



สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ

รายงานประจำปี ฉบับประชาชน 2567

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



สรุปความจากรายงานประจำปี 2567
(ผลการดำเนินงาน 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567)



สำนักงานคณะกรรมการ
การเลือกตั้ง

รายงานประจำปี 2567 ฉบับประชาชน สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สรุปความจากรายงานประจำปี 2567
(ผลการดำเนินงาน 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567)

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

นพ.สุเทพ เพชรมาก

รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

นพ.ปรีดา แต่อาลักษณ์

นพ.อภิชาติ รอดสม

สุทธิพงษ์ วสุโสภาพล





บรรณาธิการ

นิรชา อัสวธีรากุล

กองบรรณาธิการ

กนกวรรณ รับพรดี
กรฤทธิ ชุมบุรุษ
ช่อฉัตร สุนทรพะลิน
ฐิติมา สุวัฒน์
บุญยวรี หงษ์ทอง
สิริกัร คำภูไทย
สุภาภรณ์ ดำรงพันธ์

ประสานงาน

ระพีพรรณ บุญเกตุ

ศิลปกรรม

วินทนี มณีแดง

เรียบเรียง

นริสชา บุญเสริม

จัดพิมพ์โดย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่ 88/39 ซอยติวานนท์ 14 ถนนติวานนท์
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ : 02 832 9000
โทรสาร : 02 832 9001-2
<http://www.nationalhealth.or.th>
“สช. เป็นหน่วยงานรัฐ ภายใต้การกำกับของ
นายกรัฐมนตรี”

ISBN 978-616-569-039-3

จำนวนพิมพ์ 600 เล่ม

ปีที่พิมพ์ 2568

พิมพ์ที่

บริษัท เอส.อาร์.พรินต์ติ้ง แมสโปรดักส์ จำกัด
2/103-106 หมู่ที่ 9 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120
โทรศัพท์ : 064 895 4665

คำนำ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยเป็นหน่วยงานของรัฐ มีฐานะเป็นนิติบุคคล และอยู่ในกำกับของนายกรัฐมนตรี

ทุกปี สช. ได้ทำรายงานประจำปีขององค์กรที่ต้องดำเนินการตามกฎหมายเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานของสช. ซึ่งรายงานประจำปี 2567 ฉบับนี้ นำเสนอผลการดำเนินงานในปีที่ 17 (1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567) นับจากที่มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยนายยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ซึ่งเป็นแนวคิดจาก ศ.นพ.ประเวศ วะสี มาใช้ในการดำเนินงานโดยมีภาคีเครือข่ายจากสามภาคส่วน ซึ่งรวมถึงภาคประชาชนที่มีส่วนร่วมในกระบวนการด้วย

“การมีส่วนร่วม” ของทุกภาคส่วนจึงเป็นการ “ขับเคลื่อนนโยบาย และเคลื่อนไหวสังคม” ที่เสมือนเป็น “มือแห่งการสร้างสรรค์” ในการสร้าง “สังคมแห่งความสุข”

รายงานประจำปีฉบับนี้ สรุปความจากรายงานประจำปี 2567 และขยายเนื้อหาของผลการดำเนินงานเด่นประจำเล่ม อันประกอบด้วย เรื่อง “การปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า” “จุดเปลี่ยนพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี” “สู่งวัย ใจเป็นสุข จากการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย” “พลังพื้นที่ พลังชีวิต จากการขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565” และ “เตรียมตัวตายดีด้วยหนังสือแสดงเจตนาแบบอิเล็กทรอนิกส์” เพื่อให้เห็นคุณค่าและความสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วม รวมทั้งเกิดประโยชน์สำหรับท่านที่สนใจศึกษา ค้นคว้าภารกิจของ สช. และนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สารบัญ

คำนำ	5
------	---

รู้จัก สช.	10
------------	----

ผลงานเด่น	31
-----------	----

การปกป้องเด็กและเยาวชน จากบุหรี่ไฟฟ้า	32
--	----

จุดเปลี่ยนพายุไต้ฝุ่น มะเร็งท่อน้ำดี	40
---	----

สูงวัย ใจเป็นสุข จากการเตรียมความพร้อม รองรับสังคมสูงวัย	48
--	----

พลังพื้นที่ พลังชีวิต จากการขับเคลื่อน ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565	52
---	----

เตรียมตัวตายดี ด้วยหนังสือแสดงเจตนา แบบอิเล็กทรอนิกส์	62
---	----

เกริ่นนำ	9
----------	---

ผลการดำเนินงาน	17
----------------	----

ท้ายเล่ม	73
----------	----



เกริ่นนำ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมเป็นไปอย่างรวดเร็วและท้าทาย เช่นเดียวกับระบบสุขภาพของประเทศที่ปรับเปลี่ยนสู่มิติใหม่ ๆ ตลอดระยะเวลาของการพัฒนา ซึ่งปี 2567 เป็นปีที่ 17 นับจากที่มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ยังคงดำรงไว้ซึ่งภารกิจในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาวะของประชาชน หรือเพื่อสังคมสุขภาวะ

การสร้างสังคมสุขภาวะคือหัวใจของการพัฒนาที่ยั่งยืน และด้วยความเชื่อมั่นนี้ สช. และภาคีเครือข่ายจึงได้วางรากฐานและการพัฒนาระบบสุขภาพที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมไทยไปด้วยกัน การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่คาดหวังในแต่ละช่วงเวลาล้วนมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการมีสุขภาวะของประชาชนในประเทศ

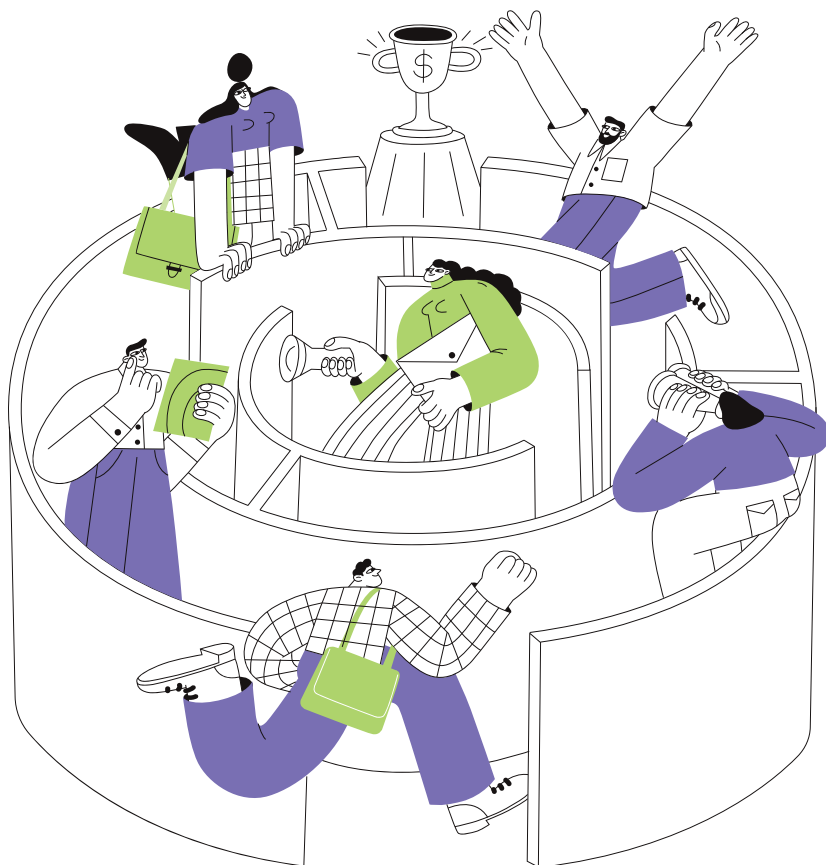
ตลอดระยะเวลา 17 ปี จึงเป็น 17 ปีแห่งการสร้างทิศทางการพัฒนานโยบายสาธารณะที่มุ่งสู่การมีสุขภาวะของประชาชนโดยตระหนักถึงความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพกับปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ ทั้งเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม และ สช. ยังคงมุ่งมั่นในการสร้างกลไกและกระบวนการนโยบายสาธารณะที่เปิดกว้าง ซึ่งไม่เพียงแต่เอื้อให้เกิดการบูรณาการองค์ความรู้และทรัพยากรจากทุกภาคส่วน แต่ยังเป็นเวทีแห่งการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม เพื่อการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงระดับประเทศ



นายแพทย์สุเทพ เทพรมาก
เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

รู้จัก สช.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยเป็นหน่วยงานของรัฐ มีฐานะเป็นนิติบุคคล และอยู่ในกำกับของนายกรัฐมนตรี



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

เป็นหน่วยงานของรัฐในกำกับของนายกรัฐมนตรี จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยเป็นหน่วยเลขานุการของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) และคณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คบ.) มีหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของหน่วยงานที่ดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จัดทำรายงานสถานการณ์ของระบบสุขภาพ และดำเนินการเพื่อให้การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น บรรลุผลตามมติของ คสช. โดยมีเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (เลขาธิการ คสช.) เป็นผู้รับผิดชอบการบริหารงานของสำนักงาน

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)

มีหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะ หรือคำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ รวมถึงการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น การกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติ และสนับสนุนให้มีกระบวนการในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพเพื่อการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย

คณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คบ.)

มีหน้าที่กำหนดนโยบาย และกำกับดูแลการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ให้เกิดการจัดการที่ดี มีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ตามอำนาจหน้าที่

เครื่องมือนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ





สมัชชาสุขภาพ

เป็นกระบวนการที่ทำให้ประชาชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และเรียนรู้ร่วมกันอย่างสมานฉันท์ จนนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อควมมีสุขภาพของประชาชน โดยมีทั้งสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มุ่งหาทางออกกับปัญหาระดับประเทศ สมัชชาสุขภาพพื้นที่ที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของแต่ละพื้นที่ และมีสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นที่มุ่งเน้นการพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพเฉพาะด้านหรือเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง



ธรรมนูญสุขภาพ

เป็นกรอบและแนวทาง หรือข้อตกลงร่วมกันของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน ฯลฯ ในการกำหนดทิศทางการสร้างสุขภาพะโดยยึดหลักความเป็นธรรม และความยั่งยืนเพื่อใช้เป็นแนวทางในการทำงานที่จะนำไปสู่เป้าหมายได้เป็นผลสำเร็จ ซึ่งมีทั้งธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ และธรรมนูญสุขภาพเฉพาะประเด็น



การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

เป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการคาดการณ์และประเมินถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพของประชาชน จากนโยบาย แผนงาน หรือโครงการพัฒนาต่าง ๆ ของรัฐ ทั้งด้านบวกและด้านลบ บนฐานของข้อมูลและความรู้ที่รอบด้าน โดยมุ่งเน้นการป้องกันและลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพของประชาชน ควบคู่กับการแสวงหาทางเลือกในการพัฒนาที่เป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย



สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

เป็นการคุ้มครองสิทธิของประชาชนซึ่งไม่ได้มีเพียงเรื่องการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่ยังครอบคลุมสิทธิในการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และสิทธิในการมีส่วนร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ ควบคู่กับการส่งเสริมให้ตระหนักถึงหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน





นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือ/กลไกนโยบายสาธารณะในรูปแบบอื่น ๆ เพื่อการมีส่วนร่วมและความมีสุขภาพของประชาชน เช่น คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ที่กำหนดไว้ในระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. 2559

ทุกหน่วยงานสามารถนำเครื่องมือดังกล่าวไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และบริบทของแต่ละหน่วยงานภายใต้หลักการ “การมีส่วนร่วม”



ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดขององค์กร
สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายทุกตัวชี้วัด ดังนี้



1

หน่วยงานนำมติ ครม. ที่เกี่ยวข้องกับ
มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปดำเนินการ

จำนวน **11** หน่วยงาน

ได้แก่ (1) สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย (2) กทันตแพทยสภา (3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (4) กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา (5) กรมควบคุมโรค (6) กรมสุขภาพจิต (7) สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ (8) มหาเถรสมาคม (9) กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช (10) กรมอนามัย และ (11) กระทรวงศึกษาธิการ

2

รายงานนโยบายสาธารณะรายปีที่ผลักดันผ่าน
คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ และ คสช.

