Mobilizing for health : Challenging Power Relations

Speaker 1 : นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

กระตุ้นความคิดด้วยความสำคัญและบทบาทของขบวนการภาคประชาชน หรือภาคประชาสังคม คนทำงานด้านสุขภาพเพื่อคนรากหญ้า ซึ่งจะเป็นการทำงานแบบใหม่/เชิงรุก จำเป็นต้องสร้างผู้นำรุ่นใหม่ ซึ่งอาจจะต้องทำงานร่วมกับนักการเมืองได้ เพื่อที่จะทำให้โลกนี้ดีขึ้น ขณะที่โลกมีวิกฤตรอบด้าน/วิกฤตเศรษฐกิจ พลังงาน อาหาร จะทำให้ คนจนยิ่งลำบาก เราต้องหันมาสนใจการพัฒนาที่ยั่งยืน ที่มิใช่มิติด้านสิ่งแวดล้อมเท่านั้น คำว่า”ยั่งยืน” ต้องมีทุกมิติ มีการขับเคลื่อนให้ถึงบรรดาองค์กรที่เป็นหน่วยงานยักษ์ใหญ่ ที่มีอิทธิพลระดับสากล เช่น UN WHO, World bank องค์กรแหล่งทุนต่างๆ

ควรให้ความสำคัญกับการสร้างคนรุ่นใหม่ ที่ไม่ใช่แค่ มานั่ง และ ฟัง แต่ ต้องพูดความจริง/เป็นเลนส์ส่องพื้นที่ แม้ใน World health Report ต้องทำให้ผุ้เกี่ยวข้อง รู้จักระบบหลักประกันสุขภาพให้มากขึ้น รายงานจะมีประโยชน์แก่กลุ่มรากหญ้า /เกิดผลจริงจังได้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องสิทธิประโยชน์ การให้บริการสุขภาพต่างๆ จนถึง การให้บริการปลูกถ่ายอวัยวะ ตับ ไขกระดูก หัวใจ ฯลฯ

สิ่งที่สำคัญ คือ ขบวนการภาคประชาชนเข้ามาเป็นกลไกสำคัญที่เกี่ยวข้องระบบบริการ ประเทศไทย มีภาคประชาชน/เอ็นจีโอ 5 คน เข้ามาเป็นกรรมการในคณะกรรมการหลักประกันฯ พวกเขาเหล่านั้น เป็นพลังที่เข้มแข็งมาก ทำงานร่วมกันมากว่าสิบปี บางคน/บางองค์กร ทำงานเป็นที่ยอมรับ จนได้รับทุนจาก Global fund ในการทำงานเกาะติด พวกเขาเคลื่อนไหวต่อสู้เพื่อสิ่งที่ดีขึ้น ในระบบบริการ ทั้งกับเจ้าหน้าที่รัฐ /หมอ/ รพ.เอกชน และ บริษัทยา – นับเป็นพันธะสัญญาร่วมกันของกลุ่ม-ขบวนการภาคประชาชน

 **# ซักถามอภิปรายจากผู้เข้าร่วม #**

**นิยามที่ชัดเจน**ของระบบหลักประกันสุขภาพในไทยคืออะไร :- ในความเห็นส่วนตัว ใน ปท.ไทย ไม่เคยสนใจ หรือต้องมาพยายามทำอะไรให้ชัดเจน แต่เราคงความเป็นอาเซียน แต่เรามุ่งหน้า ลงมือทำ โดยไม่สนใจนิยาม แต่สนใจจะทำอย่างให้ มีการทำงานด้วย และคนจน คนป่วย ไม่ล้มละลายจากการเจ็บป่วย/การรักษา เท่านั้น

Global health ต้องสนใจเรื่อง องค์ความรู้/ปัญญาทางสังคม ที่จะแก้ไขปัญหาต่างๆ ทำอย่างไร ให้ทำงานด้วยกัน ร่วมมือกัน ไปได้ เน้นที่การทำงานท่ามกลางความหลากหลาย ให้บรรลุเป้าหมายเพื่อช่วยคนรากหญ้า

**Speaker 2** : พูดถึง Global health watch เป็นรายงานคู่ขนานกับรายงานองค์การอนามัยโลก จัดทำโดยนักวิชาการร่วมกับนักกิจกรรม/ นักเคลื่อนไหว เริ่มมาแต่ปี 2003 เพื่อวิเคราะห์ โครงการ/แผนงาน/ กิจกรรมต่างๆ ที่จะช่วยให้สถานการณ์-สภาวะสุขภาพประชาชนดีขึ้น

