

รายงานการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ครั้งที่ ๔ / ๒๕๕๔

วันศุกร์ที่ ๑๖ เดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๕๔ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.

ณ ห้องประชุม ๕๐๑ ชั้น ๕ ตึกบัญชาการ ๑ ทำเนียบรัฐบาล

ผู้เข้าประชุม

๑. พลตำรวจเอกโกวิท วัฒนะ	รองนายกรัฐมนตรี	ประธานการประชุม
๒. นพ.กำจัต งามกุล	แทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	รองประธาน
๓. นายไพพงษ์ เตชะณรงค์	แทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย	กรรมการ
๔. นายปิ่นชาย ปิ่นแก้ว	แทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาศังคม และความมั่นคงของมนุษย์	กรรมการ
๕. นายชิตชนก สมประเสริฐ	แทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์	กรรมการ
๖. นายสมบัติ สุวรรณพิทักษ์	แทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ	กรรมการ
๗. นางอรพินท์ วงศ์ชุมพิศ	แทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและ สิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๘. ผศ.ดร.บุญส่ง ไช้เกษ	แทนประธานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการ
๙. นพ.ศราวุธ สันตินันตรักษ์	นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู	กรรมการ
๑๐. นายวิชัย อัมราลิขิต	นายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองพนัสนิคม	กรรมการ
๑๑. นายวัฒนศักดิ์ จังจรรณู	นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาสวนกวาง	กรรมการ
๑๒. ศ.(พิเศษ)พลโทพิศาล เทพสิทธิธา	ผู้แทนทันตแพทยสภา	กรรมการ
๑๓. ผศ.ดร.ภก.มังกร ประพันธ์วัฒนะ	ผู้แทนสภาเภสัชกรรม	กรรมการ
๑๔. รศ.สมชาย วิริยะยุทธกร	ผู้แทนสภาเทคนิคการแพทย์	กรรมการ
๑๕. นพ.วิชัย โชควิวัฒน์	ผู้แทนคณะกรรมการวิชาชีพแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
๑๖. นายพงษ์ศักดิ์ พยัฆวิเชียร	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
๑๗. รศ.ดร.เสรี พงศ์พิศ	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
๑๘. รศ.กฤตยา อาชวนิจกุล	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
๑๙. นายสุรินทร์ กิจนิตย์ชีว์	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
๒๐. รศ.ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์	ผู้แทนองค์รภาคเอกชนเขต ๑	กรรมการ
๒๑. นางดวงพร อธิรัตน์	ผู้แทนองค์รภาคเอกชนเขต ๒	กรรมการ
๒๒. นายสุพัฒน์ ธนะพิงค์พงษ์	ผู้แทนองค์รภาคเอกชนเขต ๓	กรรมการ
๒๓. นายธีรวัฒน์ ศรีปฐมสวัสดิ์	ผู้แทนองค์รภาคเอกชนเขต ๔	กรรมการ
๒๔. ผศ.ดร.วิรัตน์ ปานศิลา	ผู้แทนองค์รภาคเอกชนเขต ๕	กรรมการ
๒๕. รศ.ดร.ศิริชัย ชัยชนะวงศ์	ผู้แทนองค์รภาคเอกชนเขต ๖	กรรมการ
๒๖. นายสุชาติ สูงเรือง	ผู้แทนองค์รภาคเอกชนเขต ๗	กรรมการ
๒๗. นายณรงค์ ตั้งศิริชัย	ผู้แทนองค์รภาคเอกชนเขต ๘	กรรมการ

๒๘. นายสุรพงษ์ พรหมแท้	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๙	กรรมการ
๒๙. นายสนั่น วุฒิ	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๑๐	กรรมการ
๓๐. นางมาริษา เนตรใจบุญ	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๑๑	กรรมการ
๓๑. นายคล่อง ชื่นอารมณ	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๑๒	กรรมการ
๓๒. นพ.ประพจน์ เกตตราภาส	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๑๓	กรรมการ
๓๓. นพ.อำพล จินดาวัฒนะ	เลขาธิการ คสช.	กรรมการและเลขานุการ
๓๔. นางปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา	รองเลขาธิการ คสช.	ผู้ช่วยเลขานุการ
๓๕. นางกรรณิการ์ บรรเทิงจิตร	รองเลขาธิการ คสช.	ผู้ช่วยเลขานุการ

ผู้ที่ไม่เข้าประชุม (เนื่องด้วยติดภารกิจที่สำคัญ)

๑. ม.ร.ว.สุขุมพันธุ์ บริพัตร	ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร
๒. ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา	ผู้แทนแพทยสภา
๓. ศ.(เกียรติคุณ)ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ	ผู้แทนสภาการพยาบาล
๔. ดร.มณฑนา วงศ์ศิรินวัตน์	ผู้แทนสภากายภาพบำบัด
๕. นางศิรินา ปวโรฬารวิทยา	ผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นายธรรมศักดิ์ สัมพันธ์สันติกุล	ผู้แทนผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ	กรรมการที่ปรึกษา คสช.
๒. นายจิระพันธ์ กัลลประวิทย์	ผู้แทนเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนา การเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการที่ปรึกษา คสช.
๓. นพ.ชวินทร์ ศิรินาค	ผู้แทนผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร	
๔. นางวรรณพร แจ่มจำรัส	ผู้แทนนายกเมืองพัทยา	
๕. นพ.ปรีดา แต่อารักษ์	ผู้แทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
๖. ผศ.ดร.สุปรีดา อุดุลยานนท์	ผู้แทนผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	
๗. นางสาวณัฐวรรณ อินทรทิตย์	เจ้าหน้าที่จากสำนักงบประมาณ	
๘. นางสาววิไลวรรณ มุกเหล็ก	สำนักโฆษก สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี	
๙. นายกิติศักดิ์ สินธุวนิช	กรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	
๑๐. ดร.กาญจนา กาญจนสินีทธิ์	ที่ปรึกษา สช.	
๑๑. นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา	ที่ปรึกษา สช.	
๑๒. นางอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา	พนักงาน สช.	
๑๓. นายอนุศักดิ์ สุภาพร	พนักงาน สช.	
๑๔. นายวิสุทธิ บุญญะโสภิต	พนักงาน สช.	
๑๕. นายสุทธิพงษ์ วสุโสภภาพล	พนักงาน สช.	
๑๖. นางสาวฐิติพร คหัญฐา	พนักงาน สช.	
๑๗. นายจารึก ไชยรักษ์	พนักงาน สช.	
๑๘. นางนริษา อัครธีรากล	พนักงาน สช.	
๑๙. นางสาวสิระกาญจน์ มโนทัศน์ันท์	พนักงาน สช.	

๒๐. นายสุรชัย กลั่นวารี	พนักงาน สช.
๒๑. นางสาวศิริธร อรไชย	พนักงาน สช.
๒๒. นายธนินธุ์ สุคนธนิกร	พนักงาน สช.
๒๓. นางสาวเขมวดี ชนาบแก้ว	พนักงาน สช.
๒๔. นางสาวชญาดา พักน่วม	พนักงาน สช.
๒๕. นางสาวกชพร นิลปักษ์	พนักงาน สช.
๒๖. นางสาวอรนิต อรไชย	พนักงาน สช.
๒๗. นางสาวนวินดา จัดหงษา	พนักงาน สช.
๒๘. นางสาวชลิดา มีสมวัฒน์	พนักงาน สช.
๒๙. นางสาวสุวรรณา สมเจริญศิลป์	พนักงาน สช.
๓๐. นางสาววิไลรัตน์ จั่นเพ็ง	พนักงาน สช.
๓๑. นางสาวศิริเพ็ญ ก่องแก้วรัมย์	พนักงาน สช.
๓๒. นางสาวรัตนา เอิบกึ่ง	พนักงาน สช.
๓๓. นายภักคพงษ์ วงศ์คำ	พนักงาน สช.
๓๔. นายวิเชียร ทาแกง	พนักงาน สช.
๓๕. นางสาวทองกร ยิ้มรัมย์	พนักงาน สช.
๓๖. นายวิสิฐ อัครวจรสกุล	พนักงาน สช.

เปิดประชุม เวลา ๐๙.๔๐ น.

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องแจ้งที่ประชุมทราบ

๑.๑ การได้รับมอบหมายเป็นประธานในการประชุม

นพ.อำพล จินตาวัฒนะ กรรมการและเลขานุการ คสช. รายงานว่า ตามคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ ๑๔๑/๒๕๕๔ ลงวันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๕๔ นายกรัฐมนตรี(นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร) ได้มีคำสั่งมอบหมายและมอบอำนาจให้รองนายกรัฐมนตรี(พลตำรวจเอกโกวิท วัฒนะ) กำกับดูแลสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และอยู่ในระหว่างการดำเนินการมอบหมายและมอบอำนาจให้ปฏิบัติหน้าที่ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

นายสุรินทร์ กิจนิตยชวี ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้กล่าวแสดงความยินดีที่รองนายกรัฐมนตรี(พลตำรวจเอกโกวิท วัฒนะ) อดีตข้าราชการตำรวจที่ปฏิบัติงานในสายตำรวจตระเวนชายแดนได้ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเสียสละ อดทน มุ่งมั่น ซื่อสัตย์และมีคุณธรรมอย่างสูง ได้รับมอบหมายให้กำกับดูแลสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและปฏิบัติหน้าที่ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะผู้แทนคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจึงมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่จะได้มีโอกาสได้ทำงานร่วมกับท่าน

พลตำรวจเอกโกวิท วัฒนะ รองนายกรัฐมนตรี ประธานการประชุม กล่าวว่า รู้สึกเป็นเกียรติอย่างยิ่งที่ได้มาทำงานร่วมกับกรรมการสุขภาพแห่งชาติทุกท่าน ซึ่งนับว่าเป็นงานในลักษณะใหม่ ด้วยไม่เคยทำงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมาก่อน ส่วนใหญ่ได้รับมอบให้ไปดูแลในงานอื่น และมีความยินดีที่จะได้ร่วมกันดำเนินงานตามกรอบและแนวทางต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อพี่น้องประชาชนภาคส่วนต่าง ๆ ซึ่งมีทั้งเรื่องที่ต้องแก้ไขและเรื่องเร่งด่วนที่ควรดำเนินการในด้านสุขภาพ

ซึ่งความคิดเห็นที่หลากหลาย ในการประชุมขอให้ทุกท่านแสดงความคิดเห็นได้โดยเสรี เพราะถือว่าเป็นเรื่องปกติในการทำงานที่ต้องมีข้อมูลและการนำเสนอแนวทางต่าง ๆ ยินดีที่จะรับฟังทั้งในห้องและนอกห้องประชุม

มติที่ประชุม รับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๕๔

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขานุการ คสช. แจ้งให้ที่ประชุมพิจารณารายงานการประชุม คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓/๒๕๕๔ เมื่อวันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๕๔ ดังเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๒ จึงเรียนมาเพื่อที่ประชุมพิจารณารับรองรายงานการประชุม

มติที่ประชุม รับรองรายงานการประชุม คสช. ครั้งที่ ๓/๒๕๕๔ เมื่อวันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๕๔ โดยให้แก้ไขข้อความ ดังนี้

๑. ในหน้า ๒๓

- ย่อหน้าที่ ๒ บรรทัดที่ ๕ แก้ไขคำว่า “Care of the flying” เป็น “Care of the dying”
- ย่อหน้าที่ ๒ บรรทัดที่ ๑๒ แก้ไขคำว่า “วิถีทางจิตวิญญาณหรืออนุสาธาณสุข...” เป็น “วิถีทางจิตวิญญาณหรืออนุศาสนิก(Chaplain)...”
- ย่อหน้าที่ ๒ บรรทัดที่ ๑๓ แก้ไขคำว่า “ไปที่ลาโคญา ณ ประเทศญี่ปุ่น...” เป็น “ไปที่นาโกย่า ณ ประเทศญี่ปุ่น...”
- ย่อหน้าที่ ๒ บรรทัดที่ ๑๕ แก้ไขคำว่า “ซึ่งคนดูแลด้านวิถีจิตวิญญาณที่...” เป็น “ซึ่งคนดูแลด้านวิถีจิตวิญญาณที่...”
- ย่อหน้าที่ ๒ บรรทัดที่ ๑๘ แก้ไขคำว่า “ทีมเหมือนโฮมเบสแคร์ทำที่บ้าน...” เป็น “ทีมเหมือนโฮมเบสแคร์ (Home base care)ทำที่บ้าน...”

๒. ในหน้า ๒๔

- ย่อหน้าสุดท้าย บรรทัดสุดท้าย “ที่เดี่ยวนี้มีคนตาย...” เป็น “ที่มีคนตาย...”

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องเพื่อทราบ

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขานุการ คสช. แจ้งว่า เพื่อให้การประชุมมีประสิทธิภาพ ในระเบียบวาระเรื่องเพื่อทราบที่ ๓.๑-๓.๒ ขอนำเสนอด้วยเอกสาร โดยในแต่ละระเบียบวาระมีรายละเอียด ดังนี้

๓.๑ ความคืบหน้าการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติ ชุดที่ ๒ (นำเสนอด้วยเอกสาร)

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขานุการ คสช. รายงานว่า ตามมาตรา ๑๓ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(คสช.) ประกอบด้วย

- (๑) นายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมาย เป็นประธานกรรมการ
- (๒) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานกรรมการ
- (๓) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงที่นายกรัฐมนตรีกำหนดจำนวนไม่เกินห้าคน เป็นกรรมการ
- (๔) ประธานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นกรรมการ

จึงเรียนมาเพื่อคณะกรรมการได้โปรดรับทราบ

ที่ประชุมมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ โดยสรุปดังนี้

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ผู้แทนคณะกรรมการวิชาชีพแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ประธานกรรมการบริหาร ชี้แจงเพิ่มเติมว่า คณะกรรมการบริหารฯ ได้กำหนดแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงานของเลขาธิการและมีมติเห็นชอบให้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการประเมินผลการปฏิบัติงานของเลขาธิการ โดยให้จัดหาบุคคลภายนอกเป็นผู้ดำเนินการประเมินฯ พร้อมทั้งดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๖๐ วัน จึงได้มีการจัดจ้างบริษัท วินทูเก็ตเตอร์ จำกัด เป็นผู้ดำเนินการประเมิน และนำเสนอผลการประเมินต่อ คบ. ซึ่งในการประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๕๔ คบ. ได้มีมติเห็นชอบผลการประเมินการปฏิบัติงานของเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติประจำปี ๒๕๕๔ ในระดับดีมาก ดังมีรายละเอียดผลการประเมินทั้งหมดในเอกสาร

มติที่ประชุม รับทราบรายงานการประเมินผลการปฏิบัติงานของเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ประจำปี ๒๕๕๔

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องสืบเนื่องจากการประชุม

๔.๑ สรุปผลการจัดประชุมวิชาการ “๑ ทศวรรษสมัชชาสุขภาพ” (นำเสนอด้วยเอกสาร)

