศ.นพ.อิศรางค์ นุชประยูร



ทั่วโลกมีผู้ป่วย  
ระยะสุดท้าย

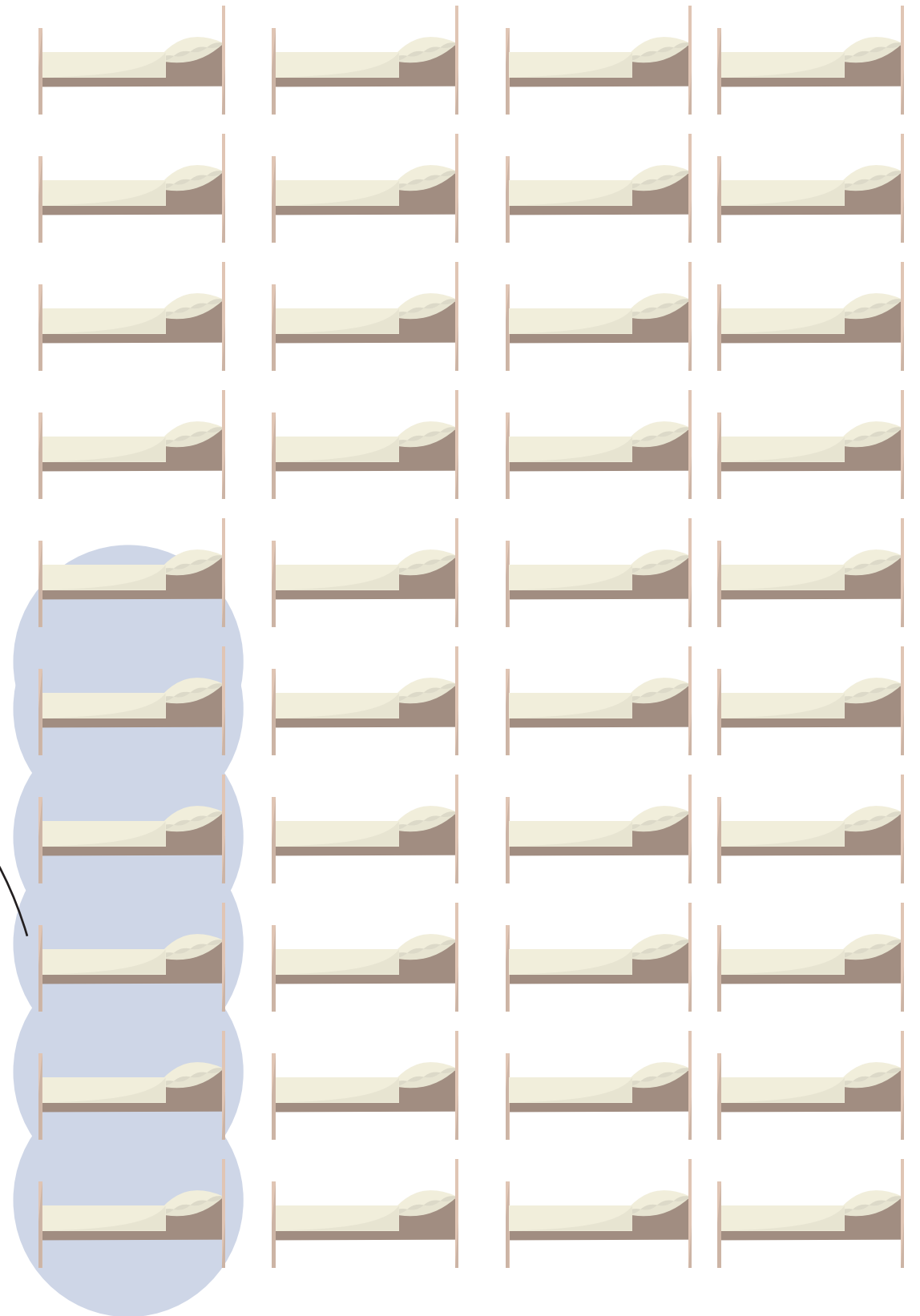
๕๐

ล้านคน

มีเพียง

๑๕%

ที่ได้รับการดูแล  
แบบ Palliative  
care



ที่มา : องค์การอนามัยโลก

แต่ที่มากไปกว่านั้นก็คือประเด็นเรื่องการรับรู้เรื่อง เพราะแนวทางการดูแลแบบประคับประคองมักจะอยู่ ตรงข้ามกับข่าวสารที่ไหลเวียนอยู่ในสังคม ตัวอย่างเช่น ป้ายโฆษณาที่พยายามส่งกำลังใจด้วยประโยคว่า “ต้องสู้ จนหยดสุดท้าย” ที่ทำให้ผู้ป่วย ญาติ หรือคนรอบข้างมีทัศนคติหรือการตัดสินใจที่มุ่งไปสู่การยืดชีวิตของผู้ป่วยให้นานที่สุด

“อยากขอความร่วมมือจากเครือข่ายต่างๆ ที่สามารถเข้าถึงคนได้จำนวนมาก ใช้ช่องทางเหล่านี้ในการสื่อสารสร้างความเข้าใจให้กับประชาชน เพราะเมื่อโรคดำเนินมาถึงระยะสุดท้าย จะทำให้ผู้ป่วยต้องแบกรับความทรมานจากกระบวนการการรักษา” ศ.นพ.อิศรางค์ กล่าว

ทางด้าน ศ.พิเศษ กิติพงษ์ อรุณพัฒน์พงษ์ ประธานคณะกรรมการ บริษัท ชีวามิตรวิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด กล่าวว่า ขณะนี้ทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้จัดเสวนาระหว่าง สช. กับบริษัทประกันภัย และองค์กรที่เกี่ยวข้องรวมถึงชีวามิตรด้วย เพื่อที่จะผลักดันประเด็นเรื่องการตายดีผ่านรูปแบบต่างๆ เช่น ทำให้การดูแลแบบประคับประคอง สามารถทำได้ทั้งที่โรงพยาบาล และที่บ้าน

ในกรณีทำที่บ้านจะให้ทางบริษัทประกันชีวิตเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ซึ่งจะเป็นอีกทางเลือกให้ผู้ป่วยได้เอาค่าใช้จ่ายที่ประกันรับผิดชอบที่ต้องเป็นค่ารักษา มาใช้ในช่วงสุดท้ายก่อนจากไปอย่างมีความสุข โดยตอนนี้กำลังมีการศึกษามิติทางเศรษฐศาสตร์ว่าประหยัดงบประมาณในการรักษา และประหยัดในทางสังคมเท่าไร

อีกเรื่องที่ผลักดันควบคู่กันไป คือพินัยกรรมชีวิต (Living Will) ซึ่งเป็นการเลือกวางแผนได้เลยตั้งแต่ก่อนจะป่วยว่าต้องการที่จะตายดี และต้องไม่มีใครมายืดความตายนี้ โดยแนวทางวางไว้ว่าบริษัทประกันจะสามารถแนบใบพินัยกรรมชีวิตให้พิจารณาเป็นทางเลือกในขั้นตอนการแนะนำได้เลยหรือไม่ เพื่อให้ทุกคนได้ตัดสินใจตั้งแต่แรก

“ตายดีไม่ได้หมายความว่าเหตุการณ์อันปลั่งอย่างเกิดอุบัติเหตุแล้วคนจะห้ามมาช่วยชีวิต แต่หมายถึงเมื่อเกิดเป็นโรคที่มีสัญญาณแน่ชัดว่าจะต้องจากไป ผู้ป่วยก็ควรมีสิทธิที่จะต้องเลือก” ศ.พิเศษ กิติพงษ์ ระบุ

GOOD DEATH

ศาสตราจารย์พิเศษ  
กิติพงษ์ อรุณพัฒน์พงษ์  
ประธานกรรมการและผู้ก่อตั้ง  
บริษัท ซีวามิตรวิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด



สัมภาษณ์พิเศษ

เสนอ

# ‘บริษัทประกันเอกชน’ เพิ่มทางเลือก

## ให้ ‘ผู้ป่วยระยะสุดท้าย’ ที่ปฏิเสธการรักษาเพียงเพื่อยื้อเวลา ควรได้รับสิทธิประโยชน์พิเศษ

คงไม่เกินความเป็นจริงสักเท่าใดนัก หากจะพูดว่า การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) คือถนนที่ทอดยาวไปสู่ “การตายดี” อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

