

รายงานการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ครั้งที่ ๕/๒๕๕๘

เมื่อวันศุกร์ที่ ๑๓ เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๘

ณ ห้องเมจิก ๒ ชั้น ๒ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ ถ.วิภาวดีรังสิต กรุงเทพฯ

ผู้เข้าประชุม

๑.	พลเรือเอก ณรงค์ พิพัฒนาศัย	รองนายกรัฐมนตรี	ประธานกรรมการ
๒.	ศ.นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร	รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	รองประธานกรรมการ
๓.	นายกาศพล แก้วประพาฬ	ที่ปรึกษาด้านการปกครอง สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย	กรรมการ
๔.	นายชินชัย ชี้เจริญ	ที่ปรึกษาวิชาการพัฒนาสังคม แทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์	กรรมการ
๕.	นายโอภาส กลั่นบุศย์	รองปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ แทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์	กรรมการ
๖.	นายดิศกุล เกษมสวัสดิ์	แทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ	กรรมการ
๗.	นางอินทิรา เอี่ยมฉัตร	แทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงทรัพยากร- ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๘.	ศ.คลินิก นพ.อำนาจ กุศลนันท์	ผู้แทนแพทยสภา	กรรมการ
๙.	รศ.ดร.ดร.ณัฐ รุจกรกานต์	ผู้แทนสภาการพยาบาล	กรรมการ
๑๐.	ทพ.ญ.ศันสนีย์ รัชชกุล	ผู้แทนทันตแพทยสภา	กรรมการ
๑๑.	ภก.รศ.ดร.วิทยา กุลสมบูรณ์	ผู้แทนสภาเภสัชกรรม	กรรมการ
๑๒.	ผศ.ดร.กานดา ชัยภิญโญ	ผู้แทนสภากายภาพบำบัด	กรรมการ
๑๓.	รศ.สมชาย วิริยะยุทธกร	ผู้แทนสภาเทคนิคการแพทย์	กรรมการ
๑๔.	นพ.ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์	ผู้แทนคณะกรรมการวิชาชีพที่จัดตั้งขึ้น ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ	กรรมการ
๑๕.	ศ.ดร.สุริชัย หวันแก้ว	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
๑๖.	นางศิรินา ปวโรฬารวิทยา	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
๑๗.	นายมานิจ สุขสมจิตร	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
๑๘.	ดร.อมรวิชัย นาคทรพรพ	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
๑๙.	พระครูอมรชัยคุณ	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ

๒๐.	นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา	ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๑	กรรมการ
๒๑.	นางรัตนา สมบูรณ์วิทย์	ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๒	กรรมการ
๒๒.	นายเจษฎา มิ่งสมร	ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๓	กรรมการ
๒๓.	นายวิเชียร คุตตวัส	ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๔	กรรมการ
๒๔.	นายวีระพล สุดตรง	ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๕	กรรมการ
๒๕.	นายปิยกุล คุณแก้ว	ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๖	กรรมการ
๒๖.	นายสวัสดิ์ กตะศิลา	ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๗	กรรมการ
๒๗.	นางสาววิไลวรรณ จันทร์พ่วง	ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๘	กรรมการ
๒๘.	นายสุรเดช เดชคุ้มวงศ์	ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๙	กรรมการ
๒๙.	นายสนั่น วุฒิ	ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๑๐	กรรมการ
๓๐.	นายสุพจน์ สงวนกิตติพันธ์	ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๑๑	กรรมการ
๓๑.	นายชัยพร จันทร์หอม	ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๑๒	กรรมการ
๓๒.	นพ.วิชัย โชควิวัฒน์	ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๑๓	กรรมการ
๓๓.	นพ.อำพล จินดาวัฒนะ	เลขาธิการ คสช.	กรรมการและเลขานุการ
๓๔.	นางปิติพร จันทร์ทนต์ ณ อยุธยา	รองเลขาธิการ คสช.	ผู้ช่วยเลขานุการ

ผู้ไม่เข้าประชุม

๑.	รศ.ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
๒.	นายพะยอม ระวังพันธ์ุ	นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสาละ	กรรมการ
๓.	นายไพบูลย์ อุปัติศฤงค์	นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต	กรรมการ
๔.	นายสมนึก ธนเดชากุล	นายกเทศมนตรีนครนนทบุรี	กรรมการ
๕.	นายอิทธิพล คุณปลื้ม	นายกเมืองพัทยา	กรรมการ

ผู้เข้าร่วมประชุม

๑.	นายพัลลภ ศักดิ์โรจนันท์	แทนผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ	ที่ปรึกษา คสช.
๒.	น.ส. จินางกูร โรจนนันท์	แทนเลขาธิการคณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	ที่ปรึกษา คสช.
๓.	พญ.ประนอม คำเที่ยง	แทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ที่ปรึกษา คสช.
๔.	นายบัญชา อาภาศิลป์	แทนเลขาธิการคณะกรรมการข้าราชการ พลเรือน	ที่ปรึกษา คสช.
๕.	นายเอ็นนู ช็องสุวรรณ	คณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ	
๖.	นายทองดี มุ่งดี	แทนผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	
๗.	นพ.ประจักษ์วิช เล็บนาค	รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
๘.	นพ.ชวินทร์ ศิรินาค	แทนผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร	

๙. นายชนะวัชย์ ธรรมะปิยวงศ์	แทนนายกเมืองพัทยา
๑๐. ดร.จรวัยพร ศรีศศลักษณ์	แทนผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๑๑. นพ.วิพุธ พูลเจริญ	ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการ ประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ
๑๒. ดร.กาญจนา กาญจนสินินทร์	ที่ปรึกษา สช.
๑๓. นพ. ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล	ที่ปรึกษา สช.
๑๔. นางกรรณิการ์ บรรเทิงจิตร	รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๑๕. นางอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา	รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๑๖. นพ.ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ	รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๑๗. นายวิสุทธิ บุญญะโสภิต	ผู้ช่วยเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๑๘. นายสุทธิพงษ์ วสุโสภภาพ	ผู้ช่วยเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๑๙. นายอนุศักดิ์ สุภาพร	พนักงาน สช.
๒๐. นางสาวจิตติพร คหัญฐา	พนักงาน สช.
๒๑. นางนिरชา อัครวีระกุล	พนักงาน สช.
๒๒. นางสาวพัชรา อุบลสวัสดิ์	พนักงาน สช.
๒๓. นายจารึก ไชยรักษ์	พนักงาน สช.
๒๔. นางสาวสิระกาญจน์ มโนทัศน์ันท์	พนักงาน สช.
๒๕. นายสุรชัย กลั่นวารี	พนักงาน สช.
๒๖. นางสาวทิพิชา โปษยานนท์	พนักงาน สช.
๒๗. นางนาตยา พรหมทอง	พนักงาน สช.
๒๘. นางสาวนภินทร ศรีไทย	พนักงาน สช.
๒๙. นางสาววันวิสา แสงทิม	พนักงาน สช.
๓๐. นางสาวอรนิต อรไชย	พนักงาน สช.
๓๑. นางสาววริษฐา แก้วเกต	พนักงาน สช.

เริ่มประชุม เวลา ๐๙.๓๐ น.

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องแจ้งที่ประชุมทราบ

พลเรือเอก ณรงค์ พิพัฒนาภัย ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า การประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕/๒๕๕๘ เป็นการประชุมครั้งสุดท้ายของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติชุดเดิมก่อนหมดวาระการดำรงตำแหน่งนี้ และขอขอบคุณที่กรรมการทุกท่านได้เข้าร่วมประชุมกันอย่างต่อเนื่อง

มติที่ประชุม รับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๕๘

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ แจ้งให้ที่ประชุมพิจารณารายงานการประชุม ครั้งที่ ๔/๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๕๘ ตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๒ จึงเสนอมาเพื่อที่ประชุมพิจารณารับรองรายงานการประชุม

มติที่ประชุม รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔/๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๕๘ โดยไม่มีข้อแก้ไข

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องเพื่อทราบ

๓.๑ ผลงานโดยสรุปของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๕ (นำเสนอด้วยเอกสาร)

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานว่าสืบเนื่องจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติชุดปัจจุบัน ได้ปฏิบัติงานตามหน้าที่และอำนาจที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตั้งแต่การประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๕๕ เมื่อวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๕๕ ซึ่งในการประชุมครั้งที่ ๖/๒๕๕๕ เมื่อวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๕ การประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๕๖ เมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖ และการประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๗ ได้รับทราบผลงานโดยสรุปของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๕, พ.ศ. ๒๕๕๖ และ พ.ศ. ๒๕๕๗ ตามลำดับแล้วนั้น บัดนี้ ได้สิ้นสุดการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ ลงแล้ว สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.) จึงขอรายงานผลงานโดยสรุปของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ ภายใต้แผนหลักสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รองรับการทำงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ (ฉบับที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙) โดยจำแนกตามหน้าที่และอำนาจที่บัญญัติไว้ตามมาตรา ๒๕ และมาตราอื่นในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ดังรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๓.๑ จึงเสนอมาเพื่อคณะกรรมการได้รับทราบ

มติที่ประชุม รับทราบผลงานโดยสรุปของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘

๓.๒ สรุปสาระสำคัญจากการถอดบทเรียนคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ชุดที่ ๒

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานว่า ตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ชุดปัจจุบัน จะครบวาระการดำรงตำแหน่ง ๔ ปี ในวันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๕๘ นี้ ตลอดระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา ทำให้เกิดผลการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่เป็นคุณูปการอย่างมาก คสช. ชุดปัจจุบันจึงมีความประสงค์ที่จะถอดบทเรียนการทำงานของ คสช. ชุดที่ ๒ ในช่วงปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๘ โดยเป็นชุดความรู้จากประสบการณ์ทำงานจริง ส่งมอบให้กับ คสช. ชุดที่ ๓ เพื่อสานต่อการทำงานได้อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวคิด และทิศทางการทำงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฯ ที่สอดคล้องกับบริบทสถานการณ์สังคมไทยในปัจจุบัน และอนาคต ในการนี้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ฝ่ายเลขานุการ จึงได้จัดเวทีถอดบทเรียนคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ชุดที่ ๒ เมื่อวันที่ ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ เวลา ๐๙.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมวินัส ชั้น ๓ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์คอนเวนชั่น ถ.วิภาวดี-รังสิต กรุงเทพฯ โดยมี อ.ทรงพล เจตนาวณิชย์ เป็นวิทยากรกระบวนการหลัก ทำให้ได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ชุดที่ ๒ เพื่อพัฒนางานต่อไป

พลเรือเอก อนุพงษ์ พิศาลพัฒนาศัย ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ขอให้ นางรัตนา สมบูรณ์วิทย์ กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๒ เป็นผู้นำเสนอสรุปสาระสำคัญจากการถอดบทเรียนคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ชุดที่ ๒ ดังกล่าว โดย นางรัตนา สมบูรณ์วิทย์ ได้รายงานสรุปสาระสำคัญดังนี้

๑) ข้อเสนอต่อ กลไก “คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)”

๑.๑) ในส่วนคณะกรรมการภาครัฐ ตัวแทนจากแต่ละหน่วยงานควรให้เป็นตัวแทนถาวร ไม่เปลี่ยนตัวบุคคลบ่อย และควรเป็นคนที่สามารถตัดสินใจในนามหน่วยงานได้ เพื่อให้งานต่อเนื่อง และเกิดผลในทางปฏิบัติ

๑.๒) ควรเพิ่มให้ตัวแทนจากกระทรวงมหาดไทยเป็นรองประธานฯ คสช. อีกหนึ่งตำแหน่ง เพราะเป็นหน่วยงานเชิงยุทธศาสตร์ที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนนโยบายทั้งระดับชาติ ระดับจังหวัด และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๑.๓) ควรปรับกลไกที่เข้ามาเป็นกรรมการให้มีความสมดุลกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ เช่น เพิ่มภาคธุรกิจเอกชนในสัดส่วนกรรมการ

๒) ข้อเสนอต่อ “บทบาทกรรมการ”

๒.๑) ควรแสดงบทบาทเชื่อมประสานความร่วมมือทั้งในส่วนกลาง และระดับพื้นที่

๒.๑.๑) ส่วนกลาง ใช้บทบาทการเป็น คสช. ในการเชื่อมประสาน ระหว่างหน่วยงาน ภาค สังคม โดยเฉพาะภาคธุรกิจเอกชน ซึ่งมีสัดส่วนอยู่น้อย

๒.๑.๒) ระดับพื้นที่ เชื่อมประสานหน่วยงานและผู้กำหนดนโยบายในพื้นที่ เช่น ผู้ว่าราชการจังหวัด และ กลไกภาคสังคม เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัด นักสานพลังขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และการพัฒนาสังคมสุขภาวะ (นสส.)