จำนวน **1** ฉบับ

เรื่อง “การขับเคลื่อนนโยบายอาหารปลอดภัยและความมั่นคงทางอาหาร”

3

แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ
โดยใช้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ
แห่งชาติ ฉบับที่ 3 เป็นกรอบแนวทาง
การดำเนินงาน

6 จังหวัด | กรุงเทพมหานคร **10** เขต

ได้แก่ ชลบุรี ปทุมธานี ภูเก็ต ขอนแก่น เชียงใหม่ และอุดรธานี

เขตในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ เขตมีนบุรี เขตหลักสี่ เขตคลองเตย เขตหนองแขม เขตยานนาวา เขตจตุจักร เขตพระโขนง เขตตลิ่งชัน เขตดุสิต และเขตคลองสามวา

4

นำองค์ความรู้ หรือนวัตกรรม 4P-W
ไปใช้ประโยชน์

จำนวน **5** เรื่อง

ได้แก่ (1) Training Manual for Capacity Building of Health in All Policies for NCDs in Nepal (2) รายงานวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (3) รายงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากการพัฒนาท่องเที่ยวชุมชนตำบลศรีบัวบาน อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน (4) Application สำหรับเก็บข้อมูลพื้นที่ และ (5) คู่มือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพสถานศึกษาด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม : ธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา

5

มติ/นโยบายสาธารณะจากสมาชิกสุขภาพ
จังหวัด หรือกรุงเทพฯ ขับเคลื่อนร่วม

จำนวน **29** จังหวัด

ได้แก่ เชียงใหม่ สุโขทัย นครสวรรค์ พิจิตร สระบุรี ลพบุรี ปทุมธานี กาญจนบุรี สมุทรสงคราม นครปฐม ตราด ระยอง ขอนแก่น อุดรธานี เลย นครราชสีมา สุรินทร์ อำนาจเจริญ ศรีสะเกษ อุบลราชธานี กระบี่ สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต ระนอง สงขลา ชัยนาท ฉะเชิงเทรา หนองบัวลำภู และยะลา

6

การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ
รองรับสังคมสูงวัย

จำนวน **56** แห่ง ใน **18** จังหวัด

ได้แก่ เชียงใหม่ พะเยา สุโขทัย พิจิตร ชัยนาท ลพบุรี สิงห์บุรี กาญจนบุรี ตราด ขอนแก่น ชัยภูมิ นครราชสีมา อุบลราชธานี ระยอง นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ตรัง และสงขลา

7

ประชาชนที่เข้าสู่ระบบการดูแล
แบบประคับประคอง มีการจัดทำ
หนังสือแสดงเจตนาฯ (Living will)

จำนวน **107,122** คน

8

นโยบายสาธารณะ
ผ่านกลไกระดับนานาชาติ

จำนวน **1** นโยบาย

มติสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 77 เรื่อง "Social Participation for universal health coverage, health and well-being"

9

ระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนกระบวนการ
พัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม
ทั้งระดับชาติและพื้นที่

จำนวน **1** ระบบ

ระบบ SHARE มีการใช้ข้อมูลร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) และ สช.

10

ระบบบริหารจัดการของ สช.
มีคะแนน PMQA

จำนวน **458.62** คะแนน



มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ National Health Assembly

ครั้งที่
1 - 17

ครั้งที่

1

พ.ศ.
2551

1. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
2. การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย
3. ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม
4. การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี
5. เกษตรและอาหารในยุควิกฤต
6. ยุทธศาสตร์ในการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
7. บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพ และทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม
8. ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น
9. ผลกระทบจากสื่อต่อเด็กเยาวชนและครอบครัว
10. สุขภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
11. ระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมไทย
12. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาวะของแรงงานนอกระบบ
13. การแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์
14. วิกฤตเศรษฐกิจและการปกป้องสุขภาวะคนไทย

14
มติ

ครั้งที่

2

พ.ศ.
2552

1. การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
2. แผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ทรัพยากรใต้
3. การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน
4. ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม : เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ป่วย
5. ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ
6. โรคติดต่ออุบัติใหม่
7. การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศคู่ขนานกับการแพทย์
8. การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน
9. การแก้ไขปัญหาวัดเหตุทางถนน
10. การพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว
11. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

11
มติ

ครั้งที่

3

พ.ศ.
2553

1. มาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน
2. ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ
3. การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับการก่อกวนและเด็กเล็ก
4. นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ
5. นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ
6. มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ
7. ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ
8. การแก้ปัญหาภัยรุนแรงไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม
9. การป้องกันผลกระทบต่อสุขภาวะและสังคมจากการค้าเสรีระหว่างประเทศ

9
มติ

โครงสร้าง

4

พ.ศ.
2554

1. ความปลอดภัยทางอาหาร : การจัดการน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ
2. การจัดการปัญหาการฆ่าตัวตาย (สุขใจ...ไม่คิดสั้น)
3. การจัดการภัยพิบัติธรรมชาติโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง
4. การบริหารจัดการทรัพยากรลุ่มน้ำขนาดเล็กอย่างยั่งยืนโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและภาคีทุกภาคส่วน
5. การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต
6. การเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยเพื่อสุขภาพและความปลอดภัยของคนทำงานในภาคอุตสาหกรรมและการบริการ

6
มิติ

โครงสร้าง

5

พ.ศ.
2555

1. การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน
2. การป้องกันและลดผลกระทบด้านสุขภาพจากโรงไฟฟ้าชีวมวล
3. การปฏิรูปการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพในบริบทสังคมไทย
4. การจัดการปัญหาหมอกควันที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
5. ความปลอดภัยทางอาหาร : การแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
6. การปฏิรูประบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (EIA/EHIA) สถานการณ์ปัญหาและผลกระทบ
7. พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ
8. การพัฒนากลไกและกระบวนการที่สามารถรับมือผลกระทบด้านสุขภาพจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยเฉพาะอาหารและสินค้าเกษตรฯ
9. การจัดการสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก 24 ชั่วโมง : กรณีเด็กไทยกับไอที
10. เปรียบเทียบการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ
11. รายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

11
มิติ

โครงสร้าง

6

พ.ศ.
2556

1. นโยบายการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน
2. เป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย
3. แผนยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติ ว่าด้วยระบบสุขภาพชุมชน
4. แผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. 2557 - 2561
5. ระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน
6. การกำกับดูแลสื่อและการสื่อสารการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
7. การสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วนเพื่อ "สุขภาพหนึ่งเดียว" ของคน-สัตว์-สิ่งแวดล้อม
8. การปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย

8
มิติ

สรุป
7

พ.ศ.
2557

1. การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อบูรณาการกลไกคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง
2. การพัฒนากระบวนการประเมินและการตัดสินใจการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ
3. การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน
4. การจัดการสเตอรอยด์ที่คุกคามสุขภาพคนไทย
5. การจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย

5
มิติ

สรุป
8

พ.ศ.
2558

1. สุขภาวะชาวนา : การสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายองค์กรชาวนา
2. ทบทวนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ การจัดการปัญหาหมอกควัน ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
3. ระบบสุขภาพเขตเมือง : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม
4. นโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs)
5. วิถีการกินเชื้อแบคทีเรียดีต่อยาและการจัดการปัญหาแบบบูรณาการ

5
มิติ

สรุป
9

พ.ศ.
2559

1. น้ำดื่มที่ปลอดภัยสำหรับประชาชน
2. การจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัย ชุมชน และเมืองเพื่อสุขภาวะ
3. การสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัยด้วยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม
4. สานพลังปราบปรามยาเสพติด โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน

4
มิติ

สรุป
10

พ.ศ.
2560

1. การส่งเสริมให้คนไทยทุกช่วงวัยมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น
2. การพัฒนาพื้นที่เล่นสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กปฐมวัยและวัยประถมศึกษา
3. ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด
4. การจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนแบบมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน

4
มิติ

สรุป
11

พ.ศ.
2561

1. การร่วมสร้างสรรค์พื้นที่สาธารณะในเขตเมืองเพื่อสุขภาวะสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน
2. ความรับผิดชอบร่วมทางสังคมเกี่ยวกับอีสปอร์ตต่อสุขภาวะเด็ก
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ
4. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการทันตกรรม

4
มิติ

สรุป
12

พ.ศ.
2562

1. ทบทวนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน
2. วิถีเพศภาวะ: เสริมพลังสุขภาวะครอบครัว
3. รวมพลังชุมชนต้านมะเร็ง
4. การจัดการเชิงระบบสู่ประเทศใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

4
มิติ

เรียง
ลำดับ

13

พ.ศ.
2563

1. ความมั่นคงทางอาหารในภาวะวิกฤต
2. การบริหารจัดการวิกฤตสุขภาพแบบมีส่วนร่วม กรณีโรคระบาดใหญ่

2
มิติ

เรียง
ลำดับ

14

พ.ศ.
2564

1. การสร้างเสริมสุขภาพะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในวิกฤตโควิด-19 (Promotion of sustainable healthy environment in COVID-19 crisis)
2. การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม (Protection of Equitable Access to Health Services by Specific Populations in Crises)
3. การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ (Participatory Communication Management in Health Crisis)

3
มิติ

เรียง
ลำดับ

15

พ.ศ.
2565

1. การจัดความยากจนตามแนวคิดเศรษฐกิจ BCG: การยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือน (Household economic well-being advancement by BCG Model)
2. การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC) ภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน
3. หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

3
มิติ

เรียง
ลำดับ

16

พ.ศ.
2566

1. การส่งเสริมความเข้มแข็งกลไกการบริหารจัดการน้ำเชิงพื้นที่
2. ระบบสุขภาพทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง
3. การส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ

3
มิติ

เรียง
ลำดับ

17

พ.ศ.
2567

1. พลิกโฉมกำลังคนเพื่อสังคมสุขภาวะ
2. การท่องเที่ยวแนวใหม่ สุขภาวะและเศรษฐกิจไทยยั่งยืน

2
มิติ

ผลการดำเนินงาน

ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมและเครื่องมือ
ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550



3 การประเมินผลกระทบ ด้านสุขภาพ



4 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ



ประชาชนที่รับการอบรมแล้ว
ต้องการทำ Living will
ร้อยละ 72.25

ประชาชนที่เข้าสู่ระบบการดูแล
แบบประคับประคอง มีการจัดทำ
ทำ Living will
107,122 คน



มีระบบสารสนเทศการบริหารจัดการ
หนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา 12
พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
แบบอิเล็กทรอนิกส์

(e-Living Will)

เพื่ออำนวยความสะดวกให้ประชาชนและ
ผู้ป่วยเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพ รวมทั้ง
สถานพยาบาลสามารถเข้าถึงข้อมูล
ในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและ
การดูแลรักษาแบบประคับประคอง
ข้ามหน่วยงานหรือสถานพยาบาลได้



5 ธรรมนูญสุขภาพ

16
พื้นที่

นำธรรมนูญว่าด้วยระบบ
สุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3
ไปพัฒนาเป็นแนวทาง
การพัฒนาระบบสุขภาพ
ในระดับพื้นที่

56
**ธรรมนูญ
สุขภาพ**

รองรับสังคมสูงวัย
มีการขับเคลื่อนร่วมกับ
ภาคีเครือข่ายในพื้นที่

693
คน

บุคลากรในสถานศึกษาได้รับ
การพัฒนาศักยภาพด้าน
การพัฒนาและขับเคลื่อน
ระบบสุขภาพสถานศึกษา
ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ
เพื่อพัฒนาธรรมนูญสุขภาพ
สถานศึกษา

ภาพความเชื่อมโยงงาน สช. กับนโยบายรัฐบาล

(คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี, 12 กันยายน 2567)