การดูแลแบบประคับประคอง สัมพันธ์กับการใช้สิทธิ “ปฏิเสธการรักษาที่เป็นไปเพื่อยื้อชีวิต” ตามมาตรา ๑๒ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งเป็น “ทางเลือก” ให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ต้องออกเดินทางไกลไปพร้อมกับสายระโยงระยาง หรือในสถานที่ที่ตัวเองไม่คุ้นชินอย่างโรงพยาบาล

การกลับมาดูแลรักษาตัวเองที่บ้าน อยู่ท่ามกลางคนรักอย่างอบอุ่น ปลอดภัย และความทุกข์และสิ่งค้างคาใจ นั่นคือการดูแลแบบประคับประคอง

อย่างไรก็ดี นับตั้งแต่ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีผลบังคับใช้มาเป็นเวลา ๑๕ ปี ประเด็นเรื่องการตายดีและสิทธิมาตรา ๑๒ ยังคงมุ่งเน้นไปที่การสร้างรับรู้และการรณรงค์เป็นหลัก

หากแต่ในมุมมองของ ศาสตราจารย์พิเศษ กิติพงษ์ อรุณพัฒน์พงษ์ ประธานกรรมการและผู้ก่อตั้ง บริษัท ซีวามิตรวิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด เล็งเห็นว่า “บริษัทประกันเอกชน” จะเข้ามาเป็นจุดเปลี่ยนเพื่อยกระดับการรับรู้และการใช้สิทธิในเรื่องนี้

“สมมติถ้าหมอบอกผมเป็นมะเร็ง มีเวลาเหลืออยู่ได้อีกไม่กี่เดือน ถึงรักษาไปก็อาจต้องใช้ค่าใช้จ่ายเต็มวงเงินประกันโดยที่โรคอาจไม่หายอยู่ดี จะมีสิทธิที่ให้ผมนำเอาโคเวต้าค่ารักษาพยาบาลนั้นไปทำในสิ่งที่อยากทำ เช่น ให้ผมเอาไปเที่ยวต่างประเทศได้หรือไม่”

“แต่ถ้าเกิดว่าผมซื้อประกันรักษามะเร็งวงเงิน ๕๐ ล้านบาท หากถึงคราวจำเป็นแล้ว จะเป็นไปได้ไหมถ้าผมจะขอไม่รับการรักษา แต่ขอโคเวต้ามาเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อเอ็นเตอร์เทนให้ผมสัก ๑๐ ล้านพอ ผมก็ไปทำในสิ่งที่อยากทำ เช่น ท่องเที่ยว ไปต่างประเทศ ที่เป็นการใช้ชีวิตในบั้นปลาย แต่ไม่ได้หมายถึงให้ทำได้ทุกอย่าง จะเอาเงินไปใช้เพื่อกินเหล้าเมายาอะไรก็ได้ แต่คงต้องเป็นอะไรที่แพทย์รองรับว่าไปได้ และก็ไม่น่าเช่นกันว่าเมื่อสภาพจิตใจดีขึ้น การเจ็บป่วยทางกายก็อาจดีขึ้นไปได้”

กองบรรณาธิการนิตยสารสสารพลัง ขอเชิญชวนทุกท่านอ่านบทสัมภาษณ์บรรทัดถัดจากนี้ เพื่อขยายมุมมองและร่วมขับเคลื่อนสิทธิตามมาตรา ๑๒ ไปพร้อมกัน

## ต้องสร้างการรับรู้ อย่างต่อเนื่อง ถึง ‘แพทย์-ผู้ป่วย’

ศ.พิเศษ กิตติพงศ์ บอกว่า การรณรงค์ในเรื่องของหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ Living Will นั้นยังถือว่าไม่บรรลุเป้าหมายเท่าที่ควร ด้วยความรู้ของประชาชนที่ยังมีน้อย ประกอบกับความเข้าใจของแพทย์ส่วนใหญ่ที่อาจยังไม่ค่อยมีแนวคิดสนับสนุนเท่าไรนัก

ศ.พิเศษ กิตติพงศ์ ระบุว่า แม้ในช่วงระยะ 4-5 ปีหลังที่สื่อมวลชนได้มีโอกาสเข้ามาขับเคลื่อนประเด็นในเรื่องนี้ จะทำให้เห็นความเปลี่ยนแปลงเพิ่มมากขึ้น เช่น การมี Living Will ให้ผู้ป่วยกรอกได้ในโรงพยาบาลเกือบทุกแห่ง

แต่ก็ยังเป็นกรณีเฉพาะที่ผู้ป่วยร้องขอเท่านั้น หากผู้ป่วยไม่ร้องขอ ทางโรงพยาบาลก็ไม่ได้บอกกล่าวในเรื่องนี้

“ความจริงแล้ว Living Will ควรแนบอยู่ในเวชระเบียน ประวัติผู้ป่วยทุกคน ไม่ใช่ต้องรอให้ป่วยเป็นโรคหนักก่อน ฉะนั้นแม้การทำงานจะรู้สึกว่ายากก็เถอะ แต่เรายังไม่เคยมีการสำรวจว่าจริงๆ แล้วมีอัตราส่วนคนทำ Living Will เท่าไรกันแน่” เขาระบุ

ทั้งนี้ ประเด็นหลักที่ “ศ.พิเศษ กิตติพงศ์” อยากให้มีการเดินหน้าต่อ คือการเดินหน้าสร้างการรับรู้แก่ประชาชน ให้เรื่องการวางแผนในวาระสุดท้ายของชีวิตกลายเป็น

# “ความจริงแล้ว Living Will ควรแนบอยู่ในเวชระเบียน ประวัติ ผู้ป่วยทุกคน ไม่ใช่ต้องรอให้ป่วย เป็นโรคหนักก่อน ฉะนั้นแม้การ ทำงานจะรู้สึกว่ายากก็เถอะ แต่เรายังไม่เคยมีการสำรวจ ว่าจริงๆ แล้วมีอัตราส่วน คนทำ Living Will เท่าไรกันแน่”

เรื่องธรรมดาที่สามารถหยิบยกขึ้นมาพูดถึงได้อย่างเป็นปกติ เพราะไม่ว่าใครก็ตามสักวันก็ต้องจากไป หากแต่ในช่วงวาระสุดท้ายที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้แล้วจะมีการจัดการในมิติต่างๆ ให้เป็นไปอย่างไร

สำหรับประเด็นการรับรู้ “ศ.พิเศษ กิตติพงศ์” เชื่อว่า สื่อต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นภาพยนตร์ ละคร หรือแม้แต่การสื่อสารผ่านอินฟลูเอนเซอร์บนสื่อสังคมออนไลน์ ควรจะต้องสื่อในเรื่องการเตรียมตัวจากไปของคนที่เรารักให้กลายเป็นภาพปกติ และไม่ใช่เพียงแค่การปฏิเสธการรักษาที่เป็นไปเพื่อยื้อชีวิต หากแต่ยังเป็นการจัดการเรื่องที่

ยังค้างคาใจ การบริจาคอวัยวะ หรือการจัดการงานศพต่างๆ โดยที่ผู้คนยอมรับการทำ Living Will ไว้ให้มากขึ้น อีกด้านหนึ่งคือฝั่งของสถาบันการศึกษา หรือโรงเรียนแพทย์ ที่จะต้องมีหลักสูตรเหล่านี้ให้แพทย์ได้เรียนรู้และทำความเข้าใจ มีสมดุลความพอดีระหว่างการรักษาที่ต้องการให้ผู้ป่วยรอดชีวิต กับการรักษาที่เกินความจำเป็น เพราะแพทย์จะเป็นผู้มึบบทบาทที่สำคัญในการที่จะทำให้ผู้ป่วยหรือญาติตัดสินใจ

“เคยได้ยินว่า KPI บางโรงพยาบาล นำการเสียชีวิตของคนไข้เข้ามาเป็นตัวชี้วัด ถ้าเอาระบบการดูแลแบบ