๒.๒) สนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งกระบวนการระดับพื้นที่ โดยนำความรู้ที่ได้จากการเป็น คสช. ไปหนุนเสริมการทำงานของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ ด้านความรู้ วิชาการ ข้อมูล การจัดการรูปแบบวิธีการทำงาน และกระบวนการทำงาน

๒.๓) ให้กรรมการภาคส่วนต่างๆ มีบทบาทในการเสนอวาระการประชุมของ คสช. ได้ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมต่อการขับเคลื่อน คสช. มากขึ้น

๒.๔) ให้คณะกรรมการมีวาระการพบปะหารือ หรือ ประชุม ที่นอกเหนือไปจากการประชุม คสช. เพื่อการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกรรมการภาคส่วนต่างๆ จนถึง การร่วมกันกำหนดประเด็นสำคัญของคณะกรรมการ

๒.๕) เชื่อมโยงและให้บทบาทกับผู้ที่เคยเป็น คสช. โดยเฉพาะกรรมการส่วนที่เป็นตัวแทนจากพื้นที่ เพราะสามารถใช้ประสบการณ์ช่วยหนุนเสริมการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ได้

๒.๖) ให้บทบาทในการติดตามความก้าวหน้างานที่เกิดจากมติที่ประชุม เพื่อให้ทราบความต่อเนื่องของงานได้มากกว่าการร่วมประชุม

๒.๗) ให้ คสช. ได้เข้าร่วมเป็นกรรมการอื่นๆ เช่น คณะกรรมการจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.), คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.), อนุกรรมการชุดต่างๆ ฯลฯ ควบคู่ไปกับการเป็น คสช. เพื่อให้มีประสบการณ์และเกิดความเข้าใจมากขึ้น

๓) วิธีการทำงาน

๓.๑) ให้ความสำคัญกับการประชุม Pre-คสช. โดยให้เวลาการหารือให้มากขึ้น เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยน กำหนดแนวทาง คสช. ร่วมกัน

๓.๒) เพิ่มการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการภาครัฐ และคณะกรรมการภาควิชาการ/วิชาชีพ

๓.๓) พัฒนาระบบการสื่อสารภายในคณะกรรมการที่เอื้อให้เกิดการสื่อสารระหว่างกันได้อย่างต่อเนื่อง ไม่เพียงพบกันในที่ประชุม

๓.๔) สำหรับผู้ที่เข้ามาเป็น คสช. ใหม่ ให้มีการทำความเข้าใจอย่างชัดเจนในเรื่องปรัชญาแนวคิด ระบบสุขภาพ สุขภาวะ บทบาทหน้าที่ของ คสช. รวมถึงกลไก โครงสร้างการทำงานของ คสช. และ สช. รวมถึง การ “ส่งต่อความรู้คณะกรรมการชุดเก่า-ชุดใหม่”

๓.๕) การกำหนดคุณสมบัติผู้ที่ จะเข้ามาเป็น คสช. ควรต้องกำหนดให้เป็นผู้ที่ต้องมีประสบการณ์/บทบาทในการพัฒนานโยบายสาธารณะมาก่อน

๓.๖) เปิดโอกาสให้กรรมการ คสช. เข้าร่วมการประชุมหรืองานอื่นๆ เพื่อขยายความรู้ที่เกี่ยวข้องเพิ่มขึ้น

จึงเสนอมาเพื่อคณะกรรมการได้รับทราบ

ที่ประชุมมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ โดยสังเขป ดังนี้

พลเรือเอก ณรงค์ พิพัฒนาศัย ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีความเห็นว่า ข้อเสนอแนะส่วนใหญ่มุ่งเน้นการเปิดโอกาสให้กรรมการสุขภาพแห่งชาติมีส่วนร่วมในภารกิจต่างๆของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ขอให้ฝ่ายเลขานุการนำข้อเสนอแนะเหล่านี้ไปพิจารณาดำเนินการตามความเหมาะสมต่อไป

รศ.ดร.ดรุณี รุจกรกานต์ กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้แทนสภาการพยาบาล มีความเห็นว่า ข้อเสนอแนะจากการถอดบทเรียนคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ชุดที่ ๒ และการถอดบทเรียนกระบวนการสรรหาคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาตินั้นมีความสอดคล้องตรงกันในหลายประเด็น เช่น บทบาทของกรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้แทนองค์กรภาคเอกชนระดับเขตที่หมดวาระการดำรงตำแหน่งแล้ว และผู้แทนองค์กรภาคเอกชนระดับจังหวัดที่ผ่านกระบวนการสรรหาคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติแล้วนั้น กลุ่มคนเหล่านี้ควรมีส่วนร่วมในการพัฒนาและขับเคลื่อนงานนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับพื้นที่อย่างไรบ้าง

ดร.อมรวิเศษ นาครทรรพ กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีความเห็นว่า ขณะนี้อยู่ในช่วงปฏิรูปประเทศไทย การทำงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติซึ่งมีเครือข่ายระดับพื้นที่ที่สามารถหนุนเสริมการปฏิรูปประเทศได้เร็วขึ้นในหลายเรื่อง โดยมุ่งเน้นการปฏิรูปในระดับพื้นที่ก่อนใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่เชื่อมโยงการทำงานแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ผู้ว่าราชการจังหวัดร่วมมือด้วย นอกจากนี้ยังอยากให้สมัชชาสุขภาพพื้นที่ผลักดันขับเคลื่อนประเด็นเรื่องปฏิรูปการศึกษาด้วย

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๑ มีความเห็นว่า เห็นด้วยการสร้างความร่วมมือและสร้างความเข้มแข็งระดับพื้นที่ การจัดตั้งเขตสุขภาพพื้นที่เพื่อประชาชนซึ่งเป็นงานที่เชื่อมโยงการมีส่วนร่วมทั้งระดับนโยบายและระดับพื้นที่ได้ ซึ่งอยู่ระหว่างดำเนินการในขณะนี้ สามารถเชิญอดีตกรรมการสุขภาพแห่งชาติซึ่งมีประสบการณ์ทำงานอยู่แล้วเข้าร่วมเป็นที่ปรึกษาของคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนระดับเขตได้

มติที่ประชุม รับทราบสรุปสาระสำคัญจากการถอดบทเรียนคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ชุดที่ ๒

๓.๓ ความคืบหน้าการจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ พ.ศ. ๒๕๕๘

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ขอให้ นายเจษฎา มิ่งสมร กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๓ ประธานคณะกรรมการจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ พ.ศ. ๒๕๕๘ เป็นผู้รายงาน ซึ่งได้รายงานว่าตามที่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ในมาตรา ๒๕ (๓) มาตรา ๔๑ และมาตรา ๔๒ วรรคแรก กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้งและให้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพ

แห่งชาติขึ้นมาคณะหนึ่งนั้น ในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๗ มีมติแต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗ ทั้งคณะเป็นคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยมีหน้าที่และอำนาจเช่นเดิม มีกระผมเป็นประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ มีความก้าวหน้าในการดำเนินงานโดยสรุป ดังนี้

๑. การจัดทำหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ตามมาตรา ๔๒ วรรคท้าย กำหนดให้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) มีอำนาจกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการจัดการเกี่ยวกับการจัดประชุมและหลักเกณฑ์อื่นที่เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่นั้น คจ.สช. ได้ดำเนินการในช่วงเดือนพฤษภาคม - เดือนกรกฎาคม ๒๕๕๘ ได้จัดทำเป็น “ประกาศคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘” ซึ่งประกาศใช้เมื่อวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๘ โดยแบ่งออกเป็น ๗ หมวด โดยมีเนื้อหาหลัก ประกอบด้วย

- หมวดที่ ๑ บททั่วไป
- หมวดที่ ๒ โครงสร้างและกลไกการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
- หมวดที่ ๓ กลุ่มเครือข่าย
- หมวดที่ ๔ กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
- หมวดที่ ๕ ผู้เข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
- หมวดที่ ๖ การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
- หมวดที่ ๗ อื่นๆ

๒. การกำหนดวัน เวลา และสถานที่จัดการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ พ.ศ. ๒๕๕๘

ตามมาตรา ๔๓ กำหนดให้ คจ.สช. มีหน้าที่ในการจัดการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กำหนดวัน เวลาและสถานที่ในการประชุม ซึ่งต้องประกาศให้ประชาชนทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๓๐ วันก่อนวันประชุมนั้น ในการประชุม คจ.สช. ครั้งที่ ๑/๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๒๓ มกราคม ๒๕๕๘ มีมติกำหนดจัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ ระหว่างวันที่ ๒๑ - ๒๓ ธันวาคม ๒๕๕๘ ณ อาคารอิมแพ็ค ฟอรั่ม เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี ภายใต้ประเด็นหลัก “สานพลังปัญญาและภาคี สร้างวิถีสุขภาวะไทย” ดังมีรายละเอียดกำหนดการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ พ.ศ. ๒๕๕๘ ตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๓.๓

๓. การจัดทำร่างระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘

มีรายละเอียดดังนี้

๓.๑ มีการกำหนดช่องทางที่มาของประเด็นเพื่อกำหนดระเบียบวาระการประชุม จำนวน ๕ ช่องทาง ดังนี้

(๑) ประเด็นที่เสนอจากองค์กร หน่วยงาน และภาคีเครือข่ายต่างๆ โดยเครือข่ายสามารถเสนอประเด็นได้ทั้งปี

(๒) ประเด็นที่องค์กร หน่วยงาน และภาคีเครือข่ายต่างๆ เคยเสนอมาแล้ว

(๓) ประเด็นปัญหาสุขภาพ ที่ คจ.สช. พิจารณาจากเครื่องมือต่างๆ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ หรือภารกิจของภาคียุทธศาสตร์ หรือประเด็น เร่งด่วนและสำคัญ

(๔) ประเด็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่เสนอโดย คสช. และคณะกรรมการที่แต่งตั้ง

(๕) ประเด็นที่เกิดจากการทบทวนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา

๓.๒ สำหรับปี พ.ศ. ๒๕๕๘ คจ.สช. พบว่า มีหน่วยงาน องค์กรและภาคีเครือข่ายต่างๆ เสนอประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ตามข้อ (๑) จำนวน ๒๐ ประเด็น และประเด็นที่ทบทวนจากการที่ องค์กร หน่วยงานและภาคีเครือข่ายเสนอในปีที่ผ่านมา ตามข้อ (๒) จำนวน ๔ ประเด็น รวมทั้งประเด็นที่ได้ จากการทบทวนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา ตามข้อ (๓) จำนวน ๒ ประเด็น

๓.๓ คจ.สช. ได้พิจารณากลับกรองประเด็นนโยบายสาธารณะเรียงลำดับความสำคัญเร่งด่วน ความรุนแรงของปัญหา และเป็นประเด็นที่อยู่ในความสนใจของสาธารณชน จำนวนทั้งสิ้น ๔ ระเบียบวาระ ประกอบด้วย

(๑) วิกฤติการณ์เชื้อแบคทีเรียดื้อยาและการจัดการปัญหาแบบบูรณาการ

(๒) สุขภาวะชาวนา

(๓) สุขภาวะเมืองใหญ่ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมืองอย่างมีส่วนร่วม

(๔) นโยบายการลดบริโภคเกลือ

ทั้งนี้ คจ.สช. ได้มีกระบวนการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายทั้ง ๖ ระเบียบวาระทั้งในการทำงาน วิชาการเพื่อสนับสนุนการพัฒนาข้อเสนอ และให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมจากสมาชิกสมัชชาสุขภาพ แห่งชาติในการให้ความคิดเห็นต่อร่างข้อเสนอมาโดยตลอด ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ สำหรับขั้นตอน ต่อไปนั้น ในวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ คจ.สช. จะได้พิจารณาข้อเสนอต่อ ๖ ระเบียบวาระนี้ เพื่อให้ได้ ร่างมติ และจัดส่งร่างมติดังกล่าวให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นต่อร่างมติ ในระหว่างวันที่ ๑-๙ ธันวาคม ๒๕๕๘ ก่อนที่จะมีการหาฉันทมติในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติต่อไป

๔. การประเมินผลสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

คจ.สช. ได้แต่งตั้งคณะกรรมการประเมินผล เพื่อทำหน้าที่ดำเนินการประเมินผลสมัชชา สุขภาพแห่งชาติอย่างเป็นระบบตลอดกระบวนการและมอบหมายให้ รศ.ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง จากมหาวิทยาลัยมหิดล เป็นหัวหน้าคณะผู้ประเมิน มีระยะเวลาปฏิบัติงานตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๘ ถึงเดือน กรกฎาคม ๒๕๕๙ โดยมุ่งเน้นการประเมินเพื่อติดตามพัฒนาการ ความคืบหน้า และความสำเร็จของ กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๘ เปรียบเทียบกับบทสรุปจากผลการประเมินสำคัญๆ ของการ จัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๖ และครั้งที่ ๗ จึงเสนอมาเพื่อคณะกรรมการได้รับทราบ

มติที่ประชุม

รับทราบความคืบหน้าการจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ พ.ศ. ๒๕๕๘

๓.๔ การลงนามความร่วมมือระหว่าง Hue University of Medicine and Pharmacy สาธารณรัฐ

สังคมนิยมเวียดนาม กับ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานว่า ตามที่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ร่วมเป็นเจ้าภาพและจัดกิจกรรมในการประชุม The 6th GMS-PH Conference โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อขยายเครือข่ายวิชาการในการขับเคลื่อนการ ประเมินผลกระทบด้านสุขภาพสู่ภูมิภาคอาเซียน ทั้งในด้านการพัฒนากำลังคน พัฒนาหลักสูตรการเรียนการ สอนและความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวกับการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ รองรับการ

