

รายงานการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ครั้งที่ ๓/๒๕๕๘

เมื่อวันศุกร์ที่ ๓ เดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

ณ ห้องประชุมสถานใจ ๑ ชั้น ๖ อาคารสุขภาพแห่งชาติ

ผู้เข้าประชุม

๑.	ศ.ดร.ยงยุทธ ยุทธวงศ์	รองนายกรัฐมนตรี	ประธานกรรมการ
๒.	ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน	รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	รองประธานกรรมการ
๓.	นายจรินทร์ จักกะพาก	รองปลัดกระทรวง	กรรมการ
		แทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย	
๔.	นางอรุณี พงษ์กำเนิด	แทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์	กรรมการ
๕.	ดร.อภิชาติ พงษ์ศรีหตุลชัย	ผู้ช่วยรัฐมนตรี	กรรมการ
		แทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์	
๖.	นายกมล ศิริบรรณ	รองปลัดกระทรวง	กรรมการ
		แทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ	
๗.	นางปิยนันท์ โสภณคณาภรณ์	แทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงทรัพยากร- ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๘.	ศ.คลินิก นพ.อำนาจ กุศลนันท์	ผู้แทนแพทยสภา	กรรมการ
๙.	รศ.ดร.ดร.ดร. รุจกรกานต์	ผู้แทนสภาการพยาบาล	กรรมการ
๑๐.	ทพ.ญ.ศันสนี 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.	ดร.ศิรินา ปวโรฬารวิทยา	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
๑๗.	นายมานิจ สุขสมจิตร	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
๑๘.	ดร.อมรวิชัย นาครทรรพ	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
๑๙.	พระครูอมรชัยคุณ	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
๒๐.	นางสุภาพรณี เชิดชัยภูมิ	แทนนายกเมืองพัทยา	กรรมการ
๒๑.	นายพะยอม ระวังพันธ์ุ	นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสาละ	กรรมการ
๒๒.	นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๑	กรรมการ

๒๓. นางรัตนา สมบูรณ์วิทย์	ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๒	กรรมการ
๒๔. นายเจษฎา มิ่งสมร	ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๓	กรรมการ
๒๕. นายวิเชียร คุดตวัส	ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๔	กรรมการ
๒๖. นายวีระพล สุตตรง	ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๕	กรรมการ
๒๗. นายปิยกุล คุณแก้ว	ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๖	กรรมการ
๒๘. นายสวัสดิ์ กตะศิลา	ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๗	กรรมการ
๒๙. นางสาววิไลวรรณ จันทร์พ่วง	ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๘	กรรมการ
๓๐. นายสนั่น วุฒิ	ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๑๐	กรรมการ
๓๑. นายสุพจน์ สงวนกิตติพันธ์	ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๑๑	กรรมการ
๓๒. นายชัยพร จันทร์หอม	ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๑๒	กรรมการ
๓๓. นพ.วิชัย โชควิวัฒน์	ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๑๓	กรรมการ
๓๔. นพ.อำพล จินดาวัฒนะ	เลขาธิการ คสช.	กรรมการและเลขานุการ
๓๕. นางปิติพร จันทรรัตน์ ณ ออยุธยา	รองเลขาธิการ คสช.	ผู้ช่วยเลขานุการ

ผู้ไม่เข้าประชุม

๑. รศ.ดร.ชันทฤทัย กาญจนะจิตตรา	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
๒. นายไพบูลย์ อุบัติศฤงค์	นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต	กรรมการ
๓. นายสมนึก ธนเดชากุล	นายกเทศมนตรีนครนนทบุรี	กรรมการ
๔. นายสุรเดช เดชคุ้มวงศ์	ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๙	กรรมการ

ผู้นำเสนอข้อมูล

๑. นพ.สมเกียรติ ศิริรัตนพฤษ์	นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
๒. ดร.นพ.ปรีชา เปรมปรี	ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค

ผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นางวิยดา โชติรัตนศิริ	แทนผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ	ที่ปรึกษา คสช.
๒. นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์	แทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ที่ปรึกษา คสช.
๒. นายประพนธ์ กิติจันทร์โรภาส	แทนปลัดกระทรวงพลังงาน	ที่ปรึกษา คสช.
๓. นายมาฆะ ภูจินดา	แทนเลขาธิการคณะกรรมการ ข้าราชการพลเรือน	ที่ปรึกษา คสช.
๔. นายเอ็นนู ซื่อสุวรรณ	กรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	
๕. นายพิชัย ศรีใส	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการขับเคลื่อนสังคม	
๗. นายธำกร ดิษฐอำนาจ	ที่ปรึกษารัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี	
๘. นายมนตรี ชุนพิทักษ์	คณะทำงานรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี	
๙. นางพิชญานัสสร วรรณศิริกุล	แทนผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	

๑๐. นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ	รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๑๑. พญ.ลดาวัลย์ นวลแจ่ม	แทนผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร
๑๒. ดร.จรรยาพร ศรีศศลักษณ์	แทนผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๑๓. ดร.กาญจนา กาญจนสินินท์	ที่ปรึกษา สช.
๑๔. นางทิพย์รัตน์ นพดารมย์	ที่ปรึกษา สช.
๑๕. นพ.ประจักษ์วิช เล็บนาค	ที่ปรึกษา สช.
๑๖. นางอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา	รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๑๗. นางกรรณิการ์ บรรเทิงจิตร	รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๑๘. นายสุทธิพงษ์ วสุโสภาพล	ผู้ช่วยเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๑๙. นายอนุศักดิ์ สุภาพร	พนักงาน สช.
๒๐. นางสาวจิตติพร คหัญฐา	พนักงาน สช.
๒๑. นางสาวพัชรา อุบลสวัสดิ์	พนักงาน สช.
๒๒. นางนิรชา อัครวีธากุล	พนักงาน สช.
๒๓. นางจุฑามาศ โมฬี	พนักงาน สช.
๒๔. นางสาวสิระกาญจน์ มโนทัศน์ันท์	พนักงาน สช.
๒๕. นายสุรชัย กลั่นวารี	พนักงาน สช.
๒๖. นางสาวทิพิชา โปษยานนท์	พนักงาน สช.
๒๗. นางนาดยา พรหมทอง	พนักงาน สช.
๒๘. นางสาวนงลักษณ์ ยอดมงคล	พนักงาน สช.
๒๙. นางสาวนภินทร ศิริไทย	พนักงาน สช.
๓๐. นางจุไรรัตน์ โตคำงาม	พนักงาน สช.
๓๑. นางสาวชลิดา มีสมวัฒน์	พนักงาน สช.
๓๒. นางวิไลรัตน์ จันเพ็ง	พนักงาน สช.
๓๓. นางสาวชลาลัย จันทวดี	พนักงาน สช.
๓๔. นางสาวพีระพร หงษ์ทอง	พนักงาน สช.
๓๕. นางสาวศิริเพ็ญ ก่องแก้วรัมย์	พนักงาน สช.
๓๖. นายยุทธศักดิ์ บุญศรี	พนักงาน สช.
๓๗. นางสาววินิดา จัดหงษา	พนักงาน สช.
๓๘. นางวันเพ็ญ ทินนา	พนักงาน สช.
๓๙. นางสาวชญาดา เขียววิบูล	พนักงาน สช.
๔๐. นางสาวสุนันทา ปินะทาโน	พนักงาน สช.
๔๑. นายภักคพงศ์ วงศ์คำ	พนักงาน สช.
๔๒. นางสาวนันทิยา จีรวีวัฒนาชัย	พนักงาน สช.
๔๓. นางกรรณิกา ดีใจ	พนักงาน สช.

๔๔. นางสาวศิริธร อรไชย	พนักงาน สช.
๔๕. นางสาวกรรณก ตันตระกูล	พนักงาน สช.
๔๖. นางสาวอรนิต อรไชย	พนักงาน สช.
๔๗. นางสาววิภูฐา แก้วเกตุ	พนักงาน สช.

เริ่มประชุม เวลา ๐๙.๓๐ น.

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องแจ้งที่ประชุมทราบ

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า ในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๓/๒๕๕๘ นี้ ได้มีการบันทึกเทประหว่างการประชุมเพื่อนำไปเผยแพร่ทางสถานีวิทยุโทรทัศน์สุขภาพแห่งชาติ www.healthstation.in.th

มติที่ประชุม รับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๕๘

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ แจ้งให้ที่ประชุมพิจารณารายงานการประชุม ครั้งที่ ๒/๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘ ตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๒ จึงเสนอมาเพื่อที่ประชุมพิจารณารับรองรายงานการประชุม

มติที่ประชุม รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒/๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘ โดยมีข้อแก้ไข ดังนี้

๑. ในเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๒ หน้าที่ ๒ บรรทัดที่ ๑๕ แก้ไขข้อความจาก “ผู้แทนสภาเทคนิคการแพทย์” เป็น “ผู้แทนสภากายภาพบำบัด”
๒. ในเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๓.๒ หน้าที่ ๔ บรรทัดที่ ๑ แก้ไขข้อความจาก “Visual Connectivity” เป็น “Virtual Connectivity”

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องเพื่อทราบ

๓.๑ กรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติขอลาออก ๑ ท่าน

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานว่า ด้วยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้รับหนังสือขอลาออกจากการเป็นกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คบ.) ของ นายกิตติศักดิ์ สีนุชุนิช ตั้งแต่วันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๕๘ เป็นต้นไป และได้นำเสนอคณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คบ.) ทราบและพิจารณาตามระเบียบคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการดำรงตำแหน่ง การพ้นจากตำแหน่ง การประชุม และการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหาร พ.ศ. ๒๕๕๐ ข้อ ๔ วรรค ๒ กำหนดว่า “ในกรณีที่มีการพ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ จะมีการแต่งตั้งแทนตำแหน่งที่ว่างลงหรือไม่ก็ได้ ถ้ามีการแต่งตั้งแทน ให้ผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งแทนอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการบริหารที่ตนแทน”

และข้อ ๕ “กรรมการบริหารพ้นจากตำแหน่งเมื่อ (๑) ตาย (๒) ลาออก...” ซึ่งนายกิตติศักดิ์ สินธุวิช ได้รับการแต่งตั้งตามคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๕/๒๕๕๕ สัณ ณ วันที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕ จะครบกำหนดวาระในวันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๕ ดังนั้นที่ประชุมจึงมีมติรับทราบ และเนื่องจากคณะกรรมการบริหารชุดนี้ใกล้จะหมดวาระลง จึงเห็นชอบให้ไม่ต้องแต่งตั้งกรรมการบริหารคนใหม่มาแทนตำแหน่งที่ว่างลง และให้แจ้งเพื่อทราบต่อ คสช. ในการนี้ สช. ฝ่ายเลขานุการ จึงเสนอมาเพื่อคณะกรรมการได้รับทราบ

มติที่ประชุม รับทราบกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติขอลาออก ๑ ท่าน