ระดับประคองมาใช้ก็อาจทำให้ KPI ดูแย่ง เพราะคนใช้ตายเยอะขึ้น ฉะนั้นการบูรณาการให้ความรู้เรื่องนี้จึงสำคัญ ทั้งความรู้ของแพทย์ บุคลากร เจ้าหน้าที่ รวมทั้งภาครัฐ ผู้กำหนดนโยบาย ที่จะต้องมีความเข้าใจในเรื่องนี้ให้ลุ่มลึกด้วยเช่นกัน” เขาอธิบาย

ขณะเดียวกันยังมีบทบาทจากภาคประชาสังคมที่จะเข้ามาเป็นตัวช่วยสร้างความเปลี่ยนแปลงในเรื่องนี้ ควบคู่กับบทบาทภาคประชาชน สถาบันการศึกษา ตลอดจนสถานศึกษา ที่ทางพุทธศาสนาเองก็มีการพูดถึงการตายที่เป็นเรื่องปกติ จึงเชื่อว่าถ้าบูรณาการความรู้เรื่องเหล่านี้มากขึ้น จะไม่มีใครปฏิเสธถึงความจำเป็นของการดูแลแบบประคับประคอง การไม่รับการรักษาที่เกินสมควร

เช่นเดียวกับความสำคัญของงานวิจัย ที่จะศึกษาเพื่อให้เรามีข้อมูลได้ว่าปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยติดเตียงกี่ราย เป็นลักษณะใด มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการดูแลเท่าไร ซึ่งหากมีการรวบรวมข้อมูลออกมาแล้ว ก็จะทำให้การดำเนินนโยบายต่างๆ สามารถทำได้ง่ายขึ้น

## ‘ประกันเอกชน’ จุดเปลี่ยนการตายดี

เมื่อพูดถึงภาคส่วนต่างๆ “ศ.พิเศษ กิตติพงษ์” มองต่อไปถึงบทบาทของภาคเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มของบริษัทประกันสุขภาพและประกันชีวิต ที่ปัจจุบันยังครอบคลุมเฉพาะการดูแลรักษาในโรงพยาบาลตามระบบปกติ หากแต่กำลังมองถึงความเป็นไปได้ที่จะทำให้เกิดการเบิกค่าใช้จ่ายเหล่านี้ ครอบคลุมไปถึงการดูแลแบบประคับประคอง การที่ผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้านได้ด้วย

“หากทำได้นี้จะก่อคุณูปการให้กับประเทศ เพราะการให้คนไข้กลับไปดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ก็สามารถคืนเตียงโรงพยาบาลให้กับผู้ป่วยที่จำเป็นได้ ในขณะที่เดียวกันผู้ที่จ่ายเงินซื้อประกัน ก็มั่นใจได้ว่าถ้าเขาซื้อประกันสุขภาพแล้ว เขาก็จะมีค่าใช้จ่ายมาใช้ในการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านด้วย” ผู้ก่อตั้ง บริษัท ซีวามีตราระบุ

ฉะนั้นแทนที่จะจ่ายให้เฉพาะการอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล ประกันก็ควรให้สามารถเบิกค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลที่บ้าน เช่น ค่ายา กายภาพบำบัด ตลอดจนแพทย์หรือพยาบาลที่มาดูแล โดยมีวงเงินเหมือนอยู่ในโรงพยาบาลว่าได้ไม่เกินวันละเท่าไร ซึ่งนี่เองจะเป็นอีกหนึ่งทางออกให้กับสังคมสูงอายุของไทย ที่จำนวนผู้สูงวัยที่ไม่ได้เป็นโรคร้ายแรงจะมีเยอะมากขึ้น

เขาสะท้อนว่า ในยุคปัจจุบันที่นอกจากจะเป็นสังคมสูงอายุแล้ว ยังมีแนวโน้มเป็นสังคมเดี่ยว ไม่มีครอบครัวกันมากขึ้น ดังนั้นเมื่อมีประกันที่ให้ความคุ้มครองแบบนี้ ผู้ซื้อก็มั่นใจได้ว่าหากวันใดวันหนึ่งที่เขาล้มป่วย ชรา หรือกลายเป็นคนไร้ความสามารถ ไม่มีลูกหลานที่คอยดูแลอย่างน้อยเขามีประกันที่จะคุ้มครองและดูแลต่อไปเรื่อยๆ トラบเท่าที่ยังมีการจ่ายเบี้ยประกันอยู่ ซึ่งก็สามารถจัดสรรเอาไว้แล้วล่วงหน้าได้

แนวคิดดังกล่าวไม่ได้หยุดอยู่ที่เพียงการดูแลแบบ Palliative Care เท่านั้น หากแต่ ศ.พิเศษ กิตติพงษ์ ยังคิดไกลไปถึงประกันชีวิตในกลุ่มของการรักษาโรคร้ายแรง ซึ่งมองว่ากรรมธรรม์เหล่านี้ให้วงเงินในจำนวนที่สูงเพื่อ



รักษาโรค เช่น มะเร็ง แต่จะเป็นไปได้หรือไม่ถ้าเราไม่นำเงินนี้ไปใช้ในการรักษา หากแต่นำไปใช้ชีวิตในวาระสุดท้ายแทน

“สมมติถ้าหมอบอกผมเป็นมะเร็ง มีเวลาเหลืออยู่ได้อีกไม่กี่เดือน ถึงรักษาไปก็อาจต้องใช้ค่าใช้จ่ายเต็มวงเงินประกันโดยที่โรคอาจไม่หายอยู่ดี จะมีสิทธิที่ผมนำเอาโควต้าค่ารักษาพยาบาลนั้นไปทำในสิ่งที่อยากทำ เช่น ให้ผมเอาไปเที่ยวต่างประเทศได้หรือไม่” เขาอธิบายถึงภาพที่กำลังมอง

ทั้งนี้ เขาเชื่อว่าการเปิดโอกาสดังกล่าว จะช่วยให้บริษัทประกันเองไม่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่แพงเกินสมควร เช่น หากเป็นมะเร็งตับอ่อนที่อาจเสียชีวิตภายใน ๓-๖ เดือน การรักษาก็ต้องใช้ยาอย่างแพงหรือถ้าใช้เครื่องช่วยชีวิตต่างๆ แล้วผู้ป่วยเกิดโคม่าไม่รู้สติตัว แต่ยังไม่เสียชีวิต ค่าใช้จ่ายก็จะเบิกต่อไปเพราะให้วงเงินไว้แล้ว ซึ่งบริษัทประกันก็จะสูญเสียให้กับสิ่งเหล่านี้ด้วย

“แต่ถ้าเกิดว่าผมซื้อประกันรักษามะเร็งวงเงิน ๕๐ ล้านบาท หากถึงคราวจำเป็นแล้ว จะเป็นไปได้ไหมถ้าผมจะขอไม่รับการรักษา แต่ขอโควต้ามาเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อเอ็นเตอร์เทนให้ผมสัก ๑๐ ล้านพอ ผมก็ไปทำในสิ่งที่อยากทำ เช่น ท่องเที่ยว ไปต่างประเทศ ที่เป็นการใช้ชีวิตในบั้นปลาย แต่ไม่ได้หมายถึงให้ทำได้ทุกอย่าง จะเอาเงินไปใช้เพื่อกินเหล้าเมายาอะไรก็ได้ แต่คงต้องเป็นอะไรที่แพทย์รองรับว่าไปได้ และก็ไม่น่าเช่นกันว่าเมื่อสภาพจิตใจดีขึ้น การเจ็บป่วยทางกายก็อาจดีขึ้นไปได้” เขาอธิบายหลักคิด



“สมมติถ้าหมอบอก  
ผมเป็นมะเร็ง มีเวลาเหลือ  
อยู่ได้อีกไม่กี่เดือน  
ถึงรักษาไปก็อาจต้องใช้  
ค่าใช้จ่ายเต็มวงเงินประกัน  
โดยที่โรคอาจไม่หายอยู่ดี  
จะมีสิทธิที่ผมนำเอา  
โควต้าค่ารักษาพยาบาลนั้น  
ไปทำในสิ่งที่อยากทำ  
เช่น ให้ผมเอาไป  
เที่ยวต่างประเทศได้หรือไม่”