เนื้อหา คือ สถาปัตยกรรม/การออกแบบระบบทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ วิเคราะห์ การตัดสินใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพ/การดูแล ในภาคการเฝ้าระวัง ทางเลือกที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เนื่องจาก ปัจจุบันโลกมีวิกฤตและการเปลี่ยนแปลงมากทุกด้าน วิกฤตการเงิน การธนาคาร น้ำมัน อาหาร อากาศเปลี่ยนแปลง และสู่การพัฒนาต่างๆ ทั้งหมดส่งผลกระทบสิทธิมนุษยชน เกิดภาวะความอดอยาก ปัญหาจากสิ่งแวดล้อม กระทบต่อสุขภาพเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะในอินเดีย คนจนสลัม/ชุมชนแออัด ยากลำบาก หิวโหย มีปัญหาสุขภาพทุกด้าน

ซึ่งนอกเหนือการดูแลสุขภาพ ยังมีปัญหาวิกฤตอื่นๆ อาหารขาดแคลน ความอดอยากหิวโหย (ข้าว ข้าวโพด ถั่ว สาลี – ถูกนำไปสร้างกำไรทางเศรษฐกิจ ) สินค้าเกษตรพื้นฐานเหล่านี้ มีผลต่อสุขภาพ/โภชนาการ

จากวิกฤตต่างๆ ประเด็นที่ได้รับความสนใจมาก คือ ระบบบริการปฐมภูมิ เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญในการพัฒนา/แก้ไขปัญหา ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการด่านแรก

ประเด็นการค้าเสรี ทำให้ภาคประชาสังคมต้องสนใจเรื่องนี้ จะกระทบระบบสุขภาพ ปัญหาจากการจดสิทธิบัตร ในสินค้าสุขภาพต่างๆ นำไปสู่การกีดกันการเข้าถึงบริการที่ดีมีคุณภาพ ผุ้รับผลกระทบตรงคือ กลุ่มคนจน (เช่นการเข้าถึงยา ) \_ซึ่งในระดับสากล ได้มีการเคลื่อนไหวเพื่อการต่อรอง/ต่อต้านการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา

 กรณีบทบาทองค์กรที่เกี่ยวข้อง อาทิ UNICEP ช่วยส่งเสริม/แก้ไข ปัญหาเด็ก เช่น ประเด็นหิวโหย ขาดอาหาร สุขภาพ และการตาย

ประเด็นสำคัญของการขับเคลื่อนและปฏิบัติการจากภาคประชาสังคม กรอบความคิดต้องชัดเจน ทำเพื่อแก้ไข/ท้าทายการตัดสินใจของรัฐ-การกำหนดนโยบายรัฐ ดังนั้นการเคลื่อนไหวต้องกำหนดให้มี Agent of Change ให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งกรณีเร่งด่วน และทำให้เป็นจริงได้

**# อภิปรายจากผู้เข้าร่วม #**

การย้ายถิ่นกับการจัดการทรัพยากร :-การอุดหนุน/ชดเชยให้ระบบบริการสุขภาพ และให้ระบุ/เน้นข้อห่วงใยต่างๆ ลงในรายงาน GHW นั้นด้วย /

ระบบบริการปฐมภูมิและบริบททางการเมือง การออกแบบการเงิน-การคลังเพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กลไกการเงิน มีผลต่อระบบบริการ / การเงิน อาจมีผลทางบวก และทางลบ ต่อระบบบริการได้เช่นกัน

จุดอ่อน- จุดแข็ง ของโครงสร้างความสัมพันธ์กับแสดงองค์กรทางการเงิน –เราต้องบริหารทรัพยากรที่มี คำถึงถึงต้นทุน การจัดสรรเงินพัฒนาระบบสุขภาพ มีต้นทุนแพง แต่เป็นเรื่องที่ต้องดูแลคนส่วนใหญ่ มีหลายประเทศ ทั้งใน คอสตาริก้า อินเดีย

การสนับสนุนการเงินโครงการพิเศษต่างๆ ซึ่งองค์กรทวิภาคี/องค์กรภาคเอกชน หันมาให้ความสำคัญและยังคงเป็นประเด็นถกเถียง