๓.๒ ความคืบหน้าการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๕๖

มติที่ ๘ เรื่อง การปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานว่า สืบเนื่องจากมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๕๖ มติ ๘ การปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย โดยสาระในมติฯ ได้เสนอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) พิจารณานำกลไกและกระบวนการสมัชชาสุขภาพ และเครื่องมืออื่น ๆ สำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมไปปรับใช้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศไทย นำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑-๖ จำนวน ๕๙ มติ มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ๖ มติ ข้อเสนอต่าง ๆ ของคณะกรรมการปฏิรูป (คปร.) และมติสมัชชาปฏิรูประดับชาติครั้งที่ ๑-๓ พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๖ จำนวน ๒๑ มติ ไปขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติให้เป็นรูปธรรมในทุกระดับภายในกรอบเวลาที่เหมาะสมและชัดเจน รวมทั้งนำ “หลักการ ทิศทาง และแนวทางสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย” ไปพิจารณาปฏิบัติ ซึ่งกล่าวถึง แนวทางสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ ไว้ ๕ ประการ ได้แก่

- ๑) ระบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการกับภัยคุกคามสุขภาพ
- ๒) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ
- ๓) การปฏิรูประบบการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ
- ๔) การปฏิรูประบบการเงินการคลังและระบบหลักประกันด้านสุขภาพ และ
- ๕) การปฏิรูปการอภิบาลระบบสุขภาพและการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

ความคืบหน้าในการดำเนินงานตามมติฯ มีดังนี้

๑) การประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๒๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ ที่ประชุมได้เห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๕๖ มติ ๘ การปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย

๒) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้จัดประชุมปรึกษาหารือเพื่อการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๕๖ มติ ๘ การปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย เมื่อวันที่ ๓๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ มีวัตถุประสงค์เพื่อสานความเข้าใจและแสวงหาความร่วมมือในการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติดังกล่าว ของหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน ๓๗ คน ประกอบด้วย ผู้แทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) สำนักงานประมง สถาบันการแพทย์

ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) สภาการพยาบาล คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) คณะกรรมการขับเคลื่อน และติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสมส.) คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นมติฯ และผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นต้น

๓) การประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ ที่มีรองหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติและหัวหน้าฝ่ายสังคมจิตวิทยา (พลเรือเอก ณะรณงค์ พิพัฒน์นาคัย) เป็นประธานการประชุม ที่ประชุมมีมติเห็นชอบให้เสนอต่อคณะรักษาความสงบแห่งชาติเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ เพื่อเสนอต่อสภาปฏิรูปแห่งชาติและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ต่อไป และมีมติต่อข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ : การจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ดังนี้

- เห็นชอบหลักการในการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เพื่อเสนอให้คณะรักษาความสงบแห่งชาติให้ความเห็นชอบการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน
- เห็นชอบให้แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนารูปแบบการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชนโดยมี นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เขต ๑ เป็นประธาน และมอบหมายให้เป็นผู้พิจารณาองค์ประกอบของคณะทำงานฯ ในจำนวนไม่เกิน ๒๐ คน โดยให้นำความเห็นและข้อเสนอแนะของกรรมการสุขภาพแห่งชาติมาประกอบการพิจารณา และให้คณะทำงานฯ ทำหน้าที่พัฒนารูปแบบ การจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชนตามหลักการสำคัญของข้อเสนอการจัดตั้งฯ โดยเปิดให้มีการรับฟังความเห็นจากทุกภาคส่วน เพื่อสร้างความเข้าใจและการยอมรับ ทั้งนี้ อาจเสนอเข้าสู่การพิจารณาของที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗ พ.ศ. ๒๕๕๗ ต่อไปด้วย

- เห็นชอบให้เสนอมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๕๖ มติ ๘ การปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย ” ต่อคณะรักษาความสงบแห่งชาติเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ เพื่อเสนอต่อสภาปฏิรูปแห่งชาติและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง พิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ต่อไป

๔) การประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๗ ที่มีรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์) เป็นประธานการประชุม ที่ประชุมรับทราบการรายงานความคืบหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๕๖ มติ ๘ การปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย ดังนี้

- รองหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติและหัวหน้าฝ่าย(สังคมจิตวิทยา (พลเรือเอกณะรณงค์ พิพัฒน์นาคัย) ได้ลงนามเสนอเรื่องต่อหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๑๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๗
- หัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้ลงนามอนุมัติให้ดำเนินการตามข้อเสนอของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๒๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๗
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้เสนอมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๕๖ มติ ๘ การปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย สำหรับใช้เป็นกรอบการดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพในภาพรวมของประเทศต่อสภาปฏิรูปแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๒๐ ตุลาคม

พ.ศ. ๒๕๕๗ หลังจากที่ได้มีประกาศพระบรมราชโองการฯ แต่งตั้งสมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติแล้ว สช.ได้เสนอ
มติดังกล่าวให้แก่ ประธานคณะกรรมการธิการ สภาปฏิรูปแห่งชาติ ทั้ง ๑๘ คณะ เมื่อวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน
พ.ศ. ๒๕๕๗ รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อสุขภาวะ
ของประชาชนทุกคนในชาติ

๕) มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ รับทราบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๕๖ และ ครั้งที่ ๗ พ.ศ. ๒๕๕๗ ที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้มีมติเห็นชอบแล้วในการ
ประชุม ครั้งที่ ๑/๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๘ ตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เสนอ
และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติดังกล่าวตามอำนาจหน้าที่
ตามลำดับความสำคัญเร่งด่วน โดยให้ยึดหลัก ดังนี้ (๑) นโยบายของรัฐบาล (๒) กฎหมาย ระเบียบหลักเกณฑ์
และมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง (๓) งบประมาณและทรัพยากรที่มีอยู่ของหน่วยงาน

๖) สช. ได้จัดประชุมสานพลังขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย
เมื่อวันที่ ๒๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยเชิญผู้แทนจากคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข สภาปฏิรูป
แห่งชาติ (สปช.) คณะกรรมการธิการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
รวมจำนวน ๖๖ คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทุกหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนข้อมูล
การดำเนินงานการปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย และเกิดการประสานการทำงานร่วมกัน
เนื่องจากการปฏิรูประบบสุขภาพเป็นบทบาทหน้าที่ของทุกภาคส่วน กิจกรรมประกอบด้วย

- การเสวนา เรื่อง “การขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย”
- การประชุมแลกเปลี่ยนในประเด็น “หลักการ ทิศทาง และแนวทางสำคัญของการปฏิรูประบบ

สุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย” โดยแบ่งกลุ่มย่อยออกเป็น ๓ กลุ่ม

กลุ่มที่ ๑ การปฏิรูประบบการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการจัดการภัยคุกคาม
สุขภาพ และการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

กลุ่ม ๒ การปฏิรูประบบการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ การปฏิรูประบบการเงินการ
คลังและระบบหลักประกันด้านสุขภาพ

กลุ่ม ๓ การปฏิรูปการอภิบาลระบบสุขภาพและการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
ดังรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๓.๒ จึงเสนอมาเพื่อคณะกรรมการได้รับทราบ

ที่ประชุมมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ โดยสังเขป ดังนี้

ศ.ดร.ยงยุทธ ยุทธวงศ์ ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สอบถามว่า การจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อ
ประชาชนกับเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขนั้นมีความแตกต่างกันหรือไม่

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ให้ข้อมูลเพิ่มเติม
ว่า การจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชนกับเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขนั้นมีความแตกต่างกัน โดย
การจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เป็นเขตบูรณาการในแนวราบ อภิบาลโดยเครือข่าย ทุกภาคส่วนมา
ทำงานร่วมกัน ไม่ได้เป็นการจัดตั้งองค์กรขึ้นมาใหม่ ซึ่งในระเบียบวาระการประชุมครั้งนี้ยังไม่ได้นำเสนอ

ในรายละเอียดของการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ซึ่งมีความคืบหน้าการดำเนินงานจนได้ร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. เสนอผ่านความเห็นชอบจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และรองนายกรัฐมนตรี (ศ.ดร.ยงยุทธ ยุทธวงศ์) แล้ว ขณะนี้อยู่ระหว่างรอเสนอต่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบ ซึ่ง สช. ฝ่ายเลขานุการ จะนำรายละเอียดความคืบหน้าของเรื่องนี้มานำเสนอต่อ คสช. ในครั้งต่อไป

มติที่ประชุม รับทราบความคืบหน้าการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๕๖ มติที่ ๘ เรื่อง การปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย

๓.๓ ทิศทางการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานว่า ตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๕๖ มติที่ ๘ เรื่อง การปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทยนั้น มองว่า ระบบสุขภาพไทยเป็นแบบพหุลักษณะ มีทุกภาคส่วนเป็นเจ้าของร่วมกัน ข้อเสนอจากมติดังกล่าว คือ ควรมีการพัฒนานโยบายสุขภาพ และนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมถึงการอภิบาลระบบสุขภาพโดยเครือข่าย ซึ่งการปฏิรูปการอภิบาลระบบสุขภาพนี้ เป็นหนึ่งในประเด็นที่มีความเคลื่อนไหวและมีการจัดทำข้อเสนอโดยกลไกต่างๆที่เกี่ยวข้องในหลากหลายรูปแบบ ดังนั้น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จึงได้ประมวลร่างข้อเสนอต่อการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อนำเสนอเป็นข้อมูลเบื้องต้น ดังนี้

๑. คณะกรรมการประสานระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่งตั้งโดยคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรีที่ ๑๐๘/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๕๗ มี ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา เป็นประธาน และผู้อำนวยการสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง เป็นกรรมการและเลขานุการ มีหน้าที่กำหนดนโยบายและแนวทางเพื่อจัดการให้กองทุนประกันสุขภาพทั้ง ๓ ระบบ เกิดความเท่าเทียมกันและลดภาระในการใช้จ่ายเงินงบประมาณ รวมถึงประสานให้เกิดเอกภาพและบูรณาการในการบริหารจัดการ โดยใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ และกำกับ ดูแล ติดตามการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความเป็นธรรม มีคุณภาพ และมีความมั่นคงในระยะยาว

คณะกรรมการฯได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการศึกษาและจัดทำข้อเสนอการพัฒนากลไกกลางเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพภาครัฐ ที่มี นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นประธาน อยู่ระหว่างจัดทำร่างข้อเสนอการพัฒนากลไกกลางเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ มีประเด็นสำคัญที่อยู่ระหว่างยกร่าง ได้แก่ เสนอให้จัดทำร่าง พระราชบัญญัติสภาประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีกลไกสำคัญ ๒ ชุด คือ คณะกรรมการนโยบายประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เสนอให้นายกรัฐมนตรี เป็นประธาน และคณะกรรมการประกันสุขภาพที่เสนอให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง เป็นประธาน มีเป้าหมายสำคัญคือ สนับสนุนให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ส่งเสริมความเป็นธรรม (Equity) สำหรับประชาชน เป็นระบบที่มีคุณภาพ (Quality) และมีประสิทธิภาพ (Efficiency) กระจายการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า โดยมีองค์กรกลางเป็นผู้จัดกระบวนการเจรจากับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากกองทุนต่างๆเพื่อให้ทุกกองทุนมีคุณลักษณะร่วมกันด้วยการมีชุดสิทธิประโยชน์ร่วมที่ผ่านการเจรจาและตกลงร่วมกัน