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขานุการ คสช. รายงานว่า สืบเนื่องจากการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(คสช.) ครั้งที่ ๖/๒๕๕๓ เมื่อวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๕๓ ที่ประชุมได้รับทราบการจัดประชุมวิชาการ “๑ ทศวรรษสมัชชาสุขภาพ” ที่จะได้นำบทเรียนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้วยกระบวนการ “สมัชชาสุขภาพ” ที่ภาคส่วนต่างๆ ได้มีการดำเนินงานมากกว่า ๑๐ ปีนับตั้งแต่ปี ๒๕๔๓ เป็นต้นมา มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน รวมทั้งมีมติเห็นชอบให้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดประชุมวิชาการ “๑ ทศวรรษสมัชชาสุขภาพ” ที่มี รศ.วิลาวัลย์ เสนารัตน์ กรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นประธานกรรมการ นั้น บัดนี้ คณะกรรมการฯ ได้จัดการประชุมวิชาการ “๑ ทศวรรษสมัชชาสุขภาพ” เสร็จสิ้นแล้ว ในระหว่างวันที่ ๗-๘ กรกฎาคม ๒๕๕๔ ณ โรงแรมเชียงใหม่ แกรนด์วิว จังหวัดเชียงใหม่ มีผลการจัดประชุมโดยสังเขป ดังนี้

๑. มีผู้เข้าร่วมประชุมกว่า ๑,๒๐๐ คน ประกอบด้วย

- คณะกรรมการจัดประชุมวิชาการ “๑ ทศวรรษสมัชชาสุขภาพ” และผู้ทรงคุณวุฒิ
- กลุ่มเป้าหมายเฉพาะจากภาคี ๓ ภาคส่วน ได้แก่ ภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาควิชาการ ภาคเอกชน ทั้งในส่วนกลางและระดับพื้นที่
- กลุ่มเป้าหมายทั่วไปที่ลงทะเบียนสมัครเข้าร่วมการประชุม (กว่า ๔๐๐ คน)

๒. การปาฐกถาเปิดการประชุมฯ ในเรื่อง “ปรัชญา แนวคิดและจิตวิญญาณของสมัชชาสุขภาพ” และปาฐกถาปิดการประชุมฯ ในเรื่อง “สมัชชาสุขภาพ : ความท้าทายในทศวรรษหน้า” ที่มีสาระสำคัญในการพัฒนาสมัชชาสุขภาพเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อหน่วยงาน องค์กร ภาคี/เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน รวมทั้งภาคส่วนที่จะได้รับผลกระทบจากการนำสมัชชาสุขภาพไปใช้

๓. การจัดเสวนา/อภิปรายหมู่ในหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับสมัชชาสุขภาพ ที่เน้นในแง่มุมของ “คุณค่า” ของสมัชชาสุขภาพที่มีต่อสังคมไทยนับตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๔๔ ที่มีการนำสมัชชาสุขภาพมาใช้เป็นเครื่องมือพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม รวมถึงภาพของสมัชชาสุขภาพในทศวรรษหน้าด้วย ซึ่งมีเนื้อหาสาระที่ครอบคลุมทั้งในส่วนของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และเฉพาะประเด็น สมัชชา

สุขภาพแห่งชาติ ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ระหว่างสมัชชาสุขภาพของประเทศไทยและต่างประเทศ และความเชื่อมโยงของสมัชชาสุขภาพกับเครื่องมืออื่น ๆ ในการพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะ เช่น ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เอชไอเอ เป็นต้น

๔. การนำเสนอผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และเฉพาะประเด็น จำนวน ๖๕ เรื่อง ในรูปแบบของการบรรยายจำนวน ๔๒ เรื่อง และแบบโปสเตอร์จำนวน ๒๓ เรื่อง

๕. การถอดบทเรียนสมัชชาสุขภาพสู่ทศวรรษหน้าจากภาคีเครือข่ายในภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ที่ร่วมกันระดมสมอง ถกแถลงถึงบทเรียนจากการนำสมัชชาสุขภาพไปใช้ และหาร่วมกันหาทิศทางที่เหมาะสมในการพัฒนาสมัชชาสุขภาพสู่ทศวรรษ

๖. การจัดวิชาการนอกห้องในลักษณะของการพัฒนาศักยภาพและการจัดประชุมวิชาการ ทั้งหลักสูตรอบรมระยะสั้นก่อนการประชุมประกอบด้วย (๑) การทำหนังสือ (๒) เปลี่ยนขัดแย้ง...แปลงเป็นเข้าใจ (๓) การถอดบทเรียน การเขียน การสื่อสารเพื่อจัดการความรู้ (๔) แผนที่ผลลัพธ์เพื่อการบริหารความสัมพันธ์การทำงานแบบเครือข่าย และในระหว่างการประชุมมีกิจกรรม “เรียนผ่านเลนส์” ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านหนังสือ และ “วงเล่า เคล้าสมัชชา” ซึ่งเป็นการนำกรณีศึกษา “สมัชชาสุขภาพ” มาถอดบทเรียนและเรียนรู้ร่วมกัน

๗. การสรุปสาระสำคัญที่ได้จากการประชุม “รวมพลังกำหนดทิศทาง “ทศวรรษหน้า สมัชชาสุขภาพ” สรุปความคิดรวบยอดได้เป็น “๒ มิติ ๔ คุณค่า ๕ กลยุทธ์การพัฒนาสมัชชาสุขภาพในทศวรรษหน้า” ได้ดังนี้

- สมัชชาสุขภาพในทศวรรษหน้าให้มุ่งเน้นใน ๒ มิติ ได้แก่ การพัฒนานโยบายสาธารณะควบคู่ไปกับการเคลื่อนไหวสังคม
- เน้น “คุณค่า” ของสมัชชาสุขภาพ ๔ ด้าน ซึ่งประกอบด้วย
 - (๑) พัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy)
 - (๒) พัฒนาประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy)
 - (๓) สร้างเสริมพลังอำนาจทางสังคม (Social Empowerment)
 - (๔) เรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติ (Interactive Learning Through Action)
- ใช้ ๕ กลยุทธ์เพื่อยกระดับสมัชชาสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย
 - (๑) สร้างสมดุล ๓ ภาคส่วน และเพิ่มความเป็นเจ้าของ
 - (๒) พัฒนาความเป็นระบบและแบบแผน ผสมผสานความเป็นธรรมชาติที่หลากหลาย
 - (๓) ขยายและพัฒนาศักยภาพแกนนำ ภาคี เครือข่าย
 - (๔) เน้นขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม
 - (๕) หนุนเสริมการปฏิรูปประเทศไทย และเชื่อมไปสู่สากล

สาระสำคัญจากการประชุมดังกล่าวมีการนำไปเผยแพร่ผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ เช่น เว็บไซต์ www.healthstation.in.th เว็บไซต์ www.samatcha.or.th/HA_Decade และทาง social network ต่างๆ เช่น Face Book นอกจากนี้ ยังมีการจัดทำเป็นเอกสาร/หนังสือเผยแพร่ให้กับเครือข่ายภาคีที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประโยชน์ และสร้างกระแสการมีส่วนร่วมในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ รวมทั้งการพัฒนาสมัชชาสุขภาพสู่ทศวรรษหน้าด้วย ดังเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๔.๑ จึงเรียนมาเพื่อคณะกรรมการได้โปรดรับทราบ

มติที่ประชุม

รับทราบสรุปผลการจัดประชุมวิชาการ “๑ ทศวรรษสมัชชาสุขภาพ”

๔.๒ ความคืบหน้าการดำเนินงานโครงการปฏิรูป พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๖ (นำเสนอด้วยเอกสาร)

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขาธิการ คสช. รายงานว่า สืบเนื่องจากการประชุม คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(คสช.) ครั้งที่ ๓/๒๕๕๔ เมื่อวันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๕๔ ที่ประชุมได้รับทราบ รายงานสรุปผลการดำเนินงานโครงการปฏิรูป ตั้งแต่เดือนสิงหาคม ๒๕๕๓-พฤษภาคม ๒๕๕๔ ภายใต้อำนาจหน้าที่ของสำนักงานปฏิรูป(สปร.) ประจำปี ๒๕๕๔-๒๕๕๖ (แผน ๓ ปี) รวมทั้งมติจากสมัชชาปฏิรูป ระดับชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๔ จำนวน ๙ มติ ที่คณะรัฐมนตรีในคราวการประชุมเมื่อวันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๕๔ ได้รับทราบมติสมัชชาปฏิรูป ๘ มติ และข้อเสนอการปฏิรูปโครงสร้างอำนาจของคณะกรรมการปฏิรูป โดยมอบหมายให้สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรีแจ้งให้หน่วยงานและพรรคการเมืองต่างๆ ได้ทราบ แล้วนั้น สปร. ขอรายงานความคืบหน้าในการดำเนินงาน ดังนี้

๑. การเตรียมการจัดสมัชชาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๕

สืบเนื่องจากระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการปฏิรูป พ.ศ. ๒๕๕๓ ข้อ ๑๐ กำหนดให้ คณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป(คสป.) ที่มี ศ.นพ.ประเวศ วะสี เป็นประธาน จัดให้มีสมัชชาปฏิรูประดับชาติ และสนับสนุนให้มีการจัดสมัชชาปฏิรูปเฉพาะพื้นที่และเฉพาะประเด็น ตามความจำเป็นและเหมาะสม เพื่อให้ ได้มาซึ่งข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการปฏิรูปและจากมติที่ ๙ ของสมัชชาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๓ ที่เสนอให้ คสป. คปร. และ สปร. ดำเนินการร่วมกับองค์กรภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่องในการ วิเคราะห์ปัญหาและสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการปฏิรูปตามประเด็นที่กำหนดไว้ในมติที่ ๙ พร้อมทั้ง จัดให้มีเวทีเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้ที่มีส่วนได้เสียอย่างกว้างขวาง และนำเสนอต่อสมัชชาปฏิรูประดับชาติ ในครั้งต่อไป

ซึ่ง คสป. คปร. และ สปร. ได้พิจารณากำหนดการจัดสมัชชาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๕ ขึ้น ในระหว่างวันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๕๕ - ๑ เมษายน ๒๕๕๕ โดยมีแผนการดำเนินงานพัฒนาร่าง ข้อเสนอเชิงนโยบายสมัชชาปฏิรูปครั้งที่ ๒ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ๒๕๕๔-เมษายน ๒๕๕๕ ดังเอกสาร ประกอบระเบียบวาระที่ ๔.๒ เอกสาร ๑

๒. โครงการสนับสนุนสมัชชาปฏิรูประดับจังหวัด เพื่อการปฏิรูปประเทศไทย

ด้วยหัวใจของการปฏิรูปประเทศไทยอยู่ที่การเน้นการปฏิรูปที่ฐานราก คือ การทำให้ชุมชน เข้มแข็ง เชื่อมเข้ากับการปฏิรูประบบและโครงสร้างต่างๆ ช่างบน และเชื่อมกับจิตสำนึกความเป็นธรรมของ สังคมโดยรวม เพื่อให้การขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศไทยดำเนินงานอย่างเป็นธรรมชาติและหลากหลาย แต่ ไปในทิศทางใหญ่เดียวกัน จึงจำเป็นต้องชวนคนไทยร่วมกันสร้าง “จินตนาการใหม่” หรือ “สัมมาทัศนะใหม่” คือ การร่วมสร้างประเทศไทยให้เป็นประเทศที่มีเศรษฐกิจดี มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ มีความสงบสันติ คน ไทยไม่ทอดทิ้งกัน รู้รัก สามัคคี สิ่งแวดล้อมดี วัฒนธรรมดี มีสุนทรีย์ ประชาชนมีการศึกษาดี มีสุขภาพดี สังคมมีสุขภาวะ และมีความเป็นธรรม

สปร. จึงได้จัดทำโครงการสนับสนุนสมัชชาปฏิรูประดับจังหวัด เพื่อการปฏิรูปประเทศไทยขึ้น เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนในพื้นที่ได้เกิดการรวมตัวร่วมคิดร่วมทำเพื่อการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศไทย ภาคปฏิบัติในระดับพื้นที่ในรูปแบบของ “สมัชชาปฏิรูประดับจังหวัด” จำนวน ๗๗ จังหวัด ที่เป็นกลไกการ จัดการขนาดเล็กที่มีความคล่องตัวและมีสมรรถนะในการบริหารจัดการสูง ทำหน้าที่สานพลังทุกภาคส่วนเข้า มาร่วมคิดร่วมทำอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ดังเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๔.๒ เอกสาร ๒

จึงเรียนมาเพื่อคณะกรรมการได้โปรดรับทราบ

มติที่ประชุม

รับทราบความคืบหน้าการดำเนินงานโครงการปฏิรูป พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๖

๔.๓ ความคืบหน้าการเตรียมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๔
(นำเสนอด้วยเอกสาร)

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขาธิการ คสช. รายงานว่า สืบเนื่องจากการประชุม คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(คสช.) ครั้งที่ ๓/๒๕๕๔ เมื่อวันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๕๔ ที่ประชุมได้รับทราบ รายงานสรุปการเตรียมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๔ ตั้งแต่เดือนมกราคม-ธันวาคม ๒๕๕๔ แล้วนั้น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.) ในฐานะฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการจัด สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๔ ขอรายงานความคืบหน้าการเตรียมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๔ ในระหว่างวันที่ ๑๙-๒๑ ธันวาคม ๒๕๕๔ ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ ถนนราชดำเนินนอก กรุงเทพมหานคร โดยสรุปดังนี้

๑. การเตรียมความพร้อมของกลุ่มเครือข่ายต่างๆ ในการเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ในการประชุมคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๔ ครั้งที่ ๗/๒๕๕๔ เมื่อวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๕๔ ได้มีมติเห็นชอบในการจัดกลุ่มเครือข่ายและการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ดังนี้

(๑) การจัดกลุ่มเครือข่ายของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔ แบ่งเป็น ๒ ประเภท คือ

- กลุ่มเครือข่ายพื้นที่ (MA) จำนวน ๗๗ กลุ่มเครือข่าย
- กลุ่มเครือข่ายภาคส่วนหลัก (๓ ภาคส่วน)
 - กลุ่มเครือข่ายภาคประชาสังคม ชุมชน และเอกชน (MS) จำนวน ๔๐กลุ่มเครือข่าย
 - กลุ่มเครือข่ายภาควิชาชีพ/วิชาการ (MK) จำนวน ๒๙ กลุ่มเครือข่าย
 - กลุ่มเครือข่ายภาคการเมือง/ราชการ/องค์กรของรัฐ (MP) จำนวน ๕๐++ กลุ่มเครือข่าย

(๒) การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่าย

กิจกรรมในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่าย จะดำเนินการในช่วงเดือนกันยายน-พฤศจิกายน โดยแบ่งเป็น ๓ ระดับ ประกอบด้วย

- กิจกรรมระดับสร้างความเข้าใจ
- กิจกรรมระดับแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงลึก
- กิจกรรมระดับพัฒนาศักยภาพ

๒. การจัดทำแนวทางกระบวนการหาฉันทามติในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

กระบวนการหาฉันทามติในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีเป้าประสงค์ให้ได้มาซึ่งร่าง ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ร่างมติ ที่เป็นความเห็นร่วมของสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็น กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยยึดหลักการสำคัญ ๔ ประการ คือ

- (๑) หลักการเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ หมายถึง การที่สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้เรียนรู้จากการเสนอและ รับฟังความเห็นระหว่างกันอย่างสร้างสรรค์ ไม่มุ่งไปที่การวิพากษ์วิจารณ์บุคคล องค์กร หน่วยงาน หรือ เครือข่ายใด ๆ หรือเป็นลักษณะการโต้เถียงกัน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ได้มาซึ่งนโยบายสาธารณะเพื่อ สุขภาพ
- (๒) หลักความเป็นระบบ หมายถึง การประชุมที่มีการกำหนดหลักเกณฑ์การประชุมไว้อย่างชัดเจน โดย ผู้เข้าร่วมประชุม ผู้ดำเนินการประชุม และผู้เกี่ยวข้องในการประชุมปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้
- (๓) หลักการมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกัน หมายถึง สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจากแต่ละกลุ่มเครือข่ายมี สิทธิในการเสนอความเห็นต่อร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย/ร่างมติ อย่างเท่าเทียมกัน

(๔) หลักการสร้างฉันทามติหรือความเห็นร่วม หมายถึง การประชุมที่สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติแสวงหาความเห็นร่วมต่อร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย/ร่างมติ ให้ได้ข้อยุติที่เห็นพ้องกัน

กระบวนการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้แบ่งขั้นตอนการประชุมที่สำคัญไว้ ๓ ขั้นตอนหลัก คือ

- ขั้นตอนที่ ๑ การรับรองระเบียบวาระการประชุม
- ขั้นตอนที่ ๒ การประชุมพิจารณาร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย/ร่างมติ
- ขั้นตอนที่ ๓ การรับรองข้อเสนอเชิงนโยบาย/มติ

๓. การจัดทำหลักเกณฑ์การลงทะเบียนเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๔

ตามความในมาตรา ๔๔ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) มีหน้าที่และอำนาจในการกำหนดหลักเกณฑ์การลงทะเบียนเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๔ ซึ่งได้ดำเนินการในช่วงเดือนกรกฎาคม - เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๔ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๔ ในหมวดที่ ๔ ได้กำหนดองค์ประกอบของผู้เข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไว้ ๓ ประเภท คือ สมาชิก ผู้สังเกตการณ์ และผู้ทรงคุณวุฒิ เนื้อหาหลักแบ่งออกเป็น ๓ หมวด ได้แก่

หมวดที่ ๑ บททั่วไป

หมวดที่ ๒ องค์ประกอบของผู้เข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

หมวดที่ ๓ การลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

จึงเรียนมาเพื่อคณะกรรมการได้โปรดรับทราบ

มติที่ประชุม รับทราบความคืบหน้าการเตรียมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๔

๔.๔ **ความคืบหน้าการเสนอมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ ต่อคณะรัฐมนตรี**

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขานุการ คสช. รายงานว่า ตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้เห็นชอบให้เสนอมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ ต่อคณะรัฐมนตรีเป็นรายประเด็น และในการประชุม คสช. ครั้งที่ ๓/๒๕๕๔ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.) ได้รายงานความคืบหน้า ดังนี้

- คณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการตามมติต่อไป จำนวน ๔ เรื่อง ได้แก่เรื่อง
(๑) ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ ในคราวการประชุมเมื่อวันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๕๔
(๒) มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายถิ่น ในคราวการประชุมเมื่อวันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๕๔
(๓) การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ในคราวการประชุมเมื่อวันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๕๔
(๔) นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ในคราวการประชุมเมื่อวันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๕๔
- คณะรัฐมนตรีได้มีมติรับทราบสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการตามมติต่อไป จำนวน ๒ เรื่อง ได้แก่เรื่อง

- (๑) การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ในคราวการประชุมเมื่อวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๕๔
- (๒) ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ ในคราวการประชุมเมื่อวันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๕๔

โดยได้มีพระราชกฤษฎีกายุบสภาผู้แทนราษฎร พ.ศ. ๒๕๕๔ ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๕๔ คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบให้สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีส่งเรื่องที่จะมีผลเป็นการสร้างความผูกพันต่อคณะรัฐมนตรีชุดต่อไปคืนส่วนราชการเจ้าของเรื่อง และหากประสงค์จะเสนอเรื่องดังกล่าวต่อคณะรัฐมนตรีอีกครั้งหนึ่งก็ให้เสนอเมื่อคณะรัฐมนตรีชุดใหม่เข้ารับบริหารราชการแผ่นดินแล้ว จึงยังมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ ที่ คสช. ได้มีมติเห็นชอบและอยู่ระหว่างรอเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณา อีก ๒ เรื่อง ได้แก่

๑. มติเรื่อง นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ
๒. มติเรื่อง มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ

ดังเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๔.๔ จึงเรียนมาเพื่อคณะกรรมการได้โปรดรับทราบ

มติที่ประชุม รับทราบความคืบหน้าการเสนอมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ ต่อคณะรัฐมนตรี

๔.๕ การเสนอมติคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติต่อคณะรัฐมนตรี

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขานุการ คสช. รายงานว่า สืบเนื่องจากการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(คสช.) ครั้งที่ ๒/๒๕๕๔ เมื่อวันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๕๔ ที่ประชุมได้มีมติเห็นชอบ (๑) แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙) และ (๒) ข้อเสนอต่อการกำหนดมาตรการคุ้มครองสิ่งแวดล้อมและสุขภาวะในพื้นที่มาบตาพุดและพื้นที่เกี่ยวข้อง ตามมติของคณะกรรมการศึกษา สนับสนุนและติดตามผลการดำเนินงานตามข้อเสนอของ คสช. ว่าด้วยการแก้ไขปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพ กรณีผลกระทบจากอุตสาหกรรมในพื้นที่มาบตาพุดและจังหวัดระยอง เพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบและมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการต่อไป นั้น

ด้วยได้มีพระราชกฤษฎีกายุบสภาผู้แทนราษฎร พ.ศ. ๒๕๕๔ ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๕๔ คณะรัฐมนตรีในคราวการประชุมเมื่อวันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๕๔ ได้มีมติเห็นชอบให้สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีส่งเรื่องที่จะมีผลเป็นการสร้างความผูกพันต่อคณะรัฐมนตรีชุดต่อไปคืนส่วนราชการเจ้าของเรื่อง และหากประสงค์จะเสนอเรื่องดังกล่าวต่อคณะรัฐมนตรีอีกครั้งหนึ่งก็ให้เสนอเมื่อคณะรัฐมนตรีชุดใหม่เข้ารับบริหารราชการแผ่นดินแล้ว

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติในฐานะฝ่ายเลขานุการจะได้เสนอ (๑) แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙) และ (๒) ข้อเสนอต่อการกำหนดมาตรการคุ้มครองสิ่งแวดล้อมและสุขภาวะในพื้นที่มาบตาพุดและพื้นที่เกี่ยวข้องฯ ต่อคณะรัฐมนตรีตามมติการประชุมฯ ต่อไป จึงเรียนมาเพื่อคณะกรรมการได้โปรดรับทราบ

มติที่ประชุม รับทราบการเสนอมติคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติต่อคณะรัฐมนตรี

๔.๖ การดำเนินงานตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขานุการ คสช. รายงานว่า สืบเนื่องจากการประชุม คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(คสช.) ครั้งที่ ๓/๒๕๕๔ เมื่อวันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๕๔ ที่ประชุมได้รับทราบ การประกาศใช้แนวการปฏิบัติของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ ของสถานบริการสาธารณสุข ตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดง เจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติ การทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๔ ที่มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๔ แล้วนั้น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(คสช.) ขอรายงานความคืบหน้าการดำเนินงานตามมาตรา ๑๒ แห่ง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ดังนี้

๑. จัดทำเอกสารปกขาว : กว่าคนไทยจะได้ใช้สิทธินี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูล ความเป็นมา เป็นไปของสิทธิปฏิเสธรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติ การทรมานจากการเจ็บป่วยตามมาตรา ๑๒ เรื่องมา จนกระทั่ง กฎกระทรวงเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการรองรับการดำเนินงานตามสิทธินี้ได้มีผลบังคับใช้ และได้นำเผยแพร่ให้สังคมไทยได้รับรู้เพื่อ ประโยชน์ในการศึกษาเรียนรู้ ทำความเข้าใจในเจตนารมณ์ที่แท้จริงของสิทธิดังกล่าว ดังมีรายละเอียด เอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๔.๖
๒. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินการตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เมื่อวันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๕๔ เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขในสถานพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ รวมทั้งประชาชนผู้สนใจได้รับทราบข้อมูลและมีความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน ได้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุขฯ อันเป็นส่วนหนึ่งของการเตรียมความพร้อม ในการรองรับการใช้สิทธิตามมาตรา ๑๒ โดยผู้เข้าร่วมเวทีจำนวน ๒๐๐ คน ซึ่งเป็นผู้แทนมาจาก หน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ จำนวน ๓๐ แห่ง และได้มีการถ่ายทอดสดทางสถานีวิทยุโทรทัศน์สุขภาพ แห่งชาติผ่านทาง www.healthstation.in.th ไปยังสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศและตอบข้อซักถาม ทางโทรศัพท์ด้วย
๓. จัดเวทีประชุมปรึกษาหารือการส่งเสริมสิทธิตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และสิทธิเพื่อสุขภาพอื่นๆ เมื่อวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๕๔ เพื่อสร้างความเข้าใจกับหน่วยงานองค์กร เครือข่ายด้านสุขภาพในเรื่องการส่งเสริมการใช้สิทธิของประชาชน รวมไปถึงการพัฒนากระบวนการ สาธารณสุขรองรับการใช้สิทธิให้ได้อย่างดีและมีคุณภาพ อันจะเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่าง ประชาชนและองค์กรที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่สังคมสุขภาวะ และแสวงหาแนวทางความร่วมมือในการส่งเสริม สิทธิ โดยมีผู้เข้าร่วมเวทีซึ่งเป็นผู้แทนมาจากหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ จำนวน ๔๖ คน
๔. สนับสนุนวิทยากร เอกสารและสื่อเผยแพร่เพื่อใช้ในการจัดประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจกฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่ เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๔ และแนวทางการปฏิบัติของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของ สถานบริการสาธารณสุข ตามกฎกระทรวงฯ พ.ศ. ๒๕๕๔ ให้แก่หน่วยงาน องค์กรและสถาบันการศึกษา ต่างๆ ตามการร้องขอมากกว่า ๖๐ แห่ง อาทิเช่น
 - คณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา

- เครือข่าย Palliative care : เสถียรธรรมสถาน งาน “สวนดอก Palliative care conference ครั้งที่ ๒” ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มูลนิธิมิตรภาพบำบัดโรงพยาบาลรามาริบัติ ชมรมผู้บริหารผู้ป่วยระยะท้ายแห่งประเทศไทย
 - สถาบันทางวิชาการ : เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย(UHOSNET) สภาการพยาบาลและเครือข่ายสภาการพยาบาลทั่วประเทศ สถาบันประสาทวิทยา สถาบันโรคทรวงอก สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ คณะนิติศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 - บุคลากรด้านสาธารณสุข : ผู้บริหารโรงพยาบาลในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตที่ ๑ โรงพยาบาลประจำมหาวิทยาลัยนเรศวร โรงพยาบาลหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลภูมิพล โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลอ่างทอง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ในสังกัด กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลจักราช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร โรงพยาบาลคามิลเลียน โรงพยาบาลนภลัยจังหวัดสมุทรสงคราม โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน โรงพยาบาลสมิติเวช โรงพยาบาลบางโพ โรงพยาบาลมิชชั่นภูเก็ตศูนย์มะเร็งชลบุรี เครือข่ายพยาบาลจังหวัดนครนายก
 - การจัดงานวิชาการประจำปีขององค์กรเครือข่าย : HA Forum งาน R2R ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข การประชุมวิชาการประจำปีของกระทรวงสาธารณสุข
 - การสัมมนาทางวิชาการของหน่วยงาน/องค์กร : การสัมมนานักกฎหมายของหน่วยงานที่ขึ้นตรงต่อกระทรวงสาธารณสุขจัดโดยกลุ่มกฎหมาย กระทรวงสาธารณสุข
 - เป็นต้น
๕. การลงนามความร่วมมือในการส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพกับสภาการพยาบาล สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เครือข่ายสถาบันการศึกษาพยาบาลศาสตร์ และชมรมผู้บริหารสถานศึกษาพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๕๔ และอยู่ระหว่างการประสานเพื่อลงนามความร่วมมือฯ กับสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) เครือข่ายศาสนา และหน่วยงาน/องค์กรอื่นๆ ต่อไป

และในการนี้ ขอเรียนให้ทราบว่า เมื่อวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๕๔ ที่ผ่านมาแพทย์ ๓ คน ยื่นฟ้อง นายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขต่อศาลปกครองสูงสุด เพื่อขอให้ศาลปกครองสูงสุด พิจารณายกเลิก เพิกถอน กฎกระทรวงดังกล่าว ซึ่งขณะนี้อยู่ในระหว่างการดำเนินการเพื่อให้สำนักงานอัยการสูงสุดเป็นผู้แก้ฟ้องคดี โดย สช. ได้ประสานงานอย่างใกล้ชิด จึงเรียนมาเพื่อคณะกรรมการได้โปรดรับทราบ

มติที่ประชุม รับทราบการดำเนินงานตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

ที่ประชุมมีความเห็นและข้อเสนอแนะ โดยสรุปดังนี้

นายสนั่น วุฒิ ผู้แทนองค์การภาคเอกชน เขต ๑๐ มีความเห็นว่า ในขณะนี้ยังมีบางบุคคลที่ไม่ได้ติดตามกระบวนการและมีความเข้าใจในข้อมูลเนื้อหาที่ชัดเจนจึงได้คัดค้านกฎหมายนี้ ด้วยความรู้สึกที่เป็นห่วงว่า ใครจะเป็นผู้กำหนดการมีชีวิตโดยเฉพาะหากเป็นผู้นำศาสนาที่มีการกล่าวหาว่า เป็นการขัดต่อพระประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้า เป็นการนำความรู้สึกความเข้าใจแบบเดิม ๆ มาโต้ตอบโดยเขียนบทความต่าง ๆ ซึ่งเป็นบทความที่แสดงให้เห็นว่าไม่เข้าใจเจตนารมณ์ของกฎกระทรวงตามมาตรา ๑๒ ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ จากประสบการณ์การทำงานที่ได้นำเสนอต่อกลุ่มบุคคลต่าง ๆ ที่ดำเนินงานร่วมกัน เช่น กรรมการทางด้านการศึกษาของมูลนิธิ ที่มีโรงพยาบาลในความดูแลจำนวน ๗-๘ แห่งทั่วประเทศ พบว่า กรรมการที่เป็นแพทย์จะมีความเห็นโต้แย้งและคัดค้านในกฎกระทรวงฉบับนี้ ตอนนี้อย่างน้อยจะนำเสนอต่อกรรมการในระดับมูลนิธิ ซึ่งจะมีการประชุมคณะกรรมการอำนวยการ ประมาณวันที่ ๒๓-๒๔ กันยายน ๒๕๕๕ ซึ่งจะได้เรียนเชิญวิทยากรบางท่านไปให้ความรู้และทำความเข้าใจ อันเป็นส่วนหนึ่งของความพยายามในการสร้างความเข้าใจให้กับผู้นำทางศาสนา