**Speaker 3 : Dr David /School of Public health , Western cape**

 ความสำคัญของ PHC จากปี 1980 – ปัจจุบันด้วยสถานการณ์ปัญหาสุขภาพ เช่น อัตราตายเด็ก อายุ 1 -4 ปี สัดส่วนสูง/ อัตราตายของมารดา ต้องการลดการตายของเด็ก จากปี 1990 และอัตราตายของมารดาในปท.ด้อยพัฒนายังสูง (แม้จะมีแบบแผนที่เริ่มลดลงในทุกภูมิภาค)

ปัญหาความไม่เท่าเทียมจากโลกาภิวัตน์ เช่น ในอัฟริกา ยังมีการกู้เงินจากองค์กร ตปท. จำนวนมาก ความมั่งคั่งและรายได้ประชาชาติของ ปท. ยากจน การค้าที่ไม่เป็นธรรม การค้าข้ามชาติ ปัญหาเกิดจากการเคลื่อนย้ายอำนาจและฐานทรัพยากร ปัญหาธรรมาภิบาล /การคอรัปชั่น

วิกฤตที่ชัดเจน คือ ในเอเซียใต้ และ อัฟริกา - มีความยากจนเพิ่มขึ้นในอัฟริกา ทำให้จากนี้ เราไม่อาจละเลย ตัวแปรจากเศรษฐกจิต่างๆ ได้

**บริการปฐมภูมิ** (เป็นคำตอบ) ทำให้เป็นบริการสุขภาพที่มากกว่าปกติ ต้องเน้นสร้างควมเท่าเทียม บริการสุขภาพเหมาะสม/มีประสิทธิภาพ และขณะนี้ มีความเคลื่อนไหว ที่เรียกว่า Selective for comprehensive PHC เช่น การป้องกันท้องเสีย ต้องมีตั้งแต่เรื่อง อาหารที่กิน การรณรงค์เลี้ยงนมแม่ การให้วัคซีน และการจัดสรรทรัพยากรน้ำสะอาด การอนามัยสิ่งแวดล้อม อาหาร เชื้อเพลิง ที่เหมาะสม เป็นต้น หรือแม้แต่ การรณรงค์ล้างมือ การทำอาหารสุก / การแจกสบู่ ฯลฯ

ซึ่งอาศัยระบบสถาปัตยกรรมทางโครงสร้างการเงิน มีผลการให้บริการสุชภาพ งานป้องกัน/การอุดหนุน เพื่อป้องกันโรคระบาด/โรคติตเชื้อต่างๆ เช่น เอดส์ ในเอธิโอเปีย / ท้องร่วง / การตายเด็ก

ปัจจุบันการบริการระดับปฐมภูมิ ได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนที่สำคัญ ในหลายแห่งในโลก

กิจกรรมที่สำคัญ คือ ต้องคิดถึง**ปัจจัยทางสังคม** (Social Determinants) ที่สำคัญต่อการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ/นโยบายการค้า ส่งผลต่อการผลิตอาหาร-การค้า-การบริโภคของคน และในที่สุดส่งผลต่อสุขภาพ (กรณี Mc Donald) ทำให้คนกินผักน้อยลง – การทำงานภาคบริการสุขภาพ ต้องผลักดัน-รณรงค์ให้คนเข้าถึง ครอบคลุม มีตัวอย่างบางประเทศช่วยลดอัตราตายเด็กได้ มากกว่าร้อยละ 60 แต่ที่สำคัญ-คนทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องปรับแผนงาน วิธีการทำงานให้มีประสิทธิภาพ อาทิ การปรับวิธีการทำงาน-เวลาการทำงาน ให้เหมาะกับวิถีชีวิตคนในพื้นที่ ซึ่งพบว่างานที่สำเร็จส่วนใหญ่ เป็นเพราะพยาบาลและอาสาสมัครที่หน่วยบริการปฐมภูมิมากกว่าหมอ

ตัวอย่าง1 ในบราซิล มี ปชก. 190 ล้าน มีโปรแกรม ที่สนับสนุน และในคำแนะนำด้านสุขภาพ และที่สำคัญคือการมีส่วนร่วมของชุมชน และการปรับปรุงระบบบริหาร ทางฝ่าย Supply side ในระบบบริการ (ภาคผุ้ให้บริการ-ทรัพยากรต่างๆ ถูกบริหารใหม่-ให้เหมาะสม)