นอกจากนี้คณะกรรมการฯได้แต่งตั้ง คณะทำงานจัดทำข้อเสนอในการจัดตั้งสำนักงานมาตรฐาน และการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ มี นพ.เทียม อังสาชน เป็นประธาน ได้พัฒนาข้อเสนอ ในการจัดทำ (ร่าง) พระราชกฤษฎีกากองค์การมหาชน สำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศบริการ สุขภาพ(สมสส.) เพื่อสนับสนุนให้เกิดคุณภาพข้อมูลเพื่อการจัดการระบบสวัสดิการรักษายาบาล

๒. คณะกรรมาธิการปฏิรูปการสาธารณสุข สถาปปฏิรูปแห่งชาติ อยู่ระหว่างจัดทำร่าง ข้อเสนอการ ปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยมีร่าง ข้อเสนอจากคณะอนุกรรมาธิการ จำนวน ๕ คณะ ทั้งในด้านระบบบริการ สุขภาพ ระบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพ ระบบบริหารจัดการระบบสุขภาพ ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ระบบการแพทย์แผนไทย และการพัฒนานโยบายสาธารณะ

ร่างข้อเสนอการปฏิรูปเฉพาะในส่วนการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับการอภิบาล ระบบสุขภาพแห่งชาติ ได้เสนอให้จัดทำร่างพระราชบัญญัติจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ เพื่อ

๒.๑ สร้างกลไกอภิบาลระบบบริการสุขภาพในระดับประเทศเรียกว่า “คณะกรรมการกำหนด นโยบายสุขภาพแห่งชาติ”(National Health Policy Board) มีนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน ทำหน้าที่กำกับ ทิศทางระบบบริการสุขภาพ การคลังสุขภาพและประสานภาคส่วนอื่นในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ โดยตั้ง หน่วยงานราชการใหม่ระดับกรมเป็นสำนักงานเลขานุการฯ เพื่อรองรับภารกิจ

๒.๒ สร้างกลไกอภิบาลระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ เรียกว่า “คณะกรรมการสุขภาพ เขต”(Area Health Board) ทำหน้าที่จัดระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองปัญหาสุขภาพในพื้นที่ เชื่อมโยง นโยบายระดับชาติกับความต้องการของพื้นที่ มีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพเขต เป็นองค์กรอิสระ และมี คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับจังหวัด(Provincial Health Promotion and Disease Prevention Board) มีหน้าที่วางแผน บูรณาการ กำกับบริการสาธารณสุขเขต โดยมี สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด เป็นสำนักงานเลขานุการ

๒.๓ รื้อปรับองค์กรและโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่สถานพยาบาลสังกัด อยู่ โดยให้คณะกรรมการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติ ทำแผนและขั้นตอนการปรับสถานพยาบาลของ กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรมหาชนแบบพวงบริการ

๒.๔ รื้อปรับองค์กรและโครงสร้างหน่วยงานผู้รับประกัน โดยโอนหน้าที่การกำหนดสิทธิ ประโยชน์และกลไกการจ่ายชดเชยสถานพยาบาลมาอยู่ภายใต้อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการกำหนดนโยบาย สุขภาพแห่งชาติ

ทั้งนี้ ร่างข้อเสนอนี้ยังอยู่ระหว่างการพิจารณาของกรรมาธิการปฏิรูปการสาธารณสุข เพื่อ บูรณาการกับข้อเสนอปฏิรูปสาธารณสุขในด้านอื่นๆ และเสนอต่อสภาปฏิรูปแห่งชาติภายใน สิ้นเดือนมิถุนายนนี้

๓. ข้อเสนอเบื้องต้นจากประชุมปรึกษาหารือ เรื่อง การปฏิรูปประเทศไทยด้านสาธารณสุข ที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมได้แก่ ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข สปสช. และ สช. เมื่อวันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๕๘ มีข้อเสนอเบื้องต้น ให้พิจารณาการตั้งกลไกเพื่อจัดการภาพรวมของการปฏิรูปด้านสุขภาพ ๓ คณะ ได้แก่

๓.๑ คณะกรรมการปฏิรูปด้านสุขภาพ เสนอให้รองนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน มีหน้าที่กำหนดทิศทาง การปฏิรูปด้านสุขภาพ และจัดทำยุทธศาสตร์การปฏิรูป รวมถึงจัดลำดับความสำคัญของประเด็นที่จะปฏิรูป โดยมีฐานวิชาการสนับสนุน

๓.๒ คณะกรรมการขับเคลื่อนข้อเสนอการปฏิรูปด้านสุขภาพ เสนอให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน มีหน้าที่จัดทำแผนที่ทางเดิน (Road Map) ในการขับเคลื่อน และติดตามกำกับประเด็นที่คณะกรรมการปฏิรูปด้านสุขภาพเห็นชอบแล้ว

๓.๓ คณะทำงานประสานงานเพื่อการปฏิรูปด้านสุขภาพ เสนอให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน มีหน้าที่ประสานกับกลไกปฏิรูปต่างๆ วิเคราะห์ และจัดทำข้อเสนอประเด็นและแนวทางการปฏิรูปด้านสุขภาพ

๔. ข้อเสนอต่อการอภิบาลระบบสุขภาพ จากกระบวนการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ มติ ๖.๘ เรื่อง การปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย จากการประชุมติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพฯดังกล่าว เมื่อวันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๕๘ มีดังนี้

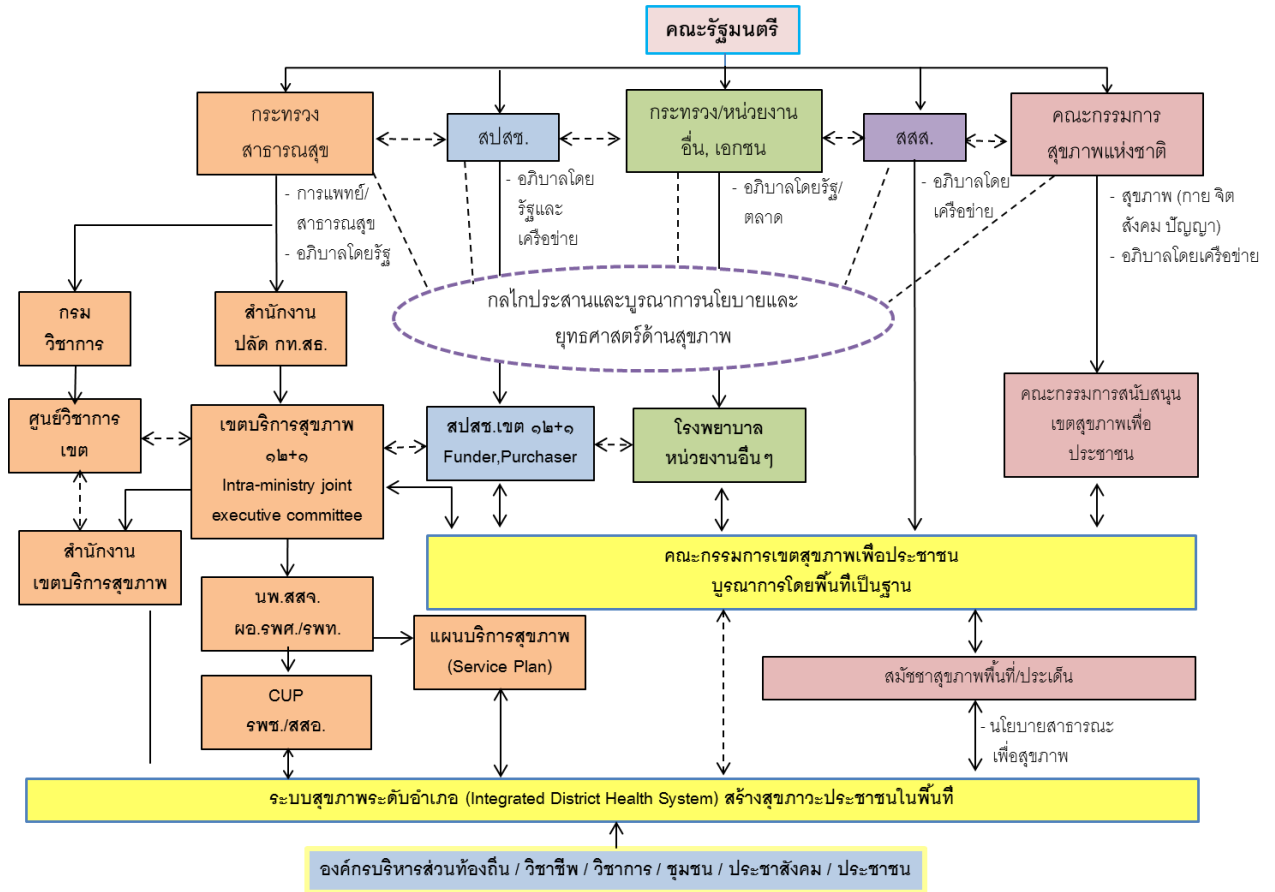
๔.๑ ควรมีแผน นโยบาย กลไกและเครื่องมือทำงาน ที่เน้นการวางเป้าหมายร่วม และบูรณาการการทำงานแบบภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่ โดยองค์กรต่างๆ ต้องปรับตัว เพื่อเอื้อต่อการอภิบาลระบบแบบเครือข่าย ให้เป็นไปตามทิศทางการสนับสนุนระบบอภิบาลแบบเครือข่าย

๔.๒ ต้องมีนโยบายชัดเจนในเรื่องการกระจายอำนาจ โดยองค์กรบริหารท้องถิ่นต้องมีการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม รัฐส่วนกลางควรกำหนดเป้าหมาย แต่ไม่ควรกำหนดรายละเอียดการดำเนินงาน เพื่อให้ท้องถิ่นออกแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับพื้นที่ โดยจะต้องให้ความสำคัญกับเรื่องการจัดงบประมาณที่ต้องเอื้อให้ท้องถิ่นทำงานได้

๔.๓ ทุกนโยบายต่างมีผลต่อสุขภาพ ทุกฝ่ายโดยเฉพาะภาครัฐ จึงต้องบูรณาการการทำงานทั้งในระดับบนและระดับท้องถิ่น ในทิศทางสร้างนำซ่อม