1. นโยบายรัฐบาล: ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชน

- ประสานและดำเนินการเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานด้านสุขภาพ
- ผลักดันนโยบายสาธารณะที่เป็นปัญหาและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ผ่านกลไก อปท., คสช. หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ส่งเสริมกลไก HIA เพื่อสนับสนุนการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. นโยบายรัฐบาล: ขยายเครือข่ายการบริการระดับปฐมภูมิ พัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

- พัฒนามาตรฐานบริการผ่านระบบ Telemedicine และการใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพในกลุ่ม อปท. ถ่ายโอน เพื่อให้คนไทยเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

3. นโยบายรัฐบาล: ใช้ศักยภาพของเครือข่ายสาธารณสุขในการส่งเสริมป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ

- ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะว่าด้วยการสานพลังสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (มติ NHA 6.2, 8.4, 11.3, มติ IHA)

4. นโยบายรัฐบาล: สร้างการมีส่วนร่วมในการรับมือกับภัยธรรมชาติ

- สานพลังรับมือภัยพิบัติร่วมกับทุกภาคส่วน
- ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการน้ำ และการจัดการภัยพิบัติ (มติ NHA 1.7, 4.3, 4.4, 14.3 และ 16.2)



การดำเนินงานของ สช. ยังมีความสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลในหลายเรื่อง โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับความเท่าเทียมของคนทุกกลุ่ม การลดความเหลื่อมล้ำในสังคมไทย และการเปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย ผ่านมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

5. นโยบายรัฐบาล: ส่งเสริมการเกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพของเด็กทุกคนอย่างเท่าเทียม

- ส่งเสริมการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ (มติ NHA 16.3)

6. นโยบายรัฐบาล: เพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด โดยเน้นการป้องกัน

- ขับเคลื่อนนโยบายด้านการปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า (มติ IHA)
- การจัดการปัญหาการฆ่าตัวตาย (สุขใจ...ไม่คิดสั้น) (มติ NHA 4.2)
- ขับเคลื่อนนโยบายระบบสุขภาพทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง (มติ NHA 16.1)
- ขับเคลื่อนนโยบายชุมชนเป็นศูนย์กลางในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

7. นโยบายรัฐบาล: การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย

- สานพลังขับเคลื่อนนโยบายเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย 4 มิติ ได้แก่ มิติเศรษฐกิจ มิติสังคม มิติสุขภาพ มิติสภาพแวดล้อม
- พัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในระยะสุดท้ายของชีวิต และขยายผลการขับเคลื่อนระบบ e-Living Will
- หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (มติ NHA 15.3)

8. นโยบายรัฐบาล: การส่งเสริมพัฒนาศักยภาพ และจัดสวัสดิการสังคม เพื่อสร้างความเท่าเทียม

- ขับเคลื่อนนโยบายคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของกลุ่มประชากรที่มีความจำเพาะด้านสุขภาพ กลุ่มแรงงานข้ามชาติ และเด็กไร้รัฐ (มติ IHA)

9. นโยบายรัฐบาล: การส่งเสริมเศรษฐกิจสีเขียว (Green Economy or Eco-friendly Economy)

- ส่งเสริมการขับเคลื่อนนโยบายการจัดความยากจนตามแนวคิดเศรษฐกิจ BCG: การยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือน (มติ NHA 15.1)







นับเป็นความสำเร็จที่ทั้ง สช. และภาคีเครือข่าย ต่างได้
ร่วมกันพัฒนาและขับเคลื่อน “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ”
โดยวางรากฐาน ลงมือทำ และฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อ
ไปถึงเป้าหมายที่วางไว้

ความสำเร็จเหล่านี้เป็นเพียงบางส่วน เพราะภารกิจ
การทำงานยังมีเรื่องให้ทำอีกมาก ท่ามกลางกระแสสังคม
ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างไม่หยุดยั้ง...



ผลงานเด่น

การปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า

“หมอซ็อก! ด.ญ. 11 ขวบ ป่วยหนักเข้าไอซียู ปอดอักเสบ เพราะสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพียง 6 เดือน”

นี่คือพาดหัวข่าว จาก เพจ “เสียงจากทหารเรือ”¹ จากแถลงการณ์ “ไม่เอาบุหรี่ไฟฟ้า” ที่ 14 ราชวิทยาลัย วิชาชีพระแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกันจัดขึ้นเนื่องในวันแพทย์ไทยเมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2567 ซึ่งหากผู้ปกครองที่มีลูกหลานในวัยเดียวกันได้ฟังคงตกใจไม่น้อย

ถ้าเด็กเติบโตมาดี มีคุณภาพย่อมทำให้สังคม ประเทศเจริญตามไปด้วย

แต่แน่นอนว่าบนเส้นทางแห่งการเติบโตนั้นใช้ว่าจะง่ายตาย สวยงามเหมือนถนนที่โรยด้วยกลีบกุหลาบ เพราะในระหว่างเส้นทางอาจต้องเจออุปสรรค ขวากหนาม หรือหลุมพรางที่ทำให้ตกลงสู่หุบเหวเหมือนสภาพสังคมโลกในปัจจุบันที่หลาย ๆ ประเทศกำลังเผชิญปัญหา “บุหรี่ไฟฟ้า” มหันตภัยร้ายที่ทำให้เด็กเสียสุขภาพจนเสียอนาคตได้ในที่สุด

1 <https://mgronline.com/onlinesection/detail/9670000114207>



“การควบคุมและป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าจึงเป็นภารกิจที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการปกป้องสุขภาพของเด็กและเยาวชน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและป้องกันการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ที่เป็นอันตรายเหล่านี้”

ทพ.อดิเรก ศรีวัฒนาวงษา นายกทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ และผู้จัดการโครงการเครือข่ายทันตบุคลากรต้านภัยยาสูบ ได้กล่าวไว้ในงานวันงดสูบบุหรี่โลก ปี 2567 ที่โครงการเครือข่ายทันตบุคลากรต้านภัยยาสูบ โดยทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ จัดร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ว่า

“ขณะนี้เด็กและเยาวชนไทยเข้าถึงบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่าย โดยเฉพาะบุหรี่ไฟฟ้าที่ระบาดในเด็กระดับประถมศึกษา เนื่องจากกลยุทธ์การตลาดของผู้ผลิตมุ่งเป้าไปที่เด็กและเยาวชน โดยมีการออกแบบผลิตภัณฑ์ให้มีสีสันสวยงาม มีการแต่งกลิ่นดึงดูดใจ

ในขณะที่ ผศ.ดร.ศรัรัช ลาภใหญ่ ผู้จัดการโครงการศึกษาพัฒนาขยายผลการเฝ้าระวัง และจัดการความรู้ผลิตภัณฑ์เสี่ยงสุขภาพ กล่าวว่า

“ธุรกิจบุหรี่ไฟฟ้าได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบของสินค้าให้ห่างไกลจากบุหรี่ยมวน โดยการปรับเปลี่ยนรูปร่างหน้าตาจากบุหรี่ไฟฟ้าแบบเดิมมาเป็นบุหรี่ไฟฟ้าตุ๊กตาที่ผลิตเลียนแบบตุ๊กตาของเล่น ตัวการ์ตูนฮิต อาร์ตทอย ทำเหมือนกล่องขนม ขวดน้ำผลไม้ ไปจนถึงเครื่องเขียน ชนิดเลียนแบบได้เหมือนของจริงทั้งรูปร่างหน้าตา สีสัน และมีขนาดเล็ก

“นอกจากนี้ยังมีการผลิตเลียนแบบตัวการ์ตูนยอดฮิตอย่างโดราเอมอน มารีโอ ไปเกม่อน บางรุ่นเลียนแบบอาร์ตทอยชื่อดัง บางรุ่นสร้างตัวการ์ตูนขึ้นมาเอง บางรุ่นทำเหมือนของเล่นเลโก้ และผลิตออกมาเป็นคอลเลกชันคล้ายของสะสม มีสีสันแตกต่างกันเพื่อบอกรสชาติ กลิ่นหอม ซึ่งรสชาติจะผสมผสานกันทั้งผลไม้ ความเย็น และลูกกวาด เช่น รสแตงโม พีช มันท์

“ปัจจุบันการตลาดล่าเหยื่อที่เป็นเด็กนี้ประสบความสำเร็จ เพราะมีชาวกระบาดในกลุ่มนักเรียนระดับประถม ทั้งยังพบเด็ก ป.1 พกบุหรี่ไฟฟ้าติดตัว ดังนั้นพ่อแม่ ครูและโรงเรียน ควรต้องคอยเฝ้าระวังบุหรี่ไฟฟ้าแปลงร่างเหล่านี้ที่เป็นอันตรายต่อเด็ก เพราะออกแบบช่วงปากสูบให้กลมกลืนไปกับตัวตุ๊กตา จนทำให้ดูเผลิน ๆ ไม่ทราบว่าเป็นคือบุหรี่ไฟฟ้า หากนำมาวางปนกันกับของเล่น อาจแยกไม่ออกว่าอันไหนคือของเล่น อันไหนคือบุหรี่ไฟฟ้า”

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะ ประเด็นการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าเมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน 2566 โดยมี ศ.พญ.สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ เป็นประธานกรรมการ มี ดร.วศิน พิพัฒน์ฉัตร เป็นกรรมการและเลขานุการ และมีผู้แทนจาก สสส. และ สช. เป็นกรรมการและเลขานุการร่วม โดยคณะกรรมการชุดนี้ ทำหน้าที่พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพเรื่องการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีส่วนร่วม จัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และจัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นเพื่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และแสวงหาความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายเพื่อสนับสนุนให้เกิดการดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น



คณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะ ประเด็นการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าจัดประชุมปรึกษาหารือ เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะ ประเด็นการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า เมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567 ณ ห้องประชุมसानใจ 1/2 ชั้น 6 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี



คณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะประเด็นการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า จัดเวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น “การปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า” เมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม 2567 ณ ห้องประชุมसानใจ 1/1 ชั้น 6 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ภายในกระทรวงสาธารณสุข และระบบออนไลน์ Zoom Meeting

คณะกรรมการฯ ได้จัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเพื่อรับฟังความคิดเห็นจากภาคส่วนที่สนใจ และมีความเกี่ยวข้อง จนได้มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น “การปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า” และมีหน่วยงานต่าง ๆ นำมติไปขับเคลื่อนต่อ เช่น บริษัทไปรษณีย์ไทย กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ กรมควบคุมโรค สำนักงานตำรวจแห่งชาติ มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการค้าที่ไม่สุจริต สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานการศึกษา และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

มีการระบุให้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าห้ามส่งทางไปรษณีย์ เพื่อป้องกันการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าในช่องทางการซื้อขายโดยเฉพาะทางออนไลน์ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2567 โดยที่ทำการไปรษณีย์จะติดป้ายคำเตือนไว้เลยว่า “การฝากส่งบุหรี่ไฟฟ้าผิดกฎหมายและต้องห้ามส่งทางไปรษณีย์”

กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ได้เริ่ม
ทำการปิดกั้นเว็บไซต์ขายบุหรี่ไฟฟ้าตั้งแต่วันที่
1 มีนาคม - 16 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ไปแล้วรวม
5,231 โดเมน



อีกทั้งยังมีการวางแผนการป้องกันและควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในสถานศึกษาที่สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน เพื่อเป็นการป้องกัน ควบคุม และแก้ไขปัญห การแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในสถานศึกษาเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2567

รวมถึงมีคำสั่งคณะกรรมการว่าด้วยความปลอดภัยของสินค้าและบริการที่ 24/2567 ลงในราชกิจจานุเบกษา เรื่อง ห้ามผลิต ห้ามขาย หรือให้บริการสินค้าบาราเก๋ บาราเก๋ไฟฟ้า บุหรี่ไฟฟ้า หรือตัวยาบาราเก๋ น้ำยาสำหรับเติมบาราเก๋ไฟฟ้า และบุหรี่ไฟฟ้ามาตั้งแต่วันที่ 18 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ด้วยทำเป็นภาพกราฟฟิค หรือแยกทำเป็นภาพมีพื้นหลัง