นางดวงพร อธิรัตน์ ผู้แทนองค์การภาคเอกชน เขต ๒ มีความเห็นว่า เรื่องนี้ได้มีกระบวนการทำงานมาตั้งแต่การยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ในปี ๒๕๔๓ เป็นต้นมา มีการนำเสนอในเวทีรับฟังความคิดเห็นครบทุกภาคส่วนในทุก ๆ จังหวัด ซึ่งในขณะนั้นมีจำนวนทั้งสิ้น ๙๙ มาตรา เรื่องสิทธิการตาย อยู่ในมาตรา ๑๐ และไม่เห็นที่คัดค้านมาตรานี้ ในการจัดเวทีรับฟังฯ ที่จังหวัดชัยนาทพบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการแพทย์และพยาบาลต่าง ๆ มารับทราบ รับรู้ มีการอภิปรายด้วยถือเป็นเรื่องใหม่ จนกระทั่งผ่านเข้าสู่การพิจารณาของรัฐสภา ก็ผ่านมาโดยลำดับโดยไม่ถูกยุบมาตราหรือตัดออก เมื่อ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ มีผลบังคับใช้ ก็มีการประกาศใช้กฎกระทรวงนี้ขึ้น ซึ่งเมื่อนำมาเสนอความคืบหน้าในการดำเนินงานต่อ คสช. ในทุกครั้งก็จะเสนอว่า ปัญหาในการดำเนินการเกิดจากมีกลุ่มบุคคลที่ไม่รับทราบและไม่เข้าใจในทุกครั้ง จึงขอเสนอให้กรรมการทุกท่านช่วยกันเผยแพร่เพื่อทำความเข้าใจต่อสาธารณะในจังหวัดของท่าน สำหรับจังหวัดชัยนาทได้นำเรื่องนี้ไปเผยแพร่ก่อนที่จะมีการประชุมทั้งของหน่วยงานต่าง ๆ และองค์กรอื่นๆ เพื่อสร้างความเข้าใจ เช่น ในการประชุมเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงพัฒนาสังคมฯ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ผู้พิการ สตรี

นางอรพินท์ วงศ์ชุมพิศ ผู้แทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม มีความเห็นว่า บุคคลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องนี้โดยส่วนใหญ่จะมีความเห็นที่สนับสนุนกฎกระทรวงนี้ แต่บางท่านที่มีประเด็นข้อขัดแย้งอาจเกิดเนื่องจากการนำไปปฏิบัติหรือไม่ ดังนั้น หากมีการประชาสัมพันธ์ในวงกว้างให้เป็นที่รับรู้ ว่า กฎกระทรวงนี้มีหลักการที่ดีและข้อควรระวังในการนำไปปฏิบัติคืออะไร เพื่อให้มีความชัดเจนและป้องกันไม่ให้เกิดการดำเนินการที่ผิดไปจากเจตนารมณ์ เช่น การประกันชีวิตหรือการเรียกร้องค่าเสียหายต่าง ๆ หากสามารถสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ชัดเจนก็เชื่อว่าจะผ่านไปได้ด้วยดี

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ผู้แทนคณะกรรมการวิชาชีพแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีความเห็นว่า ในฐานะที่เป็นแพทย์และเคยทำงานในแพทย์สภามา ๑๔ ปี คิดว่า การคัดค้านของแพทย์มีเหตุได้ใน ๒ ลักษณะ ได้แก่ ลักษณะที่ ๑ เป็นการคัดค้านโดยเจตนาที่สุจริตเพราะต้องการที่จะดูแลผู้ป่วยให้ถึงที่สุดตามมาตรฐานการรักษา แต่ในลักษณะที่ ๒ เป็นการคัดค้านโดยมีเจตนาแอบแฝง การคัดค้านโดยเจตนาสุจริตเกิดจากแพทย์ถูกกำหนดให้มีหน้าที่ในการดูแลชีวิตและที่ผ่านมาจะเป็นผู้ถูกกำหนดให้เป็นผู้กำหนดว่าเมื่อใดคือการตายที่กฎหมายยอมรับ เช่น คนที่ประสบอุบัติเหตุหรือถูกทำร้ายจนเสียชีวิตแล้ว แต่พอไปถึง

โรงพยาบาล แพทย์จะต้องเป็นผู้ประกาศว่า บุคคลผู้นั้นตายแล้ว ด้วยกฎหมายกำหนดให้แพทย์เป็นผู้ลงนามรับรองการตาย ด้วยเหตุนี้อาจเป็นเหตุให้แพทย์มีความรู้สึกว่าการตายหรือไม่ตายเป็นหน้าที่ที่แพทย์จะเป็นผู้กำหนด เป็นผู้ที่มอำนาจสิทธิ์ขาดอยู่ในตัว แต่ในข้อเท็จจริงมีกรณีที่ตรงข้ามกัน ๒ กรณี คือ กรณีที่ ๑ กรณีที่แพทย์ต้องการเอาอวัยวะของผู้ป่วยไปใช้ประโยชน์ในการปลูกถ่ายอวัยวะ ซึ่งผู้ป่วยคนนั้นอาจจะยังไม่ตายโดยสิ้นเชิง แต่แพทย์จะเป็นผู้กำหนดว่าผู้ป่วยรายนั้นตายแล้วเพื่อที่จะเอาอวัยวะไปใช้ ซึ่งเป็นเหตุให้มีการกำหนดหลักเกณฑ์ว่าด้วยสมองตายขึ้นมา ต่อมามีการแก้กฎหมายว่าสมองตายคือตาย เพราะสมองในที่นี้คือ แกนสมองที่เป็นตัวควบคุมความดันโลหิต ควบคุมการเต้นของหัวใจ ควบคุมอะไรต่างๆ ถ้าแกนสมองถูกทำลายและตายไปแล้วและไม่มีโอกาสฟื้นกลับมา คือ สภาพที่จะต้องตายแน่ๆ ในหลักสากลประเทศต่างๆ ทั่วโลกก็ยอมรับว่าเป็นเรื่องของการตายแล้ว แต่ในประเทศไทย กฎหมายไม่ได้เขียนว่าการตายคืออะไร ปกติแล้วเมื่อไม่มีการเขียนในกระบวนการยุติธรรมของประเทศไทยจะไปใช้พจนานุกรมโดยเฉพาะพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานว่า ตายคืออะไร ถ้าได้ติดตามกรณีของอดีตนายกรัฐมนตรี นายสมคร สุนทรเวช ที่ศาลรัฐธรรมนูญตัดสินก็ตัดสินตามคำจำกัดความในพจนานุกรม แต่ในพจนานุกรมเขียนไว้ว่า ตายคือสิ้นลม และสิ้นลมแปลว่าไม่หายใจ หยุดหมดทุกอย่าง ดังนั้นทางกฎหมายจึงไม่สามารถนำมาใช้เป็นตัวตัดสินสมองตายนี้ได้ ในตอนนั้นได้ปรึกษารื้อกันระหว่างนักกฎหมายกับบุคลากรทางการแพทย์ ก็ได้ข้อยุติว่า วิธีที่จะให้เป็นไปตามหลักสากลก็คือ ให้แพทย์สภาออกหลักเกณฑ์สมองตายใหม่อีกวิธีหนึ่ง การไปแก้กฎหมายเพื่อเพิ่มคำนิยามคำว่าตายเข้าไปในกฎหมายเป็นไปได้ยาก เพราะอาจถูกคัดค้านจากสังคมอย่างกว้างขวางได้ โดยเฉพาะถ้าไปเสนอกฎหมายแก้ไขเพื่อที่จะเอาอวัยวะไปใช้จะไม่มีใครยอม พอมีการประกาศใช้หลักเกณฑ์สมองตายออกมาแล้ว ก็มีความพยายามไปผลักดันให้ราชบัณฑิตยสถานเพิ่มคำจำกัดความของคำว่าตายให้รวมคำว่าสมองตายเข้าไปด้วย เพื่อสามารถให้คำจำกัดความอันนี้มาใช้ประโยชน์ในการที่จะนำอวัยวะของคนไข้อย่างแท้จริงไปปลูกถ่ายช่วยชีวิตบุคคลอื่น เช่น หัวใจ ตับ เป็นการไม่ปล่อยให้ร่างกายเน่าเสียไปโดยเปล่าประโยชน์ ทั้งหมดคือแพทย์เป็นผู้กำหนด และแพทย์เป็นผู้ผลักดันให้เกิดเรื่องนี้ขึ้นเอง ซึ่งประชาชนก็ยอมรับโดยเชื่อในเจตนาที่ได้ใช้มาตั้งแต่ปี ๒๕๓๕ จนกระทั่งทุกวันนี้ แต่พอภาคประชาชนขอเป็นผู้กำหนดเองว่า จะรับการรักษาเพียงเพื่อยืดการตายหรือไม่หรือขอหยุดการรักษาเพื่อยุติการทรมาน ขอประชาชนเป็นผู้มีส่วนในการตัดสินใจโดยเสนอมาตั้งแต่การยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฯ และผ่านกระบวนการต่างๆ มากมาย แต่โดยความรู้สึกของแพทย์ที่คัดค้านโดยสุจริตก็ยังเห็นว่า ถ้าจะปล่อยให้ผู้ป่วยตายไปโดยยังให้การรักษาไม่ถึงที่สุดเป็นเรื่องที่อาจจะขัดต่อความรู้สึก อันนี้คือการคัดค้านโดยสุจริต แต่การคัดค้านโดยมีเจตนาแอบแฝง ก็คือว่า ต้องการจะให้ผู้ป่วยที่อยากจะไปตายที่บ้านหรืออยากใหหยุดการรักษาแล้วอยู่ในโรงพยาบาลต่อไป เพื่อประโยชน์จากค่ารักษาพยาบาล อันนี้เป็นเรื่องเชิงประจักษ์ที่เกิดขึ้นมากมาย โดยส่วนตัวไม่แน่ใจว่า เหตุผลในการคัดค้านกฎกระทรวงนี้เกิดจากกรณีใดมากกว่ากัน ดังนั้นจึงเสนอว่า ควรต้องมีการพิจารณาอย่างเข้าใจว่า ถ้าเสียงคัดค้านมาจากเจตนาที่สุจริตก็เป็นเรื่องที่จะต้องทำให้แพทย์กลุ่มนั้นยอมรับว่าจริง ๆ แล้ว ในสากลทั่วไปทั้งในทางศาสนา ทางการแพทย์ในแพทยสมาคมทั่วโลก และองค์การอนามัยโลกก็เสนอแนวทางนี้ทั้งสิ้น เพราะถ้าปล่อยให้มีการรักษาเพื่อยืดการตายไปเรื่อย ๆ ก็จะตกเป็นภาระทั้งแก่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ แพทย์และญาติของผู้ป่วย ทั้งสิ้นเปลืองผลประโยชน์ของประเทศชาติที่จะต้องเข้าไปโดยที่ไม่เกิดประโยชน์ แล้วเพิ่มความทรมาน ขณะเดียวกันก็อาจจะเกิดกรณีพิพาทขึ้นด้วย เพราะฉะนั้นสิ่งที่ควรจะทำที่ดีที่สุดก็คือ ดำเนินการตามมาตรา ๑๒ ที่จะต้องช่วยกันผลักดันและกี่ยินยันหลักการนี้ต่อไป เพราะนี่คือเจตนาของผู้คนที่มีการพูดคุยกันเรื่อยมานับร้อย เวทีแล้ว ทุกประเด็นได้มีการทำความเข้าใจกันทั้งหมดแล้ว แต่ก็ยังมีบางบุคคลที่หยิบยกเอาประเด็นต่างๆ โดยที่หลายประเด็นก็เป็นเรื่องทำความเข้าใจแล้ว

บางประเด็นก็เป็นเรื่องที่ไม่เป็นความจริง เพราะฉะนั้นส่วนหนึ่งจึงเป็นเรื่องที่ออกมาคัดค้านด้วยเจตนาแอบแฝง

นพ.กำจัด รามกุล ผู้แทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีความเห็นว่า สนับสนุนตามที่ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ เสนอในกรณีการคัดค้านโดยเจตนาที่สุจริต ทางกระทรวงได้มีการพูดคุยกับบุคคลที่คัดค้าน ซึ่งบางส่วนให้เหตุผลว่า ข้อความว่าด้วยวาระสุดท้ายของชีวิตในมาตรา ๑๒ ยังไม่ละเอียดและชัดเจนเพียงพอ แต่เมื่อมีการประกาศใช้กฎกระทรวงแล้วก็ต้องปฏิบัติตาม แต่ในส่วนที่แพทยสภาคัดค้านนั้น ก็ได้ทราบว่าแพทยสภาจะขอขยายความและดำเนินการเพิ่มเติมในเรื่องอื่น แต่ก็ยังไม่มีการแจ้งให้ทางกระทรวงได้ทราบ

พลตำรวจเอกโกวิท วัฒนะ รองนายกรัฐมนตรี ประธานการประชุม กล่าวว่า ขอขอบคุณกรรมการทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูลรายละเอียด เมื่อกฎกระทรวงมีการบังคับใช้แล้ว พอถึงการนำมาสู่การปฏิบัติแล้วเริ่มมีปัญหา ซึ่งบางปัญหาเกิดจากความไม่รู้หรือไม่เข้าใจเจตนารมณ์ของกฎกระทรวงที่แท้จริง จึงควรมีการดำเนินการให้เกิดความเข้าใจกันต่อไป

มติการประชุม รับทราบการดำเนินงานตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องเพื่อพิจารณา

๕.๑ แผนหลักสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รองรับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ (ฉบับที่ ๒) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙)

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขาธิการ คสช. รายงานว่า สืบเนื่องจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.) ได้จัดทำแผน ๔ ปี รองรับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๔) เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานของ สช. ในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม รวมทั้งติดตามประเมินผลระบบสุขภาพแห่งชาติ และผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ และยกระดับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในกระบวนการนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ โดยได้เสนอต่อคณะรัฐมนตรี ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบหลักการแผน ๔ ปีฯ พร้อมวงเงินงบประมาณดำเนินการจำนวน ๘๙๓.๙๐ ล้านบาท เมื่อวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๕๐ และมอบหมายให้สำนักงบประมาณพิจารณาสนับสนุนงบประมาณรายจ่ายประจำปี เป็นเงินอุดหนุนทั่วไป ซึ่ง สช. ได้รับการจัดสรรงบประมาณทั้งสิ้น ๕๖๓.๐ ล้านบาท จำแนกรายปีงบประมาณ ดังนี้

- ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๑ ได้รับการจัดสรรงบประมาณผ่านกระทรวงสาธารณสุข เป็นเงิน ๑๔๐ ล้านบาท
- ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้รับการจัดสรรงบประมาณผ่านกระทรวงสาธารณสุข เป็นเงิน ๑๔๓ ล้านบาท
- ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๓ ได้รับการจัดสรรงบประมาณผ่านสำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี เป็นเงิน ๑๓๐ ล้านบาท
- ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๔ ได้รับการจัดสรรงบประมาณผ่านสำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี เป็นเงิน ๑๕๐ ล้านบาท

บัดนี้ ได้สิ้นสุดการดำเนินงานตามแผน ๔ ปี รองรับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๔) แล้ว สช. จึงได้จัดทำ “แผนหลักสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รองรับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ (ฉบับที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙)” เพื่อใช้เป็นเครื่องมือรองรับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ อย่างต่อเนื่องเสร็จสิ้นแล้ว ในการจัดทำแผนหลักฯ ฉบับนี้ ได้ทบทวนแนวคิดและแนวโน้มของระบบสุขภาพ ผลการดำเนินงานรวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่ผ่านมา เพื่อนำมาวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็ง โอกาสและภาวะคุกคาม รวมทั้งกำหนดทิศทางสำหรับอนาคต โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคีทุกภาคส่วน มีการจัดประชุมรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากภาคีเครือข่ายเพื่อร่วมกำหนดแนวทางในการดำเนินงานของ สช. ในอนาคต อีกทั้งมีการจัดประชุมวิพากษ์แผนฯ เพื่อปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยมี รศ.ดร.อนุชาติ พวงสำลี นายกิตติศักดิ์ สินธุวนิช และ นายพิชัย ศรีใส กรรมการบริหารเป็นแกนหลักในการจัดทำ และคณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(คป.) ได้มีมติเห็นชอบแผนหลักสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รองรับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ (ฉบับที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙) ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๕๔ เมื่อวันที่ ๒๘ มกราคม ๒๕๕๔

ในแผนหลักสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รองรับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ (ฉบับที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙) ประกอบด้วย

๑. วิสัยทัศน์ขององค์กร

“เป็นองค์กรหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ เพื่อพัฒนาประเทศสู่สังคมสุขภาพภาวะ”

๒. พันธกิจขององค์กร

๒.๑ การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy : PHPP) โดยการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการใช้กระบวนการ พัฒนานโยบายสาธารณะที่เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมกันพัฒนา โดยถกแถลง (deliberative) แลกเปลี่ยน ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ต่าง ๆ และความคิดเห็นเพื่อร่วมกันกำหนดทิศทางแนวทางของนโยบายสาธารณะและข้อเสนอเชิงนโยบายต่าง ๆ ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตามและขับเคลื่อน ดำเนินการให้เกิดการตรวจสอบ ทบทวนนโยบายสาธารณะเพื่อปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

๒.๒ การพัฒนาเครื่องมือในการดำเนินการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ไม่ว่าจะเป็นการทบทวนปรับปรุงธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ การพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพ การพัฒนาระบบกลไกและเครื่องมือ เอชไอเอ การพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะในรูปแบบอื่น ๆ รวมไปถึงการส่งเสริมการใช้สิทธิและการทำหน้าที่ด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม

๒.๓ การสนับสนุนการเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อเป็นแกนหรือกลไกสำคัญในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ที่มีคุณภาพมากขึ้นตามลำดับ

๒.๔ การเสริมสร้างความเข้าใจให้สังคมรับรู้และเข้าใจกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม(Participatory Democracy) และเข้าร่วมกระบวนการดังกล่าวเพิ่มขึ้นตามลำดับ

๓. ยุทธศาสตร์สำคัญ ๔ ประการ ได้แก่

(๑) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์การสานพลังความร่วมมือทางสังคม

ด้วยแนวคิดหลักของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ คือการสร้างให้เกิดระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (participatory health systems) ที่สอดคล้องกับแนวคิดระบอบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ซึ่งต้องถักทอกับระบอบประชาธิปไตยแบบตัวแทน ดังนั้น การดำเนินงานเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างได้ผล ต้องอาศัยการสร้างความร่วมมือทางสังคมเป็นหัวใจสำคัญ เพื่อให้ทุกภาคส่วนในสังคมที่มีความแตกต่างหลากหลาย ทั้งระดับชาติ ระดับพื้นที่ ระดับชุมชนท้องถิ่น ระดับครอบครัวและปัจเจก ทั้งที่อยู่ในโครงสร้างแนวดิ่งและโครงสร้างแนวนอน ภาครัฐและมิใช่ภาครัฐ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพมากบ้างน้อยบ้าง ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการถักทอ ผสานพลังกันขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะไปสู่สังคมสุขภาวะ

(๒) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์การสร้างความรู้จากการปฏิบัติ

เพื่อทำให้เกิดระบบสุขภาพที่วางอยู่บนฐานความรู้ (knowledge-based health systems) และสร้างให้การจัดการความรู้เป็นวัฒนธรรมขององค์กรและภาคีเครือข่ายที่ผสมผสานอยู่ในวิถีการทำงานทุกระดับ รวมถึงเป็นตัวเชื่อมประสานงานของแต่ละองค์กรให้มุ่งไปสู่เป้าหมายเดียวกัน จึงต้องมุ่งไปที่การส่งเสริมสนับสนุน เอื้ออำนวย และเชื่อมประสานเครือข่ายวิชาการและเครือข่ายอื่นๆ เพื่อร่วมกันสร้างและจัดการความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานให้ได้อย่างมีคุณภาพและเพียงพอ

(๓) ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ยุทธศาสตร์การสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมแบบบูรณาการ

การสื่อสารทางสังคมเป็นเครื่องมือสำคัญเพื่อสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก การมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสร้างสรรค์ และสร้างความภาคภูมิใจร่วมกันขององค์กร ภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่ร่วมดำเนินงานพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยใช้แนวทางการกำหนดวาระ (Agenda setting) ให้สอดคล้องกับกระแสสังคม การสร้างเครือข่ายสื่อสารทางสังคมทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ครอบคลุมทั้งสื่อกระแสหลัก สื่อภาคประชาชน สื่อพื้นบ้าน และสื่อทางเลือกอื่นๆ รวมไปถึงเครือข่ายองค์กรวิชาชีพด้านสื่อมวลชน ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพในการทำงาน การสื่อสารทางสังคมของภาคีเครือข่ายต่างๆ และการเปิดพื้นที่ สาธารณะเพื่อให้เกิดการสื่อสารแบบหลากหลายช่องทางที่เสริมพลังให้เกิดระบบสุขภาพที่ดี (deliberative communication for health)

(๔) ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : การบริหารจัดการ

การบริหารจัดการที่ดี สามารถทำสิ่งที่เป็นไปไม่ได้ให้เป็นไปได้ (Management is making the impossible possible) และสามารถทำสิ่งที่ยากให้สำเร็จได้ งานของ สช. เป็น

งานที่ทำทลายและต้องการพลังความร่วมมืออย่างสูงจากทุกภาคส่วน ดังนั้น การบริหารจัดการจึงเป็นอีกยุทธศาสตร์หนึ่งที่ต้องนำมาใช้

๔. แผนงานรองรับการดำเนินงาน ๙ แผนงาน ได้แก่

(๑) แผนงานธรรมนูญสุขภาพ

▪ วัตถุประสงค์

- ให้มีการนำสาระสำคัญตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศอย่างเป็นรูปธรรม
- ให้มีการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผ่านเครื่องมือต่างๆ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ อย่างสอดคล้องกับสถานการณ์ของระบบสุขภาพ

(๒) แผนงานสมัชชาสุขภาพ

▪ วัตถุประสงค์

- เพื่อการพัฒนาสมัชชาสุขภาพให้ได้รับการยอมรับและมีการนำไปใช้เป็นเครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในทุกระดับอย่างกว้างขวาง
- เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานองค์กร ภาคีเครือข่าย และชุมชนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม
- เพื่อสนับสนุนการนำสมัชชาสุขภาพไปใช้เป็นเครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อการปฏิรูปประเทศไทย

(๓) แผนงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

▪ วัตถุประสงค์

- เพื่อพัฒนาระบบและกลไกการทำ เอชไอเอ ให้เป็นปทัสถาน(norm) ของสังคมไทย สำหรับการเป็นเครื่องมือหนึ่งในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม
- เพื่อพัฒนาหลักเกณฑ์และวิธีการทำ เอชไอเอ ที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย และสามารถปฏิบัติได้จริงอย่าง
- เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการทำ เอชไอเอชุมชน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะของท้องถิ่น
- เพื่อให้มีการพัฒนาวิชาการและกำลังคนที่ทำงานเกี่ยวกับ เอชไอเอ

(๔) แผนงานการส่งเสริมสิทธิและสร้างสังคมสุขภาวะ

▪ วัตถุประสงค์

- เพื่อสร้างการรับรู้ ความเข้าใจเรื่องสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และมีการปฏิบัติหน้าที่ด้านสุขภาพควบคู่กันไป
- เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการส่งเสริมการใช้สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ และพัฒนาระบบการดูแลรักษาแบบประคับประคอง
- เพื่อขับเคลื่อนกระบวนการสร้างสังคมที่เน้นการมีหัวใจของความเป็นมนุษย์
- เพื่อพัฒนา “ธนาคารเรื่องราวดีดีแห่งชาติ” ให้เป็นฐานข้อมูลสาธารณะ

- (๕) แผนงานการบริหารจัดการเครือข่าย
- วัตถุประสงค์
 - เพื่อให้มีการบริหารความสัมพันธ์เครือข่ายที่ดี จนพัฒนาเป็นความร่วมมือกันในการทำงานอย่างมีพลัง กว้างขวาง และต่อเนื่อง
 - เพื่อให้ สช. มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่มีคุณภาพและสามารถใช้สนับสนุนการดำเนินงานของสำนักงานและภาคีเครือข่าย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับแผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของประเทศไทย
- (๖) แผนงานการจัดการความรู้และพัฒนาศักยภาพ
- วัตถุประสงค์
 - เพื่อให้มีการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพและการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม
 - เพื่อให้มีการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายที่ทำงานเกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ไปพร้อม ๆ กับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรของ สช.
- (๗) แผนงานการสื่อสารทางสังคม
- วัตถุประสงค์
 - เพื่อให้องค์กร ภาคีเครือข่ายหลัก รู้จัก เข้าใจ และมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และการดำเนินการอื่น ๆ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐
 - เพื่อพัฒนาศักยภาพองค์กร ภาคีเครือข่าย เกี่ยวกับการทำงานสื่อสารทางสังคม ผลักดันประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพสู่การปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนและสังคม
 - เพื่อให้ประชาชนทั่วไปได้รับรู้ เข้าใจ และใช้สิทธิด้านสุขภาพตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และมีการทำหน้าที่ด้านสุขภาพที่เหมาะสมไปพร้อม ๆ กันด้วย
- (๘) แผนงานความร่วมมือระหว่างประเทศ
- วัตถุประสงค์
 - ส่งเสริมให้ประชาคมอาเซียน และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ขององค์การอนามัยโลก ได้เห็นคุณค่า และนำกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละประเทศ และภูมิภาคในภาพรวม(เราช่วยเพื่อน)
 - พัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายระหว่างประเทศ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของบุคลากร สช. และภาคีเครือข่าย นโยบายและแนวปฏิบัติระหว่างประเทศ (โลกช่วยเรา เรากับเพื่อนช่วยโลก)

(๙) แผนงานบริหารจัดการ

▪ วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ สช. มีการบริหารจัดการที่ดี สามารถสนับสนุนให้กระบวนการหลักมีผลสำเร็จตามเป้าหมาย
- เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(คสช.) และคณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(คบ.) ให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

๕. วงเงินงบประมาณการดำเนินงานภายใต้แผนงาน/โครงการ

โดยประมาณการวงเงินงบประมาณที่ขอรับการสนับสนุนสำหรับใช้ในการดำเนินงานตามแผนหลักฯ ฉบับที่ ๒ เป็นเงินทั้งสิ้น ๑,๔๖๓.๐๐ ล้านบาท จำแนกเป็นรายปี ดังนี้

- ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๕ เป็นเงิน ๒๖๕.๐ ล้านบาท
- ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ เป็นเงิน ๒๘๒.๐ ล้านบาท
- ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗ เป็นเงิน ๒๙๕.๐ ล้านบาท
- ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ เป็นเงิน ๓๐๒.๐ ล้านบาท
- ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ เป็นเงิน ๓๑๙.๐ ล้านบาท

ดังเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๕.๑ จึงเรียนมาเพื่อคณะกรรมการ

๑. รับทราบแผนหลักสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รองรับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ (ฉบับที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙) ที่คณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ให้ความเห็นชอบแล้ว
๒. พิจารณาเห็นชอบให้เสนอแผนหลักสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รองรับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ (ฉบับที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙) ต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อรับทราบและให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานตามแผนดังกล่าว ต่อ สช. ต่อไป

ที่ประชุมมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ โดยสรุปดังนี้

นางอรพินท์ วงศ์ชุมพิศ ผู้แทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม มีความเห็นว่า แผนงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญ ด้วยมีผลกระทบต่อเรื่องการดำเนินโครงการที่มีผลกระทบที่รุนแรงซึ่งได้มีประกาศไปแล้ว ๑๑ โครงการ ขณะนี้ก็ได้เริ่มมีโครงการเข้ามาพิจารณาการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมในระดับที่มีความรุนแรงแล้วอย่างน้อย ๑ โครงการ จึงขอเสนอให้มีการผลักดันการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพให้เป็นที่ยอมรับและสามารถดำเนินการไปได้อย่างรวดเร็ว ด้วยความเป็นห่วงว่า หากการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพไม่สามารถเป็นได้อย่างมีระเบียบขั้นตอนที่ถูกต้อง จะมีปัญหากระทบไปถึงกระบวนการพิจารณาผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมของโครงการใหญ่ๆ ได้ คาดว่าในแผนหลักฯจะมีการดำเนินการอยู่แล้ว แต่ขอเสนอให้มีการผลักดันให้เร็วขึ้น

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขานุการ คสช. ชี้แจงเพิ่มเติมว่า แผนงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพได้มีคณะกรรมการฯที่เป็นกลไกสำคัญรับผิดชอบในการดำเนินงาน ทั้งการพัฒนาแผนผลักดันการทำงานและสนับสนุนการดำเนินงานตามหลักเกณฑ์การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ โดย คสช. เป็นผู้แต่งตั้ง

มติการประชุม

รับทราบแผนหลักสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รองรับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ (ฉบับที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙) และเห็นชอบให้เสนอแผนหลักดังกล่าว ต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อรับทราบและให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานตามแผนต่อไป