ทั้งนี้ ตามแผนผังการบูรณาการจัดการในระบบสุขภาพโดยเน้นพื้นที่เป็นฐาน สช. ได้เสนอให้พิจารณาการมีกลไกประสานและบูรณาการนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เป็นเวทีพูดคุยและทำงานร่วมกันของหน่วยงาน องค์กร เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในระดับชาติและระดับพื้นที่ เนื่องจากระบบสุขภาพของประเทศไทย เป็นระบบพหุลักษณะ มีหน่วยงาน องค์กรภาคีหลายภาคส่วนเข้าร่วมจัดการ ดังภาพนี้

การบูรณาการการจัดการในระบบสุขภาพโดยเน้นพื้นที่เป็นฐาน



ทั้งนี้ ข้อเสนอในทุกรูปแบบยังอยู่ในกระบวนการยกร่าง ซึ่งควรได้มีการบูรณาการและสร้างเป็นภาพที่พึงประสงค์ร่วมกันของรูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติต่อไป จึงเสนอมาเพื่อคณะกรรมการได้รับทราบ

ที่ประชุมมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ โดยสังเขป ดังนี้

ศ.ดร.ยงยุทธ ยุทธวงศ์ ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีความเห็นว่า ฝ่ายเลขานุการได้สรุปข้อเสนอต่อการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติมาเป็นอย่างดี ซึ่งทุกคนต้องการที่จะให้มีการปรับปรุงระบบสาธารณสุข มีการดำเนินงานหลายด้าน ตามที่เลขานุการได้รายงานไปแล้วนั้น รัฐบาลได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่สมัยคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ได้จัดตั้งคณะกรรมการประสานระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (หรือคณะกรรมการประสาน ๓ กองทุน) และจัดตั้งสำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมุ่งเน้นการประสานข้อมูลของทั้ง ๓ ระบบสุขภาพ ทำงานระดับปฏิบัติการ แต่ไม่มีอำนาจและหน้าที่ระดับนโยบาย ดังนั้นกรณีที่กำลังกังวลกันว่า จะทับซ้อนกันกับข้อเสนอของคณะกรรมการปฏิรูปการสาธารณสุข สถาปนิกรูปแห่งชาติ(สปช.) ที่เสนอให้มีกลไก “คณะกรรมการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติ” และ “คณะกรรมการสุขภาพเขต” นั้น จึงไม่น่าจะทับซ้อนกัน สำหรับข้อเสนอจากกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ที่เสนอให้จัดตั้งกลไกเพื่อจัดการภาพรวมของการปฏิรูปด้านสุขภาพทั้ง ๓ ระดับ ได้แก่ (๑) คณะกรรมการปฏิรูปด้าน

สุขภาพ (๒) คณะกรรมการขับเคลื่อนข้อเสนอการปฏิรูปด้านสุขภาพ และ (๓) คณะทำงานประสานงานเพื่อการปฏิรูปด้านสุขภาพ อาจมีความทับซ้อนกันอยู่กับข้อเสนอกลไกจาก สปช. ทั้งนี้อาจขอให้กระทรวงสาธารณสุขชี้แจงเพิ่มเติมว่า ทั้งสองข้อเสนอกลไกนี้จะมีแนวทางร่วมกันได้อย่างไร

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ข้อเสนอการจัดตั้งกลไกเพื่อจัดการภาพรวมของการปฏิรูปด้านสุขภาพทั้ง ๓ ระดับที่ดำริโดยกระทรวงสาธารณสุข และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพนี้ เป็นกลไกที่จะช่วยบูรณาการกลไกคณะกรรมการประสานระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของรัฐบาล และข้อเสนอกลไกคณะกรรมการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติจาก สปช. ให้เข้ามาเป็นเรื่องเดียวกัน กลไกเพื่อจัดการภาพรวมของการปฏิรูปด้านสุขภาพทั้ง ๓ ระดับนี้ ไม่ใช่กลไกอภิบาลระบบสุขภาพระดับชาติ แต่เป็นกลไกที่จะช่วยผลักดันนำไปสู่การอภิบาลระบบสุขภาพระดับชาติว่าควรมีรูปแบบอย่างไร

ศ.ดร.ยงยุทธ ยุทธวงศ์ ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีความเห็นว่า ในที่สุดแล้วกลไกต่างๆ จำเป็นต้องมีความเป็นเอกภาพ ไม่ทำงานซ้ำซ้อนกัน หรือมีแนวนโยบายที่แตกต่างกันออกไป นอกจากนี้ในการปฏิรูปประเทศนั้นจะมีการจัดตั้ง “คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ” ซึ่งถือเป็นกลไกระดับนโยบายใหญ่สุด โดยมีกรอบการทำงาน ๑๑ ประเด็นใหญ่เรื่องปฏิรูป ๑๑ นโยบายรัฐบาล และ ๓๖ ประเด็นข้อเสนอจากสภาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) ซึ่งรวมข้อเสนอปฏิรูประบบสุขภาพอยู่ในนี้ด้วย ดังนั้นข้อเสนอการจัดตั้งกลไกต่างๆควรมีความสอดคล้องกับกลไกนโยบายระดับชาติด้วย

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๑ มีความเห็นว่า ตามข้อเสนอของคณะกรรมการปฏิรูปการสาธารณสุข สภาปฏิรูปแห่งชาติ(สปช.) นั้น ในเชิงแนวคิดนั้นอาจไม่แตกต่างกัน คือ มองว่าถึงเวลาแล้วที่จะต้องปรับโครงสร้าง บทบาท และหน้าที่ในระบบอภิบาลสุขภาพ ข้อเสนอกลไก “คณะกรรมการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติ” นั้นจะทำหน้าที่ในการกำหนดทิศทาง ยุทธศาสตร์ นโยบาย มาตรฐาน คุณภาพ และกฎหมายต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อาจหมายรวมถึงแผนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพระดับชาติ ส่วนกลไก “คณะกรรมการสุขภาพเขต” (หมายรวมพื้นที่เขต และจังหวัด) เปรียบเสมือนเป็นแขน ขา รับไม้ต่อจาก “คณะกรรมการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติ” ในการสนับสนุนระดับปฏิบัติการให้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกับยุทธศาสตร์ เน้นกระบวนการมีส่วนร่วม และสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของร่วมของทุกภาคส่วนในท้องถิ่น เป็นพวงบริการสุขภาพที่มีการบริหารจัดการแบบคล่องตัว เป็นอิสระ (Autonomous Management Unit)) โดยมีคณะกรรมการสุขภาพเขต และคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับจังหวัดทำหน้าที่กำกับดูแลบริการสาธารณสุขเขตนั้นๆ ตามข้อเสนอของ สปช. ในข้อ ๒.๒ , ๒.๓ และ ๒.๔ ที่เป็นการรื้อปรับองค์กรและโครงสร้างต่างๆนี้ เป็นข้อเสนอที่ถูกต้องเพื่อคิดให้สุด บางเรื่องอาจไม่เกิดขึ้นจริงในอนาคตก็เป็นได้ ข้อเสนอของ สปช. นี้ ต้องการผลักดันให้สามารถออกเป็นพระราชบัญญัติได้ แต่เนื่องจากด้วยระยะเวลาของ สปช. ที่มีจำกัด อาจทำไม่ทัน จึงเป็นข้อเสนอที่มีแนวทางดังกล่าวกำหนดไว้ นอกจากนี้ขอชื่นชมกระทรวงสาธารณสุขที่มีความตื่นตัวในการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยได้ดำริข้อเสนอกลไกเพื่อจัดการภาพรวมของการปฏิรูปด้านสุขภาพทั้ง ๓ ระดับขึ้นมานั้น น่าจะช่วยหนุนเสริมให้การออกแบกลไกต่างๆสามารถบูรณาการได้อย่างเข้ารูปเข้ามามากยิ่งขึ้น

ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รองประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีความเห็นว่า ในขณะนี้หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ทั้งจาก สปช. สนช. และคำสั่งจากนายกรัฐมนตรีให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาหารือร่วมกัน ข้อเสนอปฏิรูประบบสุขภาพจากหลายแหล่งยังมีความกระจุกกระจายอยู่มาก บางข้อเสนอ นั้นมีข้อสรุปโดยที่ยังขาดข้อมูลวิชาการ และหลักการเหตุผลที่เหมาะสมรองรับ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงดำริว่า ควรมีการรวบรวมข้อมูลหลักฐานทางวิชาการ และประมวลสังเคราะห์ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพจากหลายแนวทางนี้ให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น ตลอดจนการกำหนดกรอบระยะเวลาการปฏิบัติงานที่แน่ชัด ซึ่งเป็นช่วงเวลาเดียวกับที่รัฐบาลอยู่ระหว่างจัดตั้ง “คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ” จึงจำเป็นต้องพิจารณาถึงความสอดคล้องกันของกลไกนโยบายระดับชาติที่ชัดเจนต่อไป สำหรับข้อเสนอเรื่องคณะกรรมการปฏิรูปด้านสุขภาพ ที่เสนอให้รองนายกรัฐมนตรีเป็นประธานนั้น จำเป็นจะต้องหารือกับรองนายกรัฐมนตรีต่อไป

นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ ที่ปรึกษาคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีความเห็นว่า ในฐานะที่เป็นหนึ่งในคณะทำงานประสานงานเพื่อการปฏิรูปด้านสุขภาพ (คณะที่ ๓) นี้ จากการรวบรวมข้อมูลวิชาการ และประมวลผลเบื้องต้นพบว่า ข้อเสนอการปฏิรูปด้านสุขภาพ สามารถจัดแบ่งได้ ๓ กลุ่ม กลุ่มแรก คือ ข้อเสนอที่เห็นตรงกัน เช่น เรื่อง ระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่องสุขภาพของประชาชน กลุ่มที่สอง คือ ข้อเสนอที่มีหลักการเป็นแนวเดียวกัน แต่ยังมีความแตกต่างกันในรายละเอียด เช่น เรื่องการจัดตั้งคณะกรรมการกำหนดนโยบายระดับชาติ ข้อเสนอกลุ่มนี้สามารถจัดเวทีถกแถลงกันให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนได้ และกลุ่มที่สาม คือ ข้อเสนอที่ยังมีความแตกต่างกันมาก อาจชวนเอาไว้อีกก่อน ทั้งนี้จะเชิญคณะกรรมการปฏิรูปด้านสุขภาพ (คณะที่ ๑) เข้าร่วมกระบวนการด้วย เพื่อจะได้ตัดสินใจนำข้อเสนอที่ชัดเจนแล้วส่งต่อไปคณะกรรมการขับเคลื่อนข้อเสนอการปฏิรูปด้านสุขภาพ (คณะที่ ๒) ไปดำเนินการต่อไป