สช. ได้จัดเวทีสนทนานโยบายสาธารณะ (Policy dialogue) เรื่อง “บุหรี่ไฟฟ้า ฆ่าเยาวชนไทย “อย่าปล่อยให้...ชาติกรलयนวล” เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 เพื่อเชิญชวนสังคมร่วมคิดวิเคราะห์และเสนอทางออกในการจัดการปัญหาบุหรี่ไฟฟ้า และสื่อสาร สร้างการรับรู้ให้สังคมเกิดความตระหนักในปัญหาที่จะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวม



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับหน่วยงานองค์กรภาคีเครือข่าย จัดเวทีสนทนา
นโยบายสาธารณะ (Policy Dialogue) ครั้งที่ 5 หัวข้อ บุรีไฟฟ้า ข่าเขวชนไทย “อ่าปละ...
ขาดกรลยณว เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2567 ณ สวนโมกข์กรุงเทพ เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร

จากการเสวนาครั้งนี้ส่งผลให้สำนักงานตำรวจแห่งชาติประสานข้อมูลร้านขายบุหรี่ไฟฟ้าใกล้สถานศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร รวม 72 แห่ง จากสถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย เพื่อตรวจสอบ หากพบการกระทำความผิดให้ดำเนินการบังคับใช้กฎหมายโดยเคร่งครัด

ในขณะที่มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ได้รณรงค์ร่วมลงชื่อ 1 ล้านรายชื่อ สำหรับยื่นหนังสือถึงสภาผู้แทนราษฎรเพื่อเรียกร้องให้รัฐบาลคงกฎหมายห้ามนำเข้า ห้ามจำหน่าย บุหรี่ไฟฟ้า ร่วมกับศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) สมาพันธ์เครือข่ายแห่งชาติเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ และศูนย์พัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านการควบคุมยาสูบ (พศย.) เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2567 โดยมีผู้ร่วมลงชื่อมากถึง 592,727 คน

นอกจากนี้ ศจย. และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ยังได้ร่วมกับภาคีเครือข่าย จัดงานประชุมวิชาการ “บุหรี่กับสุขภาพแห่งชาติ” ครั้งที่ 22 เรื่อง “สานพลังปกป้องเด็กไทยจากบุหรี่ไฟฟ้า: รอดด้วยรัฐสภา” เมื่อวันที่ 1 - 2 สิงหาคม พ.ศ. 2567 เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชื่อมโยงภาคีเครือข่าย รวมทั้งส่งเสริมการทำงานของประชาคม ในการผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะที่จะส่งผลต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบได้ในอนาคตด้วย

ภาคีเครือข่ายของสช. เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัดลำปางได้ประกาศวาระจังหวัดลำปาง ในประเด็นการปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2567 โดยยึดหลัก 5 มาตรการตามมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) จัดทำโครงการพัฒนาประสิทธิภาพระบบและกลไกการดำเนินงานเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเพื่อแก้ไขปัญหาภัยคุกคามทางสุขภาพ (บุหรี่ไฟฟ้า) ใน เขตพื้นที่ 1, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11 เพื่อพัฒนาแผนงานและกลยุทธ์ในการควบคุม การสูบบุหรี่ไฟฟ้า รวมถึงดำเนินงานรณรงค์การป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาบุหรี่ไฟฟ้าด้วย

ในขณะที่จังหวัดตรังก็มีการประกาศใช้ธรรมนูญในสถานศึกษา คือ ธรรมนูญปัจจัยเสี่ยง ด้านอบายมุขและยาเสพติด โรงเรียนสราภรณ์ จังหวัดตรัง พ.ศ. 2567 เมื่อวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 เพื่อปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนจากพิษภัยของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งมีผลบังคับใช้แล้วตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม ในปีเดียวกัน





การทำงานเหล่านี้เปรียบไปก็คล้ายการเพาะ
เมล็ดพันธุ์ลงดินที่กำลังค่อย ๆ หยั่งราก ซึ่ง
กว่าจะเติบโตเป็นต้นไม้ใหญ่ให้ร่มเงาแก่โลก
และสรรพชีวิตก็คงต้องใช้เวลาต่อไป

การเดินทางของการต่อต้านบุหรี่ไฟฟ้าใน
ประเทศไทยก็เช่นกัน

จุดเปลี่ยนพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี

ภาพลำนํ้าหลายสายในภาคอีสาน ไม่ว่าจะเป็นโขง ชี มูล ฯลฯ ที่ไหลเรื่อยผ่านชุมชน ไม่เพียงให้ทัศนียภาพงดงาม ชุบชูใจ แต่ยังเป็นแหล่งนํ้ากิน นํ้าใช้ แหล่งทรัพยากรที่ให้อาหาร เลี้ยงปากท้องของผู้คน จนเรียกได้ว่า แม่นํ้ามีคุณค่าต่อชีวิต

ทว่าในความมีคุณค่า มีประโยชน์นั้นก็อาจมีโทษแฝงอยู่ได้เช่นกัน หากสภาพแวดล้อม ในลำนํ้าไม่ได้รับการดูแลรักษา !!

เหมือนพยาธิใบไม้ตับที่แฝงอยู่ในตัวปลาที่ว่ายวนในลำนํ้า ซึ่งเป็นต้นเหตุทำให้คนใน ภาคอีสานที่ผูกพันกับการหาปลา และเอร็ดอร่อยกับปลาแม่น้ำต้องกลายเป็นพยาธิใบไม้ตับ และก่อเกิดของการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี เพราะชอบกินปลาปรุงไม่สุก จนอาจเรียกได้ว่าเป็นวัฒนธรรมการบริโภคของคนในท้องถิ่นที่นิยมกินอาหารดิบ ๆ สุก ๆ รวมทั้งชอบกิน ปลาร้า ปลาซ้มนํ้าจืด ฯลฯ ส่งผลให้คนในภาคนี้เป็นพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี มากเป็นอันดับหนึ่งของโลก



การลดการติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับจำเป็นต้องบูรณาการการทำงานในด้านต่าง ๆ พร้อมกัน ไม่ว่าจะเป็นทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน

โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเกิดจากการกินอาหารประเภทปลาน้ำจืดแบบดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ที่มีตัวอ่อนพยาธิแฝงอยู่ เช่น ก้อยปลา ปลาหมกไฟ ปลาจ๋า ฯลฯ ปลาที่มักมีพยาธิตัวอ่อนแฝงอยู่ เช่น ปลาชิว ปลาสร้อย ปลาขาว ปลาตะเพียน ฯลฯ ซึ่งถ้าเป็นโรคนี้ระยะแรก ๆ มักไม่มีอาการ จนเมื่อมีพยาธิสะสมมาก ๆ เป็นเวลานานจะทำให้เกิดอาการท้องอืด แน่นท้อง เจ็บชายโครงขวา ร้อนบริเวณหน้าท้อง ถ้าปล่อยไว้นาน ๆ จะมีอาการอักเสบของท่อน้ำดี ทำให้ตัวเหลือง ตาเหลือง ตัวโต มีไข้ บางรายอาจกลายเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในตับและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในที่สุด

การมีคนป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและนับเป็นปัญหาเรื้อรังของประเทศไทยมานาน การพยายามลดอัตราการป่วยและตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีจึงเป็นทางออกที่ดี

เพราะเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้หากมีการค้นพบ และกำจัดไข่หรือตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับในคน หรือสามารถค้นพบและรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีได้ตั้งแต่ระยะแรก ๆ

ประเด็นการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน เป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2557 ก่อนที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) จะมีมติเห็นชอบในเวลาต่อมา และที่ประชุมคณะรัฐมนตรีได้พิจารณามิมีมติรับทราบและมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการตามมตินี้

เมื่อมีธงนำทางที่ชัดเจน ผู้เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน ทุกระดับก็ได้เร่งขับเคลื่อนงานมาตลอดตั้งแต่ปี 2557 จนถึงปัจจุบัน จนเกิดผลสำเร็จ ทั้งจากสถาบันวิจัยมะเร็งท่อน้ำดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น จากกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค รวมทั้งการขับเคลื่อนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



การประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนการขับเคลื่อนเพื่อหยุดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2566 ณ ห้องประชุมแมจิก 1 ชั้น 1 โรงแรม มิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพมหานคร

การประชุมคณะกรรมการสนับสนุนและติดตามการดำเนินงานเพื่อหยุดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ครั้งที่ 1/2566 เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2566 ณ ห้องประชุมชัชวาทานเรนทร กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี



กิจกรรมผ้าป่ามหากุศลเพื่อสมทบทุนกองทุนเพื่อการป้องกันและกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2567 ณ วัดพุทธวนาราม (วัดป่าวังน้ำเย็น) จังหวัดมหาสารคาม



การประชุมสัมมนาเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และวางแผนพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมเกี่ยวข้องกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เมื่อวันที่ 16 - 17 มีนาคม 2567 ณ วารี วิลเลจ รีสอร์ท แอนด์ รีสอร์ทองต์ จังหวัดขอนแก่น

มาถึงวันนี้ ประเทศไทยมีนวัตกรรมที่นำมาใช้ในการจัดการกับโรคดังกล่าวอย่างเห็นผลชัดเจน ได้แก่

- มี Isan Cohort ซึ่งเป็นระบบข้อมูลเพื่อติดตามการทำงานในการคัดกรอง เฝ้าระวัง ศึกษากลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยเรียกได้ว่าเป็นฐานข้อมูลขนาดใหญ่ที่เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีชิ้นแรกและชิ้นเดียวของโลก
- มีระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีทางไกล ที่สามารถตรวจสอบและยืนยันผลการตรวจโดยแพทย์เฉพาะทางรังสีวิทยา ซึ่งระบบนี้จะช่วยลดปัญหาการขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและลดค่าใช้จ่ายคนไข้ในการเดินทางมารับการตรวจทางรังสีวิทยาที่ไม่จำเป็น
- มีการพัฒนากล้องจุลทรรศน์เพื่อช่วยให้การตรวจวินิจฉัยพยาธิใบไม้ตับและหนองพยาธิมีความสะดวก รวดเร็วยิ่งขึ้น
- มีโรงพยาบาลเครือข่ายคัดกรอง เฝ้าระวัง รวมทั้งการวินิจฉัยและรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขเข้าร่วมเป็นเครือข่ายในการดำเนินงาน

ส่วนในระดับพื้นที่ที่มีการขับเคลื่อนจนเห็นผลสำเร็จในหลายพื้นที่ เช่น คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 7 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 มูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี สมัชชาสุขภาพจังหวัด และแกนนำโครงการของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ได้ร่วมกันขับเคลื่อนเรื่องพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีใน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ โดยดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ ซึ่งมีการกำหนดเป้าหมายในการทำงานแบบ 1 จังหวัดต่อ 1 อำเภอ โดยเลือกพื้นที่ที่มีความรุนแรงของปัญหาพยาธิใบไม้ตับมาขับเคลื่อน ส่งผลให้เห็นภาพรวมที่เป็นรูปธรรม ดังนี้

- เกิดความร่วมมือในการรณรงค์ให้ความรู้ในการคัดกรอง Training for the Trainer: Mister and Miss OV CCA “ศรีสมเด็จโมเดล” ซึ่งเป็นโครงการแก้ไขพยาธิพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเชิงบูรณาการ
- เกิดการบูรณาการการทำงานกับกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ ซึ่งได้จัดทำแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขพยาธิพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีแบบบูรณาการ

- เกิดแผนขับเคลื่อน “อำเภอต้นแบบกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” จำนวน 8 อำเภอ ครอบคลุม 4 จังหวัดในภาคอีสาน เพื่อแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ส่งผลให้พื้นที่เหล่านี้มีจำนวนผู้ป่วยลดลง และประชาชนมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