## ภารกิจ ‘วิน-วิน’ ที่ต้องร่วมกัน ยกเป็นวาระ

ด้วยสภาพการณ์ของสังคมผู้สูงอายุ และสังคมเลี้ยงเดี่ยวที่กำลังจะกลายเป็นปัญหาหนักในอนาคต เขาจึงสรุปว่า ดังนั้นในเชิงนโยบายแล้ว การแก้ไขกฎหมาย การเขียนกฎหมายประกันสุขภาพ หรือประกันชีวิต อาจต้องมีการกำหนดเงื่อนไขขึ้นมาใหม่ เพื่อเป็นทางเลือกให้กับผู้บริโภค ในการดูแลระยะสุดท้าย หรือได้รับการดูแลที่บ้าน ซึ่งเชื่อว่าจะทำให้ผู้บริโภคเลือกซื้อประกันเหล่านี้มากขึ้นตามไปด้วย

ศ.พิเศษ กิตติพงษ์ มองว่า การจะผลักดันเรื่องนี้ให้สำเร็จได้ สิ่งสำคัญจึงเป็นการที่บริษัทประกันจะได้รับประโยชน์ตามไปด้วย เนื่องจากสามารถที่จะขาย และมีคนจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันให้มากขึ้น เป็นในลักษณะที่วิน-วินด้วยกันทั้งคู่ ขณะที่ผู้ป่วยก็ได้รับประโยชน์ทั้งในแง่การเงิน รวมถึงในด้านจิตใจและครอบครัว ซึ่งเป็นอีกสิ่งที่สำคัญและอาจคิดเป็นตัวเงินไม่ได้

ขณะเดียวกันทางรัฐบาลเองก็ต้องยกเอาเรื่องนี้ขึ้นเป็นวาระ และหารือร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็น แพทย์ โรงพยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย บริษัทประกัน สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) รวมถึงหน่วยงานที่จะขับเคลื่อนได้ดีที่สุด ทั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) เพื่อช่วยกันทำให้สำเร็จ เพราะสิ่งนี้จะประโยชน์ต่อประเทศและสังคมส่วนรวมต่อไป

จากการทำงานเรื่องนี้เป็นเวลาหลายปี ศ.พิเศษ กิตติพงษ์สรุปว่าถ้าประชาชนมีความรู้ในเรื่องนี้แล้ว โดยมีการสื่อสารที่ดีระหว่างแพทย์ ผู้ดูแล และผู้ป่วย ก็เชื่อว่าจะช่วยสนับสนุนการจากไปอย่างมีคุณภาพที่ดีกับทุกคน และ สช.เองก็คือผู้ที่จะมีบทบาทหนึ่งในการเป็นส่วนขับเคลื่อนเรื่องนี้ให้สำเร็จได้ ซึ่งหลังจากนี้จะมีการหารือเพื่อเดินหน้าให้เป็นจริงต่อไป 🍌



# ยุติโรคระบาดด้วยนวัตกรรม สช.สานพลังสร้างความเข้มแข็งชุมชน



การประชุมนัดแรกของ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) หรือบอร์ดสุขภาพของประเทศไทย ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๐ ม.ค. ที่ผ่านมา โดยมี ดร.สาธิต ปิตุเตชะ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ในฐานะรองประธาน คสช. เป็นประธาน ได้พูดถึงโครงการหนึ่งที่มีความน่าสนใจ และยังเป็นส่วนหนึ่งในแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข นั่นคือ “โครงการความร่วมมือในการพัฒนาขีดความสามารถด้านสาธารณสุขรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน”

ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ร่วมขับเคลื่อนผ่านโปรแกรม “การยุติโรคระบาดด้วยนวัตกรรม” (EPI) ของศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (TCELS) กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) สำหรับแผนงานนี้จะมุ่งเน้นการนำนวัตกรรมทางสังคมและวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีที่มีอยู่ ไปใช้ยุติผลกระทบจากโรคระบาดปัจจุบัน รวมถึงป้องกันผลกระทบจากโรคอุบัติใหม่

ในอนาคต โดย สช. จะสานพลังภาคีเพื่อดำเนินกิจกรรมที่สำคัญ ๓ กิจกรรม ซึ่งจะช่วยสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน อันหมายถึงความแข็งแกร่งของประเทศในท้ายที่สุด ประกอบด้วย ๑. การพัฒนาต้นแบบชุมชนเข้มแข็งด้วยนวัตกรรมโดยเครือข่ายชุมชนทั่วประเทศ ๒. พัฒนากลุ่มผู้มีพื้นฐานด้านวิทยาศาสตร์ให้มีขีดความสามารถในการดูแลชุมชน ๓. พัฒนากลไกเชื่อมโยงเครือข่ายต่างๆ ที่ทำงานด้านการป้องกันและควบคุมโรค

วงประชุมในครั้งนี้ได้รับทราบและเล็งเห็นถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากโครงการนี้ พร้อมกับให้ข้อสังเกตเพิ่มเติมถึงเกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบ เพื่อขับเคลื่อนและเป็นตัวอย่างของนวัตกรรมทางสังคมที่จะตอบโจทย์และเป็นไปตามผลลัพธ์ที่วางไว้ใน ๓ ประเด็น ได้แก่ ๑. เกิดชุมชนเข้มแข็งเพื่อเฝ้าระวังและรับมือกับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ๒. เกิดการขยายโมเดลไปสู่ชุมชนอื่นๆ ๓. ชุมชนมีข้อมูลของตนเอง และขีดความสามารถในการเฝ้าระวังและรับมือภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ๔. มีการเชื่อมโยงเครือข่ายต่างๆ ที่ทำงานด้านการป้องกันและควบคุมโรค

นอกจากนี้ ในช่วงท้ายของการประชุม คสช. นัดแรก ที่ประชุมยังได้รับทราบการดำเนิน “โครงการสนับสนุนยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๙” ที่ สช. จะ

สนับสนุนแผนงานตามยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก (WHO) Country Cooperation Strategy (CCS) ฉบับปัจจุบัน ซึ่งจะดำเนินการระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๙

ทั้งนี้ สช. จะสนับสนุนใน ๒ ลักษณะ คือการสนับสนุนงบประมาณในแผนงานภาวะผู้นำด้านสุขภาพโลกของประเทศไทย (Enhancing Leadership in Global Health – Thailand: EnLIGHT) เป็นระยะเวลา ๕ ปี รวมทั้งสิ้น ๕ ล้านบาท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประเทศไทยแสดงบทบาทด้านสุขภาพในเวทีระหว่างประเทศ และแสดงความรับผิดชอบด้านสุขภาพต่อประชาคมโลก

ในขณะเดียวกันก็จะสนับสนุนการดำเนินงานของแผนงานต่างๆ ทั้ง ๖ แผนงาน ได้แก่ ๑. แผนงานการแพทย์บนโลกดิจิทัลและระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (Digital Health) ๒. แผนงานแรงงานข้ามชาติ (Migrant) ๓. แผนงานโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ๔. แผนงานความปลอดภัยทางถนน (Road Safety) ๕. แผนงานภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (Public Health Emergency) ๖. แผนงาน EnLIGHT ผ่านช่องทางนโยบายของ สช. ได้แก่ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพจังหวัด สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และธรรมนูญระบบสุขภาพในระดับต่างๆ เป็นต้น

# โควิด-19 กับ หนังสือแสดงเจตนา เกี่ยวกับการรักษา ในระยะสุดท้าย

โควิด-19 เข้ามาปรับเปลี่ยนสังคมของพวกเราหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขอนามัย การเรียนการสอน การรักษาพยาบาลแบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หรือแม้แต่เรื่องความตาย



ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนา  
จะรับบริการและไม่ประสงค์จะรับบริการ  
สาธารณสุข

จากสถิติทั่วโลก ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน แต่อัตราการเสียชีวิตจะอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้เรื่องการวางแผนดูแลสุขภาพตัวเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) และการทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้าย (Living Will) ถูกพูดถึงมากขึ้นโดยเฉพาะในประเทศอเมริกา

สังคมอเมริกาไม่ต่างจากสังคมไทยเมื่อพูดถึงเรื่องความตาย เรื่องนี้ยังคงเป็นเรื่องต้องห้ามที่มักไม่พูดคุยกันในสังคม จากสถิติพบว่าคนอเมริกันเกือบ ๗ ใน ๑๐ คนยังมีความคิดเช่นนั้น