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๑๓ มีความเห็นว่า ถ้าดูจากเอกสารนำเสนอที่เรายังไม่สามารถสรุปได้ว่า เป็นข้อเสนอที่มีหลักการเหตุผลเพียงพอ ถ้าจะมีข้อเสนอในลักษณะนี้ ถือเป็นกรปฏิรูปใหญ่ ซึ่งจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์ว่าสิ่งที่มีอยู่เดิมนั้นมีปัญหาอุปสรรคอะไร จึงจำเป็นต้องเสนอสิ่งใหม่ และควรมีข้อเสนอทางเลือกว่ามีอะไรบ้าง แล้วทางเลือกที่ดีที่สุดคืออะไร เช่นนี้แล้วจึงจะเป็นข้อเสนอต่อการปฏิรูป ข้อเสนอของ สปช. นี้ยังไม่สมบูรณ์ดีนัก ยกตัวอย่างในข้อเสนอที่ ๑ จัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูปด้านสุขภาพ โดยเสนอให้รองนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน และข้อเสนอที่ ๒ จัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนข้อเสนอการปฏิรูปด้านสุขภาพ โดยเสนอให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน การสร้างกลไกอภิบาลระบบสุขภาพ เพื่อกำหนดนโยบายสุขภาพระดับประเทศ ซึ่งกลไกนี้มีอยู่แล้ว คือ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เป็นกลไกที่เกิดจากพระราชบัญญัติฯรองรับ มีหน้าที่กำหนดนโยบายแบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ไม่ใช่กลไกที่มีอำนาจสั่งการแบบบนลงล่าง (Top Down) นอกจากนี้ยังมีกลไกสมัชชาสุขภาพ กลไกธรรมนูญสุขภาพฯ ซึ่งเป็นองคคัพพพิที่ค็อยู่แล้ว ถ้าจะเสนองคคัพพพิใหม่ ต้องตอบให้ได้ว่า องคคัพพพิที่มีอยู่แล้วนั้นมีปัญหาอะไร แล้วจึงจะเสนองคคัพพพิใหม่ขึ้นมา เนื่องจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีหน่วยงานผู้ทรงคุณวุฒิจากทุกภาคส่วนมาร่วมในองคคัพพพิชุดนี้ นอกจากองคคัพพพิเชิงนโยบายแล้ว ยังมีกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ดูแลระบบบริการสุขภาพทั้งประเทศในส่วนของการและกำกับดูแลภาคเอกชน มีสำนัก

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นกลไกการเสริมสร้างสุขภาพ มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นกลไกการจัดบริการสุขภาพ มีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นกลไกด้านการดูแลการแพทย์ฉุกเฉิน มีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นกลไกพัฒนาด้านการศึกษาวิจัย ควรศึกษาวิเคราะห์ว่า กลไกต่างๆเหล่านี้ที่มีอยู่แล้ว มีปัญหา อุปสรรคอะไรบ้าง จึงจำเป็นต้องปฏิรูป กรณีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ใช้งบประมาณเพียง ๔ % ของ GDP ในการจัดบริการสุขภาพให้ประชาชนครอบคลุมทั่วประเทศ ซึ่งได้รับคำชื่นชมจากผู้ว่าการธนาคารโลก และอมาตยา เช่น ได้ปาฐกถาเรื่องระบบสุขภาพถ้วนหน้าของโลก ก็ได้ยกตัวอย่างระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยที่ถือว่าประสบความสำเร็จ โดยสรุปตามข้อเสนอของ สปช. ในข้อที่ ๑ เรื่องคณะกรรมการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติ เป็นข้อเสนอที่ขัดแย้งกับองค์กรที่มีอยู่เดิม ข้อที่ ๒ เรื่องคณะกรรมการสุขภาพเขต ยังเป็นข้อเสนอที่คลุมเครือจากกรณีที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเคยมีข้อเสนอให้คณะกรรมการสุขภาพเขตมีอำนาจบริหาร แต่ข้อเสนอของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เสนอให้คณะกรรมการสุขภาพเขต เป็นคณะกรรมการประสานงานซึ่งต้องหาความชัดเจนว่าจะเดินไปในทิศทางใด ข้อที่ ๓ การรื้อปรับองค์กรและโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่สถานพยาบาลสังกัดอยู่ เป็นเรื่องที่ต้องทำ เพราะระบบบริการสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันยังเป็นระบบราชการ และไม่เพียงพอต่อความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน ทำให้เกิดปัญหาความเครียดทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ข้อที่ ๔ การรื้อปรับองค์กรและโครงสร้างหน่วยงานผู้รับประกันหมายถึงสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นองค์กรที่ดำเนินงานได้ตั้งอยู่แล้ว หากมีข้อเสนอให้รื้อปรับใหม่ จำเป็นต้องมีข้อมูลและหลักฐานวิชาการพอเพียง สำหรับความเห็นของ นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ ที่เสนอให้คณะกรรมการขับเคลื่อนข้อเสนอการปฏิรูปด้านสุขภาพ (คณะที่ ๒) นำข้อเสนอที่ชัดเจนแล้วไปขับเคลื่อนต่อนั้น จะใช้อำนาจหน้าที่จากหน่วยใด จำเป็นต้องมีความชัดเจนในประเด็นเหล่านี้

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ฝ่ายเลขานุการจะรายงานความคืบหน้าของทิศทางการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ครั้งต่อไป เพื่อให้ที่ประชุมรับทราบความคืบหน้าอย่างต่อเนื่อง

มติที่ประชุม รับทราบทิศทางการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ และฝ่ายเลขานุการจะรายงานความคืบหน้าของทิศทางการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติให้ทราบในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ครั้งต่อไป

๓.๔ คดีฟ้องขอให้ยกเลิกกฎกระทรวงตามมาตรา๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐

ตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้เห็นชอบร่างกฎกระทรวงกำหนดหลัก เกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. เมื่อวันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๕๒ เสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบเมื่อวันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๕๒ และคณะรัฐมนตรีมีมติ

เห็นชอบร่างดังกล่าว และส่งให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาจนได้มีการประกาศในราชกิจจานุเบกษา และมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๓

ต่อมาเมื่อวันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๕๔ นพ.ฐาปนวงศ์ ตั้งอุไรวรรณ พญ.เชิดชู อริยศรีวัฒนา พญ.อรพรรณ เมธาติลกกุล ได้ฟ้องนายกรัฐมนตรีนางยิ่งลักษณ์ ชินวัตร และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายวิทยา บุรณศิริ) ต่อศาลปกครองสูงสุดให้ยกเลิกกฎกระทรวงดังกล่าว ซึ่งนายกรัฐมนตรีนางยิ่งลักษณ์และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้มอบอำนาจให้พนักงานอัยการ สำนักงานอัยการสูงสุดประสานงานกับหน่วยงานเจ้าของเรื่องเพื่อขอข้อมูลและสำเนา ซึ่งในประเด็นคำฟ้องมีประเด็นสำคัญ ดังนี้

๑. ไม่เคยปรากฏว่ามีการเรียนการสอนถึงนิยามและความหมายของคำว่า “บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” “วาระสุดท้ายของชีวิต” และ “การทรมานจากการเจ็บป่วย” ตามที่ปรากฏในกฎกระทรวง

๒. ผู้ฟ้องคดีทั้งสามได้รับการศึกษาให้ช่วยชีวิตผู้ป่วยให้ถึงที่สุดและไม่ทอดทิ้งให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

๓. การปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาเป็นการการุณยฆาต

๔. การปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาเป็นการปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยดเว้นไม่ให้การรักษาหรือใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์

๕. กฎกระทรวงทำให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการสร้างหลักเกณฑ์การรักษาพยาบาลให้เหนือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทั้งๆที่ผู้ป่วยไม่เคยเรียนรู้ด้านการแพทย์

๖. บุคคลจะเลือกมีชีวิตอยู่หรือไม่มีเป็นเสรีภาพ ไม่ใช่เป็นสิทธิ

๗. การออกกฎกระทรวงไม่ผ่านขั้นตอนการพิจารณาจากองค์กรตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไข

ของพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕

๘. กฎกระทรวงไม่ได้ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมพ้นผิดจากการดูแลผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

๙. ไม่มีการรับฟังความคิดเห็นจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอย่างทั่วถึง และเพียงพอในการร่างกฎกระทรวง

๑๐. รัฐธรรมนูญไม่ได้รับรองเรื่องการตายและสิทธิการตาย

๑๑. กฎกระทรวงไม่มีประโยชน์ต่อทุกภาคส่วนของสังคม

ซึ่งศาลปกครองได้พิพากษายกฟ้องนายกรัฐมนตรีนางยิ่งลักษณ์และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเมื่อวันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๕๘ ด้วยความชอบทั้งในด้านกระบวนการในการร่างกฎกระทรวง และด้านเนื้อหา ดังรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๓.๔ และขณะนี้ สช. ได้มีการสื่อสารและทำความเข้าใจกับภาคีเครือข่ายและผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการปฏิบัติตามกฎกระทรวงต่อไป จึงเสนอมาเพื่อคณะกรรมการได้รับทราบ

ที่ประชุมมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ โดยสังเขป ดังนี้

ศ.ดร.ยงยุทธ ยุทธวงศ์ ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีความเห็นว่า คดีนี้เป็นคดีประวัติศาสตร์ โดยเฉพาะเมื่อประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ เป็นการรักษาแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วย ไม่ใช่การรื้อถอน นอกจากนี้ยังเป็นประเด็นจริยธรรมที่มีความสำคัญมาก จึงอยากให้ สช.ติดตามเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดประชุมหารือแลกเปลี่ยนกัน การศึกษาวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการติดตามสถานการณ์ของต่างประเทศด้วย เช่น ประเทศเยอรมันมีการอภิปรายเรื่องนี้กันในสภา เป็นต้น และควรรับฟังความคิดเห็น

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๑๓ มีความเห็นว่าจะเสนอให้จัดพิมพ์ทั้งคำฟ้องและคำแก้ฟ้องเอาไว้เพื่อการศึกษาและเผยแพร่ต่อไป เนื่องจากมีรายละเอียดมากกว่าคำพิพากษา

นายพิชัย ศรีใส กรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีความเห็นว่าจะจากกรณีคดีดังกล่าว สะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษาพยาบาล สช. จึงน่าจะใช้โอกาสนี้พัฒนาข้อเสนอระบบบริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนในบริบทสังคมไทยที่เกื้อกูลกัน ซึ่งมีกรณีตัวอย่างหลายพื้นที่ที่โรงพยาบาลกับชุมชนมีความร่วมมือที่ดีต่อกัน

มติที่ประชุม รับทราบคำพิพากษาคดีฟ้องขอให้ยกเลิกกฎหมายกระทรวงตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ และมอบหมายให้ฝ่ายเลขานุการดำเนินการเผยแพร่คำฟ้องและคำพิพากษาเพื่อสร้างการเรียนรู้แก่สาธารณะให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องสืบเนื่องจากการประชุม

๔.๑ ความคืบหน้าของการสรรหาคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ชุดที่ ๓ (นำเสนอด้วยเอกสาร)