อาจเรียกได้ว่าการพัฒนาต้นแบบการควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบบูรณาการในพื้นที่ต่าง ๆ ในวันนี้ เป็นการทำงานที่ประสบผลสำเร็จน่าพอใจ อย่างเช่น พื้นที่ ชุมชนบ้านละว้า จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นหนึ่งในต้นแบบที่ต่อสู้กับโรคระบาดประจำถิ่นอย่างโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนและติดตามการดำเนินงานเพื่อหยุดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ลงวันที่ 20 มิถุนายน 2566 โดยมี นพ. วิชัย โชควิวัฒน์ เป็นประธาน เพื่อประสานความร่วมมือและจัดทำแผนงานในการยุติปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทยร่วมกัน ซึ่งในช่วงที่ผ่านมา คณะกรรมการมีผลการดำเนินงานสำคัญ ได้แก่

1. การจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อหยุดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (ระยะ 100 วัน 1 ปี และ 3 ปี) มีเป้าหมายเพื่อประเทศไทยสามารถควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับได้ดี มีการดำเนินงาน 6 ด้าน คือ ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและได้รับการรักษาอย่างทั่วถึงและรวดเร็ว ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี/ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการวินิจฉัยได้ตั้งแต่แรกเริ่มและได้รับการบำบัดรักษาอย่างมีคุณภาพและรวดเร็ว ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดโรค สภาพแวดล้อมได้รับการปรับปรุงแก้ไขให้ปลอดจากพยาธิใบไม้ตับโดยดำเนินการด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม

2. มีการสร้างและจัดการความรู้ เพื่อพัฒนาวิธีการคัดกรอง การตรวจวินิจฉัย รักษา ควบคุม และป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง และมีการกำกับ ติดตาม และประเมินผล

3. สถาบันวิจัยมะเร็งท่อน้ำดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้พัฒนานวัตกรรมการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับจากปัสสาวะ และต่อมาที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2567 มีมติเห็นชอบสิทธิประโยชน์การตรวจด้วยการตรวจปัสสาวะชุดตรวจพยาธิใบไม้ตับสำเร็จรูปชนิดเร็ว (OV-Rapid Diagnosis Test : OV-RDT) ด้วยตนเอง เป็นทางเลือกเพิ่มเติมในการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ตามนโยบายรัฐบาล

นอกจากนี้หน่วยงานด้านการศึกษาวิจัย ยังได้ดำเนินการในหลายเรื่องที่สำคัญ เช่น

1. **สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.)** บรรจุเรื่องปลอดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เป็น 1 ใน 8 เป้าหมายของยุทธศาสตร์ 8 เป้าหมายเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
2. **สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)** จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน: ประเทศไทยปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ ไม่ตายจากมะเร็งท่อน้ำดี โดยได้กำหนดให้เรื่องนี้อยู่ในแผนงานปี 2568 ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยา (องค์การมหาชน) ได้บรรจุเรื่องการพัฒนานวัตกรรมไทย: ชุดตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับแบบรวดเร็ว (OV-ATK) ไว้เป็นเป้าหมายสำคัญด้านสุขภาพและการแพทย์ประเทศไทย ซึ่ง อย. ได้ขึ้นทะเบียนเป็นที่เรียบร้อยแล้ว (เปลี่ยนชื่อชุดตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับจากปัสสาวะ OV-RDT มาเป็น ชุดตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับแบบรวดเร็ว OV-ATK)
3. **สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)** บรรจุเรื่อง อีสาน ป้องติด (พยาธิใบไม้ตับ) ลดตาย (มะเร็งท่อน้ำดี) ไว้ในแผนปี 68 โดยเน้นการสร้างการตระหนักรู้ให้กับประชาชน การพัฒนาศักยภาพ และส่งเสริมอาหารปลอดพยาธิ ระบบสุขภาพลุ่มสิ่งแวดล้อมปลอดพยาธิใบไม้ตับ





สิ่งนี้เป็นตัวอย่างของความร่วมแรงร่วมใจต่อสู้
กับโรคระบาดในท้องถิ่นที่ดีขึ้นตามลำดับ ตามวัน
เวลาที่ผ่านเลยจากการทำงานหนักของผู้มีส่วน
เกี่ยวข้องทุกฝ่าย มิใช่เพื่อใคร แต่เพื่อประชาชน
ชาวไทยที่จะต้องปลอดภัย และอยู่ดี มีสุข

สูงวัย ใจเป็นสุข จากการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย

ภาพของคนสูงอายุที่ยังยิ้มแย้มแจ่มใส ดูแลตัวเองได้ดี และผู้สูงอายุซึ่งอยู่ในภาวะต้องพึ่งพิงผู้อื่นที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับเด็กและคนหนุ่มสาวในครอบครัว หรือตามสถานพยาบาลต่าง ๆ จะมีให้เห็นมากขึ้นกว่าทุกวันนี้อีกไม่น้อย เพราะประเทศไทยก็จะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงวัยระดับสูงสุด เปรียบไปก็คล้ายคนเดินไต่ระดับขึ้นไปจนสุดทาง เสมือนได้ขึ้นไปยืนอยู่บนยอดปิรามิดแล้ว ..

ถ้าประเทศไทยไม่มีวิธีรับมือที่ดีก็ยากจะนำพาผู้คนไปสู่สังคมที่สงบสุขได้

นี่คือโจทย์ใหญ่ในการพัฒนาประเทศสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งมีเวลาไม่มากนักในการเตรียมความพร้อม เพื่อรับผลที่จะเกิดขึ้นทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม นับเป็นเรื่องที่ต้องใช้ทั้งแรงกำลังและเงินทองในการดูแลพ่อแม่ที่แก่เฒ่า ในขณะที่ภาครัฐก็ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทั้งในเรื่องสวัสดิการ เรื่องสาธารณสุข การแพทย์ เรื่องการบริการสังคม ฯลฯ



ในปี 2583 คาดว่าประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุถึง 20.5 ล้านคน หรือประมาณ 1 ใน 3 ของประชากร (สช., ภาวะสังคมไทยไตรมาส 3 ปี 2560) การเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว ทำให้มีเวลาจำกัดในการเตรียมความพร้อมเพื่อรับผลกระทบทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม จึงจำเป็นต้องเร่งสานพลังเพื่อพัฒนาระบบและกลไกขับเคลื่อนการเตรียมรองรับสังคมสูงวัย

ผลการดำเนินงานสำคัญ ประกอบด้วย

1. การขับเคลื่อนนโยบายเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยระดับชาติ

มีคำสั่งของกรมกิจการผู้สูงอายุ ที่ 483/2566 แต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนการบูรณาการรองรับสังคมสูง เพื่อหน้าที่ในการขับเคลื่อนและติดตามผลการดำเนินงานการบูรณาการรองรับสังคมสูงวัย และติดตามมติสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติรองรับสังคมสูงวัย ปี 2566

คณะทำงานดังกล่าว ประกอบด้วย (1) กรมกิจการผู้สูงอายุ (2) กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม (3) กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (4) กระทรวงสาธารณสุข (5) กรมการแพทย์ (6) กรมอนามัย (7) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (8) กรมประชาสัมพันธ์ (9) กรมการปกครองท้องถิ่น (10) สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) (11) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (12) สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

นอกจากนี้ยังมีแผนที่เส้นทางเดินขับเคลื่อนมติสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติรองรับสังคมสูงวัย ปี 2566 จำนวน 3 มติ ได้แก่ (1) มติ การบริหารจัดการแผนงานบูรณาการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีประสิทธิภาพ (2) มติ การพัฒนาระบบและกลไกการบูรณาการการบริการด้านสังคมและสุขภาพเพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุไทย (3) มติ เทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อสนับสนุนการรองรับสังคมสูงวัย

2. การขับเคลื่อนนโยบายเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยระดับพื้นที่

มีการขับเคลื่อนระดับจังหวัด ครอบคลุม 4 ภาค ประกอบด้วย 10 จังหวัด ได้แก่ สุโขทัย พะเยา พิจิตร ชัยนาท ลพบุรี กาญจนบุรี นครปฐม อุบลราชธานี ขอนแก่น และตรัง ส่วนระดับตำบล มีการขับเคลื่อนทั้งหมด 56 พื้นที่ ซึ่งกระจายทั่วทุกภาคของประเทศ

สช. ได้ดำเนินงานร่วมกับกรมส่งเสริมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย และหน่วยงานองค์กรภาคีเครือข่าย จัดทำคู่มือการขับเคลื่อนระบบรองรับสังคมสูงวัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พร้อมทั้งยังมีการนำร่องทำให้เกิดการทดลองใช้คู่มือฯ ดังกล่าว ในพื้นที่ 10 จังหวัด รวม 40 ตำบลครอบคลุมทั้ง 4 ภาค ได้แก่ พิจิตร ลำปาง บุรีรัมย์ อุบลราชธานี ตรัง สงขลา ชัยนาท กาญจนบุรี จันทบุรี และตราด เพื่อค้นหาจุดอ่อน หรือเนื้อหาที่ยังต้องปรับเปลี่ยนแก้ไข ก่อนจะนำไปทำเป็นคู่มือฉบับสมบูรณ์เพื่อขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

ผลการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่

จังหวัดที่ร่วมขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะประเด็นรองรับสังคมสูงวัย



พื้นที่ 56 ตำบล

นำกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะไปขับเคลื่อน
นโยบายเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย

- **เชียงใหม่** (1) อบต.เวียงท่ากาน
- **พะเยา** (1) เทศบาลตำบลบ้านเหล่า
- **สุโขทัย** (1) ต.ทุ่งหลวง (2) ต.ศรีมามาศ (3) ต.บ้านป้อม (4) ต.หนองหลุม (5) ต.สากเหล็ก (6) ต.ท่าเยียม (7) ต.คลองทราย (8) ต.ทับไทร (9) ต.หนองหญ้าไทร
- **ชัยนาท** (1) ต.สรรพยา (2) ต.ตุล (3) ต.เขาแก้ว (4) ต.โพธิ์ตาก (5) ต.หาดอาษา (6) ต.บางหลวง
- **ลพบุรี** (1) ต.บ้านชี (2) ต.โพธิ์ลาดแก้ว (3) ต.ท่ามะนาว (4) ต.เกาะรัง
- **สิงห์บุรี** (1) ต.บ้านจำ
- **กาญจนบุรี** (1) ต.บ่อพลอย (2) ต.ไทรโยค (3) ต.ปรางค์
- **ระยอง** (1) ต.น้ำคอก
- **ตราด** (1) เทศบาลเมืองตราด (2) ต.ตะกวน (3) ต.หนองบอน (4) ต.เนินทราย
- **ขอนแก่น** (1) เทศบาลตำบลหนองแก (2) เทศบาลตำบลโนนสะอาด
- **ชัยภูมิ** (1) ต.โคกมั่งงอย อ.คอนสวรรค์
- **นครราชสีมา** (1) ต.หนองพลองอุดมสุข อ.จักราช
- **อุบลราชธานี** (1) ต.คูเมือง (2) ต.แสนสุข (3) ต.โนนโพน (4) ต.คำขวาง (5) ต.บึงหวาย (6) เทศบาลตำบลคำน้ำแซบ อ.วารินชำราบ
- **นครศรีธรรมราช** (1) ต.ท่าเรือ (2) ต.คลองปราบ (3) ต.เขาพัง (4) อ.พระพรหม (5) ต.เขาพังไกร (6) ต.ไทยบุรี (7) ต.ท่าศาลา
- **สุราษฎร์ธานี** (1) บ้านท่าเนียน (2) ต.ท่าสะท้อน
- **ตรัง** (1) ต.เกาะสุกร อ.ปะเหลียน (2) ต.บ่อหิน (3) ร้าง ต.นาตาล่วง
- **สงขลา** (1) ต.ท่าข้าม (2) ต.คลองแงะ (3) บ้านคลองผ่าน ต.แค (4) เทศบาลเมือง ปาดังเบซาร์ (5) ย่านเมืองเก่าเทศบาลนคร สงขลา

แผนที่ตำบลรณรงค์สุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงวัย จำนวน 56 แห่ง (ตำบล) รวมทั้งหมด 18 จังหวัด



สมาชิกสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานีและเครือข่ายหน่วยงาน ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ขับเคลื่อนจัดทำโครงการขับเคลื่อนแผนรองรับสังคมสูงวัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2567