ตัวอย่าง 2 : ใน เนปาล มีกลุ่มสตรีอาสาฯ ทำงานรณรงค์ชุมชน ลุกขึ้นมีบทบาทสำคัญ ในการพัฒนา-การมีส่วนร่วมในชุมชน ช่วยลดการตายทารก การให้ความรู้แก่ ปชช. / มารดา กิจกรรมสร้างรายได้ และกิจกรรมเสริมอื่นๆ

ตัวอย่าง 3 ใน India โครงการ Mitanin ใช้หลัการมิตรภาพบำบัด ดูแลสุขภาพคนในชุมชน รวมไปถึง กิจกรรมรวมกลุ่มชุมชน/ คนในชุมชน เพื่อต้านการบุกรุกป่า ที่จะมีผลต่อแหล่งอาหารคนในชุมชน

เหล่านี้สรุปว่า ความไม่เป็นธรรมทางเศรษฐกิจและปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม ส่งผลกระทบถึงปัญหาสุขภาพของประชาชน และระบบบริการสุขภาพ สังคมทุกภาคส่วน ต้องร่วมมือกันผลักดัน แก้ไข คำนึงถึงปัจจัยทางสังคม ที่ต้องนำไปพิจารณาร่วมด้วย

**# อภิปรายจากผู้เข้าร่วม #**

ทำไมภาคการเมืองของแต่ละพื้นที่จะเข้ามีส่วน หรือเปิดรับให้ชุมชนเข้ามีส่วนร่วมตัดสินใจ

สมาชิกชุมชน ต้องเข้าร่วมด้วยตัวเขาเอง ยืนหยัด เพราะเห็นว่าจะเป็นปัญหาต่อเขาต่อไป ถ้าไม่จับมือกัน บางทีสู้กับทหาร / แต่การเคลื่อนด้วย หมอ ก็อาจจะง่าย / และสร้างผลกระทบต่อการเคลื่อนไหวได้ บางประเทศก็อาจจะอันตรายในการทำงานรณรงค์ต่างๆ แต่เพื่อความอยู่รอดของชุมชน

การจัดขบวน ปชช. ต้องมีประเด็นร่วมชัดเจน /ใช้ intervention ทั้งด้านสังคม -ด้านสาธารณสุข ฯลฯ

ปัจจุบันนี้ การมีส่วนร่วมภาคประชาชนเป็นกระแสหลักในการพัฒนา/เคลื่อนไหว ให้ ปชช. เป็นตัวตั้ง-ศูนย์กลาง ความร่วมมือจากชุมชนอย่างจริงจังต่อเนื่อง

ระดับการยอมรับการมีส่วนร่วมประชาชน ในแต่ละประเทศ ยังแตกต่างกันมาก ในอังกฤษ มีการรวมตัวของ ปชช. มหาศาล ก่อนยุคปฎิวัติอุตสาหกรรม ศตวรรษที่ 19 ต่อมามีความเจริญทางการแพทย์ เทคโนโลยี่สูง ทำให้มีกระแสที่คิดว่าไม่ต้องสนใจตัวแปรและกิจกรรมเคลื่อนไหวทางสังคม/หรือไม่พิจารณา Social determinants ทั้งที่ในระดับปฐมภูมิ บริบท มันจะเกี่ยวกับเรื่องวิถี ทางสังคมมาก ซึ่งไม่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยี่การแพทย์มากก็ได้

“การทำให้รัฐ เชื่อ เพื่อ..สร้างเปลี่ยนแปลง”– รัฐบาลต้องรับเป็นวาระแห่งชาติ

ผลักดันให้เป็น Political Will เช่นใน บราซิล ต้องมีการเคลื่อนไหวใหญ่ของภาคประชาชน ให้ภาคสังคมมีส่วนร่วมอย่างเป็นกระบวนการ จึงเกิดการเคลื่อนไหวที่สำคัญ-มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนปรับนโยบายได้ เช่น ไทย ที่ นพ.สุวิทย์ ก็ต้องมีภาคประชาชน เข้มแข็ง เข้าผลักดันอย่างต่อเนื่อง / นับเป็นพื้นฐานโครงสร้างอำนาจที่สำคัญที่จะเปลี่ยนแปลงให้บริการปฐมภูมิดีขึ้นๆ จนท. ในระบบ ก็ต้องปรับภาระงานให้เหมาะ (Narrowing)