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานว่า สืบเนื่องจากการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ครั้งที่ ๒/๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในฐานะฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้รายงานความคืบหน้าของสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติ ชุดที่ ๓ ตามมาตรา ๑๓ (๖) ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเลือกกันเองจำนวนสี่คน มาตรา ๑๓ (๙) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านต่างๆ ซึ่งต้องไม่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขโดยเลือกกันเองจำนวนหกคน และมาตรา ๑๓ (๑๐) ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรไม่ว่าจะจดทะเบียนเป็นนิติบุคคลหรือไม่ซึ่งเลือกกันเองจำนวนสิบสามคน ซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่เดือนมีนาคม ๒๕๕๘ เป็นต้นมา โดยได้ดำเนินการจัดทำประกาศคณะกรรมการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง วิธีการ หลักเกณฑ์ และระยะเวลาการเลือกกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ การแต่งตั้งคณะกรรมการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา ๑๓ (๖) (๙) และ(๑๐) รวมถึงการสื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ จดหมาย และเว็บไซต์ต่างๆ ไปแล้วนั้น กระบวนการสรรหา

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาตินี้ยังคงดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีกำหนดเสร็จสิ้นภายในวันที่ ๖ กันยายน ๒๕๕๘

สข. จึงขอรายงานความคืบหน้าของการสรรหาคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา ๑๓ (๖) (๙) และ(๑๐) โดยสรุปได้ดังนี้

ก. ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในมาตรา ๑๕ การเลือกกรรมการตามมาตรา ๑๓ (๖)

๑. มาตรา ๑๕ (๑) กรรมการจากผู้แทนผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครและนายกเมืองพัทยาในเบื้องต้นได้กำหนดจัดประชุมเลือกกันเองของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครและนายกเมืองพัทยาในวันที่ ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๕๘

๒. มาตรา ๑๕ (๒) และ(๔) กรรมการจากผู้แทนนายกเทศมนตรี และผู้แทนนายกองค์การบริหารส่วนตำบล

๒.๑ สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด ดำเนินการจัดการประชุมเพื่อเลือกกันเองของนายกเทศมนตรี และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่งในจังหวัดให้ได้ผู้แทนระดับจังหวัด ประเภทละ ๑ คน เสร็จสิ้นแล้ว เมื่อวันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๘ โดยประเภทยานายกเทศมนตรี มีจำนวน ๖๙ คน ที่มีสิทธิ์เข้ารับการเลือกกันเองฯ ให้ได้ผู้แทนประเภทละ ๑ คน และมีจังหวัดที่ไม่มีผู้สมัคร จำนวน ๗ จังหวัด ได้แก่ จ.ตราด จ.ปราจีนบุรี จ.หนองบัวลำภู จ.เชียงใหม่ จ.มหาสารคาม จ.กระบี่ และ จ.ปทุมธานี สำหรับประเภทยานายกองค์การบริหารส่วนตำบล มีจำนวน ๗๒ คน ที่มีสิทธิ์เข้ารับการเลือกกันเองฯ ให้ได้ผู้แทนประเภทละ ๑ คน และมีจังหวัดที่ไม่มีผู้สมัคร จำนวน ๔ จังหวัด ได้แก่ จ.ตราด จ.ปราจีนบุรี จ.หนองบัวลำภู และ จ.เชียงใหม่

๒.๒ คณะอนุกรรมการสรรหาฯ จากผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒.๒.๑ จัดให้มีการตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของเอกสารและคุณสมบัติของนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่สมัครเข้ารับการเลือกกันเองจากนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดทุกแห่งให้แล้วเสร็จ ในวันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๕๘

๒.๒.๒ ประกาศบัญชีรายชื่อผู้แทนนายกเทศมนตรี และผู้แทนนายกองค์การบริหารส่วนตำบลที่ได้รับการเลือกกันเองเป็นผู้แทนระดับจังหวัด ในวันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๕๘

๒.๒.๓ จัดให้มีการลงคะแนนเลือกกันเองทางไปรษณีย์ของผู้แทนนายกเทศมนตรี และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลระดับจังหวัด โดยมีกำหนดวันนับคะแนนในวันที่ ๒ กันยายน ๒๕๕๘ เวลา ๐๙.๐๐ น. ณ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๓. มาตรา ๑๕(๓) กรรมการจากผู้แทนนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด

คณะอนุกรรมการสรรหาฯ จากผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓.๑ จัดให้มีการตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของเอกสารและคุณสมบัติของนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่สมัครเข้ารับการเลือกกันเองจากนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดทุกแห่งให้แล้วเสร็จ ในวันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๕๘ ซึ่งมีนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่มีสมัครเข้ารับการเลือกกันเองฯ จำนวน ๔ คน จาก ๗๖ จังหวัด

๓.๒ จะจัดให้มีการลงคะแนนเลือกกันเองทางไปรษณีย์ของนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดทุกแห่ง โดยมีกำหนดวันนับคะแนนฯ ในวันที่ ๒ กันยายน ๒๕๕๘ เวลา ๐๙.๐๐ น. ณ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ข. ผู้ทรงคุณวุฒิ ตามมาตรา ๑๓ (๙)

ผู้ทรงคุณวุฒิที่สมัคร รวมทั้งสิ้น ๙๐ คน ในที่นี้มีผู้ทรงคุณวุฒิที่ผ่านคุณสมบัติ จำนวน ๗๒ คนจำแนกตามรายกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ ๑	กลุ่มนโยบายสาธารณะ รัฐศาสตร์ นิติศาสตร์	จำนวน ๒๑ คน
กลุ่มที่ ๒	กลุ่มการบริหาร เศรษฐศาสตร์ การต่างประเทศ	จำนวน ๑๐ คน
กลุ่มที่ ๓	กลุ่มธุรกิจ	จำนวน ๑๑ คน
กลุ่มที่ ๔	กลุ่มสื่อสารมวลชน เทคโนโลยีสารสนเทศ	จำนวน ๘ คน
กลุ่มที่ ๕	กลุ่มพัฒนาประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่นกลุ่มชาติพันธุ์ เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เป็นต้น	จำนวน ๑๓ คน
กลุ่มที่ ๖	กลุ่มการพัฒนาสังคมและชุมชนท้องถิ่น	จำนวน ๙ คน

คณะอนุกรรมการสรรหาฯ จากผู้ทรงคุณวุฒิ จะจัดให้มีการลงคะแนนเลือกกันเองทางไปรษณีย์ของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง ๖ กลุ่ม และมีกำหนดวันนับคะแนนฯ ในวันที่ ๒ กันยายน ๒๕๕๘ เวลา ๑๑.๐๐ น. ณ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ค. ผู้แทนองค์กรภาคเอกชน ตามมาตรา ๑๓ (๑๐)

๑. คณะอนุกรรมการสรรหาฯ จังหวัด เขต ๑-๑๒ จะจัดการประชุมเพื่อเลือกกันเองของผู้แทนองค์กรภาคเอกชนให้ได้ผู้แทนระดับจังหวัด ๑ คน ระหว่างวันที่ ๑ - ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๕๘ ซึ่งมีผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่มีคุณสมบัติเข้ารับการเลือกกันเองระดับจังหวัด จำนวน ๖๖ จังหวัด รวม ๓๑๕ คน และมีจังหวัดที่ไม่มีผู้สมัคร จำนวน ๑๐ จังหวัด ได้แก่ จ.ตาก จ.อุตรดิตถ์ จ.อุทัยธานี จ.อ่างทอง จ.หนองคาย จ.สุรินทร์ จ.กระบี่ จ.นครศรีธรรมราช จ.สงขลา และ จ.นราธิวาส

๒. คณะอนุกรรมการสรรหาฯ จากผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ได้พิจารณาตรวจสอบคุณสมบัติขององค์กรที่ขอขึ้นทะเบียนและรายชื่อผู้แทนแล้วมีความครบถ้วน ถูกต้องของเอกสารหลักฐานและคุณสมบัติ จำนวน ๑๕ องค์กร จากองค์กรผู้สมัคร ๑๗ องค์กร และประกาศบัญชีรายชื่อองค์กรภาคเอกชนที่ได้รับการพิจารณาขึ้นทะเบียนและบัญชีรายชื่อผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่มีคุณสมบัติเข้ารับการเลือกกันเอง จำนวน ๑๕ คน จากองค์กรที่ได้รับการขึ้นทะเบียน ๑๕ องค์กร

ในขั้นต่อไป คณะอนุกรรมการสรรหาฯ จากผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต จะจัดให้มีการประชุม เลือกกันเองของผู้แทนองค์กรภาคเอกชนระดับจังหวัดให้ได้ผู้แทนเขต ๑ คนเป็นกรรมการ โดยกำหนดวัน ประชุมพร้อมกันทั้ง ๑๓ เขต ในวันที่ ๓ กันยายน ๒๕๕๘ จึงเสนอมาเพื่อคณะกรรมการได้รับทราบ

มติการประชุม

รับทราบความคืบหน้าของการสรรหาคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ชุดที่ ๓

๔.๒ รายงานผลการจัดประชุมวิชาการ ๙ ปี สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (นำเสนอด้วยเอกสาร)

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานว่า สืบเนื่อง จากมติที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๕๗ เห็นชอบ หลักการโครงการประชุมวิชาการ ๙ ปี สช. “ปฏิรูประบบสุขภาพและชีวิต ปฏิรูปจิตสำนึกประชาธิปไตย” และในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒/๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘ ที่ประชุม ได้รับทราบความคืบหน้าการเตรียมการประชุมวิชาการ ของคณะกรรมการจัดประชุมวิชาการฯ ที่มี นายแพทย์มงคล ณ สงขลา เป็นประธาน แล้วนั้น

บัดนี้ การประชุมวิชาการ “ปฏิรูประบบสุขภาพและชีวิต ปฏิรูปจิตสำนึกประชาธิปไตย” ในโอกาส ๙ ปี สช. ระหว่างวันที่ ๑๐ - ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๘ ที่อิมแพคฟอรัม เมืองทองธานี จ. นนทบุรี ได้เสร็จสิ้นแล้ว สช. ในฐานะฝ่ายเลขานุการ จึงขอรายงานผลการจัดประชุมดังนี้

๑. เป้าหมายการประชุม เพื่อ

๑.๑ การนำเสนอบทเรียนของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผ่าน กลไกเครื่องมือต่างๆ ทั้งปัจจัยแห่งความสำเร็จ โอกาสแห่งการพัฒนา และการวางระบบอภิบาลเพื่อให้เกิดการ มีส่วนร่วมที่โปร่งใสและเป็นธรรม

๑.๒ การเชื่อมโยงกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมกับการ ปฏิรูปจิตสำนึกประชาธิปไตย

๑.๓ การวางแนวทางการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม เพื่อรับมือกับ การเปลี่ยนแปลงในห้วงเวลาของการปฏิรูปประเทศไทยในอนาคต

๒. มีองค์กรเจ้าภาพร่วมจัดงาน ๑๑ องค์กร ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข (สวรส.) สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สว.สส.) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) สถาบันพระปกเกล้า สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ (สวทน.) สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) และ สำนักประสานการพัฒนาสังคมสุขภาวะ (สปพส.)