ระเบียบวาระที่ ๖ เรื่องอื่น ๆ

๖.๑ โครงการสัมมนาคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๕

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขาธิการ คสช. รายงานว่า ตามมาตรา ๒๑ วรรคหนึ่งแห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(คสช.) ในมาตรา ๑๓ (๖) (๗) (๘) (๙) และ (๑๐) มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ ๔ ปี ซึ่ง คสช. ในชุดที่ ๑ ได้ดำรงตำแหน่งมาตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๐ และมีกำหนดครบวาระการดำรงตำแหน่งในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๔ และมาตรา ๒๑ วรรคสาม กำหนดว่า เมื่อกรรมการจะพ้นจากตำแหน่งตามวาระ ให้ดำเนินการเลือกเพื่อแต่งตั้งกรรมการประเภทเดียวกันแทนก่อนวันครบวาระไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน คณะกรรมการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติที่มี นายสุรินทร์ กิจนิตยชีวี กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นประธาน ได้ดำเนินการสรรหา คสช. ตามมาตรา ๑๓(๖) (๙) และ (๑๐) ชุดที่ ๒ ตามหน้าที่และอำนาจในมาตรา ๒๐ เสร็จสิ้นภายในกำหนดเวลาแล้ว และองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่มีกฎหมายจัดตั้ง รวมทั้งคณะกรรมการวิชาชีพที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ ได้เสนอชื่อผู้แทนเข้าร่วมเป็นกรรมการสุขภาพแห่งชาติตามมาตรา ๑๓(๗) และ (๘) ตามลำดับแล้ว โดย คสช. ในชุดที่ ๒ มีวาระการดำรงตำแหน่งตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๔ ถึงวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ เพื่อให้เกิดการสานต่อซึ่งเจตนารมณ์ในการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และสร้างสัมพันธภาพในการดำเนินงานร่วมกันระหว่าง คสช. ชุดที่ ๑ และ ชุดที่ ๒ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.) ในฐานะฝ่ายเลขานุการ คสช. จึงเห็นควรให้มีการจัดทำโครงการสัมมนาคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๕ ขึ้นใน วันศุกร์ที่ ๒๘ เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ เวลา ๑๓.๐๐-๒๐.๓๐ น. ณ ห้องประชุมสานใจ ๑ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ดังรายละเอียดในเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๖.๑ จึงเรียนมาเพื่อคณะกรรมการได้โปรดพิจารณา

มติที่ประชุม

รับทราบโครงการสัมมนาคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๕

๖.๓ ข้อเสนอการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบทโดยการขยายโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขาธิการ คสช. รายงานว่า สถานการณ์การขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ เป็นความขาดแคลนทั้งด้านปริมาณ คุณภาพ และการกระจายตัว โดยเฉพาะวิชาชีพแพทย์ แม้กระทรวงสาธารณสุขได้นำมาตรการต่าง ๆ มาใช้ในการแก้ปัญหา ทั้งเพิ่มกำลังการผลิต ปฏิรูประบบแพทยศาสตรศึกษา รวมถึงการทำสัญญาขอใช้ทุน การสร้างแรงจูงใจและการเพิ่มค่าตอบแทน ตลอดจนการสร้างคุณค่าแก่แพทย์ที่ปฏิบัติงานในชนบท แต่ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบทก็ยังคงอยู่ โดยสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับกรุงเทพฯ มีความแตกต่างกันถึง ๔.๗ เท่า อีกทั้งยังคงมีปัญหาการธำรงรักษาแพทย์ไว้ในชนบท อย่าง

ต่อเนื่องในปี ๒๕๕๓ ข้อมูลจากการวิจัยของสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ(สวค.) พบว่า โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กและกลางจำนวน ๗๙๐ แห่ง มีแพทย์ปฏิบัติงานเพียง ๔,๗๘๗ คน จากจำนวนแพทย์ทั่วประเทศ ๔๐,๙๙๔ คน หรือมีแพทย์เพียงร้อยละ ๑๒ ที่ปฏิบัติงานในชนบทรองรับประชากรกว่าครึ่งหนึ่งของประเทศ นอกจากนี้ ยังมีปัญหาซ้ำเติมจากการออกจากชนบทก่อนสิ้นสุดสัญญาของแพทย์ใช้ทุนด้วย

เมื่อวิเคราะห์ความต้องการแพทย์เพิ่มของระบบบริการสุขภาพใน ๑๐ ปีข้างหน้า (ณ ปี ๒๕๖๓) โดยใช้สัดส่วนประชากรต่อแพทย์ (๑ : ๑,๕๐๐) ระบบบริการสุขภาพมีความต้องการแพทย์ประมาณ ๕๐,๐๗๒ คน เทียบกับจำนวนแพทย์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน พบว่า ยังขาดแคลนจำนวน ๒๓,๙๑๐ คน ซึ่งจากศักยภาพในการผลิตแพทย์ของสถาบันการศึกษาทั่วประเทศ ผลิตได้ประมาณปีละ ๒,๐๐๐-๒,๕๐๐ คน ในช่วงปี ๒๕๕๔-๒๕๖๓ จะสามารถผลิตแพทย์ได้ประมาณ ๒๓,๐๐๐ คน ซึ่งแม้ตัวเลขจะใกล้เคียงความต้องการแต่ปัญหาการกระจายและการดำรงแพทย์ยังคงมีอยู่และต้องได้รับการจัดการอย่างเร่งด่วน

ในปี ๒๕๓๗ คณะรัฐมนตรีได้เริ่มอนุมัติโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctors, CPIRD) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์ การกระจายแพทย์ในชนบท และกระจายโอกาสทางการศึกษาสาขาวิชาแพทยศาสตร์ไปสู่ประชาชนในส่วนภูมิภาคมากขึ้น ภายใต้ความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับคณะแพทยศาสตร์ต่าง ๆ บริหารหลักสูตรภายใต้งบประมาณอุดหนุนจากรัฐ ในอัตรา ๓๐๐,๐๐๐ บาทต่อคนต่อปี โดยกำหนดให้คัดเลือกนักศึกษาที่มีภูมิลำเนาจากชนบท เรียนและฝึกประสบการณ์ในสถาบันภูมิภาค ให้ปฏิบัติงานชดใช้ทุนที่ภูมิลำเนาเดิมของตน แพทย์ผู้จบการศึกษาจากโครงการมีพันธสัญญาชดใช้ทุนที่ภูมิลำเนาเป็นระยะเวลา ๓ ปี และค่าปรับหากผิดสัญญาชดใช้ทุน จำนวน ๔๐๐,๐๐๐ บาท เช่นเดียวกับแพทย์ที่ศึกษาในระบบปกติ

การดำเนินโครงการได้มีการขยายเวลาโครงการ และการขยายโครงการเพิ่มเติมโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี ดังนี้

๑. โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท พ.ศ.๒๕๓๘-๒๕๔๙ ได้ขยายโครงการไปถึงปี ๒๕๕๑ มีเป้าหมายการผลิต ๓,๐๐๐๐ คน
๒. โครงการเร่งรัดการผลิตแพทย์ของโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๕๖ มีเป้าหมาย ๓,๘๐๗ คน
๓. โครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน จำนวน ๓๘๙ คนต่อปี ตั้งแต่ปี ๒๕๔๘-๒๕๕๖ รวมทั้งสิ้น ๓,๒๓๒ คน โดยกำหนดเงื่อนไขในการทำสัญญาปฏิบัติงานชดใช้ทุนเป็นระยะเวลา ๑๒ ปี หรือคิดเงินค่าปรับกรณีผิดสัญญาชดใช้เป็นเงิน ๒,๐๐๐,๐๐๐ บาท
๔. ผลิตแพทย์ตามแผนการลงทุนเสริมสร้างโครงสร้างสาธารณสุขแห่งชาติ (โครงการลงทุนขนาดใหญ่ของภาครัฐด้านสาธารณสุข) รับนักศึกษาแพทย์ในช่วง ๔ ปี(๒๕๔๙-๒๕๕๒) มีเป้าหมาย ๒,๗๘๙ คน
๕. โครงการผลิตและพัฒนาศักยภาพแพทย์และบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ภายใต้แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง ๒๕๕๕ มีเป้าหมาย ๑,๖๒๐ คน

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท(CPIRD)และแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาในระบบปกติ จากการประเมินผลโดย ลลิตยา กองคำและคณะ(๒๕๕๔) พบว่าแพทย์ในระบบปกติมีโอกาสการลาออกจากราชการ สูงเป็น ๑.๗ เท่าของแพทย์โครงการ CPIRD ขณะที่แพทย์โครงการ CPIRD มีระยะเวลาการชดใช้ทุนครบ ๓ ปีสูงกว่าแพทย์ในระบบปกติ(ร้อยละ ๘๑ : ๖๗) โดย

มีสัดส่วนการคงอยู่ในชนบทหลังชดใช้ทุนสูงกว่าแพทย์ในระบบปกติ ในระยะเวลาการศึกษา ๑๐ ปี (๒๕๔๔-๒๕๕๔) พบว่า แพทย์โครงการ CPIRD ยังคงอยู่ในชนบทประมาณถึงร้อยละ ๒๕ ขณะที่แพทย์ในระบบปกติ คงอยู่ในชนบท ประมาณร้อยละ ๑๐ แม้จะพบว่าแนวโน้มค่าเฉลี่ยระยะเวลาการคงอยู่ในชนบทของแพทย์ ลดลงทั้งสองประเภท โดยการคงอยู่ในชนบทของแพทย์โครงการ CPIRD ลดลงจาก ๑๐ ปี (รุ่นที่สำเร็จ การศึกษา ๒๕๔๔) เป็น ๕ ปี (รุ่นที่สำเร็จการศึกษา ๒๕๕๐) ขณะที่ค่าเฉลี่ยการคงอยู่ของแพทย์ในระบบปกติ ลดลงจาก ๖.๕ ปี เป็น ๓ ปีในช่วงระยะเวลาเดียวกัน ซึ่งอาจเนื่องมาจากหลายสาเหตุ ที่สำคัญคือ พันธสัญญา ชดใช้ทุนของแพทย์ในโครงการ CPRID เหมือนกับแพทย์ในระบบปกติ คือ ชดใช้ทุนที่ภูมิลำเนาเป็นระยะเวลา ๓ ปี และมีค่าปรับกรณีผิดสัญญาชดใช้ทุนจำนวน ๔๐๐,๐๐๐ บาท ซึ่งไม่ใช่เงินจำนวนมากนัก หากเทียบกับ กระแสพัฒนาการทางการแพทย์ของประเทศ ที่มุ่งเน้นการเป็นแพทย์เฉพาะทางและการได้อยู่ในสังคมเมือง ที่แสวงหาความก้าวหน้าได้มากกว่า อาจเป็นปัจจัยสำคัญในการดึงดูดแพทย์ออกจากชนบทด้วย

ดังนั้น โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท(CPIRD) จึงเป็นโครงการที่มีส่วนช่วยในการสนับสนุน มาตรการธำรงรักษาบุคลากรทางการแพทย์ไว้ในชนบทที่ขาดแคลนที่ควรดำเนินงานต่อไป ซึ่งขณะนี้โครงการ ในภาพรวมกำลังจะหมดลงในช่วงปี ๒๕๕๕-๒๕๕๖แล้ว แต่ขณะเดียวกัน ก็ต้องหามาตรการให้มีการคงอยู่ใน ชนบทของแพทย์หลังจบการศึกษาเพิ่มขึ้นด้วย

ที่ประชุมคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติจึงได้มีมติในการประชุมคณะกรรมการฯ ครั้งที่ ๒/๒๕๕๕ เมื่อวันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๕๕ เห็นชอบให้เสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณา การดำเนินการของ โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท ดังนี้

๑. พิจารณาขยายโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท ต่ออีกเป็นระยะเวลา ๕ ปี (๒๕๕๗-๒๕๖๑) โดยมีเป้าหมายให้ขยายสัดส่วนจำนวนนักศึกษาแพทย์ของโครงการฯ เป็นร้อยละ ๕๐ ของนักศึกษา แพทย์ทั้งหมด (ในเวลา ๕ ปี) เพื่อเป็นการกระจายแพทย์สู่ชนบทและกระจายโอกาสทาง การศึกษาแก่นักเรียนที่มีภูมิลำเนาในชนบท ซึ่งเป็นกลยุทธ์สำคัญที่สามารถแก้ปัญหาเรื้อรังของ การขาดแคลนแพทย์ในชนบทได้
๒. พิจารณากำหนดเงื่อนไขในการทำสัญญาปฏิบัติงานชดใช้ทุน สำหรับผู้สำเร็จการศึกษาของ โครงการฯ เพิ่มจากระยะเวลา ๓ ปีเป็น ๖ ปี ซึ่งเท่ากับระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาหรือหากกรณี ผิดสัญญาการปฏิบัติงานชดใช้ทุน ให้กำหนดอัตราค่าปรับเพิ่มจากอัตรา ๔๐๐,๐๐๐ บาทเป็น ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท โดยจำนวนเงินค่าปรับที่เพิ่มขึ้นจากเดิม ในอัตรา ๖๐๐,๐๐ บาท ให้กลับคืน ไปยังหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นต้นสังกัดของแพทย์ที่ผิดสัญญา เพื่อใช้ในการ แก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ของหน่วยบริการนั้น
๓. พิจารณาให้มีการปรับปรุงสัญญาการปฏิบัติงานชดใช้ทุนภายหลังจากสำเร็จการศึกษา ให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในพื้นที่ใกล้เคียงกันได้
๔. พิจารณาทบทวนการสนับสนุนงบประมาณ ในการผลิตแพทย์ของโครงการฯ โดยเสนอให้สนับสนุน งบประมาณไปยังจังหวัดที่เป็นเจ้าของทุน เพื่อเป็นการสร้างความผูกพันและการรับรู้เกี่ยวกับการ ให้ทุนการศึกษาระหว่างแพทย์ผู้รับทุนกับพื้นที่ แทนการจัดสรรงบประมาณไปยังสถาบันการผลิต โดยตรง

ทั้งนี้ เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินโครงการผลิตแพทย์เพื่อ ชาวชนบทมาอย่างต่อเนื่อง คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติจึงมอบหมายให้ฝ่ายเลขานุการ

คณะกรรมการฯ ประสานการทำงานกับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณาเสนอข้อเสนอเชิงนโยบาย ข้างต้นต่อคณะรัฐมนตรีต่อไป

ทั้งนี้ เมื่อวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๕๔ ประธานคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ได้ลงนาม เสนอข้อเสนอการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบท โดยการขยายโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท ตามมติคณะกรรมการฯ ข้างต้น ไปถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข(นายวิทยา บุรณศิริ) เพื่อพิจารณา เสนอข้อเสนอดังกล่าวต่อคณะรัฐมนตรีแล้ว ดังเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๖.๓