ตัวอย่างเล่มธรรมนูญสุขภาพตำบลบ่อพลอย อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี



การขับเคลื่อนโครงการมหกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ สร้างพสกนิกรดี จังหวัดนครปฐม ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม เมื่อวันที่ 13 - 14 มิถุนายน 2567



จังหวัดสุโขทัยจัดประชุมคณะทำงานสมาชิกจังหวัดสุโขทัย และเวทีสานพลังขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม "ประเด็นรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ ภายใต้วิสัยทัศน์ใหม่ พ.ศ. 2567 จังหวัดสุโขทัย" สู่ Sukhothai Healthy City Model's เมื่อวันที่ 2 เมษายน 2567

พลังพื้นที่ พลังชีวิต จากการขับเคลื่อนธรรมณูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565

กาลเวลานำมาซึ่งความเปลี่ยนแปลงเสมอ เหมือนสภาพสังคมของประเทศไทยที่ผ่านกาลเวลามารั้ง 17 ปี นับตั้งแต่ที่มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

แน่นอนว่า การจะทำงานเพื่อประชาชนให้ได้ผลในวงกว้าง ย่อมต้องพุ่งเป้าไปที่พื้นที่ ยิ่งเล็กมากเท่าไรยิ่งหมายความว่า จะสามารถเข้าถึงการทำงานในระดับลึก และทั่วถึงได้มากที่สุด

การขับเคลื่อนธรรมณูญสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 มีผลการดำเนินงานทั้งในระดับชาติ และระดับพื้นที่ ดังนี้



เป้าหมายของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 คือ “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ด้วยแนวคิดหลัก “ระบบสุขภาพมีความยืดหยุ่น สามารถปรับตัว ปรับเปลี่ยน คงอยู่ได้ พื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว และเป็นระบบสุขภาพที่มีการดำเนินงานอย่างมีธรรมาภิบาล”

1. กระบวนการศึกษาธิการ

นำกรอบแนวคิดด้านสุขภาพตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 เป็นหลักการสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพของกระทรวงศึกษาธิการให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีในทุกมิติอย่างครอบคลุม

2. หนังสือสั่งการจากปลัดกระทรวงมหาดไทยถึงผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด

เรื่อง การขับเคลื่อนสังคมและระบบสุขภาพที่เป็นธรรมตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 (3) บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ ระหว่างกระทรวงมหาดไทย กับ สช. ในขับเคลื่อนสังคมและระบบสุขภาพที่เป็นธรรมตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565

ในส่วนของการขับเคลื่อนในระดับพื้นที่นั้น สช. และภาคีเครือข่ายต่างที่ได้ร่วมแรงร่วมใจกันมา ได้สะท้อนภาพแห่งความสำเร็จของการนำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ไปใช้เป็นแนวทางสร้างระบบสุขภาพในตำบลหลายแห่ง ครอบคลุมหลายจังหวัด โดยได้รับทั้งกำลังใจ ความร่วมมือจากหน่วยงาน และคนในพื้นที่ จนทำให้เกิดธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ที่ก่อเกิดผลที่จับต้องได้

3. ตำบลท่าเรือ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

เป็นหนึ่งในหลาย ๆ พื้นที่ของประเทศไทย ที่ตระหนักในเรื่องสังคมสูงวัย และพัฒนาตนเองโดยมีธรรมนูญสุขภาพพื้นที่เป็นเข็มทิศในการก้าวเดิน เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีให้กับชุมชน ประกอบกับมีการขับเคลื่อนกิจกรรมการเปิดโรงเรียนผู้สูงอายุที่ตั้งใจจะส่งเสริมเรื่องการเรียนรู้ตลอดชีวิต และพัฒนาทักษะเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุผ่านกิจกรรมที่คนวัยนี้สนใจ จนกระทั่งโรงเรียนแห่งนี้ได้กลายเป็นพื้นที่แห่งความสุขที่โอบล้อมไปด้วยมิตรภาพและความอบอุ่น

ป้าแดง บรรจงธูการ วัยเกือบ 70 เล่าว่า²

“มาโรงเรียนผู้สูงอายุแล้วมีความสุข ไม่เหงา เพราะได้เจอเพื่อน ๆ ได้พูดคุย ได้ทำกิจกรรมร่วมกัน รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

“ทางโรงเรียนยังมีกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุด้วยกัน ทำให้รู้สึกดีใจมากที่จะได้พบปะเพื่อน ๆ ต่างหมู่บ้าน แล้วก็ชอบครูผู้สอน ชอบเจ้าหน้าที่ที่น่ารักใจดี เป็นกันเอง

“พอใกล้ถึงวันพุธก็รู้สึกตื่นเต้น เพราะจะได้มาโรงเรียน คิดว่าถ้าร่างกายยังไหวอยู่ ก็จะมาเรียนต่อไปเรื่อย ๆ”

2 <https://siamrath.co.th/n/23928> <https://siamrath.co.th/n/23928> <https://www.hfocus.org/content/2024/05>

ในขณะที่ลุงย่าอาด รอโชยส๊ะ หัวหน้าห้องวัยใกล้เคียงกัน เล่าว่ารู้สึกดีใจที่ได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของโรงเรียนผู้สูงอายุแห่งนี้³

“บรรยากาศการเรียนการสอนไม่เคร่งเครียด ทุกคนเป็นกันเอง ดีใจมากที่ อบรม.ท่าเรือ ให้โอกาสผู้สูงอายุได้มาทำกิจกรรมร่วมกัน ได้เจอเพื่อน ๆ รุ่นเดียวกัน ได้พูดคุยสารทุกข์สุกดิบ อยากให้ อบรม. มีกิจกรรมดี ๆ แบบนี้ต่อไปเรื่อย ๆ”

3 <https://siamrath.co.th/n/23928> <https://siamrath.co.th/n/23928> <https://www.hfocus.org/content/2024/05>

นี่คือตัวอย่างความสำเร็จจากการที่ทุกฝ่ายได้เข้ามาช่วยกันวางแนวทางกิจกรรมดังกล่าว เพื่อส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไปพร้อมกับการเสริมสร้างศักยภาพคุณค่าภูมิปัญญาของท้องถิ่นให้เป็นที่ยอมรับ โดยขับเคลื่อนงานผ่านคณะกรรมการบริหารโรงเรียนที่แต่งตั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิในตำบล

จนกระทั่งวันนี้ ตำบลท่าเรือได้พัฒนาขึ้นอีกระดับ ด้วยการจัดทำ “ธรรมนูญสุขภาพตำบลท่าเรือ” ที่ประกาศใช้เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานในมิติต่าง ๆ ได้แก่ มิติด้านสุขภาพและบริการสุขภาพ มิติด้านสังคมและสวัสดิการ มิติด้านเศรษฐกิจ และมิติสภาพแวดล้อมและบริการสาธารณะ ทางองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ

จึงจัดทำนโยบายสาธารณะเรื่องการรองรับสังคมสูงวัย รวมไปถึงเรื่องภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์และเด็ก โดยได้จัดให้มีการทำงานประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น และดำเนินการผ่านความร่วมมือของทุกภาคส่วนในพื้นที่เพื่อดำเนินโครงการต่าง ๆ เช่น โครงการปรับสิ่งแวดล้อมรองรับสังคมสูงวัย โครงการก่อสร้างอาคารฟื้นฟูผู้สูงอายุ โครงการเตรียมการอย่างสุขใจ สูงวัยอย่างมีคุณภาพ โดยได้รับความร่วมมือจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ยังมีภาคประชาสังคมและเอกชนในพื้นที่ร่วมผลักดันและสนับสนุนด้วย

4. ตำบลบ่อพลอย อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

สร้าง “ธรรมนูญสร้างสุขทุกช่วงวัย” ให้ทุกภาคส่วนได้ร่วมมือ และสนับสนุนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ อีกทั้งยังมีการลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือกับสำนักงานพัฒนาสังคมฯ ในการสร้างอาชีพเพื่อรองรับสังคมสูงวัย และประกาศวาระ “ตำบลเข้มแข็ง ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ตำบลบ่อพลอย พร้อมกับการจัดตั้ง “ศูนย์เรียนรู้รองรับสังคมสูงวัยตำบลบ่อพลอย” รวมถึงการร่วมสนับสนุนงบประมาณขับเคลื่อนงานผ่านโครงการต่าง ๆ เช่น โครงการจัดการฝึกอบรมทักษะการประกอบอาชีพตามความถนัด ในหลักสูตรการเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์จากผ้าเพื่อการพาณิชย์ โครงการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบ่อพลอย และโครงการบ้านนำอยู่ หน้าบ้านนำมอง เป็นต้น

5. ตำบลหนองบอน อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด

มี “ธรรมนูญสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงวัยเทศบาลตำบลหนองบอน” นับเป็นอีกพื้นที่หนึ่งที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานหลายเรื่องตั้งแต่ปี 2566 ผ่านแผนพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ และสร้างเสริมการดูแลสุขภาพทุกช่วงวัย โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากท้องถิ่น จนทำให้เกิดโครงการต่าง ๆ อาทิ โครงการส่งเสริม กิจกรรมของผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ โครงการส่งเสริมสุขภาพคนในชุมชน โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมตรวจคัดกรองโรคตามกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งประเมินสภาวะสุขภาพของคนในชุมชน โครงการส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพใจเพื่อสนับสนุนให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่คนในชุมชน ฯลฯ





ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับปัจจุบัน เป็นฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ซึ่งกำหนด “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” เป็นเป้าหมายระยะ 5 ปี มี 3 มาตรการหลักในการดำเนินงาน ประกอบด้วย

- (1) การทำสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ และเอื้อให้เกิดทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ
- (2) การให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในทุกกลุ่มวัยและทุกระดับ
- (3) ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

6. ตำบลแสนสุข อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

มี “ธรรมนูญสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงวัยตำบลแสนสุข” ที่ส่งผลให้มีการจัดทำแผนงานรองรับสังคมสูงวัย และแผนงานการยกระดับการพัฒนาเมืองรองรับสังคมสูงวัยด้วยกระบวนการธรรมนูญสุขภาพ โดยจะทำโครงการจัดตั้งศูนย์ One Stop Service ตำบลแสนสุข เพื่อให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ ฯลฯ

7. อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

มี “ธรรมนูญรองรับสังคมสูงวัยภายใต้วิถีชีวิตใหม่” ที่ประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2565 ส่งผลให้ภาคีเครือข่ายและหน่วยงานต่าง ๆ ในจังหวัด มีการขับเคลื่อนการปรับสร้างสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ของคนในชุมชนบนพื้นฐานความเป็นประชาธิปไตย โดยการผลักดันให้เกิดความร่วมมือเพื่อปรับสภาพบ้านประเภท “ทำร่วม” จำนวน 329 หลังคาเรือน ไปพร้อมกับการจัดอบรมหลักสูตร “ช่างชุมชน” เพื่อเพิ่มสมรรถนะการปรับสภาพบ้านและพื้นที่สาธารณะในชุมชนให้รองรับสังคมสูงวัยประจำตำบล รวมไปถึงการช่วยเหลือในการซ่อมแซม ปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้ผู้สูงอายุ ตลอดจนพื้นที่สาธารณะในชุมชน อีกทั้งยังขับเคลื่อนให้มีการจัดตั้งศูนย์อยู่ดีระดับตำบลร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดด้วย

8. อำเภอศีร์ษะเกษ จังหวัดสุโขทัย

มี “ธรรมนูญรองรับสังคมสูงวัย” และนับเป็นอีกพื้นที่หนึ่งที่เครือข่ายในพื้นที่ได้ร่วมผลักดันธรรมนูญรองรับสังคมสูงวัยอย่างเข้มข้น โดยได้รับรางวัลหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 2 ในงานมหกรรมระบบสุขภาพปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 ประจำปี 2567 ที่ผ่านมา ประเภท poster Presentation “การพัฒนารูปแบบและกลไกระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยใช้ธรรมนูญชุมชน พัฒนานโยบายสาธารณะรองรับสังคมสูงวัยสู่ Model Healthy city model’s อำเภอศีร์ษะเกษ จังหวัดสุโขทัย