แม้ว่าคนอเมริกัน ๙๒% เห็นว่าการพูดคุยกับคนรักเรื่องการรักษาในระยะสุดท้ายเป็นเรื่องสำคัญก็ตาม แต่การพูดคุยกับคนรักจริงๆ มีประมาณ ๓๒% และพูดคุยกับแพทย์ก็น้อยลงไปอีก ผู้ใหญ่ชาวอเมริกันถึง ๖๓% ยังไม่ได้วางแผนเรื่องการดูแลสุขภาพตัวเองล่วงหน้า

การวางแผนดูแลสุขภาพตัวเองล่วงหน้า และการทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้าย นอกจากช่วยให้ความปรารถนาสุดท้ายของผู้ป่วยบรรลุวัตถุประสงค์แล้ว ยังทำให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สบายใจในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากมีกระบวนการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์

สถานการณ์โควิด-19 มีจำนวนผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องการและไม่ต้องการใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือบางขณะก็จำนวนเครื่องช่วยหายใจไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนดูแลสุขภาพตัวเองล่วงหน้า และการทำหนังสือแสดงเจตนา ทำให้สถานการณ์ตึงเครียดเช่นนี้คลี่คลายลงได้อย่างนุ่มนวล

โควิด-19 จึงถือเป็นโอกาสที่ดีที่จะพูดถึงและขยายผลเรื่องการวางแผนดูแลสุขภาพตัวเองล่วงหน้า และการทำหนังสือแสดงเจตนา ในวงกว้างมากขึ้นในสังคมไทย ซึ่งอาจใช้เทคโนโลยี เช่น VDO Conference มาช่วยให้การวางแผนดูแลสุขภาพตัวเองล่วงหน้าสะดวกขึ้น หรือให้มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับความตายและการสูญเสีย (Death Education) กับนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาสาขาอื่นๆ หรือลงไปถึงนักเรียนระดับมัธยมก็ได้ และที่สำคัญ ควรให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องความตายและการสูญเสียกับประชาชนทั่วไปด้วย



ภาพ : หนังสือความตึงเครียดครั้งสุดท้ายของชีวิต (Living Will)

แหล่งข้อมูล  
• Colette A. McAfee et al, (2022) COVID-19 brings a new urgency for advance care planning: Implications of death education, Death Studies, 46:1, 91-96, DOI:10.1080/07481187.2020.1821262  
• Katherine Harmon Courag (2020), Planning For End-Of-Life Care Is More Crucial Than Ever, Here's How, National Public Radio of USA www.npr.org

# การดูแลแบบประคับประคอง กับสิทธิการรักษาพยาบาล ๓ กองทุน และการประกันสุขภาพภาคเอกชน



ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้รับรองสิทธิของบุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย โดยหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวเป็นองค์ประกอบหนึ่งของกระบวนการในการสื่อสารในขั้นตอนของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

หากพิจารณาสิทธิในการรักษาพยาบาล ๓ กองทุนที่รัฐจัดให้แก่ประชาชนซึ่งได้แก่ สิทธิสวัสดิการข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แล้วพบว่าทั้ง ๓ กองทุนได้กล่าวถึงสิทธิในการดูแลแบบประคับประคองที่แตกต่างกัน โดยสามารถสรุปได้ดังตารางต่อไปนี้

ในต่างประเทศมีการจัดทำกรณธรรม์สุขภาพการดูแลแบบประคับประคองเพื่อเป็นทางเลือกแก่ประชาชนที่ต้องการรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่นอกเหนือจากการดูแลที่รัฐจัดหาให้ โดยหลักการคือ จะต้องมีการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเป็นองค์ประกอบหนึ่งของกรณธรรม์ทั้งนี้เพื่อจะแจ้งถึงแนวทางในการเลือกการรักษาพยาบาลที่ตนเองต้องการและไม่ต้องการ รวมทั้งกำหนดผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนตนเองในกรณีที่ตนเองไม่สามารถตัดสินใจได้แล้ว

ที่ผ่านมาในประเทศไทยมีการขายกรณธรรม์ที่เป็นกรณธรรม์การดูแลแบบประคับประคองแล้ว แต่รูปแบบของกรณธรรม์ยังไม่มีส่วนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขและยังไม่มีกำหนดผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้แล้ว ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนากรณธรรม์การดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล รวมทั้งเหมาะสมกับบริบทของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยต่อไป

## เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองใน ๓ กองทุน

	สิทธิราชการ	สิทธิประกันสังคม	สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
กฎหมายกำหนดสิทธิให้แก่ประชาชน	พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓	พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๕ พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. ๒๕๓๗	พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕
บุคคลผู้ได้รับสิทธิ	ข้าราชการและครอบครัวกว่า ๔.๙ ล้านคน	สมาชิกกองทุนประกันสังคมกว่า ๑๑ ล้านคน	ประชาชนไทยที่ไม่มีสิทธิการรักษาใดๆ จำนวนกว่า ๔๗ ล้านคน
รูปแบบการดูแลและรายละเอียดการดูแลแบบประคับประคอง	๑. การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล	๑. การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล	๑. การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล ๒. การดูแลในชุมชนผ่านกองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมุ่งเน้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการบริหารจัดการกองทุน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการ รักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกในพื้นที่ โดยสนับสนุนให้องค์กรหรือกลุ่มประชาชน ร่วมดำเนินกิจกรรมการจัดบริการ สาธารณสุขในท้องถิ่น ๓. การดูแลที่บ้าน ผ่านหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยครอบคลุมผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามเกณฑ์แนวทางที่กรมการแพทย์กำหนด ในลักษณะของการเฝ้าระวังต่อรายตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้าน โดยประเมินผลจากวันที่เริ่มให้บริการที่บ้านครั้งแรก จนถึงวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิตเมื่อตรวจจบกับฐานทะเบียนราษฎร ๓.๑ เป็นการเฝ้าระวังตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้านก่อนเสียชีวิตโดยครอบคลุมผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกกลุ่มโรคที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามเกณฑ์แนวทางที่กรมการแพทย์กำหนด ๓.๒ เป็นการเฝ้าระวังต่อรายตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้าน โดยประเมินผลจากวันที่เริ่มให้บริการที่บ้านครั้งแรก จนถึงวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ๓.๓ จ่ายแบบเหมาจ่ายตามอัตราและระยะเวลาการให้บริการที่กำหนด

จากตารางดังกล่าวสรุปได้ว่าสิทธิในการดูแลแบบประคับประคองของทั้ง ๓ ยังมีข้อจำกัดที่ค่อนข้างมากเพราะสิทธิราชการและสิทธิประกันสังคมนั้นมีเฉพาะการดูแลแบบประคับประคองในสถานพยาบาลเท่านั้น แต่สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองทั้งในโรงพยาบาล ในชุมชนและที่บ้าน ดังนั้นเมื่อสถานการณ์ในเรื่องสิทธิการดูแลเป็นเช่นนี้จึงเป็นที่มาของความจำเป็นในการสร้างระบบการดูแลแบบประคับประคองในภาคเอกชนผ่านระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้เป็นทางเลือกกับผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนการดูแลตนเอง

# เพราะเรามี ลมหายใจเดียวกัน

หลังจากฝนหลงฤดูได้เทเม็ดลงมาทั่วทุกภาคของไทย ท้องฟ้ากลับหม่นลงไปด้วยเมฆเทาและละอองฝุ่นปะปนไม่เว้นแม้แต่ในเมืองหลวง หัวเมืองปริมณฑล กระทั่งถึงจังหวัดน้อยใหญ่ทั่วทั้งทางภาคเหนือ ภาวะความตื่นตัวเรื่องผลกระทบจากฝุ่นควันก็เริ่มจริงจังและการผลักดันข้อเสนอของการสร้างสภาพแวดล้อมและอากาศสะอาดก็กลับมาอีกครั้งในช่วงนี้