ดำเนินงานของ ASEAN Focal Point on Health Impact Assessment: AFPHIA ที่เป็นเครือข่ายความร่วมมือของประเทศสมาชิกประชาคมอาเซียนผ่านการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่อาวุโสด้านสาธารณสุขในอาเซียน (Senior Officials meeting in Health Development : SOMHD) ที่คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพและ สข. มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็นต้นมา

ผลจากความร่วมมือดังกล่าวนี้ ทำให้ Assoc. Prof. Vo Van Thang คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ จาก Hue University of Medicine and Pharmacy มีความสนใจที่จะใช้การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเป็นเครื่องมือในการพัฒนาการเรียนการสอนและการศึกษาวิจัยเพื่อสนองตอบต่อปัญหาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการประกอบกิจกรรม โครงการและนโยบายในการพัฒนาประเทศ

Assoc. Prof. Vo Van Thang คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ จาก Hue University of Medicine and Pharmacy ซึ่งเป็นเจ้าภาพหลักในจัดประชุม The 7th International Conference on Public Health among Greater Mekong Sub-Regional Countries on “International collaboration of public health training and research in evidence- based health policy making” จึงได้เชิญคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ และ สข. ร่วมเป็นเจ้าภาพในการจัดการประชุม ที่จัดขึ้นเมื่อวันที่ ๒๖-๒๗ กันยายน ๒๕๕๘ ณ โรงแรมอิมพีเรียล เมืองเว้ สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม

นอกจากนี้เมื่อวันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๕๘ Prof. Cao Ngoc Thanh อธิการบดี Hue University of Medicine and Pharmacy และคณะ ได้ขอหารือความร่วมมือในการประยุกต์ใช้เครื่องมือการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ โดยแจ้งว่า มีความสนใจที่ประเทศไทยเป็นประเทศแรกในภูมิภาคอาเซียนที่มีการใช้เครื่องมือนี้จนเกิดผลงานมากมาย ทั้งยังมีกลไกการขับเคลื่อนงานบนฐานการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เชื่อมต่อกับฝ่ายนโยบายในทุกระดับตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงนโยบายระดับชาติ จึงประสงค์ที่จะร่วมลงนามความร่วมมือเพื่อประยุกต์ใช้การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเป็นเครื่องมือในการพัฒนาระบบการเรียนการสอนและการศึกษาวิจัยของมหาวิทยาลัยที่ต้องการตอบสนองต่อสังคม ชุมชน รวมถึงกระบวนการพัฒนาเป็นข้อเสนอไปสู่ระดับนโยบาย โดยผ่านการทำงานของบุคลากรในหน่วยงานองค์กรต่างๆ ที่จบการศึกษาจากสถาบัน

ดังนั้น ในการประชุมวิชาการนานาชาติ The 1st ASEAN IA Conference on Impact Assessment and Mitigation: Towards ASEAN Engagement and Sustainable Development ที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นเจ้าภาพร่วมกับมหาวิทยาลัยนเรศวร มีกำหนดจัดในระหว่างวันที่ ๒๓-๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ ณ อาคารเอกาทศรถ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก นอกจากจะมีการจัดประชุม The 1st ASEAN Focal Point on Health Impact Assessment Meeting และจัดกิจกรรมต่างๆ แล้วนั้น จะมี “พิธีการลงนามความร่วมมือระหว่าง Hue University of Medicine and Pharmacy สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม กับ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ” ในวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ เวลา ๑๕.๓๐-๑๕.๔๕ น. ณ ห้องประชุม ๓๐๑ ชั้น ๓ อาคารเอกาทศรถ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดังมี (ร่าง) Memorandum of Understanding ตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๓.๔ จึงเสนอมาเพื่อคณะกรรมการได้รับทราบ

มติที่ประชุม รับทราบการลงนามความร่วมมือระหว่าง Hue University of Medicine and Pharmacy สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม กับ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องสืบเนื่องจากการประชุม

๔.๑ ความคืบหน้าการสรรหาเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานว่า สืบเนื่องจากการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔/๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๕๘ ที่ประชุมมีมติเห็นชอบให้แก้ไขประกาศคณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเรื่อง คุณสมบัติของเลขาธิการและรองเลขาธิการพ.ศ. ๒๕๕๑ ตามที่คณะกรรมการบริหารฯ เสนอมาแล้วนั้น ตามมาตรา ๓๗ (๒) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฯ ให้คณะกรรมการบริหารฯ มีหน้าที่และอำนาจ ในการกำหนดคุณสมบัติของเลขาธิการและรองเลขาธิการ และดำเนินการคัดเลือกเลขาธิการตามระเบียบที่ คสช. กำหนด ดังนั้นคณะกรรมการบริหารฯ จึงได้ดำเนินการ (๑) ออกประกาศคณะกรรมการบริหาร สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเรื่อง คุณสมบัติของเลขาธิการและรองเลขาธิการ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๘ และ (๒) ออกประกาศคณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเรื่อง รับสมัครบุคคลเข้ารับการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งเป็นเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๕๘

ความคืบหน้าในการดำเนินการดังกล่าว ได้มีการประกาศรับสมัครบุคคลเข้ารับการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้ง เป็นเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่วันที่ ๑-๓๐ กันยายน ๒๕๕๘ ผ่านช่องทางสื่อ ประชาสัมพันธ์ต่างๆ ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วิทยุ ติดประกาศไว้ที่สำนักงาน และเว็บไซต์ของ สช. รวมถึง การจัดทำหนังสือขอความร่วมมือจากหน่วยงานภาคีประชาสัมพันธ์ชาวอีกช่องทางหนึ่งเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ขณะนี้อยู่ระหว่างเปิดรับใบสมัคร ตั้งแต่วันที่ ๒-๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ หลังจากนั้นคณะกรรมการบริหารฯ จะพิจารณาคุณสมบัติของผู้สมัครต่อไป กระบวนการคัดเลือกเลขาธิการ คสช. คนใหม่ได้กำหนดให้เสร็จสิ้น ภายในเดือนธันวาคม ๒๕๕๘ นี้ จึงเสนอมาเพื่อคณะกรรมการได้รับทราบ

มติการประชุม รับทราบความคืบหน้าการสรรหาเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๔.๒ รายงานประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๗ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (นำเสนอด้วยเอกสาร)

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานว่า สืบเนื่อง จากการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๒/๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘ ที่ประชุมมี มติรับทราบความคืบหน้าการจัดทำรายงานประจำปี ๒๕๕๗ ในส่วนของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ คณะทำงาน ขึ้นตอนการดำเนินงาน โครงสร้างของรายงานประจำปีและความก้าวหน้าของการดำเนินงานว่าอยู่ในขั้นตอน การตรวจเนื้อหาและออกแบบรูปเล่ม ตลอดจนรอฟผลการตรวจสอบงบการเงินและบัญชี พร้อมทั้งรายงานของ สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) นั้น บัดนี้ การจัดทำรายงานประจำปี ๒๕๕๗ สำนักงานคณะกรรมการ

สุขภาพแห่งชาติดังกล่าว ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว ดังรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๔.๒ จึงเสนอมาเพื่อคณะกรรมการได้รับทราบ

มติการประชุม รับทราบความคืบหน้ารายงานประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๗ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๔.๓ ความคืบหน้าการดำเนินงานของคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสมส.)

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานว่า ตามมติการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒/๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘ มีมติเห็นชอบให้แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสมส.) โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข(รองประธานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ) เป็นประธานกรรมการ และประธานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ลงนามในคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการชุดนี้ ตามคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ ๓/๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เพื่อให้กลไกการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยได้พัฒนาแนวทางและกลไกขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย

๑.๑ วัตถุประสงค์ : เพื่อยกระดับการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้เกิดผลเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น

๑.๒ ยุทธศาสตร์: ยุทธศาสตร์การสานพลังความร่วมมือ (Synergy) เป็นการทำงานแบบเครือข่ายที่เน้นการเสริมพลังทางบวก ให้เกิดการต่อยอดงานและสร้างคุณค่าในการทำงานให้ได้ประโยชน์ร่วมกันเพื่อการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างเป็นรูปธรรมและมีพลัง

๑.๓ หลักการทำงาน: การสร้างตัวอย่าง (Demonstration) การหนุนเสริมการทำงาน (Encouragement) การสร้างเครือข่าย(Networking) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation: appreciation: recognition) การจัดการความรู้ (Knowledge management) การสื่อสารสังคม (Social communication) การใช้ระบบข้อมูล (Information system) การบูรณาการการทำงานข้ามหน่วยงาน องค์กร ข้ามภาคส่วน (Integration) ซึ่งหลักการทำงาน ๘ ข้อข้างต้น อาจเรียกเป็น “DENMarKSII ”

๑.๔ แต่งตั้งอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ๒ คณะ ได้แก่

๑) อนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข ดูแลรับผิดชอบมติสมัชชาสุขภาพฯ ๓๐ มติ

๒) อนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสังคมและสุขภาวะดูแลรับผิดชอบมติสมัชชาสุขภาพฯ ๓๔ มติ

๒. ในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔ /๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๕๘ ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จัดทำรายงานความคืบหน้าการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ - ๗ นำมารายงานให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรับทราบในการประชุมครั้งต่อไป

๓. การขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านมา ทั้ง ๖๔ มติ พบว่ามีความก้าวหน้าแตกต่างกันไปตามปัจจัยเงื่อนไข เช่น ลักษณะของประเด็นความร่วมมือของกลไก หน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงขอเสนอความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

๑) มติ/กลุ่มมติ ที่ได้เตรียมการจัดลำดับความสำคัญเพื่อการขับเคลื่อนให้เกิดผลในระยะเวลา ๒ ปี รวม ๑๐ มติ/กลุ่มมติ ดังมีรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๔.๓ เอกสาร ๑

๒) ความก้าวหน้ามติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติรายมติ รวมทั้งสิ้น ๖๔ มติ ดังมีรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๔.๓ เอกสาร ๒ จึงเสนอมาเพื่อคณะกรรมการได้รับทราบ

ที่ประชุมมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ โดยสังเขป ดังนี้

ศ.นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รองประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีความเห็นว่า เป็นเรื่องที่ดีที่กระทรวงสาธารณสุขได้เข้าร่วมอยู่ในคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสมส.) ชุดนี้ สำหรับความก้าวหน้าการขับเคลื่อนมติ/กลุ่มมติด้านสุขภาพสังคมและสุขภาวะที่ได้เตรียมการจัดลำดับความสำคัญเพื่อการขับเคลื่อนให้เกิดผลในระยะเวลา ๒ ปี มติ ๒.๙ เรื่อง การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนฯ ตามที่ฝ่ายเลขานุการเสนอมานั้น เป็นเรื่องที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากประเทศไทยมีปัญหานี้ติดอันดับ ๒ ของโลก ซึ่งอันดับ ๑ อยู่ในแถบประเทศแอฟริกา จึงถือเป็นนโยบายหลักของกระทรวงฯ ที่จะร่วมมือกับทุกภาคส่วน มีการดำเนินการ และการติดตามผลอย่างชัดเจน จึงขอให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเชื่อมประสานการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง และกระทรวงสาธารณสุขขอรับมตินี้ไปขับเคลื่อนต่อไป

มติการประชุม รับทราบความคืบหน้าการดำเนินงานของคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ(คสมส.)

๔.๔ กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๓

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ขอให้ นพ. ศุภกิจ ศิริลักษณ์ ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้นำเสนอกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๓ ซึ่งได้เสนอว่า กระทรวงสาธารณสุข โดยมี นพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ เป็นผู้แทนกระทรวงฯ เคยได้นำเสนอกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทยฉบับเดิมแล้ว ในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ ที่ผ่านมา ซึ่งที่ประชุมได้มีมติเห็นชอบ (๑) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗ พ.ศ. ๒๕๕๗ มติ ๕ เรื่อง การจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย ดังมีรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๔.๔ เอกสาร ๑ (๒) ให้กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานเสนอแผนเสนอแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘-๒๕๖๓ ต่อ คณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบ และ (๓) ให้กระทรวงสาธารณสุข โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้แต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพโลก โดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุข และปลัดกระทรวงการ

ต่างประเทศ เป็นประธานร่วมกัน และมีหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการต่างประเทศ เป็นเลขานุการร่วมกัน เพื่อดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพดังกล่าว

ความคืบหน้าในการดำเนินงานนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการตามมติข้างต้นและเสนอแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๓ (Thailand Global Health Strategies 2015–2020) ต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาเมื่อเดือนเมษายน ๒๕๕๘ ซึ่งสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีขอให้กระทรวงสาธารณสุขปรับแก้แผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทยให้มีความสอดคล้องกับกรอบระยะเวลาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและแผนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและเสนอให้คณะกรรมการแห่งชาติพิจารณาให้ความเห็นชอบก่อนนำเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบต่อไป ดังมีรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๔.๔ เอกสาร ๒