๓. มีผู้เข้าร่วมประชุมตลอด ๓ วัน จำนวน ๑,๑๓๗ คน จำแนกเป็น

๓.๑ กลุ่มภาคีเครือข่าย ผู้แทนองค์กรภาคประชาสังคมและเอกชนจากพื้นที่ รวมถึงผู้นำเสนองานวิชาการจากพื้นที่ รวม ๔๘๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๓

๓.๒ กลุ่มภาคีเครือข่าย ผู้แทนองค์กรจากภาคนโยบายได้แก่ รัฐ/การเมือง/ท้องถิ่น ภาควิชาชีพ/วิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ รวม ๒๒๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๐

๓.๓ กลุ่มภาคีเครือข่ายจากองค์กรเจ้าภาพร่วมจัด รวม ๑๓๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๒

๓.๔ วิทยากร ๗๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๗

๓.๕ สื่อมวลชน จำนวน ๙๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๘

๔. กิจกรรมในการประชุมวิชาการฯ ทั้งก่อนและระหว่างการประชุม ประกอบด้วย

๔.๑ การเข้าร่วมกิจกรรมในการประชุมนานาชาติรางวัลเจ้าฟ้ามหิดล (Prince Mahidol Award Conference: PMAC) เมื่อวันที่ ๒๖-๓๑ มกราคม ๒๕๕๘ เพื่อขับเคลื่อนแนวคิดการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมกับนานาชาติ ประกอบด้วย การจัดประชุมย่อยก่อนการประชุม PMAC เรื่อง “Health Governance Learning from Thailand” การจัดพื้นที่ดูงาน ๒ แห่ง การเป็นเจ้าภาพร่วมกับ United Nations Development Program (UNDP) จัดการประชุมย่อยในการประชุม PMAC เรื่อง “Global Governance for Health in the Post-2015 Era” และการเป็นวิทยากรในการประชุมย่อยของนายเจษฎา มิ่งสมร กรรมการสุขภาพแห่งชาติ และนายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ โดยได้นำผลสรุปจากการประชุมประมวล นำเสนอในห้วงย่อยการประชุมวิชาการฯ ด้วย

๔.๒ ก่อนการประชุมวิชาการฯ มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ๓ เรื่อง ได้แก่ ๑) ทักษะการถอดบทเรียนการทำงานพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ๒) การเชื่อมข้อมูลองค์ความรู้สู่นโยบาย (Bridging evidence to policy) ๓) การพัฒนาข้อเสนอ นโยบายโดยชุมชน มีผู้เข้าร่วมทั้งสิ้น ๑๑๒ คน จากภาคีเครือข่ายขององค์กรเจ้าภาพร่วม ๓๒ คน (ร้อยละ ๒๙) และภาคีเครือข่ายของ สช. ในพื้นที่ ๔๑ คน (ร้อยละ ๓๖)

๔.๓ การประชุมวิชาการฯ ระหว่าง วันที่ ๑๐ – ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๘ ประกอบด้วย

๔.๓.๑ ปาฐกถา นำและเปิดการประชุม โดยประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (รองนายกรัฐมนตรี: ศ.ดร.ยงยุทธ ยุทธวงศ์) และปาฐกถาปิดการประชุม โดย ศ.ธีรยุทธ บุญมี

๔.๓.๒ การอภิปรายรวม (Plenary session) ๕ เรื่อง

๔.๓.๓ การอภิปรายกลุ่มย่อย (Parallel session) ๑๕ เรื่อง โดยมีห้องย่อย ๒ ห้อง สำหรับนำเสนอ งานวิชาการจากพื้นที่ จำนวน ๒๐ เรื่อง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ โดยมีการพัฒนาศักยภาพผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาการเขียนบทความและนำเสนอ งานวิชาการ

๔.๓.๔ เวทีกลางแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในลานนิทรรศการ จำนวน ๗ เรื่อง

๔.๓.๕ ลานนิทรรศการ ประกอบด้วย นิทรรศการ ๙ ปี สช. (รู้จักและเข้าใจ สช.)

นิทรรศการกรณีศึกษารูปธรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ผ่านเครื่องมือตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และนิทรรศการขององค์กรเจ้าภาพร่วม

๕. เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้สรุปข้อค้นพบสำคัญจากการประชุมวิชาการฯ และแนวทางการพัฒนาและขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในอนาคต ดังนี้

๕.๑ ข้อค้นพบสำคัญ มีดังนี้

๕.๑.๑ การปฏิรูประบบสุขภาพ ปฏิรูปชีวิต ปฏิรูปจิตสำนึกประชาธิปไตย เป็นเรื่องเดียวกัน

๕.๑.๒ การทำงานในยุคปัจจุบัน ต้องยึดการอภิบาลแบบเครือข่าย/พันธมิตร และเสริมด้วยการอภิบาลโดยรัฐและการอภิบาลโดยตลาดอย่างมีสมดุล

๕.๑.๓ ทุกวันนี้ประเทศไทยมีผู้เล่นในระบบสุขภาพจากหลายภาคส่วนกระจายอยู่เต็มพื้นที่ ทั้งรัฐ เอกชน วิชาชีพ พลังพลเมือง วิชาการสหสาขา

๕.๑.๔ ประเทศไทยมีเครื่องมือหนุนเสริมการอภิบาลร่วมสมัยที่หลากหลาย ได้แก่ รัฐธรรมนูญ กฎหมาย องค์กรต่างๆ และกระบวนการสาธารณะต่างๆ

๕.๒ ก้าวต่อไปที่ควรดำเนินการเพื่อพัฒนาและขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ได้แก่

๕.๒.๑ การสร้างเสริมพลังเครือข่ายและพลังพลเมือง

๕.๒.๒ การเรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติงานจริง (Interactive Learning through Action) ต่อยอดความรู้ และสร้างความรู้ใหม่

๕.๒.๓ การทำงานที่มุ่งชุมชนท้องถิ่นอันเป็นรากฐานของสังคม

๕.๒.๔ การพัฒนาเครื่องมือทางสังคมใหม่ๆ ที่เน้นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม เพื่อนำสู่สังคมสุขภาวะ

ขณะนี้ สช. ได้เริ่มเผยแพร่เอกสารสรุปสาระสำคัญการประชุม เอกสารประกอบการบรรยายและวิดิทัศน์บันทึกภาพกิจกรรมการประชุมวิชาการฯ ทั้งในห้องใหญ่ ห้องย่อย และเวทีกลางทาง www.nationalhealth.or.th และ www.healthstation.in.th แล้ว

ทั้งนี้ สช. อยู่ระหว่างสรุปผลประเมินการจัดประชุมวิชาการฯ ที่ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างงาน และจัดทำสรุปรายงานการประชุมวิชาการฯ (Proceeding) เพื่อเผยแพร่ต่อไป จึงเสนอมາเพื่อคณะกรรมการได้รับทราบ

มติการประชุม

รับทราบผลการจัดประชุมวิชาการ ๙ ปี สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๔.๓ ความคืบหน้าการขับเคลื่อนและการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

(นำเสนอด้วยเอกสาร)

สืบเนื่องจากการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ครั้งที่ ๒/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๗ ที่ประชุมได้รับทราบผลการดำเนินงานขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ภายใต้การติดตามดูแลของคณะกรรมการติดตาม สนับสนุน และประเมินผลการดำเนินงานตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่มีนายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช เป็นประธาน และในการประชุม คสช. ครั้งที่ ๔/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๗ ได้มีมติแต่งตั้งคณะกรรมการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ที่มีนายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา เป็นประธานนั้น

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในฐานะฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการฯ ขอรายงานความคืบหน้าการขับเคลื่อนและการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

๑. ผลการขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ (เพิ่มเติมจากรายงานในการประชุม คสช. ครั้งที่ ๒/๒๕๕๗) ได้แก่

๑.๑ ใช้ยุทธศาสตร์การใช้ธรรมนูญระบบสุขภาพเป็นฐานอ้างอิงในการจัดทำแผนทุกระดับ โดยสนับสนุนการขยายผลธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี ๒๕๕๒ ถึงเดือนมิถุนายน ๒๕๕๘ มีการประกาศใช้แล้ว ๒๖๗ แห่ง เฉพาะปีงบประมาณ ๒๕๕๘ มีการประกาศใช้ ๑๘๒ แห่ง ทั้งธรรมนูญระบบสุขภาพระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และธรรมนูญสุขภาพเฉพาะประเด็น แบ่งเป็นรายภาค ดังนี้

๑.๑.๑ ภาคเหนือ	๑๓ แห่ง
๑.๑.๒ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	๘๑ แห่ง
๑.๑.๓ ภาคกลาง	๑๖๕ แห่ง
๑.๑.๔ ภาคใต้	๘ แห่ง

ทั้งนี้ การขยายผลธรรมนูญสุขภาพพื้นที่อย่างรวดเร็วในปี ๒๕๕๗-๒๕๕๘ เกิดจากการปรับยุทธศาสตร์เน้นการทำงานร่วมกับภาคียุทธศาสตร์มากขึ้น ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ(สปสช.) เขตระยอง (เป้าหมาย๑๓๓ แห่ง ประกาศใช้แล้ว ๙๓ แห่ง) สปสช.เขตอุดรธานี(เป้าหมาย ๑๐๙ แห่ง ประกาศใช้แล้ว ๖๙ แห่ง) สำนักงานเขตการศึกษาขั้นพื้นฐานเขต ๒ ราชบุรี (ประกาศธรรมนูญสุขภาพโรงเรียนแล้ว ตามเป้าหมาย ๖๐ โรงเรียน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สมัชชาสุขภาพจังหวัด และพื้นที่ที่สนใจเพื่อกำหนดเป้าหมายร่วม โดยมีพื้นที่เป้าหมายของ สปสช.เขตอุดรธานี และนครสวรรค์ ที่อยู่ระหว่างการยกร่างธรรมนูญสุขภาพพื้นที่อีก ๑๙๙ แห่ง และ สช.กำลังพัฒนาการทำงานร่วมกับ สปสช.เขต ๑ เชียงใหม่และเขต ๑๒ สงขลาต่อไป

๑.๒ ใช้ยุทธศาสตร์การจัดการความรู้ ในการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้บทเรียนจากการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญระบบสุขภาพ รวมถึงเวทีจุดประกายขยายพื้นที่ ได้แก่

๑.๒.๑ จัดห้องประชุมวิชาการย่อยในการประชุมวิชาการ ๙ ปี สช. เรื่อง “ธรรมนูญเพื่อสังคมสุขภาวะที่พึงปรารถนา: สถานะ คุณค่า และการยอมรับ” และ เวทีกลางในลานนิทรรศการ เรื่องธรรมนูญพื้นที่กับการหนุนเสริมกองทุนสุขภาพตำบล(ร่วมกับ สปสช.เขตระยองและอุดรธานี)