ภาคีเครือข่ายที่ร่วมขับเคลื่อนการลดปัญหาผลกระทบจากปัญหาไฟป่าหมอกควันภาคเหนือ ที่ได้ร่วมกันขับเคลื่อน “เครือข่ายสภามหาใจ” ไปทั่วทั้งภาคเหนือและพากันสานพลังของทุกภาคส่วนในแต่ละจังหวัด ร่วมกันเป็นสภามหาใจเพื่อมาหาแนวทางร่วมกันแก้ปัญหา สร้างนวัตกรรมในการจัดการกับปัญหาสุขภาพระดับใหญ่ทั้งของพื้นที่ ประเทศและข้ามประเทศ ต่างก็มีการขยับงานร่วมกันอย่างคึกคัก

ที่จังหวัดลำพูน มีเวทีเสวนา “ลมหายใจหละปูน : ผืนป่า สวน นา ไร่ ไฟควัน” ไปเมื่อวันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๕ โดยมี นายวรยุทธ เนาวรัตน์ ผู้ว่าราชการจังหวัดลำพูน เป็นประธานในพิธีเปิด พร้อมทั้งมีผู้แทนส่วนราชการ นักวิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคีเครือข่ายสภามหาใจจังหวัดลำพูนเข้าร่วม หัวใจสำคัญของเวทีดังกล่าวมีเป้าหมายที่การสร้างความรู้ความเข้าใจและความร่วมมือในการป้องกันและแก้ไขปัญหาไฟป่าหมอกควัน และฝุ่นควัน pm 2.5 โดยได้มีการขับเคลื่อนกิจกรรมร่วมกันมาได้ระยะหนึ่งแล้ว

จังหวัดพะเยา มีการจัดเวทีเสวนา “สร้างอากาศสะอาดลดฝุ่นควันในจังหวัดพะเยา” จัดโดยสภามหาใจพะเยาร่วมกับภาคีพัฒนาต่างๆ ณ หอวัฒนธรรมนิทัศน์วัดศรีโคมคำ เมื่อวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ เพื่อสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคมใน



การป้องกันฝุ่นควันและไฟป่า สร้างจิตสำนึกในการรักสิ่งแวดล้อม ลมหายใจสะอาด นอกจากนี้ยังมีการแลกเปลี่ยนสถานการณ์ ปัญหาฝุ่นควัน ผลการดำเนินงานของสภามหาใจ แนวทางการจัดการลดการเผาและฝุ่นควัน ในเวทีที่จังหวัดพะเยาก็มีการจัดทำข้อเสนอแนะนโยบายเพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนร่วมกัน อาทิ ๑. การกระจายอำนาจให้ชุมชน สภามหาใจชุมชน ภาคประชาสังคม และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท.) ให้เข้ามามีส่วนร่วมจัดทำแผนป้องกันและฝุ่นควันจากระดับพื้นที่ ๒. การพัฒนาพื้นที่รุ่มรอนที่มาจากนวัตกรรมการเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ ทั้งต่อการเผาในพื้นที่เกษตรและการจัดแผน zoning พื้นที่เกษตรพื้นที่สูง ๓. การส่งเสริมพัฒนาอาสาสมัคร การสื่อสารสาธารณะ สร้างการรับรู้ ๔. การจัดหาเครื่องมือวัดคุณภาพอากาศครอบคลุมทุกพื้นที่ ทำให้

ประชาชนตื่นตัว มีข้อมูลที่ชัดเจนและถูกต้อง ที่สำคัญคือยกระดับเป็นวาระร่วมจังหวัด ภูมิภาคโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน  
วิกฤตปัญหาและผลกระทบจากภาวะหมอกควันเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมอย่างกว้างขวาง การแก้ไขปัญหาจึงต้องอาศัยระบบการบริหารจัดการที่ตอบสนองได้อย่างรวดเร็ว ต้องวางแผนร่วมกัน มีการกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะที่นำไปสู่การลุกขึ้นมาพร้อมเป็นเจ้าของ อาศัยความรู้ระบบข้อมูล และมีข้อเสนอที่ชัดเจนว่าด้วยการจัดการปัญหาฝุ่นควันที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ที่ถือเป็นปัญหาของ “หน้าหมู” และ “เพราะเรามีลมหายใจเดียวกัน” จึงต้องอาศัยการระดมสรรพกำลังของทุกภาคส่วนมาทำงานร่วมกัน โดยอาศัยปัญญาารวมหมู่ ยกระดับเป็นพลเมืองตื่นรู้ รับผิดชอบต่อป้องกันแก้ไข ปัญหาจึงจะคลี่คลายได้

# HIA Forum

## การประชุมวิชาการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๕

เครือข่ายสถาบันวิชาการด้านการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ได้พัฒนาความร่วมมือทางวิชาการกับสถาบันทางวิชาการ หน่วยงาน และภาคีเครือข่ายต่างๆ ด้านการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ รวมถึงการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ผ่านเวทีประชุมวิชาการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA Forum) ด้วย

ที่ผ่านมาการขับเคลื่อนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ได้มีการจัดประชุมวิชาการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ในรูปแบบ HIA Conference และ HIA Forum ที่คณะกรรมการฯ และภาคีเครือข่าย HIA ได้เคยมีการจัดมาแล้วหลายครั้ง ทั้งในระดับชาติและในระดับนานาชาติ อาทิ

- การประชุมวิชาการระดับนานาชาติ ๒๐๐๘ Asia and Pacific Regional Health Impact Assessment Conference ที่จังหวัดเชียงใหม่
- การประชุมวิชาการการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน ณ สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพฯ
- การประชุมวิชาการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๗ ณ โรงแรมเอเชีย ีเวต ปทุมวัน กรุงเทพฯ
- การประชุมวิชาการนานาชาติ The 1st ASEAN IA Conference on Impact Assessment and Mitigation: Towards ASEAN Engagement and Sustainable Development ที่มหาวิทยาลัยบอร์เนียว จังหวัดปีนัง

นอกจากนี้ ยังจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อขับเคลื่อนประเด็นเชิงนโยบายอื่นๆ ด้วย

ในปีนี้ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ร่วมกับเครือข่าย จะจัดการประชุมวิชาการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ๒๕๖๕ (HIA Forum ๒๐๒๒) มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นเวทีถ่ายทอดองค์ความรู้ นวัตกรรม เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ HIA เพื่อประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในประเด็นต่างๆ ที่หลากหลาย ทันสมัย และเกิดประโยชน์ต่อพื้นที่ รวมทั้งสร้างแรงจูงใจการยกย่องเชิดชูเกียรติผลงานที่เข้าร่วม ตลอดจนเป็นเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์กับผู้ทรงคุณวุฒิ และนักวิชาการอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

โดยในปี ๒๕๖๕ ได้ปรับรูปแบบการประชุมภายใต้มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โควิด-19) เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค กำหนดการจัดงานในช่วงเดือนสิงหาคม ๒๕๖๕ รูปแบบการจัดงาน เป็นรูปแบบผสมผสานระหว่างการประชุมในรูปแบบ Online และการประชุมที่มีผู้เข้าร่วมประชุมมาอยู่ร่วมกัน ณ สถานที่จัดงาน (Onsite) ในบางส่วน โดยมีการจำกัดจำนวนคนและมีมาตรการป้องกันโรคที่เหมาะสม โดยแนวทางการจัดกิจกรรม ประกอบด้วย ๓ ส่วน ดังนี้

๑

การนำเสนอบทความวิชาการ

๒

กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การใช้เครื่องมือ HIA เป็นเครื่องมือการพัฒนานโยบายสาธารณะและการขับเคลื่อนประเด็นต่างๆ

๓

การนำเสนอมุมมองและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการขับเคลื่อน HIA ระยะเวลาต่อไป ในกลุ่มต่างๆ เช่น การวิจัย HIA การทำ HIA ในองค์กรภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) การทำ HIA ในภาคอุตสาหกรรมและสถานประกอบการ การทำ HIA เชิงสร้างสรรค์ หรือ HIA โดยชุมชน เป็นต้น