ในลำดับต่อมา กระทรวงสาธารณสุขได้ประชุมหารือภายในและหารือกับกระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้วเมื่อเดือนกันยายน ๒๕๕๘ เห็นว่าควรปรับแผนยุทธศาสตร์ฯ เป็นกรอบยุทธศาสตร์เพื่อเป็นทิศทางการดำเนินงานด้านสุขภาพโลกของไทย กำหนดบทบาทนำของไทยด้านสุขภาพโลก และกำหนดตัวชี้วัดในแต่ละประเด็นยุทธศาสตร์ ระบุหน่วยงานหลักและหน่วยงานสนับสนุนในการดำเนินงานในแต่ละยุทธศาสตร์ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ปรับเป็นกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๙- ๒๕๖๓ ตามข้อเสนอแนะของสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี และข้อเสนอแนะจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังมีรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๔.๔ เอกสาร ๓

โดยมีประเด็นแก้ไขที่สำคัญ ดังนี้

๑. ปรับเป็นกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกและเปลี่ยนกรอบเวลาของแผนจาก พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๓ เป็น พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๓
๒. ปรับข้อความในหัวข้อ ๑.๔ ให้เป็นปัจจุบัน
๓. ปรับข้อความในหัวข้อ ๕ เพิ่มข้อความแสดงความสอดคล้องของกรอบยุทธศาสตร์ฯ กับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ และแผนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
๔. ปรับเป้าหมายให้มีความกระชับมากขึ้น
๕. ปรับกิจกรรมหลักเป็น กลยุทธ์ และปรับข้อความให้เป็นกลยุทธ์
๖. ปรับการดำเนินงานเป็นกิจกรรมหลัก
๗. เพิ่มตัวชี้วัดในทุกประเด็นยุทธศาสตร์
๘. ปรับกรอบความร่วมมือในแต่ละประเด็นยุทธศาสตร์ให้มีความเหมาะสม
๙. กำหนดหน่วยงานหลักและหน่วยงานสนับสนุนในการดำเนินงาน
๑๐. เพิ่มบทบาทนำของไทยใน ๘ ด้าน ได้แก่

- | | |
|---|---|
| ๑. ศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพของภูมิภาคอาเซียน และเอเชีย | ๒. การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า |
| ๓. การจัดการความเสี่ยงจากภัยพิบัติ | ๔. เครือข่ายนักระบาดวิทยา |
| ๕. หน่วยสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว | ๖. ทิมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ในภาวะภัยพิบัติ |
| ๗. การประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ | ๘. การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |

๑๑. ปรับประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ เน้นการเสริมสร้างความสามารถของบุคลากรโดยตัดกลไกออก เนื่องจากมีปรากฏในข้อที่ ๑๑ แล้ว

จึงเสนอมาเพื่อให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติพิจารณาให้ความเห็นชอบต่อกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๓ (ฉบับแก้ไขปรับปรุง) เพื่อกระทรวงสาธารณสุขจะได้เสนอต่อคณะรัฐมนตรีอีกครั้งหนึ่งตามข้อเสนอแนะของสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า เหตุที่ต้องนำกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทยฉบับใหม่นี้มาเสนอผ่านคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติพิจารณาให้ความเห็นชอบก่อนแล้วจึงเสนอต่อคณะรัฐมนตรีนั้น เนื่องจากมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมาจากทุกภาคส่วนร่วมกันเสนอมา สำหรับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗ พ.ศ. ๒๕๕๗ มติ ๕ (มติ ๗.๕) เรื่อง การจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทยนั้น มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้เสนอ และทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม ซึ่งมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจะนำมาเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติพิจารณาให้ความเห็นชอบ สำหรับมติ ๗.๕ นี้มีข้อเสนอจากมติฯ ให้เสนอต่อคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบ ดังนั้นฝ่ายเลขานุการ จึงได้เชิญกระทรวงสาธารณสุขมาเสนอกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทยฉบับใหม่ต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติในครั้งนี้

ที่ประชุมมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ โดยสังเขป ดังนี้

ภ.รศ.ดร.วิทยา กุลสมบูรณ์ กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้แทนสภาเกษตรกร มีความเห็นว่า กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทยฉบับใหม่นี้ในภาพรวม ถือว่าได้ผ่านการพิจารณามาอย่างรอบคอบ ในเอกสารหน้า ๖ ได้กล่าวถึง “ประเทศไทยมีบทบาทสำคัญในการกำหนดวาระและนโยบายสุขภาพโลก ที่มีจุดยืนเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพทั้งภายในประเทศและระดับโลก...” นำเสนอความสำเร็จในเรื่องต่างๆ เช่น การแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ การผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ฯลฯ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความสำเร็จในระดับกิจกรรม แต่ยังไม่ได้กล่าวถึงความสำเร็จในระดับนโยบาย จึงเสนอให้เพิ่มเรื่องบทบาทและคุณูปการของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งจะสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของแผนฯ “สนับสนุนให้เกิดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพในประเทศและระหว่างประเทศ” (ในเอกสารหน้า ๑๒)

นายพัลลภ ศักดิ์โสภณกุล ผู้แทนจากสำนักงานงบประมาณ ที่ปรึกษาคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีความเห็นว่า ประเด็นแรก คือ การจัดทำกรอบยุทธศาสตร์นั้น ถ้ามีการจำแนกรอบงบประมาณ แผนงาน โครงการ และกิจกรรม จะทำให้แต่ละหน่วยงานต้องนำแผนฯไปปฏิบัตินั้นจะเห็นภาพงานที่ชัดเจนยิ่งขึ้น อีกประเด็น คือ การกำหนดให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพของภูมิภาคอาเซียนและเอเชีย นั้น ได้มีการกำหนดมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดจากผลกระทบด้านสุขภาพจากการเคลื่อนย้าย แรงงานในประชาคมอาเซียนไว้ด้วยหรือไม่

นพ. ศุภกิจ ศิริลักษณ์ ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข มีความเห็นว่า กรอบยุทธศาสตร์นี้มีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในส่วนเรื่องการเป็นศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพของภูมิภาคอาเซียน (Medical hub) นั้น ได้เริ่มมาตั้งแต่รัฐบาลชุดเดิม โดยมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพ มีข้อกังวลอยู่ว่า ถ้าทิศทางของประเทศต้องการนำรายได้เข้าประเทศจากบริการสุขภาพนั้น จะส่งผลให้เกิด การเคลื่อนย้าย แรงงานของบุคลากรทางการแพทย์จากต่างจังหวัดเข้ามาทำงานในเมืองเพื่อให้บริการรองรับชาวต่างชาติ ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้จัดบริการสุขภาพดูแลครอบคลุมถึงกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เคลื่อนย้าย แรงงานไปมาด้วย และให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับหน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ในพื้นที่ แนวชายแดน เพื่อให้สามารถให้บริการสุขภาพกับประชาชน และแรงงานข้ามชาติในพื้นที่นั้นๆ

ศ. นพ. คลินิก เกียรติคุณ ปิยสกล สกลสทยาทร รองประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีความเห็นว่า กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กับกระทรวงสาธารณสุขได้ดูแลเรื่องศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพของ ภูมิภาคอาเซียน (Medical hub) ซึ่งต้องตีความให้ชัดเจนตรงกันว่า “บริการสุขภาพ” หมายถึง สปา ซึ่งเป็นการส่งเสริมการท่องเที่ยวด้วย ไม่ได้หมายถึงการรักษาพยาบาลที่ลงลึกทางการแพทย์ไป

ผศ.ดร.กานดา ชัยภิญโญ กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้แทนสภากายภาพบำบัด มีความเห็นว่า ตามที่ประชุมได้หารือกันถึงการปฏิรูประบบรองรับสังคมสูงอายุด้านสุขภาพ แต่ในกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลก ของประเทศไทยไม่ได้กล่าวถึงเรื่องผู้สูงอายุเอาไว้ จึงควรบูรณาการงานด้านสุขภาพให้ครอบคลุมเรื่องผู้สูงอายุ ด้วย

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา มีความเห็นว่า การกำหนดให้ประเทศไทยมีบทบาทนำด้านสุขภาพ โลก ๘ ด้านนี้ ถือเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีศักยภาพ (Product Champion) ของประเทศ ใน ๕ ด้านนั้นประเทศไทย มีบทบาทนำที่ชัดเจน แต่ยังมีอยู่อีก ๓ ด้าน ที่ต้องอธิบายชี้แจงให้ชัดเจนว่าประเทศไทยมีบทบาทนำอย่างไร ได้แก่ ๑) เรื่องการเป็นศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพของภูมิภาคอาเซียนและเอเชียนั้น ไม่ได้มีแต่การบริการ ทางการแพทย์ (Medical Care) แต่ยังรวมถึงการบริการสุขภาพ (Health Care) ตามที่ผู้แทนกระทรวง สาธารณสุขได้นำเสนอไป ๒) เรื่องการจัดการความเสี่ยงจากภัยพิบัติ ๓) ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ ในภาวะภัยพิบัติ

ศ.ดร.สุริชัย หวันแก้ว กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีความเห็นว่า ขอชื่นชมที่มีการจัดทำกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย ถือเป็นความก้าวหน้าอีกขั้นหนึ่ง มีการใช้คำว่า “ความมั่นคงด้านสุขภาพ” ซึ่งเป็นคำใหม่ที่ดี น่าจะเป็นโอกาสในการบูรณาการนโยบายด้านสุขภาพกับนโยบายเศรษฐกิจ และด้านอื่นๆ ตลอดจนการเอื้อให้เกิดการจัดกลไกแบบมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคธุรกิจ เอกชน และภาคชุมชน ในการขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม จุดแข็งของประเทศไทยอีกเรื่องหนึ่ง คือ การขับเคลื่อนงานโดยใช้เครื่องมือที่สำคัญตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ดังเช่น สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่ทำให้เกิดมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะ เป็นต้น จึงควรเพิ่มเติมเรื่องนี้อยู่ในจุดแข็ง ความสำเร็จของการพัฒนาสุขภาพของประเทศไทยด้วย

นพ.ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์ กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้แทนคณะกรรมการวิชาชีพที่จัดตั้งขึ้น ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ มีความเห็นว่า ในเอกสารหน้า ๑๘ ที่มีการใช้คำว่า “การเป็นศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพของภูมิภาคอาเซียนเน้นส่งเสริมธุรกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพ (wellness) ควรปรับใช้คำกลางๆ เช่นคำว่า “การเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพของภูมิภาคอาเซียน” แล้วค่อยไปแตกรายละเอียดของยุทธศาสตร์ว่ามีเรื่องอะไรบ้างที่เป็นศูนย์กลาง เนื่องจากประเทศไทยยังมีความโดดเด่นในการเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพหลายเรื่อง โดยเฉพาะการเป็นศูนย์กลางการศึกษาและวิชาการด้านการแพทย์ (Academic Medical hub) เป็นศูนย์ฝึกอบรมด้านการแพทย์ และมีนักศึกษาในภูมิภาคอาเซียนเข้ามาศึกษาต่อด้านการแพทย์ในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก พลเรือเอก อนุพงษ์ พิพัฒน์นาศัย ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีความเห็นว่า กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ ถือเป็นจุดมุ่งหมายของประเทศที่จะไปให้ถึงการมีบทบาทนำทั้งในระดับภูมิภาคและระดับโลก เมื่อมีกรอบยุทธศาสตร์แล้ว จึงจะนำมาสู่การกำหนดกลยุทธ์ และกิจกรรม เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ กรอบยุทธศาสตร์นี้มีความคล้ายคลึงกับยุทธศาสตร์ครัวไทยสู่ครัวโลกที่น่าจุดแข็ง ความโดดเด่นของไทยเผยแพร่ไปสู่เวทีโลก หลายเรื่อง ประเทศไทยได้รับการยอมรับจากชาวโลกอยู่แล้ว แต่บางเรื่องยังต้องพัฒนาให้มีความโดดเด่นมีบทบาทนำที่ชัดเจนต่อไป