NCDs : ยังเป็นโรคที่สำคัญ เป็นอย่างรวดเร็ว ทั้งในบราซิล อัฟริกาใต้ - เหตุของมันก็มากจาก ระบบทุนกนิยม ที่ส่งอ้อม จากการเงิน การผลิต การตลาด / วิถีชิวิตเปลี่ยน การกินเปลี่ยน กินง่าย อาหารแปรรูป / บริษัทอาหารข้ามชาติ ดูเหมือนอาหารถูกลง – กินง่าย ซื้อง่าย free choice แต่ไม่มีผลดีต่อสุขภาพเลย ส่งผลให้ปัจจุบันนี้ เราต้องมาทุ่มความพยายามในการบริหารจัดการโรคเรื้อรัง ให้การรักษาต่อเนื่อง หรืออาจจะออกแบบเป็น Vertical program เพื่อพัฒนาระบบบริการ และรับมือกับโรคเรื้อรังที่มาจากวิกฤต/ตัวแปรทางสังคมต่างๆ (เช่น อัฟริกาใต้)

**Speaker 4**

**ประเด็นเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากร/งบประมาณเพื่อระดมพัฒนางานบริการสุขภาพ**

เดิม บริการตติยภูมิ เป็นบริการสำหรับคนรวย ระบบUCs สำหรับคนยากจน มีประเด็นที่มาของทรัพยากรสำหรับคนจน/คนส่วนใหญ่ ควรใช้กองทุนจากภาษีในการดูแลสุขภาพ ซึ่งนำไปสู่เรื่องระบบการจัดการเก็บและนำมาใช้ที่เหมาะสม

ใน ปท.คองโก ใช้ระบบกองทุนสุขภาพจากภาษี/แบ่งเงินภาษีมาช่วย แต่ปท.ยากจนยังมีปัญหาการเก็บภาษี

หลายประเทศ ก็ใช้เงินจากภาษี มาพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ไทย บราซิล คอสตาริก้า อินเดีย และจีน

 **# เปิดอภิปรายจากผู้เข้าร่วม #**

ในประเทศด้อยพัฒนา ที่ยังมีการแพร่ระบาดเอดส์ และเคยได้รับการอุดหนุนจากภาษี หรือรับทุนจากโครงการInitiative ต่างๆ ถูกจัดลำดับความสำคํญไปให้เรื่องอื่นๆ อาจมีปัญหาในการป้องกันส่งเสริมสุขภาพได้ (เช่น งานเอดส์)

ในบางประเทศ ภาษีทั้งทางตรง-ทางอ้อม ในบางประเทศ ช่วยได้ ลูกค้าซื้อของแล้วขอใบเสร็จ อยู่ที่นโยบายหลักภายในประเทศด้วย แต่ประเทศที่มีระบบเศรษฐกิจ Informal sector อาจจะเก็บภาษียาก ซึ่งรัฐต้องกำหนดนโยบาย/วางแผนให้ชัดเจน

การบริหารจัดการให้ภาคเอกชน เข้าร่วมจัดบริการ รวมถึงวิธีการใช้เงินปันจากกำไรมาช่วยงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

**Speaker 5 Lecturer from TU Univ, former worked for years in WHO**

ประเด็นสำคัญ คือ คณะทำงานเฉพาะกิจ/รายงานสภาวะสุขภาพ ต้องสร้าง IMPACT โดยคำนึงถึงปัจจัยทั้งจากภายใน-ภายนอก /ปัจจัยทางเศรษฐกิจ-สังคม แล้ว ยังมีประเด็นกลุ่ม-องค์กรที่มีส่วนได้เสียในระบบสุขภาพ คือ กลุ่มบริษัทยา /สมาคมเภสัชกร / อุตสาหกรรมยาและเวชภัณฑ์จากภาคเอกชน มีส่วนกำหนดทิศทาง/นโยบาย (รวมถึง คุ่มือ-แนวเวชปฏิบัติต่างๆ) ที่สำคัญต่อองค์กรสากลต่างๆ เช่น WHO/WHA (สมัชชาสุขภาพโลก) รวมทั้งผลิตภัณฑ์/ยาปลอมแปลง เป็นต้น

ดังนั้น เราต้องทำอะไรต่อสถานการณ์ IMPACT EPISODE ทั้งทางตรงและทางอ้อม อาทิ มีคณะทำงานต่อต้านการปลอมแปลงฯ และต้องหยุดการสนับสนุนการเงินต่อ หุ้นส่วน องค์กร อุตสาหกรรมยา/การให้การสนับสนุนเงินโครงการพิเศษต่างๆ (ต้องจับตาดูให้ดี)

มีคำถามควรคิด “ยาปลอม ใครกำหนด”

**# เปิดอภิปรายจากผู้เข้าร่วม #**

ระบบการเงินและการสนับสนุนทางการเงิน -> เปลี่ยนระบบการทำงานองค์การอนามัยโลก ??