จึงเรียนมาเพื่อคณะกรรมการได้โปรดทราบ

ที่ประชุมมีความเห็นและข้อเสนอแนะ สรุปโดยสังเขปได้ดังนี้

๑. ควรเน้นการสร้างจิตสำนึกของนักศึกษาแพทย์ที่จะเข้าร่วมโครงการควบคู่ไปด้วย ให้ได้ตระหนักว่า การเข้า มาร่วมเป็นนักศึกษาแพทย์ในโครงการนี้ เป็นการตัดสินใจเลือกรับโอกาสทางการศึกษาที่รัฐบาลจัดให้ เพิ่มเติม โดยการคัดเลือกด้วยระบบพิเศษที่ง่ายกว่านักเรียนแพทย์ตามระบบปกติ เพื่ออนาคตมีหน้าที่ ต้องกลับไปปฏิบัติงานดูแลคนในท้องถิ่นในชนบทโดยได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ มีเงินเดือน ค่าตอบแทน สวัสดิการและการสนับสนุนอื่นๆ ส่วนระยะเวลาการชดใช้ทุนและค่าปรับกรณีผิดสัญญา เป็น เงื่อนไขประกอบการตัดสินใจที่ต้องรับรู้แต่ต้นแล้ว
๒. การคัดเลือกนักเรียนจากชนบทโดยตรงมาเรียนซึ่งมักเป็นนักเรียนเรียนดีของพื้นที่ควรมีจำนวนมาก พอที่จะให้มีเพื่อนร่วมเรียนที่มีความสามารถทางการศึกษาใกล้เคียงกัน เพราะหากรับจำนวนน้อยเมื่อต้อง มาอยู่ในกลุ่มใหญ่ที่เป็นนักเรียนเรียนดีจากระบบคัดเลือกปกติ ก็จะทำให้เรียนได้ยากลำบาก การเพิ่ม โควตาเป็นร้อยละ ๕๐ ของนักศึกษาแพทย์ใน ๕ ปีจึงเป็นข้อเสนอที่ดี และอาจพิจารณาเพิ่มสัดส่วนขึ้นอีก ได้ ทั้งนี้ การเลือกคนเข้าสู่โครงการควรให้ความสำคัญกับมิติด้านจิตใจและความประพฤติด้วย ไม่ควร คัดเลือกจากผลการเรียนเท่านั้น
๓. ค่าปรับที่เสนอเพิ่มเป็นหนึ่งล้านบาทนั้น อาจไม่สอดคล้องกับข้อมูลการลงทุนของรัฐในโครงการ ที่มีข้อมูล ว่าสนับสนุนปีละ ๓๐๐,๐๐๐ บาท/คน ยังไม่รวมงบลงทุนหรืออื่นๆ ดังนั้น ค่าปรับอย่างน้อยควรเป็น ๑,๘๐๐,๐๐ บาท ข้อเสนอที่ให้ขยายจำนวนการผลิตเพิ่มขึ้น แต่ค่าปรับที่เพิ่มไม่เกินไปตามการลงทุน ก็อาจทำให้เกิดปรากฏการณ์มีจำนวนแพทย์ในโครงการมาก แต่ยอมจ่ายค่าปรับตั้งแต่ยังไม่ครบเวลาชดใช้ ทุนมากขึ้นเช่นกัน เพราะค่าปรับอาจต่ำเกินไป
๔. แรงจูงใจที่อาจทำให้นักเรียนในชนบทเข้าร่วมโครงการประการหนึ่งคือลดภาระเรื่องการหาผู้ค้ำประกันการ ใช้ทุน ควรให้นักศึกษาสามารถค้ำประกันตนเองได้ ส่วนการดำรงรักษาให้แพทย์อยู่ในชนบทเป็นเรื่อง สำคัญ ที่ต้องมีแรงจูงใจที่ชัดเจนและต่อเนื่องไม่เปลี่ยนไปมา เพราะจะทำให้แพทย์ไม่รู้สึกมั่นคงที่จะอยู่ใน ชนบทต่อเนื่อง รวมถึงการไปศึกษาต่อ หรืออบรมเพิ่มทักษะของแพทย์ในโครงการฯ ในระหว่างระยะเวลา สัญญาชดใช้ทุน ก็ควรชัดเจนว่าไปศึกษาต่อได้หรือไม่ อย่างไร
๕. ควรเชื่อมเรื่องการผลิตแพทย์ชนบทนี้เข้ากับแนวคิดการปฏิรูปสังคม ที่มุ่งให้คนกินดีอยู่ดีและพึ่งพา ตนเองได้มากขึ้น และเชื่อมโยงให้เกิดการปฏิรูปการศึกษา โดยเฉพาะหลักสูตรการผลิตแพทย์ที่ควร เปลี่ยนจากเน้นความสามารถในการรักษาเพียงอย่างเดียว เป็นแพทย์ที่เห็นความสำคัญและทำงาน สนับสนุนระบบสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น การส่งเสริม ป้องกัน เพื่อมุ่งให้คน ครอบครัว ชุมชนพึ่งพาตนเอง ด้านสุขภาพได้ และมุ่งสร้างสำนึกให้กลับไปปรับใช้ท้องถิ่นภูมิสำเนา

๖. ควรศึกษาภาวะการกระจุกตัวของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ที่โรงพยาบาลทั่วไป(รพท.)หรือโรงพยาบาลศูนย์(รพศ.)ด้วย เพราะอาจเป็นภาพลวงตาว่ามีแพทย์ในจังหวัดมากแล้ว แต่แท้ที่จริงแพทย์ไม่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน แต่เรียนต่อจบก็ย้ายเข้ามาอยู่ในเมือง ในรพศ/รพท. กันเป็นส่วนใหญ่
๗. การขยายโครงการดังกล่าว ควรเปิดโควตาให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมที่จะเลือกและสนับสนุนคนในท้องถิ่นเข้ามาเรียน เพื่อให้มีความผูกพันกับท้องถิ่น และท้องถิ่นช่วยเหลือเมื่อจบการศึกษา
๘. ควรพิจารณาเพิ่มโอกาสการศึกษาแพทย์กับผู้ที่จบปริญญาตรีในสาขาอื่น เพราะแพทย์เป็นวิชาชีพที่ต้องการคนที่มีวุฒิภาวะสูง การรับตรงเฉพาะจากนักเรียนมัธยมปลาย เมื่อจบการศึกษาอาจได้แพทย์มียังไม่มีการประเมินผลและวุฒิภาวะเพียงพอ

มติการประชุม รับทราบข้อเสนอการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบท โดยการขยายโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทและมอบกระทรวงสาธารณสุขนำเสนอข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการฯไปพิจารณาด้วย รวมถึงให้แจ้งคณะกรรมการกำลังคนได้รับทราบข้อสังเกตและข้อเสนอของคณะกรรมการด้วย

๖.๔ การเสนอยืนยันร่างกฎหมายที่ค้างอยู่ในรัฐสภา

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขาธิการ คสช. รายงานว่า สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ มาตรา ๑๕๓ วรรคสอง กำหนดไว้ว่า ภายหลังจากการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรอันเป็นการเลือกตั้งทั่วไป รัฐสภา สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร หรือวุฒิสภา แล้วแต่กรณี จะพิจารณาร่างพระราชบัญญัติที่รัฐสภายังมิได้ให้ความเห็นชอบต่อไปได้ ถ้าคณะรัฐมนตรีที่ตั้งขึ้นใหม่ภายหลังการเลือกตั้งทั่วไปร้องขอภายในหกสิบวันนับแต่วันเรียกประชุมรัฐสภาครั้งแรก

ฝ่ายเลขานุการจึงได้ตรวจสอบร่างกฎหมายที่อยู่ระหว่างการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภา ซึ่งสอดคล้องกับมติของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ขณะนี้มีจำนวน ๒ ฉบับ ได้แก่

๑. ร่างพระราชบัญญัติองค์การอิสระคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. ซึ่งเป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ มาตรา ๖๑ วรรคสอง และ มาตรการข้อ ๗๑ หมวด ๘ ว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒

ปัจจุบันร่างกฎหมายนี้ ได้ผ่านการรับรองของสภาผู้แทนราษฎรแล้ว และรอการพิจารณาในวุฒิสภาต่อไป

๒. ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ซึ่งเป็นไปตามข้อเสนอนโยบายเพื่อการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ที่จัดทำโดยคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ และข้อเสนอนี้ ได้รับฉันทามติเห็นชอบจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ โดย คสช. ได้ให้ความเห็นชอบ และให้เสนอข้อเสนอนโยบายดังกล่าวต่อคณะรัฐมนตรี ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบในการประชุมเมื่อวันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๕๒

หลักการสำคัญของร่างกฎหมายนี้ คือ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจะเป็นเครื่องมือช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการรับบริการสาธารณสุขที่อาจเกิดขึ้นได้ไม่ว่าจากสาเหตุใด ๆ และยังคงจะช่วยปกป้องคุ้มครองแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องได้เป็นอย่างดีด้วย

ปัจจุบันร่างกฎหมายนี้ อยู่ระหว่างรอเสนอเข้าสู่ระเบียบวาระของสภาผู้แทนราษฎร

ในการนี้ สช. จึงได้นำเรียนประธานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(พลตำรวจเอกโกวิท วัฒนะ) ลงนามในหนังสือเรียนนายกรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาเห็นชอบยื่นยันการเสนอร่างพระราชบัญญัติทั้งสองฉบับข้างต้นต่อรัฐสภาต่อไป ดังเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๖.๔ จึงเรียนมาเพื่อคณะกรรมการได้โปรดทราบ

ที่ประชุมมีความเห็นและข้อเสนอแนะ โดยสรุปดังนี้

พลตำรวจเอกโกวิท วัฒนะ รองนายกรัฐมนตรี ประธานการประชุม ชี้แจงว่า ด้วยเป็นร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข จึงขอรับไปพิจารณาร่วมกับความเห็นของกระทรวงสาธารณสุขด้วยว่า สอดคล้องกันหรือแตกต่างกัน และสรุปเสนอคณะรัฐมนตรีต่อไป และในท้ายที่สุด คณะรัฐมนตรีก็จะมี การพิจารณารวมอีกครั้ง หากมีข้อขัดแย้งก็จะได้พิจารณาว่าจะปรับแก้หรือมีทางออกอย่างไร

รศ.ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์ ผู้แทนองค์กรภาคเอกชน เขต ๑ มีความเห็นว่า พ.ร.บ.ทั้งสองฉบับนี้ ได้ผ่านความเห็นชอบจาก คสช. แล้ว และที่สำคัญว่านั้นโดยเฉพาะร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับ บริการสาธารณสุขฯ ได้มีฉันทมติจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ ซึ่งมีภาคีทุกภาคส่วนจำนวนกว่าพันคน ดังนั้น จึงไม่ยากให้กฎหมายฉบับนี้ไม่ถูกนำเสนอต่อรัฐสภา ด้วยเป็นกฎหมายที่จะสร้างความสัมพันธ์ที่ดี เพราะว่ามี การชดเชยค่าเสียหายดังจะเห็นได้จากกรณีของโรงพยาบาลขอนแก่น ที่เกิดจากอุบัติเหตุในการ ให้บริการจนทำให้ผู้ป่วยตาบอด โรงพยาบาลต้องใช้เงินทุนของตนเองในการที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการชดเชย เพื่อให้ผู้เสียหายเกิดความพึงพอใจและไม่มีการฟ้องร้อง เพราะฉะนั้นแนวคิดของกฎหมายฉบับนี้ดี หากไม่ ยื่นยันร่างกฎหมายต่อคณะรัฐมนตรีภายในเวลาที่กำหนดก็อาจจะไม่ถูกนำมาพิจารณาได้ และในประเทศไทย กว่ากฎหมายแต่ละฉบับจะผ่านการพิจารณาสู่การประกาศใช้จะใช้เวลานานมาก จึงขอเสนอว่า คสช. ควรมีมติ ยื่นยันเพราะว่าเป็นกฎหมายที่ได้ผ่านการพิจารณามาแล้วอย่างรอบคอบ

นายสุรพงษ์ พรหมเท้า ผู้แทนองค์กรภาคเอกชน เขต ๙ กล่าวขอบคุณประธานการประชุมที่ได้ เห็นชอบและรับไว้พิจารณาร่วมกับความเห็นของกระทรวงสาธารณสุข และเสนอความเห็นว่าเป็น ในฐานะเป็น ผู้แทนภาคประชาสังคมที่มีโอกาสได้เข้ามาทำหน้าที่กรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นเวลา ๔ ปี ได้เข้าไปมีส่วน ร่วมในการดำเนินงานและขับเคลื่อนงานภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฯ เช่น การจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบ สุขภาพแห่งชาติฯ เข้าร่วมกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมผ่านสมัชชา สุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในหลายประเด็น จึงมีความเห็นเห็นว่า ข้อเสนอต่าง ๆ ที่ผ่านมติ สมาชิกและผู้เข้าร่วมกระบวนการมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะแต่ละประเด็นกว่าที่จะมีฉันทมติร่วมกัน มีการ ใช้กระบวนการต่าง ๆ บนหลักการยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ดังนั้นร่าง พ.ร.บ.ฯ ทั้ง ๒ ฉบับนี้จึงเป็น กฎหมายที่ผ่านกระบวนการที่มีความรอบด้าน มีการใช้องค์ความรู้ด้านวิชาการอย่างเข้มข้น และมีส่วนร่วมของ สังคมจากทุกภาคส่วนอย่างรอบคอบทั้งในระดับพื้นที่จนถึงระดับชาติ ที่สำคัญคือ ภาควิชาการและภาครัฐเอง ได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง กระบวนการยกร่างกฎหมายที่ผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไม่ใช่ ประชุมเพียงครั้งเดียวแล้วผ่านได้เลย ก่อนที่จะได้รับการพิจารณาเสนอเข้าเป็นระเบียบวาระสมัชชาสุขภาพ แห่งชาติจะมีกระบวนการขั้นตอนมากมาย เพราะฉะนั้น ในฐานะที่ได้เข้าร่วมจึงเห็นว่า ร่าง พ.ร.บ. ทั้ง ๒ ฉบับ มีความสำคัญต่อความสัมพันธ์ต่อผู้ป่วยกับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขซึ่งนับวันจะมีความขัดแย้งเกิดขึ้นอย่าง รุนแรงเนื่องจากความเหลื่อมล้ำทางสังคม เช่นในระเบียบวาระที่ผ่านมา คสช. ได้มีการอภิปรายในเรื่องการ ขาดแคลนบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ซึ่งเกิดผลกระทบมาจากรายรับรายได้ แต่ว่าถ้า พ.ร.บ.ฉบับนี้ สามารถที่จะนำมาปฏิบัติได้ จะเกิดผลกระทบที่ดีต่อสังคมโดยรวม ด้วยจะช่วยลดความเหลื่อมล้ำและลดความ ขัดแย้งที่เกิดขึ้น ซึ่งนับวันจะมีความขัดแย้งที่สูงขึ้น และมีผลต่อทางการเมืองอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอเรียนประธาน การประชุมในฐานะที่ท่านได้รับมอบหมายและมอบอำนาจให้กำกับดูแลหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับด้าน