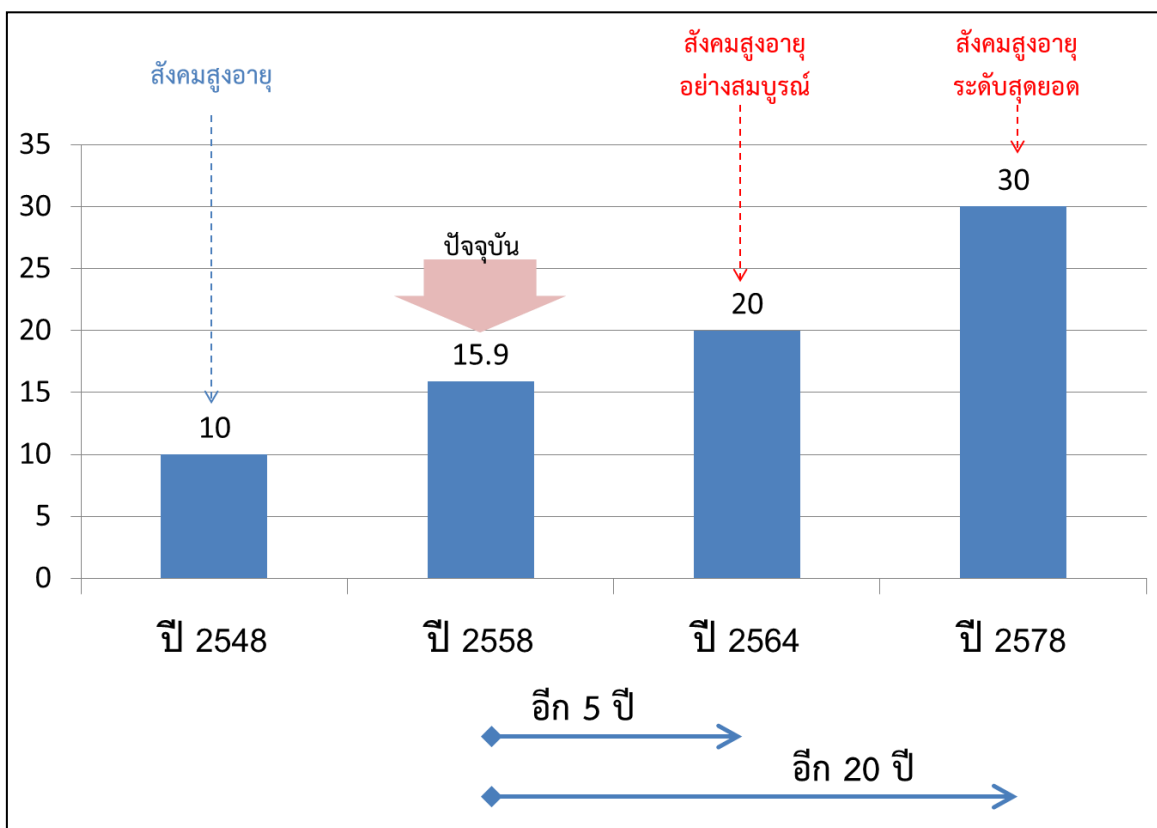
มติการประชุม เห็นชอบต่อกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ (ฉบับแก้ไขปรับปรุง)

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องเพื่อพิจารณา

๕.๑ การปฏิรูประบบรองรับสังคมสูงวัยด้านสุขภาพ

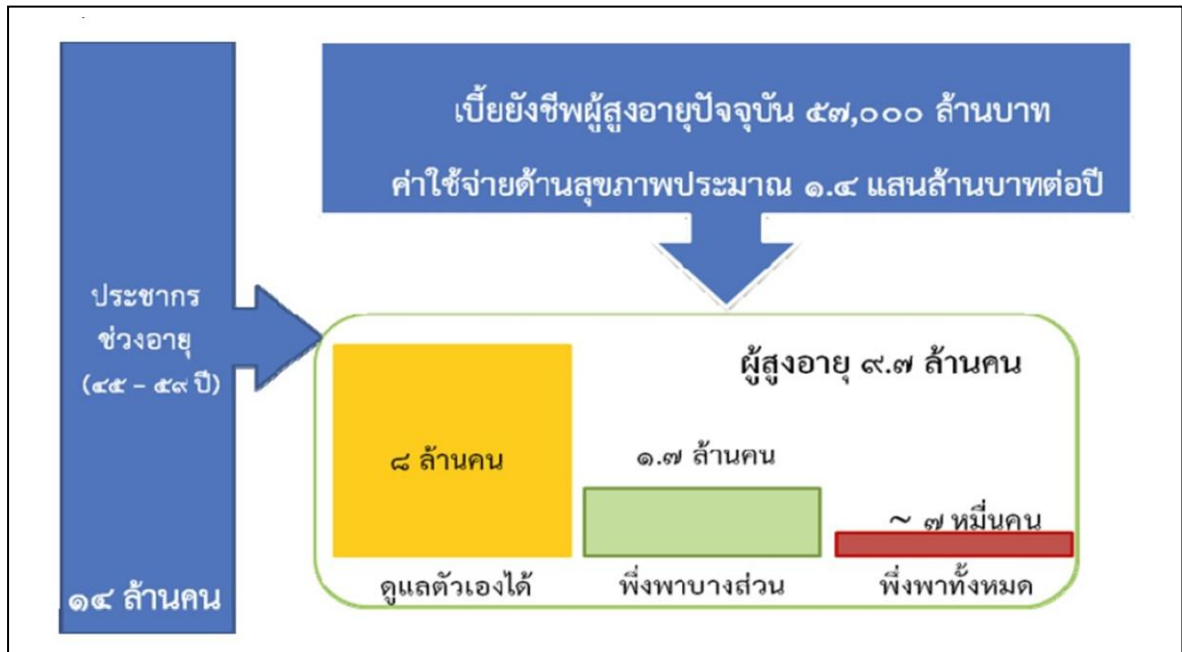
นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานว่า ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๔๘ จากการที่ประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มีสัดส่วน ๑ ใน ๑๐ ของประชากรทั้งหมด (ร้อยละ ๑๐) คาดการณ์ว่าในอีก ๕ ปี ข้างหน้า หรือ พ.ศ. ๒๕๖๔ ประเทศไทย

จะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) เมื่อประชากรสูงอายุจะมีถึง ๑ ใน ๕ (ร้อยละ ๒๐) และในอีก ๒๐ ปีข้างหน้า หรือ พ.ศ.๒๕๗๘ ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) เมื่อประชากรสูงอายุเพิ่มสูงถึงร้อยละ ๓๐ ของประชากรทั้งหมด



แผนภาพที่ ๑ แสดงอัตราส่วนของประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป พ.ศ.๒๕๔๘ - ๒๕๗๘

การจำแนกผู้สูงอายุตามลักษณะทางสุขภาพและสังคม สามารถแบ่งเป็น ๓ กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถดูแลตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น(กลุ่มติดสังคม) คิดเป็นร้อยละ ๘๕ ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด อีกประมาณร้อยละ ๑๔ เป็นผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งผู้อื่นบ้างในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (กลุ่มติดบ้าน) และผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด(กลุ่มติดเตียง) ประมาณร้อยละ ๑ ซึ่งส่วนใหญ่อายุมากกว่า ๘๐ ปี (อ้างอิงจากรายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๔ พ.ศ.๒๕๕๑ - ๒๕๕๒)



แผนภาพที่ ๒ แสดงจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ

งานวิจัยหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่า การขาดหลักประกันทางรายได้ของคนไทยและขาดการส่งเสริมด้านการออมอย่างจริงจังของรัฐบาล ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องพึ่งพารายได้จากบุตรเป็นหลัก แม้จะมีเบี้ยยังชีพที่ครอบคลุมผู้สูงอายุมากขึ้น แต่ก็ยังไม่เพียงพอที่จะเป็นรายได้หลักในการดำรงชีวิต ในอนาคตการพึ่งพารายได้จากบุตรจะยิ่งยากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุรุ่นต่อไป มีบุตรน้อยลงมาก ขณะที่คนในวัยทำงานปัจจุบันมีเพียงส่วนน้อยที่เป็นแรงงานในระบบที่มีหลักประกันรายได้อายุสูงจากระบบประกันสังคม แรงงานส่วนใหญ่กว่า ๒๕ ล้านคน เป็นแรงงานนอกระบบที่ยังไม่มีหลักประกันใดๆ ในยามสูงอายุ ในด้านสุขภาพ แม้ว่าประชากรไทยจะมีอายุยืนยาวขึ้น แต่กลับพบว่าผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและอยู่ในภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น หากปล่อยให้เป็นอย่างนี้ จะส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุและครอบครัว รวมถึงภาครัฐที่ต้องใช้งบประมาณจำนวนมหาศาลเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพ

สืบเนื่องจากสภาพปัญหาดังกล่าว หลายหน่วยงานจึงได้พัฒนาข้อเสนอนโยบาย จัดทำยุทธศาสตร์และขับเคลื่อนในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมความพร้อม ในการเผชิญหน้ากับสังคมสูงวัยของประเทศไทยทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ ดังนี้

๑. การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ พ.ศ.๒๕๕๒ ได้มีฉันทมติต่อข้อเสนอเชิงนโยบาย เรื่อง “การพัฒนาการดูแลสุขภาพและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง” และคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้เห็นชอบมติดังกล่าวในการประชุม ครั้งที่ ๕/๒๕๕๒ เมื่อวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๕๒ และได้เสนอมติเรื่องนี้ต่อคณะรัฐมนตรี (ครม.) ซึ่งครม.ได้รับทราบในการประชุมเมื่อวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓ และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง โดย สช. ได้แจ้งมติ ครม. ดังกล่าว ให้กับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องเป็นการเฉพาะเพื่อผลักดันการดำเนินงานให้เป็นรูปธรรม และต่อมาในสมัชชา

สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔ พ.ศ.๒๕๕๔ ได้มีการรายงานความคืบหน้าการขับเคลื่อนประเด็นฯ ดังกล่าวตามที่กำหนดไว้ในมติด้วย

๑.๑ สช. ได้รวบรวมข้อมูลการดำเนินงานขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุขององค์กรต่างๆ ที่สอดคล้องกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติฯ ข้างต้น ดังนี้

๑.๑.๑ รองนายกรัฐมนตรีด้านสังคม(นายยงยุทธ ยุทธวงศ์) ได้สนับสนุนให้มีการจัดทำแผนบูรณาการงานสังคมของภาครัฐเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ โดยมีกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นแกนประสานการดำเนินงาน

๑.๑.๒ การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข

(๑) มีนโยบายเร่งรัดการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และได้ร่วมกับภาคีเครือข่ายพัฒนาบุคลากรในระบบการดูแลระยะยาว และพัฒนาระบบส่งต่อเพื่อดูแลผู้สูงอายุผ่านกลไกหมอครอบครัว กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลสนับสนุนงบประมาณเพื่อการลงทุนในระบบอย่างต่อเนื่อง ทิศทางนโยบายผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข ยังมีแนวคิดสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรง รวมตัวกันจัดตั้งเป็นชมรมผู้สูงอายุเพื่อร่วมกันวางทิศทางการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรมและบริบทชุมชนท้องถิ่น

(๒) คณะกรรมการบริหารความร่วมมือระหว่างรัฐบาลกับองค์การอนามัยโลก ได้ตั้งคณะอนุกรรมการกำกับดูแลแผนงานผู้สูงอายุ โดยมีสำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย เป็นหน่วยเลขานุการ มีเป้าหมายเพื่อการพัฒนา Active Ageing Policy โดยมีกรอบคิดเรื่อง ๑) ระบบบริการและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ๒) การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และ ๓) พัฒนาหลักประกันทางสังคมในมิติต่างๆ

๑.๑.๓ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้กำหนดยุทธศาสตร์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีเป้าประสงค์เพื่อให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (Self-care) หรือการดูแลของครอบครัว (Family care) การดูแลในชุมชน (Community care) เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน โดยเชื่อมโยงบริการสุขภาพและบริการทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ยังมีอีกหลายองค์กรที่มีการขับเคลื่อนงานด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) สภาการพยาบาล สถาบันวิชาการต่างๆ เป็นต้น **ดังมีรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๕.๑ เอกสาร ๑**

๑.๒ มีแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วย การสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ.๒๕๕๗-๒๕๕๙ ซึ่งผ่านฉันทมติจากสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เมื่อวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๕๖ มีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้เป็นเครื่องมือเชิงระบบที่นำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพระยะท้ายของชีวิตอย่างมีคุณภาพ และจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ เชื่อมโยงกับมาตรา ๑๒ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่บัญญัติให้บุคคลมีสิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายแห่งชีวิตที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย หรือยุติความทรมานจากการเจ็บป่วย

๒. สภาปฏิรูปแห่งชาติ ได้กำหนดให้เรื่องสังคมสูงวัย เป็นวาระการปฏิรูปที่ ๓๐ ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการปฏิรูปสังคม ชุมชน เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส ที่ได้แต่งตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย มี ดร.เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง เป็นประธานกรรมการ ได้จัดทำรายงานการปฏิรูป โดยการศึกษาทบทวนเอกสารวิชาการ จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง และดูงานการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและชมรมผู้สูงอายุที่จังหวัดพิจิตร ต่อมา สภาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) ได้พิจารณาและให้ความเห็นชอบหลักการและสาระสำคัญของรายงานการปฏิรูประบบรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย(รอบที่๑) หลังจากนั้น สปช.ได้มีมติส่งรายงานนี้ให้กับคณะรัฐมนตรี ซึ่งครม.ได้มีมติเห็นชอบต่อรายงานดังกล่าวเมื่อวันที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๕๘ นอกจากนี้ ภายหลังจาก สปช. ได้เห็นชอบรายงานรอบที่ ๑ แล้ว ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพิ่มเติม ๒ คณะ ได้แก่ คณะกรรมการปฏิรูปความสัมพันธ์ขององค์กรในท้องถิ่นและชุมชนเพื่อรองรับสังคมสูงวัย และคณะกรรมการปฏิรูประบบบำนาญแห่งชาติและเศรษฐกิจเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ทั้ง ๓ คณะได้ร่วมกันจัดทำแผนปฏิรูปรอบที่ ๒ เสนอต่อ สปช. และได้รับความเห็นชอบเมื่อวันที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๕๘ แผนปฏิรูปดังกล่าวมีหลักการ เป้าประสงค์ และประเด็นปฏิรูประบบรองรับสังคมสูงวัย ดังนี้