องค์การอนามัย มาจากประเทศสมาชิก มีสนญ.ที่ เจนีวา ไม่ค่อยมีการตรวจสอบ มี ไทย อินเดีย จีน ที่สนใจในเรื่องประโยชน์ของการตรวจสอบ เพราะ WHO เป็นองค์กรเชิงอำนาจ มีการตัดสินใจ กำหนดนโยบาย ตรวจสอบไม่ค่อยถึง

การขอสนับสนุนงบจากองค์การอนามัยโลก มีความต้องการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เชื่อมโยงต่อไปยัง เรื่องผลประโยชน์/สิทธิบัตร บริษัทยาขนาดใหญ่ อาจเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการทำงาน/การกำหนดทิศทางของ WHO ได้

มีคำกล่าวว่า “อาชญากรรมที่สมบูรณ์ คือ การมีทุกคนที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมเป็นสักขีพยาน” เพราะในที่สุด ก็จะถือว่าไม่สามารถหาใครมาเป็นพยานต่อการกระทำผิดนั้นๆ ได้ (มีนัยยะ เรื่องการสร้างความชอบธรรมในการทุจริต)

ดังนั้น การเคลื่อนไหวเพื่อก้าวผ่านความท้าทายนี้ ...เราต้องทำให้ ปชช.

 ตื่นตัวจากมหันตภัย สถานการณ์ร้ายๆ เช่นนี้

อย่างไรก็ดี การรักษาสมดุล คือ ทำให้ WHO มีแผนงานที่เป็นการสร้างเข้มแข็งให้ people movement ให้มากขึ้น

**Speaker 6 NGO from People’s health movement / Global network for health activists**

เป็นองค์กรภาคประชาสังคมทำงานด้านสุขภาพ / มุ่งเน้น health for all , ที่มาจาก Alma ata declaration

สืบเนื่องจาก สถานการณ์สุขภาวะ/สุขภาพของ ปชก.ในโลกที่สาม ไม่ดีขึ้น ปัญหาการกระจายทรัพยากร ไม่เท่าเทียม ยังคงอยู่

สมัชชา ปี 2000 มีคนร่วมกว่า1500 คน

**Tools for advocacy** คือ ประเด็น “สุขภาพเป็นสิทธิมนุษยชน” เป้าหมายคือ ต้องการขับเคลื่อนผลักดันทุกมิติในทุกระดับ (call for action at all levels) มีการทำรณรงค์ มีรายงานการวิเคราะห์ GH Watch - เป็นการวิจัย วิเคราะห์ โครงการเน้นการสร้างเข้มแข็ง/พัฒนาศักยภาพประชาชน

Mobilization and advocacy - เคลื่อนไหวในประเด็นสิทธิทางสุขภาพ / การสนับสนุนด้วยเอกสารยื่นข้อเสนอ/ข้อเรียกร้อง / การ

การเฝ้าระวังองค์กรยักษ์ใหญ่ ที่จะมีอิทธิพลต่อระบบสุขภาพของมนุษยชาติ จนถึงโครงการอบรมให้ความรู้-สร้างคนรุ่นใหม่ๆ พัฒนาทักษะต่างๆ

อย่างเช่น ใน เอกวาดอร์ มี การรณรงค์ –ประท้วง โดยขบวนการภาคประชาชน ในสถานที่ต่างๆ เพื่อเรียกร้องประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพ-เปิดโปงองค์กรยักษ์ใหญ่ เอารัดเอาเปรียบ ฯลฯ

สมัชขชาครั้งที่ 3 (กค.55) ประเด็น “ความเป็นธรรมทางสังคม” Health for all สุขภาพเพื่อคนทั้งปวง / ความเป็นอยู่ การทำงานอย่างมีศักดิ์ศรี ความเท่าเทียมทางสิ่งแวดล้อม/อนามัย / เพื่อสะท้อน/ วางแผน/ เยี่ยมเยียน และ call for action จากหน่วยเกี่ยวข้อง