9. ตำบลท่าข้าม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

มี “ธรรมนูญสุขภาพชุมชนตำบลท่าข้าม” ที่ประกาศใช้เมื่อวันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ. 2566 โดย อบต.ท่าข้ามได้ร่วมกับ รพ.สต.ท่าข้าม จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผ่านการอบรมให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง และยังมีการเดินสายออกเยี่ยมไข้กรณีผู้สูงอายุติดเตียง พร้อมทั้งสนับสนุนให้มีโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ และเพิ่มพูนความสุขให้ผู้สูงวัยในชุมชน และยังมีการจัดกิจกรรมถ่ายทอดภูมิปัญญาของผู้สูงวัยให้กับเด็กและเยาวชน อาทิ ชมรมมโนราห์ การจัดตั้งวงดนตรีโห่ดำ โดยใช้งบประมาณจากกองทุนสุขภาพระดับพื้นที่

และได้รับงบประมาณจากกองทุนฟื้นฟู อบจ.สงขลา รวมทั้งจัดตั้งศูนย์สร้างสุขชุมชน เพื่อดูแลรักษาโรคเบื้องต้น ถือเป็นการจัดสวัสดิการดูแลสุขภาพให้ผู้สูงอายุและผู้ยากไร้ในพื้นที่ ช่วยลดความแออัดของโรงพยาบาลรัฐ โดยมีแพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุขอยู่ประจำศูนย์ ส่วนด้านที่อยู่อาศัยก็มีโครงการที่สภาองค์กรชุมชนร่วมมือกับภาคเอกชน สนับสนุนการปรับปรุงและสร้างที่อยู่อาศัยใหม่ให้กับผู้สูงอายุที่ยากไร้ จำนวน 47 หลัง เป็นต้น

นอกจากนี้ในหลาย ๆ พื้นที่ยังมีธรรมเนียมสร้างวัฒนธรรมชุมชนสุจริต เพื่อใช้เป็นกฎเกณฑ์ในการสร้างวัฒนธรรมเพื่อให้ประชาชนมีความซื่อสัตย์ สุจริต สู้การป้องกันและปราบปรามการทุจริตในชุมชน

ซึ่งตลอดการดำเนินงานที่ผ่านมาทำให้เกิดการขยายผลไปสู่การจัดทำธรรมนูญสร้างวัฒนธรรมสุจริตชุมชน โดย สช. ได้ร่วมกับเครือข่ายสภาองค์กรชุมชนใน 83 พื้นที่ ครอบคลุม 7 จังหวัด เช่น

ตำบลศาลาแดง อำเภอโกรกพระ และตำบลหนองกระเจา อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์

ได้ใช้ “ธรรมนูญสร้างวัฒนธรรมชุมชนสุจริต” เป็นกรอบในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อสนับสนุนการสร้างวัฒนธรรมให้คนในชุมชนมีความซื่อสัตย์ สุจริต

ตำบลทุ่งพง อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

พื้นที่ขับเคลื่อนธรรมนูญสร้างวัฒนธรรมชุมชนสุจริต จนได้รับรางวัล “เครือข่ายพื้นที่สีขาวต้นแบบในการป้องกันและเฝ้าระวังการทุจริต” จัดโดยสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตภาครัฐ ซึ่งนับเป็นตัวอย่างในการทำงานที่น่าชื่นชมเป็นอย่างยิ่ง





กรณีดังตัวอย่างข้างต้น มีต้นกำเนิดจากเมล็ดพันธุ์ที่เพาะลงดินไว้ และค่อย ๆ แตกกอดอกออกผล แม้ยังไม่เติบโตแข็งแรงขนาดเป็นไม้ใหญ่ให้ร่มเงาปกแผ่ไพศาล แต่ก็กำลังแตกกิ่งก้านสาขา และพอมีดอกสวยงามที่ช่วยให้ผู้คนในพื้นที่ต่าง ๆ ได้มีความสุขกับชีวิต แบบไม่เสียแรงของคนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมสร้างฝืนด้วยกันมาจนถึงทุกวันนี้

แน่นอนว่า การสานต่อการทำงานเพื่อสร้างสุขภาวะในทุกด้านจะยังคงมีอยู่ต่อไป เพื่อสร้างการอยู่ดี กินดี ที่มีคุณภาพมากกว่าเดิมให้กับประชาชนไทย

เตรียมตัวตายดี ด้วยหนังสือแสดงเจตนา แบบอิเล็กทรอนิกส์

เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่า การเกิด แก่ เจ็บ ตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ไม่มีใครหลีกเลี่ยงพ้น แต่เมื่อถึงเวลานั้นจริงๆ ก็ยากที่คนส่วนใหญ่จะทำได้ เพราะยังมีความกลัว มีเรื่องติดค้างในใจ หรือมีห่วงกังวลในเรื่องต่าง ๆ ทั้งห่วงคนรัก ห่วงลูกหลาน ห่วงทรัพย์สินสมบัติที่ยังไม่ได้จัดการให้เรียบร้อย ฯลฯ

ความห่วงกังวลเหล่านี้คือสิ่งแสดงให้เห็นว่า ยังไม่พร้อมเดินทางสู่ความตาย !!

ถ้าจิตสุดท้ายไม่สงบ ก็ยากจะก้าวสู่ภพภูมิใหม่ที่ดีได้..

นี่คือความเชื่อของชนชาวพุทธ การเตรียมตัวตายจึงเป็นเรื่องจำเป็น และนับเป็นโชคดีที่ประเทศไทยให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ จนส่งผลให้มีมาตรา 12 ตามพระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ. 2550



การพัฒนาระบบ e-living will จะช่วยอำนวยความสะดวกในการใช้สิทธิ ด้านสุขภาพของประชาชนตามที่แสดงเจตจำนงไว้ รวมทั้งหน่วยบริการสุขภาพสามารถเข้าถึงข้อมูลเพื่อนำมาอ้างอิงในการรักษาได้ทันเวลา

มาตรา 12

บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่ากระทำความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ

อย่างไรก็ตาม หากอยู่ในวัยหนุ่มสาวอาจเข้าใจไม่ถ่องแท้ เพราะสภาพร่างกายยังแข็งแรง ปลอดภัย แต่เมื่อชีวิตเดินทางจนก้าวสู่การเป็นผู้สูงวัย นอกจากร่างกายจะเสื่อมถอย กำลังวังชาลดลงแล้ว โรคภัยต่าง ๆ ทั้งที่รักษาได้ และรักษาไม่ได้ยังแวะเวียนมาเยี่ยมเยียนมากบ้างน้อยบ้าง

ดังนั้นหากเราได้เตรียมตัว และแสดงเจตนารมณ์ไว้ล่วงหน้า จะทำให้ผู้ป่วย ญาติ และสถานพยาบาลที่ให้การรักษายู่ รู้ข้อมูลส่วนนี้ตรงกัน และหากเป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ก็จะได้เชื่อมโยงกัน ซึ่งปัจจุบันเป็นยุคดิจิทัล สข. จึงได้พัฒนาให้ประชาชนสามารถแสดงเจตนาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ หรือ e-Living Will ได้

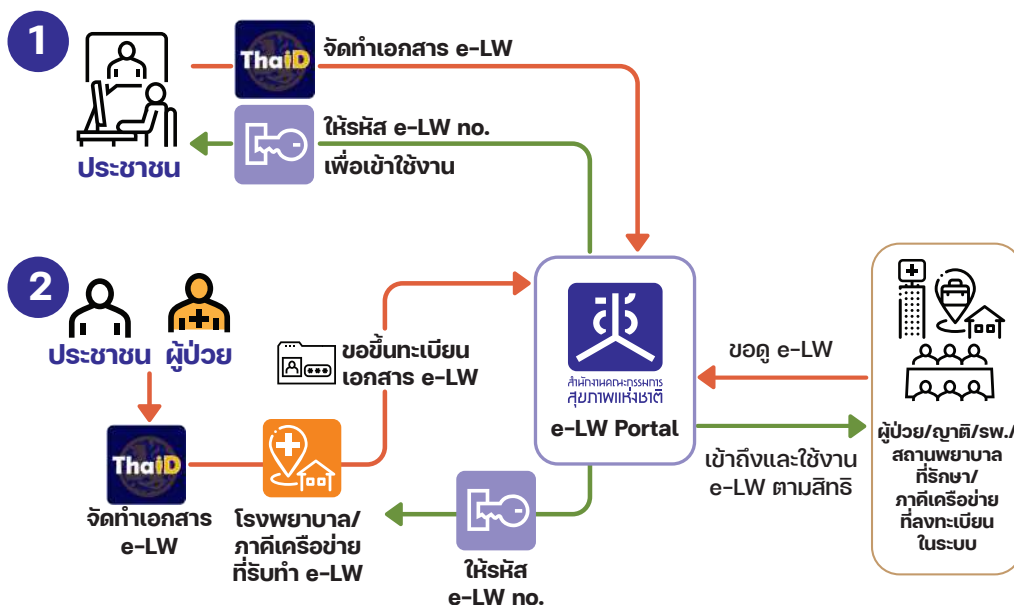


การประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ครั้งที่ 3/2567 เมื่อวันที่ 7 มิถุนายน 2567 มี นายสุริยะ จึงรุ่งเรืองกิจ รองนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน มีมติเห็นชอบแนวทางความร่วมมือในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพระยะสุดท้ายของชีวิต ตามมาตรา 12 พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยมอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) เป็นหน่วยงานประสานการดำเนินงานตามบทบาทภารกิจและกลไกของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

รูปแบบหนังสือแสดงเจตนาฯ

1. หนังสือแสดงเจตนาฯ แบบที่เขียนด้วยตนเอง โดยแนบไฟล์ที่มีหรือที่เคยทำไว้แล้ว
2. หนังสือแสดงเจตนาฯ ตามแบบฟอร์มของ สช. โดยมีตัวอย่างแบบฟอร์มในหนังสือแสดงเจตนาฯ ตามที่ประกาศในกฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553
3. หนังสือแสดงเจตนาฯ ตามมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขของสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็นนายทะเบียนสามารถให้คำแนะนำและทำ e-Living Will หรือ e-Advanced Care Plan ร่วมกับผู้ป่วยและญาติได้

แนวคิดการพัฒนาระบบสารสนเทศ และการบริหารจัดการของระบบ e-Living Will





คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบแนวทางการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต ตาม “มาตรา 12 พ.ร.บ.สุขภาพฯ” มุ่งพัฒนาระบบ “การดูแลแบบประคับประคอง” เชื่อมโยงสู่ “ชุมชน” ผ่านระบบบริการปฐมภูมิ ดึงองค์กรทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมพัฒนาระบบการดูแล พร้อมผลักดันระบบการแสดงเจตนาแบบอิเล็กทรอนิกส์ “e-Living Will” สู่การรับรู้และเข้าถึงมากขึ้น



ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนา

61/76 เสนานิเวศน์ 2 จระเข้บัว

ลาดพร้าว กรุงเทพฯ 10230

1 พฤศจิกายน 2551

เรื่อง แสดงเจตนารมณ์ปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต
เรียน แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องที่เคารพ

1. ในขณะที่เขียนหนังสือแสดงเจตนารมณ์นี้ ผมมีสติสัมปชัญญะเป็นปกติดีทุกประการ โดยมีญาติของผมเป็นพยาน

2. ผมขอใช้สิทธิตามมาตรา 12 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยขอยืนยันสิทธิของผม ดังนี้

2.1 ในกรณีที่ผมป่วยด้วยสาเหตุใดก็ตาม จนตกอยู่ในสภาวะที่ไม่อาจรักษาให้หาย กลับมามีชีวิตได้อีกและผมไม่มีสติสัมปชัญญะที่จะพิจารณาเกี่ยวกับแผนการรักษาของผมได้แล้ว