๒.๑ หลักการในการปฏิรูประบบรองรับสังคมสูงวัย

- ๑) ผู้สูงอายุเป็นพลังในการขับเคลื่อนสังคม การปฏิรูปต้องไม่สร้างระบบที่จะทำให้ผู้สูงอายุต้องกลายเป็นภาระของสังคม
- ๒) สร้างสังคมที่คนทุกวัยอยู่ร่วมกันได้อย่างปลอดภัยและมีความสุข
- ๓) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของจุดพลัง “ภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรชุมชน และท้องถิ่น” ในการแก้ปัญหา
- ๔) เน้น “การสร้าง น่าช่อม” และการประคับประคองให้ผู้สูงอายุอยู่ในสภาพที่สามารถดูแลตนเองให้นานที่สุด
- ๕) เตรียมความพร้อมของระบบเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม สังคม และบริการสุขภาพ ภายใต้บริบทของสังคมสูงวัย

๒.๒ เป้าประสงค์การปฏิรูประบบรองรับสังคมสูงวัย

- ๑) ประชากรไทยพึ่งตนได้นานที่สุด มีหลักประกันทางรายได้ที่มั่นคงไปจนบั้นปลายของชีวิต และมีส่วนร่วมเป็นพลังให้กับสังคมได้นานที่สุด
- ๒) รัฐ เอกชน ท้องถิ่น และภาคประชาชน มีส่วนร่วมในการส่งเสริมความอยู่ดีมีสุขของประชากรทุกวัย ตลอดจนเสริมศักยภาพของครอบครัวและชุมชนในการรองรับสังคมสูงวัย

๒.๓ ประเด็นปฏิรูปเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ๔ ด้าน

- ๑) การปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัยด้านเศรษฐกิจ
 - (๑) สร้างหลักประกันทางรายได้สำหรับผู้สูงอายุและประชากรรุ่นใหม่
 - (๒) เพิ่มศักยภาพให้กับระบบเศรษฐกิจไทย ภายใต้บริบทสังคมสูงวัย
- ๒) การปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัยด้านการปรับสภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวกและบริการสาธารณะที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ
 - (๑) สร้างชุมชนน่าอยู่สำหรับสังคมผู้สูงอายุ (Aged friendly community)
 - (๒) ส่งเสริมบ้านปลอดภัย วัยเกษียณ
- ๓) การปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัยด้านสุขภาพ
 - (๑) สร้างเสริมชุมชนเข้มแข็งอย่างมีส่วนร่วม
 - (๒) ปฏิรูประบบบริการสุขภาพฯ
 - (๓) สร้างและจัดระบบดูแลสุขภาพชุมชนเมือง
- ๔) การปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัยด้านสังคม
 - (๑) การเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ
 - (๒) เสริมศักยภาพครอบครัวไทยในบริบทสังคมสูงวัย
 - (๓) เพิ่มศักยภาพและบทบาทของชุมชนเพื่อคนทุกวัย
 - (๔) เร่งรัดการทำงานเชิงรุกของภาครัฐ และเอกชนเพื่อรองรับสังคมสูงวัย
 - (๕) เพิ่มคุณค่าผู้สูงอายุ



แผนภาพที่ ๓ แสดงกรอบแนวคิดการปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัย

๒.๔ สารสำคัญของ การปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัยด้านสุขภาพ

๒.๔.๑ ประเด็นสำคัญในการปฏิรูปเพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพแบบยั่งยืน ได้แก่

๑) การส่งเสริมชุมชนเข้มแข็งอย่างมีส่วนร่วม (Inclusive community) เน้นสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และสุขภาพในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพ ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต และการทำงานร่วมกันขององค์กรปกครองท้องถิ่นและชุมชนในการสนับสนุนให้ผู้สูงวัยมีศักยภาพในการจัดการดูแลและ สร้างเสริมสุขภาพตนเอง เช่น เร่งรัดพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ให้เพียงพอต่อความต้องการในชุมชน และรัฐบาลควรเร่งรัดให้มีการกระจายอำนาจ เพื่อให้ท้องถิ่นสามารถทำการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเต็มที่

๒) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ในทุกระดับให้มีคุณภาพและมาตรฐาน เพื่อรองรับระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง ได้แก่ การสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันก่อนการเจ็บป่วย การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพหลังจากเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาล (Intermediate care) ซึ่งเป็นระบบบริการที่ปิดช่องว่างระหว่างรอยต่อของการรักษาในสถานบริการสุขภาพกับบ้าน ช่วยลดการกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำและลดภาวะทุพพลภาพหรือพิการ การดูแลระยะยาว (Long term care) และการบริการสุขภาพแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย (End of life/ Palliative care) โดยมุ่งเน้นใช้ชุมชน ท้องถิ่นเป็นฐานสำหรับการทำงานโดยใช้การดูแลครอบครัว (home health care) และการดูแลโดยชุมชน (community care)

๓) การสร้างและจัดระบบดูแลสุขภาพชุมชนเมือง โดยจัดระบบผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง ทั้งการดูแลที่บ้านและในหน่วยบริการ ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่มีการกำหนดมาตรฐานและกลไกที่มีกฎหมายรองรับในการกำกับมาตรฐาน

๒.๔.๒ ข้อเสนอปฏิรูปแนวทางการดำเนินการ

๑) มาตรการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนอย่างมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

- (๑) จัดทำข้อเสนอนโยบายเพื่อขอมติ ครม. ให้มีกลไกโครงสร้างการบูรณาการในระดับพื้นที่เป็นคณะกรรมการระดับจังหวัด คณะกรรมการระดับอำเภอ และคณะกรรมการระดับตำบล โดยการมีส่วนร่วมของชมรมผู้สูงอายุชุมชน ท้องถิ่น ท้องที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงเรียน สถาบันทางศาสนา เพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองภายในชุมชนท้องถิ่น และมีกฎหมาย/ระเบียบเป็นเครื่องมือ โดยเฉพาะการออกระเบียบหลักเกณฑ์การใช้งานงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
- (๒) ออกกฎหมายลำดับรอง ให้รองรับกฎหมายจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หรือระเบียบปฏิบัติในการใช้อำนาจตามกฎหมายจัดตั้ง อปท. หรือระเบียบปฏิบัติในการใช้อำนาจตามกฎหมายจัดตั้งและกำหนดบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่
- (๓) สนับสนุนส่งเสริมการรวมตัวของผู้สูงอายุเป็นกลุ่ม หรือชมรมผู้สูงอายุที่ประสานสัมพันธ์กับชุมชนท้องถิ่น ท้องที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงเรียน สถาบันทางศาสนา เป็นต้น เพื่อการดูแลสุขภาพกันเองและดูแลสังคมไปพร้อมกันด้วย

๒) มาตรการจัดตั้งระบบบริการสุขภาพที่ขาดหายไป โดยพัฒนาระบบการดูแลระยะกลาง และการดูแลระยะท้าย ซึ่งมีแนวทางการดำเนินการ โดยจัดทำข้อเสนอนโยบายเพื่อขอมติ ครม. เพื่อจัดตั้งระบบบริการสุขภาพที่ขาดหายไป ได้แก่ ระบบการดูแลระยะกลาง การดูแลระยะยาว และการดูแลระยะท้าย ให้มีบริการทั้งในสถานพยาบาล ในบ้าน และชุมชน โดยมุ่งเน้นการใช้ชุมชน ท้องถิ่นเป็นฐานสำหรับการทำงานโดยใช้การดูแลโดยครอบครัว (home health care) และการดูแลโดยชุมชน (community care) พัฒนาคะแนนการดูแลในระบบ โดยกลไกหลัก คือภาคสุขภาพ ทั้งนี้อัตราค่าใช้จ่ายบริการดังกล่าวของทั้ง ๓ หลักประกันด้านสุขภาพของคนไทย ต้องแยกกำหนดระบบบริการที่ยังไม่มีนี้ออกจากอัตราค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลแบบเหี่ยวยลันในสถานพยาบาลซึ่งมีราคาแพงกว่ามาก

๓) มาตรการจัดระบบโครงสร้างที่เป็นการรองรับและสร้างระบบดูแลสุขภาพชุมชนเมือง โดยระบบผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง ทั้งการดูแลที่บ้านและหน่วยบริการ ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยกำหนดมาตรฐานและกลไกที่มีกฎหมายรองรับการกำกับมาตรฐาน ตลอดจนราคาค่าบริการทั้งการดูแลที่บ้านหรือใน

หน่วยบริการ การมีหน่วยจัดบริการที่เป็นทางการ (formal care) ¹ มาเสริมกำลังแก่ครอบครัว โดยเฉพาะใน
บริบทสังคมเมืองนั้น จำเป็นต้องมีระบบมาตรฐานคุณภาพการดูแลและมีกลไกตามกฎหมายที่มีอำนาจในการ
กำกับดูแล เพื่อคุ้มครองผู้สูงอายุ พัฒนาและสร้างมาตรฐานคุณภาพการดูแลและมีกลไกตามกฎหมายที่มี
อำนาจในการกำกับดูแล เพื่อคุ้มครองผู้สูงอายุพัฒนาและสร้างมาตรฐานของผู้บริบาล (Care giver) โดยมีการ
พัฒนามาตรฐาน กระบวนการตรวจสอบ ได้แก่

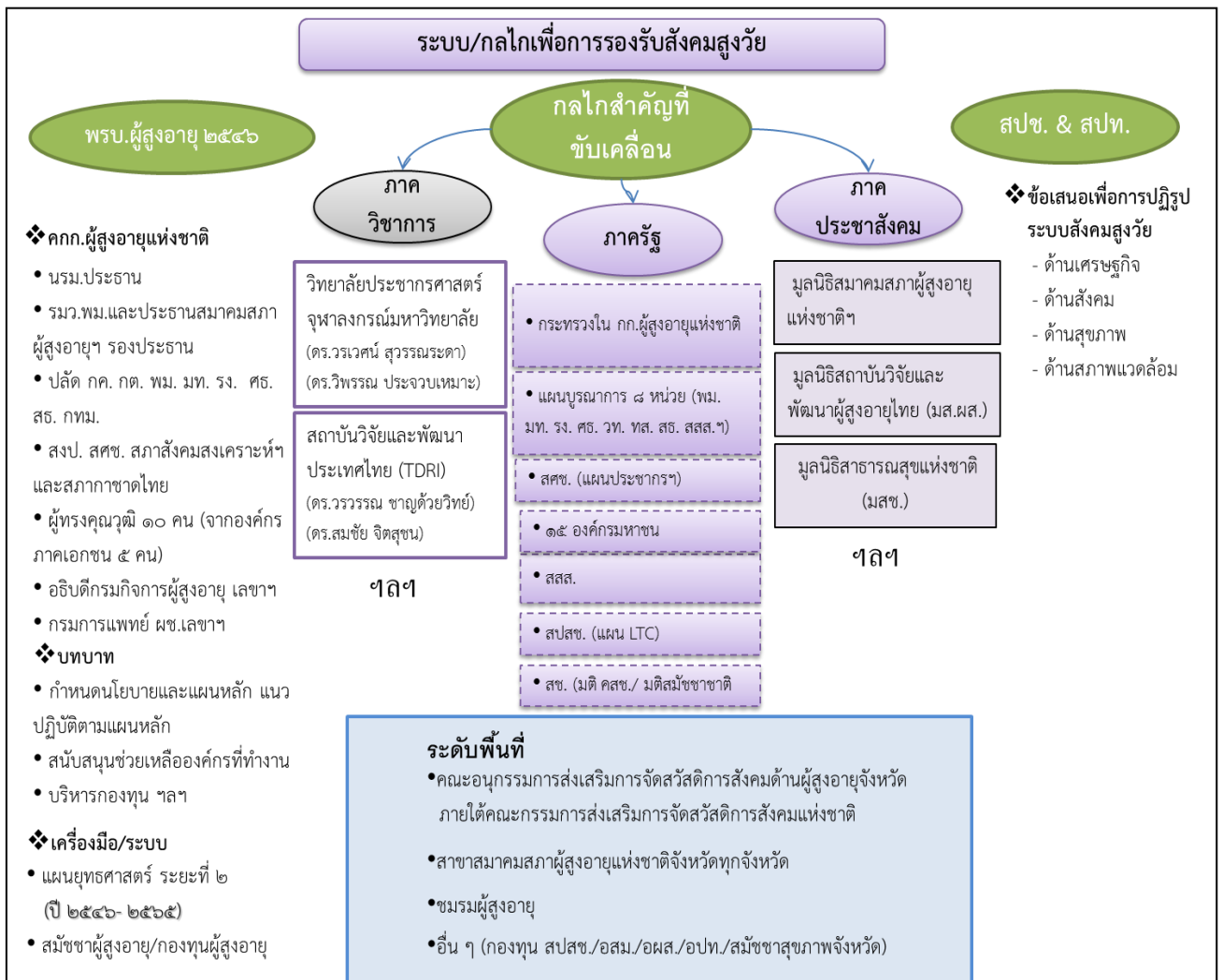
(๑) พัฒนากฎหมาย มาตรฐานการบริการและกลไกกำกับมาตรฐาน โดยมีแนวทางการ
ดำเนินการ คือ ออกพระราชบัญญัติอาชีพผู้บริบาล พ.ศ. มากำกับดูแล
มาตรฐานการให้บริการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

(๒) มาตรการเพิ่มกำลังดูแลผู้สูงอายุ โดยจัดระบบการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยหลักสูตร
มาตรฐาน เพื่อให้มีจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุเพียงพอกับความต้องการและมีคุณภาพ