 ปีนี้ จะมีสมัชชาสุขภาพโลก วันที่ 6-7 กรกฎาคม นี้ มีการพิจารณาบริบททางสุขภาพในทุกระดับ ทั้งจากเศรษฐกิจ / การเมือง / ระดับโลก และ หลักประกันสุขภาพ และความเท่าเทียม และการบูรณาการในระบบบริการด้วย รวมไปถึง ก้าวข้ามวิกฤต / ขยับเคลื่อนเพื่อสุขภาพถ้วนหน้า

เป้าประสงค์ของการ Mobilized : เพื่อสร้างความเข้มแข็ง / ลปรร. / และ มีการทำกิจกรรมร่วมกันสร้างตื่นตัว / เคลื่อนไปด้วยกัน

**# เปิดอภิปรายจากผู้เข้าร่วม #**

องค์กรภาคประชาชน อาจจะคิดไม่ออกจะร่วมไปด้วยอย่างไร ภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ / เราต้องสนับสนุนกลุ่มต่างๆ ให้เป็นเครือข่าย ให้จัดตั้งตัวเอง ทำเวริคช้อป ในประเด็นที่ทำงาน –เน้นเคลื่อนไหวกันอยู่ / สนัสนุนให้เขา ทำเคลื่อนไหว ฉายภาพ และ รับข้อตกลงร่วมกัน / เป็นเจ้าภาพร่วมกันกับเขา

 การสนับสนุนให้เขาทำโครงการที่มีรูปธรรมการเปลี่ยนแปลงได้ด้วย กลุ่มภาคประชาชนที่อาจจะมีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบาย หรือการประสานกับองค์กรที่จะมีอิทธิพลต่อระบบสุขภาพ / เป็นส่วนหนึ่งของขบวนการ/ ร่วมมือกัน

ประเด็นที่ทำลายสุขภาพ ต้องถูกหยิบยกขึ้นมาในสมัชชาสุขภาพฯ ด้วย

ฟิลิปปินส์ เป็นหนึ่งประเทศ มีภาคสังคมที่เข้มแข็ง ต้องการสร้างเครือข่ายกับผู้ที่มาร่วมวันนี้

---------------------------------------------

สังเคราะห์สรุป :- ทิศทางอนาคตการขับเคลื่อนภาคประชาสังคมกับงานสุขภาพ/การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

การบริหารจัดการทรัพยากร/การออกแบบกลไกการเงินในระบบบริการสุขภาพ ควรคำนึงถึงสิ่งที่จะมี “อิทธิพล” ทั้งจากภายใน-ภายนอกของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง/ หน่วยงานยักษ์ใหญ่ (ที่อาจเป็น)ต้นเหตุของ”วิกฤตจากโลกาภิวัฒน์” ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ซับซ้อน/มีอิทธิพลต่อกันและกัน –ผลกระทบที่มีเงื่อนไขต่อกันอย่างยิ่ง (อาทิ WHO กับ FTA/TRIPs และ Health care system)

ให้ความสำคัญต่อบทบาทของขบวนการภาคประชาสังคม/การมีส่วนร่วมของภาคประชาขน เพื่อปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ซึ่งจะส่งผลต่อการออกแบบระบบ / กลไก / นโยบาย /การเงินการคลังด้านสุขภาพ และการพัฒนาสุขภาวะ

ทิศทางการพัฒนากลไกการเงิน และบริหารทรัพยากรในระบบสุขภาพ จะให้ความสำคัญไปที่ Primary health care ซึ่งเป็นการบริการสุขภาพที่มากกว่าการรักษา เพราะให้ความสนใจในปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม และทิศทางปฐมภูมิเกิดผลลัพธ์ที่ดีในหลายประเทศ

ควรให้ความสำคัญ/พิจารณา Social Determinants ในแผนงานด้านสุขภาวะทุกระดับ ซึ่งทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการ และยกระดับคุณภาพชีวิต ปชก.ได้ยั่งยืน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง น่าจะให้ความสำคัญ/แนวทางการสนับสนุนแผนงาน/กิจกรรม/โครงการ ที่ช่วยพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งให้ภาคประชาสังคม/ภาคประชาชนให้มากขึ้น เพื่อให้คนรากหญ้า รู้เท่าทัน เฝ้าระวังรัฐ-หน่วยงานทรงอิทธิพล/การตัดสินใจเชิงนโยบาย และสามารถเป็น “ Change agent” ต่อไป

-------------------------------------