หากหัวใจผมหยุดเต้น ผมขอไม่รับการกระตุ้นหัวใจด้วยวิธีการต่างๆ

หากการหายใจผมล้มเหลวลง ผมขอไม่รับการเจาะคอหรือใช้เครื่องช่วยหายใจ

ผมขอรับการรักษาเพียงเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยทุกข์ทรมาน ไม่ขอรับการรักษา หรือรับหัตถการใดที่จะยืดการตายของผมออกไปโดยไม่จำเป็น เพื่อให้ผมเสียชีวิตไปโดยธรรมชาติ

2.2 หากมีการตีความไม่ชัดเจนในหนังสือแสดงความจำนงนี้เกิดขึ้นในช่วงที่ผมไม่มีสติสัมปชัญญะแล้ว ขอให้ภรรยาของผม (นางวงเดือน จินดาวัฒน์) และบุตรที่บรรลุนิติภาวะแล้ว เป็นผู้ร่วมพิจารณากับแพทย์เจ้าของไข้ และให้ดำเนินการไปตามนั้นได้

3. ผมขอขอบคุณแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องที่ให้การดูแลผมด้วยความเมตตากรุณาและให้ความเคารพสิทธิของผมเป็นอย่างดี ขอให้ทุกท่านมีความสุขและมีความสุข

ลงชื่อ 

(นายแพทย์อัฟพล จินดาวัฒน์)

ผู้แสดงเจตนารมณ์

ลงชื่อ 

(นางวงเดือน จินดาวัฒน์)

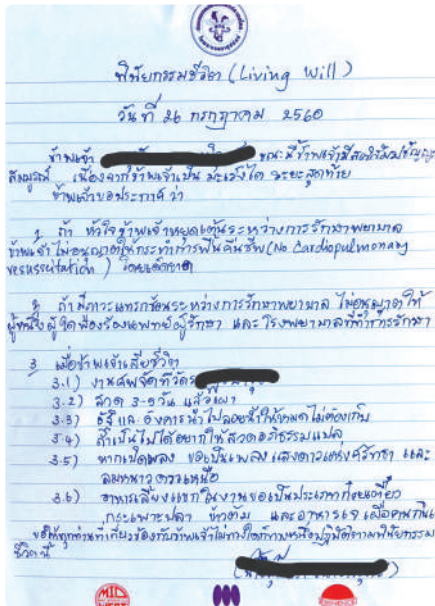
ภรรยา - พยาน

ลงชื่อ 

(ทพญ.ประทุม จินดาวัฒน์)

พี่สาว - พยาน

ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนา



ภาพจาก เฟซบุ๊กสุปปลายทาง

ผู้ใช้ระบบ e-Living Will ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. **ประชาชน** ที่สามารถสร้างหนังสือแสดงเจตนาฯ แบบอิเล็กทรอนิกส์ของตัวเอง เพื่อใช้สื่อสารกับบุคคลสำคัญที่ต้องการให้รับรู้ ผ่านระบบ web Application และทำได้ทุกที่ทุกเวลาแค่มีอินเทอร์เน็ต
2. **สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน** สามารถกำหนดผู้ดูแลระบบ (Admin) และผู้มีบทบาทเกี่ยวข้องเพื่อการเรียกดู ค้นหา ให้คำแนะนำ หรือเพิ่มข้อมูลผู้ป่วยที่จัดทำหนังสือแสดงเจตนาฯ (e-Living Will) หรือหนังสือการวางแผนดูแลล่วงหน้าจากระบบได้
3. **หน่วยงานภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคมที่ขึ้นทะเบียน** เป็นผู้ใช้ระบบร่วมกับ สช. เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลความต้องการของประชาชนในการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่แต่ละหน่วยงานได้ดำเนินการส่งเสริมให้ประชาชนจัดทำไว้ในรูปแบบต่าง ๆ



เวทีสร้างสุขที่ปลายทาง “วางแผนและเตรียมความพร้อมของชีวิตเพื่อสุขที่ปลายทาง” เขตบริการสุขภาพที่ 1 เมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน 2566 ณ โรงแรมเชียงใหม่ภูคำ จังหวัดเชียงใหม่



เวทีสร้างสุขที่ปลายทาง “วางแผนและเตรียมความพร้อมของชีวิตเพื่อสุขที่ปลายทาง” เขตบริการสุขภาพที่ 2 เมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2566 ณ โรงพยาบาลสุโขทัยเกรเซอร์ จังหวัดสุโขทัย

ในปีงบประมาณ 2567 สช.ได้จัดทำระบบสารสนเทศการบริหารจัดการหนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา 12 พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 แบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-Living Will) หรือเว็บไซต์ <https://e-livingwill.nationalhealth.or.th> เพื่ออำนวยความสะดวกให้ประชาชนและผู้ป่วยเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพตามที่ตนเองได้แสดงเจตนาไว้ รวมทั้งสถานพยาบาลเกิดการเชื่อมโยงและเข้าถึงข้อมูลเพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการดูแลรักษาแบบประคับประคองข้ามหน่วยงานหรือสถานพยาบาลได้ โดยลงทะเบียนใช้งานในระบบ e-living will ผ่านแอปพลิเคชัน ThaiD กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

ปัจจุบันมีสถานพยาบาลและภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคมขึ้นทะเบียนเป็นผู้ใช้ระบบ e-Living Will แล้ว 282 แห่ง ทั่วประเทศ โดยเป็นสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชน และมีภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคม 4 แห่ง ได้แก่ มูลนิธิพุทธวิจิตรและผู้ป่วยระยะท้ายฯ (วัดป่าโนนสะอาด) ชีวามิตร ชุมชนกรุณา (Peaceful death) และเียนเย็น วิสาหกิจเพื่อสังคม



หนังสือ
เรื่องเล่าเียนเย็น เล่ม 1

ใช้ชีวิตเต็มที่ ตายดีที่บ้านเรา...

คุณสมชัย ผู้ป่วยหนักทางเลือกนอกเหนือจาก
การพึ่งโรงพยาบาล เราสามารถเลือกดูแล
กันและกันที่บ้านได้ครับ...

- ✓ พ่วงไม่ยากไปโรงพยาบาล
- ✓ พ่วงอยากลองก็คุยมากกว่าทำไม
- ✓ แม่ไม่ยากอยู่โรงพยาบาลแล้ว
- ✓ การเดินทางของผู้เข้าเฝ้าธรรม
- ✓ คุณหมอ หนุ่ยอยากตาย ช่วยหนูด้วย

เียนเย็น

ใช้ชีวิตเต็มที่
ตายดีที่บ้านเรา

แสงสว่างปลายชีวิต e-Living Will

มุมมองการวางแผนเตรียมความพร้อมของชีวิต
ด้วยการทำหนังสือแสดงเจตนาในระยะสุดท้ายของชีวิต

“Living Will เป็นการแสดงเจตนาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ต้องการให้ผู้ดูแลและแพทย์ผู้รักษาปฏิบัติตามเจตนา ขณะที่ผู้ป่วยอาจจะไม่รู้สึกร่างกายในเวลานั้น จะเป็นการดูแล เพื่อประคับประคอง การมี e-Living Will สามารถเข้าถึง และทำได้ง่ายขึ้น และที่สำคัญสามารถตรวจสอบได้ตลอดเวลา แล้วถ้าจะเปลี่ยนแปลงข้อมูลก็สามารถดำเนินการได้”



ศ.คลินิก นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา

ประธาน คณะกรรมการกำกับทิศการขับเคลื่อนมาตรฐาน
การวางแผนการดูแลล่วงหน้า สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565



“e-Living Will มีประโยชน์มากในการที่จะทำให้ข้อมูล ได้รับการส่งต่อ และได้รับการปกป้อง ด้านความปลอดภัย จึงขอเชิญชวน สถานบริการ โรงพยาบาลทุกแห่ง ลงทะเบียนเชื่อมโยงกับระบบ e-Living Will ทำให้ข้อมูลของประชาชนได้สื่อสารเชื่อมโยงกับ สถานบริการทุกแห่ง ไม่ว่าประชาชนจะไปรับบริการที่ใด”

พญ.เดือนเพ็ญ ห่อรัตนารื่อง

ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาชีวาศัล

“Living Will เป็นวิธีการแสดงเจตนาแสดงปรัชญาของเรา ว่าเรากำลังคิดเกี่ยวกับการอยู่ดีและตายดี เราสามารถที่จะแสดงออกในการสั่งเสียให้กับลูกหลาน ก็คือการเขียนให้เป็น เอกสารไว้ เพื่อที่จะได้พูดแทนเรา ตอนที่เราสื่อสารไม่ได้แล้ว”



ศ.นพ.อิศรางค์ นุชประยูร

ผู้อำนวยการเขียนเขียนวิสาห์กิจเพื่อสังคม

“Living Will คือ เครื่องมือหนึ่งที่น่าไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตลอดจนผู้สูงอายุ รวมทั้งประชาชนทั่วไป เพื่อให้เข้าถึงการดูแล สุนภาวะชีวิตระยะท้าย จนถึงการตายดี”



พระอาจารย์แสนปราชญ์
วัดป่าโนนสะอาด



“การมี Living Will ช่วยให้บุคคลสามารถเตรียมตัว และวางแผน ได้ล่วงหน้า แม้ไม่เขียน ก็ยังควรพูดคุย และแจ้งความต้องการ ให้ชัดเจนกับญาติและแพทย์ เพื่อให้การดูแลในระยะสุดท้าย เป็นไปตามเจตนารมณ์ของตนเองอย่างดีที่สุด”

คุณหญิงจันทศรี หาญเจนลักษณ์
ผู้ก่อตั้งและประธานที่ปรึกษากิตติมศักดิ์
บริษัท ชีวามิตร วิศวกรรมเพื่อสังคม

“Living Will สามารถทำได้ทั้งในรูปแบบเอกสาร และแบบ อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งช่วยให้การสื่อสารข้อมูลกับแพทย์ และครอบครัวทำได้สะดวกยิ่งขึ้น ช่วยลดภาระค่าใช้จ่าย และเวลา ของครอบครัวในช่วงสุดท้ายของชีวิต เป็นวิธีการที่ แสดงถึงการเคารพความต้องการของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย”



ม.ล.ศิริเฉลิม สวัสดิวัตน์
หมึกแดง



“Living Will ช่วยให้การตัดสินใจของครอบครัวและแพทย์ อยู่ภายใต้ความสบายใจ และเป็นไปตามเจตนารมณ์ของ คุณพ่อ (นายเกียรติ รัชโน อดีตปลัดกระทรวงพาณิชย์) ที่เขียนว่า “ไม่ต้องการยื้อชีวิต ถ้าไม่สามารถกลับมาคุณภาพชีวิตที่ดีได้”

นส.จิณณ์ รัชโน

e-Living Will

ด้วยการทำหนังสือแสดงเจตนาในระยะสุดท้ายของชีวิต

“e-Living Will”



เลขาราชการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

[illegible][illegible]

ท้ายเล่ม

“สุขภาพที่ดีคือความมั่งคั่งที่แท้จริง”

เป็นคำที่มหาบุรุษเจ้าของรางวัลโนเบลสาขาสันติภาพนาม มหาตมะ คานธี เคยกล่าวเอาไว้

เช่นเดียวกับ นโยบายสาธารณะที่ดีย่อมต้องคำนึงถึงสุขภาพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และต้องให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเหล่านั้น

“ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” จึงเป็นทุกนโยบายที่สร้างสุขภาวะให้กับประชาชน ภายใต้การมีส่วนร่วม

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ดำเนินการตามภารกิจ “สานพลังปัญญา สร้างสรรค์นโยบายสาธารณะ” มาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 17 ปี และยังคงมุ่งมั่นดำเนินการกิจต่อไปด้วยเครื่องมือภายใต้กฎหมายฉบับนี้ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เป็นกลไกพันธมิตรมาตลอดเส้นทางของการสร้าง “สังคมสุขภาวะ”

ภาคีเครือข่ายที่สนใจการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ สามารถปรับใช้เครื่องมือตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

เช่นเดียวกับ สช. ที่ได้ตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนเครื่องมือให้เหมาะสมกับยุคแห่งเทคโนโลยีดิจิทัลเช่นกัน และพร้อมที่จะร่วมขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่ห่วงใยสุขภาพ







สานพลังปัญญา สร้างสรรค์นโยบายสาธารณะ