โดยมีรายละเอียดแนวทางดำเนินการ และกลไกที่เกี่ยวข้อง ดังมีรายละเอียดตามเอกสารประกอบ
ระเบียบวาระที่ ๕.๑ เอกสาร ๒

๓. การวิเคราะห์ระบบและกลไกที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ ประมวลได้
ดังแผนภาพที่ ๔

¹ เป็นการดูแลโดยบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนบ้าน



แผนภาพที่ ๔ แสดงระบบ/กลไกเพื่อการรองรับสังคมสูงวัย

๔. การดำเนินงานเพื่อรองรับสังคมสูงวัยในระดับพื้นที่ ซึ่งองค์กรต่างๆ มีการดำเนินงาน มีหลากหลายรูปแบบ ตัวอย่างดังต่อไปนี้

๑) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ชุมชน และครอบครัว ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นแกนหลัก เช่น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง เป็นต้น

๒) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งให้ความสำคัญกับการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เช่น ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและผู้สูงอายุในชุมชนของเทศบาลตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบบูรณาการ ประสานความร่วมมือภาคีหลักขององค์การบริหารส่วนตำบลท่างาม อำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดสิงห์บุรี เป็นต้น

๓) สมัชชาสุขภาพจังหวัด ที่มีความตื่นตัวในการสร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ในการขับเคลื่อนประเด็นผู้สูงอายุ ทั้งด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ รวมไปถึงการใช้พลังจาก เครือข่ายผู้สูงอายุมาร่วมเป็นพลังในการขับเคลื่อนสังคม ซึ่งมีการดำเนินการในหลายพื้นที่ เช่น จังหวัดเชียงใหม่ พิจิตร สระแก้ว ชัยนาท บุรีรัมย์ กาญจนบุรี เป็นต้น

๕. ในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๕๖ เมื่อวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๕๖ ได้มีมติเห็นชอบกำหนดให้ประเด็นสุขภาพผู้สูงอายุ เป็น ๑ ใน ๔ ประเด็นสุขภาพสำคัญ สำหรับการขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของคณะกรรมการฯ ซึ่งประกอบด้วยเรื่อง (๑) อาหารกับสุขภาพ (๒) สุขภาพผู้สูงอายุ (๓) สุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว (๔) ระบบสุขภาพชุมชน

๖. การปฏิรูประบบรองรับสังคมสูงวัยด้านสุขภาพ มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ดังนั้นจึงควรมีการประสานความร่วมมือให้เกิดการทำงานร่วมกันในรูปแบบการอภิบาลโดยเครือข่าย (Governance by network / partnership) เพื่อบูรณาการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบรองรับสังคมสูงวัยด้านสุขภาพ ให้เกิด ประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

จึงเรียนมาเพื่อคณะกรรมการโปรดพิจารณา

๑) ให้ข้อคิดเห็นต่อแนวทางการปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัย

๒) เห็นชอบให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติประสานและสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ ในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบรองรับสังคมสูงวัยด้านสุขภาพอย่างบูรณาการต่อไป

ที่ประชุมมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ โดยสังเขป ดังนี้

พลเรือเอก ณรงค์ พิพัฒนาศัย ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีความเห็นว่า การเข้าสู่สังคม ผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอีก ๕ ปี หรือ ๒๐ ปีข้างหน้า เป็นเรื่องที่น่ายินดี หรือเป็นเรื่องที่น่าตกใจ ด้วยวิทยาการทางการแพทย์ในปัจจุบันเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวมากขึ้น ถ้าผู้สูงอายุมถึง ผู้สูงอายุที่ยากจนได้รับการดูแลรักษาพยาบาล มีสุขภาพแข็งแรงก็เป็นเรื่องที่น่ายินดี อย่างไรก็ตามทุกภาคส่วน ต้องเตรียมรับมือกับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุทั้งในปัจจุบันและอนาคตอันใกล้

นายสุรเดช คุ้มวงศ์ กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๙ มีความเห็นว่า สถานการณ์จังหวัดพิจิตรมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ ๒๐ เนื่องจากสภาพครัวเรือนเกษตรกรยากจน มีหนี้สิน ร้อยละ ๙๙ ทำให้คนวัยแรงงานต้องเข้ามาทำงานในเมือง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ประสบปัญหาสุขภาพจากการได้รับ สารเคมีสูงเกินค่ามาตรฐาน ในชุมชนเหลือแต่ผู้สูงอายุเลี้ยงหลานซึ่งกลุ่มวัยรุ่นประสบปัญหาท้องไม่พร้อม ร้อยละ ๓๐ สะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มคน ๓ วัยประสบปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่ ผู้สูงอายุเข้ามาใช้บริการ รักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลอำเภอ และจังหวัดเป็นจำนวนมาก ทำให้หน่วยบริการสุขภาพต้องแบกรับภาระ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้น แต่ก็มีตัวอย่างที่ดีของโรงพยาบาลสามง่าม อำเภอสามง่าม จังหวัด พิจิตร ที่ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพอำเภอในการทำงานเชิงรุกชักชวนภาคีจากทุกภาคส่วนทั้งราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการคิดนโยบายสุขภาพพื้นที่ร่วมกัน ทั้งเรื่อง

เกษตรกร เรื่องอาหารปลอดภัย เรื่องผู้สูงอายุ จากประสบการณ์ทำงานด้านผู้สูงอายุของจังหวัดพิจิตรมาเป็นเวลา ๔ ปี แล้วนั้น ผู้สูงอายุจังหวัดพิจิตรได้กำหนดวิสัยทัศน์ไว้ว่า “ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี เป็นหลักชัย ภาครัฐร่วมใจ สร้างสังคมไม่ทอดทิ้งกัน” และมียุทธศาสตร์เสริมสร้างความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุทุกตำบล เพื่อแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุ ๔ มิติ ได้แก่ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดพิจิตรคนปัจจุบัน (นางฉัตรพร ราษฎร์ดุษดี) ให้การสนับสนุนการบูรณาการทำงานของจังหวัดอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าภาคราชการส่วนกลางในระดับนโยบายได้มีการบูรณาการทำงานผู้สูงอายุร่วมกัน ๘ กระทรวง แต่ในระดับพื้นที่จังหวัดกลไกของแต่ละกระทรวงยังคงทำงานแยกส่วน เพราะแต่ละกรม กระทรวงก็มีตัวชี้วัดของหน่วยงานตนเองเป็นตัวตั้ง เช่น การพัฒนาระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (Long term Care) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีอุปสรรคข้อจำกัดที่ชมรมผู้สูงอายุยังไม่เข้มแข็งเพียงพอที่จะดำเนินกิจกรรมนี้ได้ จังหวัดพิจิตรมีโรงเรียนผู้นำผู้สูงอายุ จัดหลักสูตรอบรม ๒ วัน โดยใช้สถานที่วัด กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ แก่นนำผู้สูงอายุ หมออนามัย และผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปัจจุบันได้จัดอบรมสัญจรรวมแล้ว ๓๘ ตำบล ทำให้เกิดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุที่เน้นการดูแลสุขภาพและการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย ประเด็นสำคัญอยู่ที่การนำแนวคิดประชารัฐมาปฏิบัติ ให้กลไกภาครัฐระดับอำเภอ และระดับจังหวัดเป็นผู้สนับสนุน และภาคประชาชน/ชุมชนเป็นผู้บริหารจัดการกิจกรรมด้วยตนเอง สำหรับส่วนกลางควรมีกลไกการประสานเชื่อมโยงนโยบายและยุทธศาสตร์ทั้ง ๓ ภาคส่วน โดยเฉพาะภาครัฐกิจเอกชนให้เข้ามามีบทบาทในการพัฒนาอาชีพและรายได้ของผู้สูงอายุให้มากยิ่งขึ้น ตามแนวทางประชารัฐที่จะพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมควบคู่กันไป ในปี ๒๕๕๙ นี้ควรมีการบูรณาการนโยบายผู้สูงอายุของ ๘ กระทรวงที่ต่อเนื่อง และมุ่งเน้นการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้เข้มแข็งเป็นหัวใจสำคัญ

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๑๓ มีความเห็นว่่า ก่อนหน้าที่จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบนั้น ประเทศไทยได้กำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพของประชาชนโดยมุ่งเน้นการส่งเสริมการวางแผนครอบครัวควบคู่ไปกับการพัฒนาเศรษฐกิจ ทำให้ปัจจุบันที่เป็นสังคมผู้สูงอายุแล้วนั้น ครอบครัวไทยพ้นจากเส้นความยากจนมากขึ้นกว่าเดิม แต่คนส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง และมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศญี่ปุ่นเมื่อคนสูงวัยแล้วก็จะมีฐานะร่ำรวยตามไปด้วย มีช่องว่างระหว่างคนจนกับคนรวยห่างกันอยู่ ๔-๕ เท่า ในขณะที่ประเทศไทยมีช่องว่างระหว่างคนจนกับคนรวยห่างกันอยู่ ๑๕-๒๐ เท่ามาโดยตลอด หัวใจสำคัญอยู่ที่ จะทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุเป็นพลังของสังคม ไม่ใช่ภาระสังคม ควรมีการปรับขยายคำจำกัดความของผู้สูงอายุจากเดิมอายุ ๖๐ ปี เป็นอายุ ๖๕ ปี เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลพึ่งพาตนเองต่อไปได้อีกอย่างน้อย ๕ ปีก่อนจะถึงวัยสูงอายุที่ ๖๕ ปี ถ้าหากมีการปรับคำจำกัดความอายุใหม่นี้จะช่วยจัดการสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุนี้ได้หลายเรื่อง

ศ.ดร.สุริชัย หวันแก้ว กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีความเห็นว่่า โจทย์งานผู้สูงอายุ ถือเป็นโอกาสในการบูรณาการเชิงนโยบายที่สำคัญ ภาพสังคมผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน เริ่มมีรูปธรรมงานผู้สูงอายุ และมีนวัตกรรมงานผู้สูงอายุที่หลากหลายในระดับพื้นที่ ส่วนในระดับนโยบายอยู่ระหว่างการผลักดันการขยายคำจำกัดความผู้สูงอายุใหม่ สำหรับภาควิชาการ สถาบันการศึกษานั้น ปัจจุบันมีคณะที่มีหลักสูตรสังคมศาสตร์เพื่อรองรับงานด้านผู้สูงอายุอยู่เพียงแค่คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และมหาวิทยาลัยหัวเฉียว จึงควรมีการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนของสาขา

วิชาชีพต่างๆที่มีการประยุกต์ใช้องค์ความรู้เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ นอกจากนี้การประสานและบูรณาการ
ทำงานนโยบายผู้สูงอายุ ๘ กระทรวง ควรเพิ่มกระทรวงมหาดไทยเข้ามาร่วมด้วย เรื่องผู้สูงอายุมีหลายมิติ
โดยเฉพาะการบูรณาการระหว่างมิติสุขภาพกับมิติสังคมและเป็นการทำงานเชิงรุก หน่วยงานตรวจสอบของ
ภาครัฐจึงควรทำความเข้าใจเนื้อหาขององค์กรหน่วยงานที่ทำงานผู้สูงอายุ ไม่ตีความเนื้อหาของผู้สูงอายุแบบแยก
ส่วนมิติใดมิติหนึ่งเพียงเท่านั้น โดยเฉพาะมิติสุขภาพที่ไม่ใช่แค่เรื่องการรักษาพยาบาล

ศ.คลินิก นพ.อำนาจ กุศลนันท์ กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้แทนแพทยสภา มีความเห็นว่า
เห็นด้วยกับแนวคิดการมองผู้สูงอายุเป็นพลัง ไม่ใช่ภาระ การสร้างเสริมสุขภาพเชิงป้องกันย่อมดีกว่าการรักษา
โรคอย่างแน่นอนเพื่อให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวและมีสุขภาพดี แต่ในทางปฏิบัติแล้วการสร้างเสริมสุขภาพให้กับ
ประชาชนนั้นทำได้ยาก เช่น การรณรงค์ ๓ อ. “อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์” และภาครัฐใช้งบประมาณ
จำนวนมากในการดำเนินการดังกล่าว จำเป็นต้องสร้างองค์ความรู้และสร้างความตระหนักให้กับประชาชนใน
การใส่ใจดูแลสุขภาพในทุกช่วงวัยอย่างจริงจัง

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีความเห็นว่า
จากที่กรรมการสุขภาพแห่งชาติได้เสนอให้เห็นถึงสถานการณ์และความสำคัญของปัญหาของสังคมผู้สูงอายุนั้น
หลายฝ่ายมีมุมมองที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันแล้ว ในการนี้ฝ่ายเลขานุการจึงขอความเห็นและข้อเสนอแนะจาก
กรรมการสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับบทบาทและวิธีการทำงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่มีต่อการ
ประสานการขับเคลื่อนงานปฏิรูประบบรองรับสังคมสูงอายุด้านสุขภาพเพื่อดำเนินการต่อไป