การประชุมวิชาการครั้งนี้เป็นกิจกรรมสำคัญในวาระครบรอบ ๑๕ ปี สช. และ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ด้วย โดยคณะทำงานได้กำหนดช่วงเวลาการจัดงานในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๕ ขณะนี้ในช่วงการเตรียมการประชาสัมพันธ์เพื่อเปิดรับผลงานวิชาการที่จะนำเสนอในเวทีวิชาการครั้งนี้ และจะประชาสัมพันธ์ให้ทราบต่อไปผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ ของ สช. ต่อไป 📢

# คมส. บูรณาการ ๑๓ หนุดหมาย ของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ กับมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

เมื่อวันจันทร์ที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ สำนักงานสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) นำเสนอการบูรณาการ ๑๓ หนุดหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๓ พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐ กับมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ต่อที่ประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสมส.) ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕

เบื้องต้นมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่นำมาพิจารณารูรณาการเข้ากับแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๓ แล้ว ๒ เรื่อง ได้แก่ มติ ๑๓.๑ ความมั่นคงทางอาหารในภาวะวิกฤต และกลุ่มมิติที่อยู่อาศัยและการจัดการพื้นที่สาธารณะ ได้แก่ มติ ๙.๒ การจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัยชุมชนและเมืองเพื่อสุขภาพ และมติ ๑๑.๑ การร่วมสร้างสรรค์พื้นที่สาธารณะในเขตเมืองเพื่อสุขภาพสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน

โดยมีการนำมติ ๑๓.๑ เพิ่มในสาระสำคัญในร่างแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๓ ใน **หนุดหมายที่ ๑ มุ่งให้ประเทศไทยเป็นประเทศชั้นนำด้านสินค้าเกษตรและเกษตรแปรรูปมูลค่าสูง** ได้แก่ ๑. การส่งเสริมให้ชุมชนสามารถเข้าถึงความมั่นคงอาหารทั้งด้านปริมาณและโภชนาการ

ครบถ้วน รวมถึงระบบสำรองอาหารให้มีรูปแบบที่หลากหลาย และ ๒. การเตรียมการบริหารจัดการการกระจายสินค้าเกษตรและอาหารในภาวะวิกฤต ไปไว้ใน **กลยุทธ์ย่อยที่ ๑๐ พัฒนาให้เกิดระบบการบริหารจัดการเพื่อความมั่นคงทางด้านอาหาร**

และมีนำกลุ่มมิติที่อยู่อาศัยและการจัดการพื้นที่สาธารณะ ไปเพิ่มในสาระสำคัญในร่างแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๓ ใน **หนุดหมายที่ ๘ ไทยมีพื้นที่และเมืองอัจฉริยะที่น่าอยู่ ปลอดภัย เติบโตได้อย่างยั่งยืน** โดยเพิ่ม **“ความมั่นคงในที่อยู่อาศัย”** ไว้ใน **กลยุทธ์ที่ ๑.๔ แก้ปัญหาของกลุ่มเปราะบางในเมือง** และ **“เพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่สาธารณะของเมือง เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในเมือง”** ไว้ใน **กลยุทธ์ที่ ๒.๔ เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ประโยชน์ที่ดินในเมือง**

คสมส. ได้ชื่นชมและสนับสนุนการบูรณาการเนื้องานดังกล่าว โดยมองว่า เป็นวิธีการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่ดี (Best Practice) และมีมติให้นำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องอื่นๆ มาวิเคราะห์เพื่อบูรณาการเป้าหมายร่วมระหว่างมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ ด้วย



# กาฬโรคสมัยรัชกาลที่ ๕ (ตอนจบ)

ข้อมูลเรื่องกาฬโรคสมัยรัชกาลที่ ๕ นี้ เนื้อหาหลัก นำมาจากหนังสือ “กาฬโรคสมัยรัชกาลที่ ๕” ที่สำนักวรรณกรรมและประวัติศาสตร์ กรมศิลปากร เรียบเรียงขึ้น และพิมพ์เผยแพร่ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๖๒



ติดตามตอนที่ ๑, ๒ และ ๓ ได้ในนิตยสารสวนพลึง ฉบับ ๑๓๔-๑๓๕ และ ๑๓๗

ในหนังสือดังกล่าวได้ตีพิมพ์ภาคผนวก “สมมุติฐานเรื่องกาฬโรคสมัยพระเจ้าอยู่ทง” ไว้ด้วย โดยได้ประมวลความเห็นเรื่อง “โรคห่า” ที่ “หลักฐาน” ต่างๆ เช่น พงศาวดารเหนือจดหมายเหตุวันวลิต และพระราชพงศาวดารฉบับต่างๆ กล่าวว่าเป็นสาเหตุที่พระเจ้าอยู่ทง “อพยพย้ายเมืองมาตั้งกรุงศรีอยุธยา” “โรคห่า” ดังกล่าว เดิมเชื่อกันว่า คือ อหิวาตกโรค แต่ต่อมา ไมเคิล ไรท์ ชาวอังกฤษซึ่งสนใจเรื่องไทยมายาวนานได้เสนอว่า โรคห่าที่เป็นเหตุให้พระเจ้าอยู่ทงอพยพย้ายเมืองมาตั้งกรุงศรีอยุธยาเมื่อ พ.ศ. ๑๘๙๓ นั้น น่าจะเป็นกาฬโรคมากกว่า เพราะช่วงนั้นมีการระบาดใหญ่ของกาฬโรคทั้งในยุโรป เอเชีย และแอฟริกา ซึ่งมีหลักฐานการระบาดในช่วง พ.ศ. ๑๘๘๙ - ๑๘๙๔ ทำให้ผู้คนล้มตายเป็นมากมาย ส่วนการระบาดในไทยน่าจะแพร่ระบาดจากจีนผ่านการติดต่อค้าขายทางเรือสำเภา โดยมีหนูเป็นพาหะนำโรค

อย่างไรก็ดี ยังมีชื่อชวน “สงสัย” หรือ “ข้อโต้แย้ง” อยู่บางประการต่อ “ข้อสรุป” ที่ว่า ทำให้หนังสือเล่มนี้ ถือว่า ข้อสรุปว่าโรคห่าคือ กาฬโรค ยังเป็นเพียง “สมมุติฐาน” โดยมีเหตุผลดังนี้

**ประการแรก** กาฬโรคเป็นโรคระบาดที่ร้ายแรงและรวดเร็ว ทั้งยังมีหนูเป็นพาหะเพาะโรคซุกซ่อนอยู่ในธรรมชาติ และสะสมเชื้อไว้ในสิ่งแฉะล่อม เมื่อเกิดการระบาดในพื้นที่ใดแล้วจึงมีโอกาสสูงที่จะเกิดการระบาดซ้ำอีก เช่น การระบาดของกาฬโรคที่ยุโรปเมื่อ พ.ศ. ๑๘๘๙ - ๑๘๙๔ นั้น ภายหลังการระบาดสงบแล้ว ก็เกิดการระบาดซ้ำอีกหลายครั้งในประเทศต่างๆ เป็นเวลาหลายร้อยปี แล้วจึงค่อยๆ ลดลงในพุทธศตวรรษที่ ๒๓ ตรงกันข้ามกับกรณีของไทย ซึ่งหากเกิดขึ้นจริงในช่วงเวลาเดียวกัน กลับไม่พบการระบาดอีกเลย กล่าวคือภายหลังการสถาปนากฎศรีอยุธยาเมื่อ พ.ศ. ๑๘๙๓ หลักฐานประวัติศาสตร์ของไทยไม่ปรากฏชื่อกาฬโรค หรือเหตุการณ์ที่อาจเป็นการระบาดของกาฬโรคเลย เป็นเวลา ๕๐๐ ปีเศษ จนกระทั่งเกิดการระบาดของกาฬโรคในสมัยรัชกาลที่ ๕ ทั้งยังแตกต่างจากโรคระบาดอื่นๆ เช่น อหิวาตกโรคและไข้ทรพิษ ซึ่งปรากฏชื่อในหลักฐานประวัติศาสตร์สมัยอยุธยาหลายครั้ง โดยเฉพาะไข้ทรพิษ ซึ่งเป็นโรคระบาดที่สำคัญมากในสมัยอยุธยาทราบจนถึงต้นรัตนโกสินทร์