สาธารณสุขและคุณภาพชีวิต ขอได้โปรดยืนยันอย่างหนักแน่นที่จะสนับสนุนให้ พ.ร.บ. ฉบับนี้ผ่านเพื่อประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ผู้แทนคณะกรรมการวิชาชีพแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีความเห็นว่า ร่าง พ.ร.บ. ทั้งสองฉบับนี้ เป็นกฎหมายที่มีความสำคัญกับประเทศไทยทั้งสองฉบับ ร่าง พ.ร.บ. องค์การอิสระคุ้มครองผู้บริโภคฯ ต้องการสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาชนในการดูแลคุ้มครองผู้บริโภค ในขณะที่ระบบทุนนิยมตามฉันทามติวอชิงตันหรือวอชิงตันคอนแทนซ์สในข้อ ๙ กำหนดให้ลดการควบคุมเพื่อให้ระบบทุนนิยมเอาเปรียบประชาชนให้ได้มากที่สุด และประเด็นนี้มีอิทธิพลไปทั่วโลกแล้ว ในประเทศไทยพบว่าองค์กรที่มีหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคไม่สามารถขยายอัตราค่าล้างคนได้ เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นต้น เพราะฉะนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสร้างความเข้มแข็งของการคุ้มครองผู้บริโภคในภาคประชาชน ประกอบกับกฎหมายนี้เป็นข้อกำหนดที่ระบุอยู่ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยตั้งแต่ฉบับปี พ.ศ. ๒๕๔๐ และฉบับปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ก็มีระบุเช่นเดียวกันอีก ขณะนี้ผ่านมา ๑๔ ปีแล้ว ก็ยังไม่ได้มีการดำเนินการตามรัฐธรรมนูญดังกล่าว ไม่ได้เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชน จึงถูกเอาเปรียบเอาเปรียบเพราะองค์กรภาครัฐไม่มีทางที่จะเข้มแข็งไปกว่าปัจจุบัน นี่คือสภาพเป็นรองที่เป็นอยู่ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องผลักดันให้กฎหมายฉบับนี้ออกมาโดยเร็ว สำหรับร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายฯ เป็นกฎหมายที่จะสร้างคุณูปการให้กับประเทศไทย ให้กับประชาชนคนไทย ให้วงการแพทย์ วงการสาธารณสุข วงการพยาบาล เป็นกฎหมายที่ดียิ่ง แต่ที่มีบางกลุ่มบางท่านออกมาคัดค้าน จากการศึกษาและวิเคราะห์เชื่อว่า เกิดจากกรรมการสภาวิชาชีพบางท่านถูกรวบงำโดยธุรกิจเอกชน เพราะว่าปัจจุบันมีกฎหมายที่คุ้มครองในเรื่องนี้อยู่แล้ว คือ มาตรา ๔๑ ของ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ว่ากฎหมายฉบับนี้กำหนดว่า จะชดเชยค่าเสียหายไม่เกินสองแสนบาทสำหรับกรณีตาย และไม่เกินหนึ่งแสนสองหมื่นบาทสำหรับกรณีพิการ กรณีโรงพยาบาลขอนแก่นที่ผ่าตัดแล้วผู้ป่วยตาบอดจำนวน ๑๐ คน กฎหมายกำหนดให้จ่ายค่าชดเชยให้ได้คนละหนึ่งแสนสองหมื่นบาท แต่ผู้ป่วยที่ตาบอดเสนอขอเพียงสามแสนบาททั้ง ๆ ที่ตนเองต้องตาบอดตลอดชีวิต โรงพยาบาลจึงต้องไปหาเงินอีกหนึ่งแสนแปดหมื่นบาท เป็นผู้ป่วยกรณีใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพจำนวน ๖ คน อีก ๔ คนใช้สิทธิของข้าราชการ วงเงินค่าชดเชยที่ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดมีจำนวนที่แตกต่างกันมาก แต่ ร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายฯ ฉบับนี้ จะขยายคือ (๑) ขยายการครอบคลุมไม่ใช่เฉพาะผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพเท่านั้น หากยังครอบคลุมถึงผู้ทำประกันสังคมและข้าราชการทั้งหมด ซึ่งเท่ากับครอบคลุมประชาชนทั้ง ๖๕ ล้านคน ตรงนี้คือ การขยายสิทธิประโยชน์นี้ออกไป การคัดค้านจึงเป็นการขัดขวางผลประโยชน์ที่จะเกิดกับประชาชนประมาณร้อยละ ๒๕ และนอกจากนั้น มาตรา ๔๑ เดิมกำหนดไว้ว่าให้จ่ายเฉพาะค่าเสียหายเบื้องต้นก่อน ซึ่งในช่วงแรก ๆ จะเอาเงินทุนไปจ่ายไม่ไหวจึงมีการกำหนดไว้ให้จ่ายได้ไม่เกินห้าหมื่นบาท แต่พบว่า ไม่คุ้มค่าเลยเมื่อเทียบกับชีวิตหรือความพิการที่เกิดขึ้น จึงได้ขยายวงเงินเป็นสองแสนบาท แต่จำนวนดังกล่าวก็ยังน้อยเกินไป ร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้จะขยายการจ่ายค่าชดเชยด้วยโดยพิจารณาอิงกฎหมายแพ่ง เพราะฉะนั้นก็อาจจะได้ค่าชดเชยเพิ่มอีกประมาณสองเท่า ก็จะทำให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น เพราะฉะนั้นร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้เป็นกฎหมายที่เป็นผลประโยชน์กับประชาชนอย่างแท้จริง แล้วที่สำคัญที่สุดเวลาที่ผู้เสียหายจะไปฟ้องเรียกค่าเสียหายจากแพทย์ พ.ร.บ. ความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ของรัฐที่บังคับใช้เมื่อปี ๒๕๓๙ กำหนดว่า จะฟ้องร้องตัวข้าราชการผู้กระทำโดยตรงไม่ได้ ต้องไปฟ้องร้องต่อหน่วยงาน ซึ่งมีเจตนาเพื่อการคุ้มครองข้าราชการแล้วก็คุ้มครองประชาชนว่าจะได้เงินค่าเสียหายเต็มเม็ดเต็มหน่วย เพราะว่าข้าราชการผู้นั้นอาจจะล้มละลายไม่สามารถจ่ายได้ อันนี้เป็นเจตนาที่ดี แต่เจตนาที่ดีนี้เองทำให้เมื่อประชาชนจะฟ้องข้าราชการต้องฟ้องหน่วยงานของรัฐ เพราะฉะนั้นต้องไปต่อสู้กับองคาพยพของรัฐทั้งหมด ซึ่ง

โอกาสที่จะชนะยากมาก เพราะว่าคดีเช่นนี้จะต้องมีแพทย์ไปเป็นพยาน แล้วแพทย์ที่เป็นพยานให้คนไข้หายากอย่างยิ่ง แพทย์คนไหนเป็นพยานให้คนไข้ก็จะถูกรังเกียจจากวงการแพทย์ด้วยกัน ตัวอย่างเช่น ศ.นพ. ประดิษฐ์ เจริญไทยทวี ที่ล่องลับไปแล้ว ท่านเป็นอดีตประธานวิสัญญีแพทย์ เมื่อเกิดกรณีคนไข้ที่ไปคลอดแล้วแพทย์วิสัญญีไปให้ยาระงับความรู้สึกคนไข้แล้วคนไข้เกิดโรคแทรกซ้อนทำให้เสียชีวิต ปรากฏว่าวิสัญญีแพทย์ท่านนั้นระหว่างที่ให้ยาระงับความรู้สึกกับคนไข้ที่คลอด ก็ไปให้ยาระงับความรู้สึกแก่คนไข้ผ่าตัดมะเร็งอีกห้องหนึ่ง ถือเป็นความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง แต่คดีอย่างนี้อาจารย์ประดิษฐ์ท่านไปเป็นพยานให้แล้วประธานวิสัญญีแพทย์อีกท่านได้แก่ อาจารย์เพลินจิต ก็ไปเป็นพยานให้ ในภายหลังทั้งสองท่านนี้ถูกรังเกียจจากวงการทั้ง ๆ ที่เป็นครูบาอาจารย์และเป็นผู้หลักผู้ใหญ่ในวงการ เพราะฉะนั้นโอกาสที่จะชนะคดีอย่างนี้จะยากอย่างยิ่ง แล้วใช้เวลาในการฟ้องร้องนานมากกว่าจะสิ้นสุดคดีจึงเป็นการทรมานด้วยกันทั้งสองฝ่ายทั้งคนไข้และฝ่ายแพทย์ฝ่ายโรงพยาบาลและเป็นคดีที่ทรูโรงรศศาล แต่มาตรา ๔๑ มีกลไกในการดำเนินงานโดยตั้งคณะกรรมการขึ้นทุกจังหวัด ปรากฏว่าผู้เสียหายได้รับค่าชดเชยโดยเฉลี่ยภายในเวลาหนึ่งเดือน แล้วไม่ต้องมีคดีพิพาทเพราะหลักกฎหมายคือไม่ต้องไปหาว่าใครผิด ไม่ต้องพิสูจน์ความผิด แต่ให้พิสูจน์ว่าเสียหายหรือไม่และสมควรได้รับเงินชดเชยหรือไม่เท่านั้น ถ้าไปพิสูจน์ความผิด แพทย์ก็จะพยายามปกป้องทั้งจริงทั้งเท็จเพื่อจะบอกว่าตัวไม่ผิด คนไข้ก็ต้องพยายามบอกให้แพทย์ผิดเพื่อจะเอาชนะในศาล จึงทำให้เกิดการบาดหมาง แต่ พ.ร.บ. ฉบับนี้ออกมา จะลดการบาดหมางการพิพาทลงไปได้อย่างมาก

ข้ออ้างในการคัดค้านหนึ่งบอกว่า ถ้าเช่นนั้นผู้ป่วยที่เสียชีวิตทุกวันก็จะมาเรียกค่าเสียหายกันพร่ำเพรื่อจะทำให้กองทุนล้มละลายได้ นี่คือสิ่งที่พูดบิดเบือนข้อเท็จจริง การปฏิบัติตามมาตรา ๔๑ จริง ๆ มีมาตั้งแต่ปี ๒๕๔๕ แต่มีความพยายามที่ไม่อยากให้อีกกฎหมาย แต่ในที่สุดก็มีผลบังคับใช้ประมาณปี ๒๕๔๗ ข้อมูลจนถึงปี ๒๕๕๓ มีผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมดเป็นร้อย ๆ ล้านครั้ง มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตก็เป็นจำนวนหลายล้านคน แต่มีผู้เสียหายที่มาเรียกร้องค่าเสียหายเพียง ๓,๒๐๐ กว่ารายเท่านั้น แปลว่า อย่าไปคิดว่าประชาชนอยากจะเรียกร้อง ถ้าไม่จำเป็นจริง ๆ ประชาชนไม่อยากจะมาเรียกร้องในลักษณะนี้ เพราะต้องมีการพิสูจน์ แล้วกรรมการก็ได้มีการพิจารณาให้ได้รับค่าเสียหายในทุกราย ด้วยจะพิจารณาจากข้อเท็จจริงที่พิสูจน์ได้ว่าเสียหายจริงและสมควรได้รับการชดเชยความเสียหาย จึงมีผู้ที่ได้รับค่าเสียหายเพียง ๒,๗๐๐ กว่าราย ผลการดำเนินงานนี้คือการปลดทุกข์ ปลดที่ไม่ต้องมีคดีความไปอย่างมากเลยทีเดียว นี่คือสาระสำคัญของกฎหมายฉบับนี้ แต่ว่าผู้ที่ออกมาขัดขวางนั้น ขัดขวางเพราะเกรงว่า จากวงเงินที่กำหนดไว้เพียงสองแสนบาท แต่หากเป็นการฟ้องร้องโรงพยาบาลเอกชน จะมีการจ่ายเป็นจำนวนสามเท่า และถ้ากฎหมายฉบับนี้ออกมา ก็จะเพิ่มวงเงินอีกสามเท่าเป็นหกแสนบาท โรงพยาบาลเอกชนจึงต้องจ่ายเพิ่มขึ้นเป็นหนึ่งล้านแปดแสนบาท เพราะฉะนั้นจึงต้องออกมาขัดขวางทุกวิถีทาง เพราะไม่ต้องการเพิ่มวงเงินการจ่ายค่าเสียหาย นี่คือปัญหาใหญ่อีกอันหนึ่งก็คือว่า ในกฎหมายกำหนดให้สถานพยาบาลมีการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน ก็มีผลทำให้สถานพยาบาลเอกชนไม่อยากจ่ายแม้แต่สตางค์แดงเดียว ทั้ง ๆ ที่เป็นหลักประกันเช่นเดียวกับการจ่ายประกันชีวิต แล้ววงเงินในการจ่ายสมทบก็ถูกมากเพราะมาตรา ๔๑ กำหนดว่าไม่เกินร้อยละหนึ่งเท่านั้น และถ้าต้องจ่ายค่าเสียหายก็ไม่จำเป็นต้องไปเรียกเงินจากโรงพยาบาล เพราะว่าถ้าใช้จากเงินสมทบเข้ากองทุนไม่เกินร้อยละหนึ่งตามที่กำหนดนั้นก็ยังมีจำนวนเพียงพอ เพราะจากประสบการณ์ที่ผ่านมาที่จ่ายไป ๒,๗๐๐ กว่าราย ตัวเลขออกมาแล้วชัดเจนว่าจ่ายไปเพียงร้อยละ ๐.๐๕ เท่านั้น เพราะฉะนั้น ถ้าผลักดัน ร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้ออกมา จะเป็นการสร้างคุณูปการช่วยเหลือคนที่ยากไร้ ให้คนที่ลำบาก ให้คนที่ทุกข์ทรมานที่มีโอกาสเกิดขึ้นในทุกชั้นทุกอาชีพที่มีโอกาสเกิดกรณีเช่นนี้ขึ้นได้ อีกทั้งจะเป็นอันสงฆ์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ต้องไปสูดคดีไม่ต้องไปขึ้นศาล ซึ่งจะเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้น จึงขอเรียนเสนอว่า ระเบียบวาระนี้ไม่ใช่เพียง

- ประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๕๕ วันศุกร์ที่ ๒๕ เดือนพฤษภาคม ๒๕๕๕
- ประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๕๕ วันศุกร์ที่ ๒๔ เดือนสิงหาคม ๒๕๕๕
- ประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๕๕ วันศุกร์ที่ ๒๓ เดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๕

ขอกำหนดเวลานัดหมายการประชุมเวลา ๐๙.๓๐ – ๑๑.๓๐ น. และฝ่ายเลขานุการจึงขอเสนอนัดหมายการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๕๕ วันศุกร์ที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๕ เวลา ๐๙.๓๐ – ๑๑.๓๐ น. จึงเรียนมาเพื่อคณะกรรมการได้โปรดพิจารณา

มติที่ประชุม เห็นชอบร่างแผนการประชุม คสช. ประจำปี ๒๕๕๕ และนัดหมายการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๕๕ วันศุกร์ที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๕ เวลา ๐๙.๓๐ – ๑๑.๓๐ น.

ปิดประชุม เวลา ๑๑.๕๐ น.

นางสาวอรนิต อรไชย
นางสาวรัตนา เอิบกั้ง
นางสาวศิริธร อรไชย
นางสาวจิตติพร คหัญฐา
จัดทำรายงานการประชุม
นางปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา
ตรวจรายงานการประชุม