พระครูอมรชัยคุณ กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีความเห็นว่า พระสงฆ์ที่ชราภาพ
เป็นผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่ง ซึ่งวัดกลายเป็นสถานที่รวมภาระของผู้ถูกทอดทิ้งทั้งคนและสัตว์ ชุมชนยังไม่ได้ใส่ใจดูแล
พระสงฆ์ในฐานะที่เป็นผู้สูงอายุในชุมชน ดังนั้นจึงควรรวมพระสงฆ์ที่ชราภาพไว้อยู่ในกลุ่มเป้าหมายของงาน
ดูแลผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน

นายสุพจน์ สงวนกิตติพันธ์ กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๑๑
มีความเห็นว่า ในปีนี้จะมีสมัชชาสุขภาพจังหวัดภูเก็ต ซึ่งมีประเด็นงานผู้สูงอายุ “ภูเก็ตไม่ทอดทิ้งกัน” รวมอยู่
ด้วย ถ้าทุกภาคส่วนสามารถบูรณาการทำงานร่วมกันได้ก็จะสามารถขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุได้ โดยแบ่งกลุ่ม
ช่วงวัยเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มวัยการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ ตั้งแต่คนวัยแรงงานอายุ ๔๕ ปี เน้น
การออมเพื่อชราภาพ ต่อมาคือ กลุ่มวัยสูงอายุ ควรมองผู้สูงอายุว่าเป็นกลุ่มคนที่มีคุณค่า ยังสามารถทำงานได้
ควรมีการสร้างงาน อาชีพให้กับผู้สูงอายุ เช่น งานบริการต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุออกมาทำงานนอกบ้าน ปัจจุบัน
ผู้สูงอายุติดอยู่แต่ในบ้าน เนื่องจากไม่มีกิจกรรมหรืองานรองรับ และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย อายุ ๗๐ ปีขึ้นไป
ควรมีกิจกรรมต่างๆให้คนกลุ่มวัยนี้ได้ทำกิจกรรมร่วมกัน

น.ส. จินางกูร โรจนนันท์ ผู้แทนเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มี
ความเห็นเห็นว่า เห็นด้วยกับเอกสารนี้ที่ฉายภาพสังคมสูงอายุไม่ใช่มีแต่ผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังรวมถึงกลุ่มเด็ก
และกลุ่มวัยแรงงานด้วย และเห็นด้วยการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้สูงอายุให้มีงานทำ มีรายได้เพื่อ
พึ่งตนเองได้ มีสุขภาพแข็งแรง เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ อีกทั้งผู้สูงอายุยังสามารถมีส่วนร่วมใน
กิจกรรมทางเศรษฐกิจสังคมของประเทศได้อีกด้วย อย่างไรก็ตามในรายละเอียดของเอกสารยังให้น้ำหนัก

กับกลุ่มผู้สูงอายุเป็นหลัก แต่กลุ่มวัยเด็กและกลุ่มแรงงานในสังคมผู้สูงอายุนี้อย่างไม่ได้ถูกกล่าวถึงมากนัก ควร มีการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับวัยแรงงานด้านสุขภาพ โดยใช้หลัก ๓ อ. และลดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม ลง รวมไปถึงการสร้างจิตสำนึกสาธารณะ สำหรับกลุ่มเด็ก รวมไปถึงกลุ่มวัยรุ่นห้องไม่พร้อม ควรพัฒนาคน กลุ่มวัยนี้ให้เป็นวัยแรงงานที่มีคุณภาพต่อไปในอนาคตเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ

นางศิรินา ปวโรฬารวิทยา กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีความเห็นว่า ผู้สูงอายุ เป็นพลังที่มีคุณค่าของสังคม ควรมีการปรับเปลี่ยนคำจำกัดความผู้สูงอายุขยายอายุเป็น ๗๐ ปี และมีโรงเรียน เพื่อเตรียมความพร้อมตามช่วงวัย เริ่มตั้งแต่ระดับอายุ ๔๙ - ๕๙ ปี, ระดับอายุ ๕๙- ๖๐ ปี รวมไปถึงการ เลือกออาชีพที่เหมาะสมตามช่วงวัย ตลอดจนการส่งเสริมการจ้างงานผู้สูงอายุโดยมีมาตรการจูงใจลดภาษี ให้กับผู้ประกอบการ เป็นต้น

ผศ.ดร.กานดา ชัยภิญโญ กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้แทนสภากายภาพบำบัด มีความเห็นว่า เห็นด้วยกับให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ประสานในเรื่องนี้ และเห็นด้วยกับข้อเสนอ เรื่องการสร้างอาชีพให้กับผู้สูงอายุ โดยเป็นการทำงานที่มุ่งเน้นการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น เพื่อพัฒนาด้าน สังคม และด้านอารมณ์ จิตใจของผู้สูงอายุไปพร้อมกัน ไม่ได้มุ่งเน้นแต่ด้านเศรษฐกิจเพียงเท่านั้น นอกจากนี้ยังเห็นด้วยกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน (intermediate care) ซึ่งยังไม่ มีระบบนี้ในประเทศไทย บางครั้งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยไม่มากแล้วออกจากโรงพยาบาลไปพักฟื้นตัวที่บ้าน ถ้าหากไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องในระยะพักฟื้นก็อาจมีสภาพป่วยติดเตียงยาวนานได้

ดร.อมรรวิช์ นาครทรรพ กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีความเห็นว่า มีข้อเสนอ ๕ เรื่อง ดังนี้ (๑) ควรจัดเวทีนโยบายสาธารณะเรื่องการขยายอายุเกษียณของประเทศไทยให้เกิดผลรูปธรรม (๒) สนับสนุนให้ สช. มียุทธศาสตร์การจัดการพื้นที่ตามแนวทางนโยบายประชารัฐ และขับเคลื่อนงาน ผู้สูงอายุด้านสุขภาพ (๓) การจัดทำตัวชี้วัดงานผู้สูงอายุเชิงบูรณาการระดับพื้นที่ (๔) การจัดทำระบบ ฐานข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้สนับสนุนหลัก (๕) สถาบันการศึกษา ควรจัดปรับหลักสูตรการเรียนการสอนของนักศึกษา รวมไปถึงการจัดหลักสูตรอบรม ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยประสานความร่วมมือกับกระทรวงศึกษาธิการ และสำนักงานคณะกรรมการ อุดมศึกษา (สกอ.)

นายพัลลภ ศักดิ์โสภณกุล ผู้แทนจากสำนักงานงบประมาณ ที่ปรึกษาคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีความเห็นว่า ข้อเสนอปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัยนั้นมีความครอบคลุมบริบทเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามข้อเสนอนี้มีความเกี่ยวข้องกับหลาย กระทรวง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา สำนักงานรัฐมนตรี จังหวัด กลุ่มจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งแต่ละกระทรวงมีกลไกและกลไกงบประมาณในการดำเนินงานด้าน ผู้สูงอายุได้ บทบาทของ คสช. และ สช. ในประสานและสนับสนุนการผลักดัน ขับเคลื่อนนโยบายเพื่อให้เกิดความร่วมมือแต่ละกระทรวงนั้นเป็นเรื่องที่สำคัญ ควรมีการจัดทำแผนบูรณาการงานนโยบายของแต่ละ กระทรวงร่วมกัน รวมไปถึงแผนการจัดสรรงบประมาณของแต่ละกระทรวง/หน่วยงาน ซึ่งในปีงบประมาณ

พ.ศ. ๒๕๕๙ รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ ๙.๘๓ เป็นจำนวนเงิน ๒๕๐ ล้านบาท เพื่อสนับสนุนงานผู้สูงอายุ

ศ.นพ.คลินิก เกียรติคุณ ปิยะสกล สกลสัตยาทร รองประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีความเห็นว่า รัฐบาลชุดปัจจุบันได้เล็งเห็นความสำคัญของการเป็นสังคมผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ ได้จัดสรรงบประมาณ ๖๐๐ ล้านบาท ให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยเริ่มจากระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงก่อน ซึ่งจะเริ่มปฏิบัติการก่อนในพื้นที่ ๘๐๐- ๑,๐๐๐ ตำบลแรก เพื่อพัฒนาชุมชนต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง และขยายผลต่อไป จะมีการติดตามรายงานตามตัวชี้วัดว่าสามารถดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงพื้นสภาพไปสู่กลุ่มติดบ้านได้จำนวนเท่าไร จากผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านพื้นสภาพไปสู่กลุ่มติดสังคมได้จำนวนเท่าไร และมีผู้สูงอายุที่เสียชีวิตเป็นจำนวนเท่าไร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางกรอบงบประมาณในปีต่อไป กระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถทำงานดูแลผู้สูงอายุเพียงลำพังได้ จำเป็นต้องร่วมดำเนินการกับกระทรวงต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทรวงสาธารณสุขยินดีรับข้อเสนอการปฏิรูประบบรองรับสังคมสูงวัยด้านสุขภาพจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และยินดีสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วน รูปธรรมการดูแลผู้สูงอายุจะต้องเกิดขึ้นให้ได้ภายในปี ๒๕๕๙ และวัดผลได้ในปี ๒๕๖๐

พลเรือเอก ณรงค์ พิพัฒนาศัย ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีความเห็นว่า ข้อเสนอการปฏิรูประบบรองรับสังคมสูงวัยด้านสุขภาพตามที่ฝ่ายเลขานุการได้เสนอมานั้นเป็นข้อเสนอที่ดี กรรมการสุขภาพแห่งชาติ จากหลายภาคส่วนเห็นด้วย และมีข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม รวมไปถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูลกรณีตัวอย่างจากพื้นที่ต่างๆ ขอให้ฝ่ายเลขานุการดำเนินการประสานและสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือตามข้อเสนอนี้ต่อไป นอกจากนี้รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับงานผู้สูงอายุ ปัจจุบันได้จัดตั้งกองทุนการออมแห่งชาติเพื่อกลุ่มคนวัยแรงงานที่ประกอบอาชีพอิสระ และยังไม่มียุทธศาสตร์รองรับให้มีหลักประกันยามชราภาพ จำเป็นต้องประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรู้จักกองทุนการออมแห่งชาตินี้ให้แพร่หลายยิ่งขึ้น

มติการประชุม เห็นชอบให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติประสานและสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบรองรับสังคมสูงวัยด้านสุขภาพอย่างบูรณาการต่อไป

๕.๒ แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๕๙

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานว่า ด้วยมาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้งซึ่งในแต่ละปีที่ผ่านมา คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ที่มีหน้าที่และอำนาจในการอำนวยความสะดวกติดตามและกำกับการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้เป็นที่ยอมรับโดยตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้มอบหมายให้ นายเจษฎา

มิ่งสมร กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้แทนองค์กรภาคเอกชน เขต ๓ เป็นประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘

เพื่อให้การเตรียมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๕๙ มีการพัฒนาที่ต่อเนื่องจากปี พ.ศ. ๒๕๕๘ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.) จึงขอเสนอคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติพิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ จึงเรียนมาเพื่อคณะกรรมการได้โปรดพิจารณา

- ๑) ให้ความเห็นชอบแต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยมีนายศุภกิจ ศิริลักษณ์ จากผู้แทนองค์กรภาคราชการ เป็นประธานกรรมการ ดั่งมีประวัติโดยย่อในเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๕.๓ และมีเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรรมการและเลขานุการ
- ๒) มีองค์ประกอบของกรรมการไม่เกิน ๔๐ คน
- ๓) ให้คณะกรรมการมีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้
 - ๓.๑) วางแผนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙
 - ๓.๒) เชื่อมประสานกับสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เพื่อเกื้อกูลการทำงานระหว่างกันให้เกิดประโยชน์สูงสุด
 - ๓.๓) อำนวยความสะดวก ติดตามและกำกับการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ ให้เป็นที่เรียบร้อย
 - ๓.๔) ดำเนินการรวบรวมข้อเสนอนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเพื่อขับเคลื่อนและผลักดันสู่การปฏิบัติ
 - ๓.๕) ประสานการดำเนินงานอย่างใกล้ชิดกับคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.) เพื่อการทำงานร่วมกัน
 - ๓.๖) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงาน เพื่อดำเนินการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น
 - ๓.๗) หน้าที่อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

มติการประชุม เห็นชอบแต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ โดยมีนายศุภกิจ ศิริลักษณ์ จากผู้แทนองค์กรภาคราชการ เป็นประธานกรรมการ มีองค์ประกอบของกรรมการไม่เกิน ๔๐ คน โดยมีหน้าที่และอำนาจตามเสนอ

ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องอื่น ๆ

๒.๑ นัดหมายการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๕๘

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานว่า เพื่อการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผล และเป็นระบบ ฝ่ายเลขานุการจึงขอเสนอกำหนดนัดหมายการประชุม คสช. ครั้งที่ ๑/๒๕๕๙ ในวันศุกร์ที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๕๙ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. จึงเสนอมาเพื่อคณะกรรมการได้โปรดพิจารณาเห็นชอบนัดหมายการประชุม คสช. ตามที่ฝ่ายเลขานุการเสนอ

มติการประชุม เห็นชอบนัดหมายการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๕๙ ในวันศุกร์ที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๕๙ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.

เลิกประชุม เวลา ๑๒.๐๐ น.

นางสาววิภูษิตา แก้วเกตุ
ผู้จัดทำรายงานการประชุม
นางปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา
ผู้ตรวจรายงานการประชุม