**ประการที่สอง** แม้กาฬโรคจะระบาดไปทั่วยุโรปเมื่อ พ.ศ. ๑๘๘๙ - ๑๘๙๔ แต่ก็มีบางเมืองหรือบางประเทศในยุโรปที่ไม่มีการระบาด หรือมีการระบาดค่อนข้างน้อย แม้จะอยู่ใกล้กับบริเวณที่มีการระบาดรุนแรง เช่น เมืองมิลานในอิตาลี และราชอาณาจักรโปแลนด์ เป็นต้น นอกจากนี้ กาฬโรคยังระบาดไปเกือบทั่วประเทศจีน แต่ไม่พบหลักฐานว่ามีกาฬโรคอย่างร้ายแรงในญี่ปุ่น ทั้งที่อยู่ใกล้และมีการติดต่อค้าขายกับจีนโดยตลอด หากสันนิษฐานว่ากาฬโรคระบาดมาจากจีน จนเป็นสาเหตุของการอพยพมาตั้งกรุงศรีอยุธยาใน พ.ศ. ๑๘๙๓ ถ้า

เช่นนั้นก็น่าจะมีกาฬโรคระบาดภายหลังการตั้งกรุงศรีอยุธยาด้วย เพราะกาฬโรคยังกระจายในหลายมณฑลของจีนจนถึงราว พ.ศ. ๑๙๐๕ เป็นอย่างน้อย ดังนั้นเมื่อกรุงศรีอยุธยามีสภาพเป็นเมืองที่มีผู้คนหนาแน่นขึ้น และมีการติดต่อค้าขายกับจีน จึงมีโอกาสสูงที่จะเกิดกาฬโรคระบาด แต่กลับไม่ปรากฏหลักฐานการระบาดภายหลังการก่อตั้งกรุงศรีอยุธยาเลย

นอกจากนี้ หากโรคระบาดที่เกิดขึ้นเมื่อครั้งสถาปนากฎศรีอยุธยาเป็นกาฬโรคที่ระบาดมาจากจีนจริง ก็ควรปรากฏหลักฐานการระบาดในเมืองท่าอื่นๆ ที่มีการติดต่อค้าขายกับจีนด้วย เช่น นครศรีธรรมราช ปัตตานี ชวา ฯลฯ แต่ไม่พบหลักฐานทางประวัติศาสตร์ที่แสดงว่า บริเวณดังกล่าวมีโรคระบาดอย่างร้ายแรงในช่วงเวลานั้น อีกทั้งงานวิชาการด้านประวัติศาสตร์การแพทย์และโรคภัยไข้เจ็บในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ก็ไม่ปรากฏข้อมูลเรื่องการระบาดของกาฬโรคในช่วงเวลาดังกล่าว ซึ่งตรงกันข้ามกับโรคอื่นๆ เช่น ไข้ทรพิษ ที่มีข้อมูลการระบาดมากมาย โดยเฉพาะในชวา ส่วนกาฬโรคนั้นปรากฏการระบาดในสมัยหลังๆ ซึ่งตรงกับสมัยรัชกาลที่ ๕ และสอดคล้องกับการระบาดวงกว้างครั้งที่ ๓ ในพุทธศตวรรษที่ ๒๕

**ประการสุดท้าย** งานวิชาการหลายเรื่องได้ตั้งคำถามเกี่ยวกับการเกิดกาฬโรคระบาดครั้งใหญ่ ทั้งในยุโรป อินเดีย และจีน เช่น บทความเรื่อง “The Black Death : End of a Paradigm” (๒๐๐๒) ของ Samuel K. Cohn, Jr. ซึ่งเสนอว่าโรคระบาดครั้งใหญ่ที่เกิดขึ้นในยุโรปยุคกลางหรือที่เรียกว่า Black Death นั้น อาจไม่ใช่กาฬโรคอย่างที่เข้าใจกัน เนื่องจากมีลักษณะหลายประการที่แตกต่างจากการระบาดของกาฬโรคที่ทราบจากการศึกษาทางการแพทย์ในปัจจุบัน ทั้งอาการของโรค การลุกลามของโรค ตลอดจนผลกระทบทางสังคมที่เกิดขึ้น ในขณะเดียวกัน บทความเรื่อง “Was the Black Death in India and China?” (๒๐๑๑) ของ George D. Sussman ก็ตั้งข้อสงสัยเรื่องโรคระบาดที่เกิดขึ้นในอินเดียและจีนในช่วงเวลาเดียวกัน Sussman ใช้เอกสารชั้นต้นของอินเดียและจีนนำเสนอว่าโรคระบาดที่เกิดขึ้นในอินเดียและจีนสมัยนั้นอาจไม่ใช่กาฬโรค ด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น การไม่ปรากฏคำอธิบายอาการของโรคระบาดในเอกสาร

เอกสารดังกล่าวได้พิจารณาโรคอื่นๆ ที่อาจเป็น “โรคห่า” อีก ๓ โรค ได้แก่ อหิวาตกโรค, ไข้ทรพิษ, ไข้จับสั่น ผู้สนใจควรหาหนังสือดังกล่าวมาอ่านต่อไป หนังสือดังกล่าว นอกจากมีการอภิปรายประเด็นทางประวัติศาสตร์แล้ว เนื้อหาสาระหลักคือมีเอกสารประวัติศาสตร์ทางการแพทย์สาธารณสุขเกี่ยวกับการควบคุมกาฬโรคในสมัยนั้นให้ศึกษาอย่างดียิ่ง



## สิทธิการตายตามธรรมชาติ

ท่านผู้อ่านเคยได้ยินคำว่า “การตายดี” กันไหม หรือสงสัยไหมว่า “การตายดี” คืออะไร

มีหนึ่งเรื่องที่เราไม่อยากจะพูดถึง คือเรื่องความตาย หากเราปรับ Mindset เกี่ยวกับเรื่องนี้ได้ จะเห็นว่า การตายเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้เสมอ และจะดีกว่าไหมที่เราจะสามารถออกแบบช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตได้ เพราะทุกคนมีสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒ ว่าด้วยเรื่องบุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

คลิปดีที่ต้องดูฉบับนี้ นำความรู้เรื่องสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา ๑๒ มาฝากท่านผู้อ่าน เชิญชมกันได้เลย 📺



# EDITORIAL TEAM

เจ้าของ  
ที่ปรึกษา  
บรรณาธิการบริหาร  
บรรณาธิการ  
กองบรรณาธิการ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)  
นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ  
นพ.ปรีดา แต่อารักษ์  
บริษัท แจ่มแจ่มกรุ๊ป จำกัด  
ชนิษฐา แซ่เอี้ยว  
แคทรียา การาม  
ทรงพล ตูละทา  
นภินทร ศิริไทย  
บัณฑิต มั่นคง  
พิสิษฐ์ ศรีอัคคโกคิน  
ยุวลักษณ์ เหมะวิบูลย์  
สุรชัย กลั่นวารี  
ชูชาติ ตริรัตน์านนท์  
พรมประสิทธิ์ ธรรมกรณ์  
ชนัญชิตา จันทร์หมื่น

**ที่อยู่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)**  
ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ  
๘๘/๓๙ หมู่ ๔ ถ.ติวานนท์ ๑๔  
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐  
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๐ แฟกซ์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๑  
อีเมล [nationalhealth@nationalhealth.or.th](mailto:nationalhealth@nationalhealth.or.th)  
เว็บไซต์ [www.nationalhealth.or.th](http://www.nationalhealth.or.th)

## ติดต่อกองบรรณาธิการ

บริษัท แจ่มแจ่มกรุ๊ป จำกัด  
๓๕๓/๔๔๕ หมู่บ้าน The Connect  
๗/๑ ถ.เทิดราชัน แขวงสีกัน เขตดอนเมือง  
กทม. ๑๐๒๑๐  
โทรศัพท์ ๐๘ ๗๑๗๑ ๘๙๔๔



JAMJAM GROUP CO.,LTD.

HealthStation

# สถานีกลางสุขภาวะ

ศูนย์ข่าวที่จะทำหน้าที่สนับสนุน  
กระบวนการมีส่วนร่วม การสานพลัง  
และการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ  
ในทุกระดับและทุกประเด็น



พื้นที่กลางที่เปิดให้ทุกคน  
เข้ามาร่วมสร้าง ร่วมใช้ประโยชน์  
และร่วมกันเป็นเจ้าของ