๑.๒.๒ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “จากธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่สู่การขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ”

๑.๒.๓ เวทีจุดประกายขยายพื้นที่ธรรมนูญสุขภาพ ร่วมกับ สปสช.เขต ๑ เชียงใหม่ และ สปสช.เขต ๑๒ สงขลา

๑.๒.๔ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้พัฒนาและขยายผล การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพมวลรวม โดยผ่านการพัฒนาธรรมนูญสุขภาพพื้นที่

๑.๒.๕ การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพ ๒ เรื่อง ได้แก่ การถอดบทเรียนรูปแบบ กลไกสนับสนุนงานของคณะกรรมการสมัชชาพิจารณ์ต่อกระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพสู่การพัฒนาตำบล จัดการสุขภาพต้นแบบ ในพื้นที่อีสานตอนบน และเรื่อง “คุณลิขิต” ผู้บันทึกเรื่องเล่าการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ ในพื้นที่

นอกจากนี้ ยังได้จัดทำเอกสารความรู้ต่างๆ ได้แก่ เอกสารสรุปผลการดำเนินงานของขับเคลื่อน ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ เรื่อง “การขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ แห่งชาติ รากฐานการจัดวางอิฐก้อนแรกของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์” และชุดเอกสารสรุปบทเรียนจาก ธรรมนูญสุขภาพ ๖ พื้นที่ เรื่อง “ก่อ ร้าง สร้าง เคลื่อน ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่”

๑.๓ ใช้ยุทธศาสตร์การติดตามและประเมินผล เพื่อสร้างความเข้มแข็งของการขับเคลื่อน โดย สนับสนุนโครงการประเมินการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ที่มีการประกาศใช้แล้ว ขณะนี้อยู่ระหว่าง ดำเนินการ โดยคาดว่าจะได้รูปแบบการประเมินผลแบบเสริมพลังเพื่อเสริมการติดตามคุณภาพการขับเคลื่อน ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ต่อไป

๑.๔ ใช้ยุทธศาสตร์การสื่อสารทางสังคม เพื่อสร้างความรู้จักและเข้าใจต่อธรรมนูญว่าด้วยระบบ สุขภาพรวมถึงสร้างการมีส่วนร่วมในการทบทวนธรรมนูญฯ โดยจัดทำเว็บไซต์ <http://phpp.nationalhealth.or.th> และ เฟสบุ๊คธรรมนูญสุขภาพ วิดีทัศน์ “ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่” ฉบับการ์ตูน ตลอดจนเผยแพร่ผ่านช่องทางสื่อสาร หลักของ สช. ได้แก่ คอลัมภ์ “ธรรมนูญสุขภาพชาติ” และ “ลายแทงสุขภาพ” ในหนังสือพิมพ์รายเดือน “สานพลัง” และผ่านช่องทางสื่อต่างๆตามประเด็นที่สื่อสนใจ เช่น วิทยุเอฟเอ็ม ๙๖.๕ สถานีปรายการวาระ ประเทศไทย ช่องทีพีบีเอส นิตยสารชีวจิต นิตยสารสารคดี เนชั่นสุดสัปดาห์ หนังสือพิมพ์ อปท.นิวส์ และสถานี วิทยุโทรทัศน์เพื่อสุขภาพ (Health Station)

๒. ความคืบหน้าในกระบวนการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒

๒.๑ คณะกรรมการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ ได้มีการประชุม ไปแล้ว ๔ ครั้ง และได้มีการกำหนด (ร่าง) รูปแบบและสาระธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับทบทวน) ซึ่งสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องดังนี้

(๑) คณะกรรมการฯ เห็นว่า ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับทบทวน) ควรเขียนเป็น หลักการและเป้าหมายของภาพพึงประสงค์ในระบบสุขภาพที่ต้องการจะไปให้ถึงในอีก ๕ ปี ไม่ต้องระบุมาตรการที่เป็นรายละเอียด แต่อาจจะบรรจุแผนที่ทางเดิน (Roadmap) ที่แสดงถึงข้อเสนอแนวทาง ไปสู่เป้าหมาย รวมถึงบทบาทของภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องไว้ในภาคผนวก ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ หรือบริบทที่เปลี่ยนแปลง สิ่งสำคัญ คือ ต้องปรับวิธีการเขียนใหม่ให้อ่านง่ายขึ้น ให้ภาคส่วนต่างๆเข้าใจ และสามารถ นำไปแปลงเป็นการปฏิบัติได้จริง รวมถึงมีความเชื่อมโยงกับธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ให้มากขึ้นด้วย

(๒) (ร่าง) รูปแบบและสาระธรรมนุญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับทบทวน) ประกอบด้วยสาระสำคัญอย่างน้อย ๑๒ เรื่องตามบัญญัติในมาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ นอกจากนี้ คณะกรรมการฯ ยังจะพิจารณาการเพิ่มเติมสาระอื่นๆที่สำคัญ และสอดคล้องกับสถานการณ์ระบบสุขภาพในปัจจุบัน ได้แก่ ประเด็นสิทธิ(และหน้าที่)ด้านสุขภาพ สุขภาพในมิติทางจิต สุขภาพในมิติทางปัญญา การจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (ครอบคลุม การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม) และการอภิบาลระบบสุขภาพ

(๓) กระบวนการทบทวนธรรมนุญระบบสุขภาพฯ จะต้องให้ความสำคัญทั้งข้อมูลองค์ความรู้ทางวิชาการ และการมีส่วนร่วม ปัจจุบันมีคณะทำงานวิชาการรายกลุ่มประเด็น ๘ คณะที่กำลังดำเนินการศึกษาข้อมูลทางวิชาการพร้อมจัดกระบวนการมีส่วนร่วมกับผู้มีส่วนได้เสีย เพื่อยกร่างข้อความสำคัญที่จะเสนอในการทบทวนธรรมนุญระบบสุขภาพฯ สำหรับการมีส่วนร่วมนั้น ในระยะเริ่มต้น ได้มีการจัดกระบวนการรับฟังข้อเสนอต่อภาพพึงประสงค์ของประชาชน และกลุ่มภาคี ได้แก่ กระบวนการประชาเสวนาหาทางออก (Public deliberation) ใน ๔ ภาค (๕ เวที) เวทีลูกขุนพลเมืองประเด็นการจัดระบบการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “จากธรรมนุญสุขภาพเฉพาะพื้นที่สู่การขับเคลื่อนธรรมนุญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” นอกจากนี้ ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗ ระหว่างวันที่ ๒๔-๒๖ ธันวาคม ๒๕๕๗ คณะทำงานวิชาการยังได้นำข้อค้นพบเบื้องต้นไปจัดกระบวนการรับฟังความเห็นในรูปแบบห้องวิชาการ ๔ ห้อง ได้แก่ (๑) คืบความสุขอย่างไรให้โดนใจ : สุขภาพจิตกับการสร้างสุขในสังคม (๒) ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์...ฝันให้ไกลไปให้ถึง (๓) คุ้มครองผู้บริโภคไทย ทำอย่างไรให้เข้มแข็ง (๔) ภูมิปัญญาท้องถิ่นในระบบสุขภาพไทย...Repair to Reform

ทั้งนี้ คณะกรรมการฯ จะกำหนดแนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมและการรับฟังความเห็นจากหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องทั้งส่วนกลางและท้องถิ่น กลุ่มวิชาชีพ สถาบันทางวิชาการ ภาคเอกชน ภาคีธรรมนุญสุขภาพพื้นที่ และประชาสังคมทั้งรายกลุ่มประเด็นและพื้นที่ รวมถึงรับฟังความเห็นและข้อเสนอแนะจากสมัชชาสุขภาพต่อไปด้วย

๒.๒ ในการประชุมคณะกรรมการทบทวนธรรมนุญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ ครั้งที่ ๔/๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๓ มิถุนายน ๒๕๕๘ คณะกรรมการฯ ได้เห็นชอบหลักการเบื้องต้นพร้อมเจตนารมณ์ของร่างธรรมนุญระบบสุขภาพฯ ในส่วนหลักการสำคัญ ซึ่งเป็นสาระ ๓ เรื่องแรกที่จะเป็นแกนความคิดสำหรับการทบทวนสาระในเรื่องอื่นๆ ได้แก่

- (๑) ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ
- (๒) คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ
- (๓) การจัดให้มีหลักประกันและการคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ

ดังรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๔.๓ จึงเสนอมาเพื่อคณะกรรมการได้รับทราบ

มติการประชุม รับทราบความคืบหน้าการขับเคลื่อนและการทบทวนธรรมนุญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

๔.๔ รายงานประจำปีของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานว่า เนื่องจากการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ผ่านมานี้ ฝ่ายเลขานุการได้มีการรายงานให้ที่ประชุมรับทราบผลการจัดทำรายงานประจำปี ๒๕๕๗ แล้ว และอยู่ระหว่างรอรายงานของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ที่ยังไม่ได้ส่งมา ดังนั้นจึงขอถอนระเบียบวาระที่ ๔.๔ นี้ออกจากระเบียบวาระการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓/๒๕๕๘

มติการประชุม รับทราบการถอนระเบียบวาระที่ ๔.๔ ตามที่เสนอมา

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องเพื่อพิจารณา

๕.๑ ความคืบหน้าในการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ เรื่อง มาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานว่า สืบเนื่องจากการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ครั้งที่ ๑/๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ ที่ประชุมมีมติรับทราบความคืบหน้าในการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ เรื่อง มาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน และมีมติดังนี้

๑. ยืนยันการดำเนินการตามมาตรการสังคมไทยไร้แร่ใยหิน โดยมอบฝ่ายเลขานุการแจ้งกระทรวงอุตสาหกรรม ขอให้เร่งรัดการดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๕๔ และมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ เรื่อง “มาตรการสังคมไทยไร้แร่ใยหิน” โดยให้เร่งรัดการยกเลิกการนำเข้า ผลิต และจำหน่ายแร่ใยหินและผลิตภัณฑ์ที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบทุกชนิดโดยเร็ว ทั้งนี้อย่างช้าต้องไม่เกิน ๒ ปี

๒. ให้ฝ่ายเลขานุการจัดส่งเอกสารข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก “WHO position on Asbestos” ให้กระทรวงอุตสาหกรรมอย่างเป็นทางการ

ซึ่ง สช. ได้มีหนังสือแจ้งมติดังกล่าวพร้อมจัดส่งเอกสารข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกไปยังกระทรวงอุตสาหกรรมแล้ว เมื่อวันที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๕๘

บัดนี้ มีความเคลื่อนไหวที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม สืบเนื่องจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ศาสตราจารย์นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน) ได้มีหนังสือแจ้งว่า ผู้จัดการบริษัท กระเบื้องโอพาร์ จำกัด ได้ทำหนังสือส่งเอกสาร International Chrysotile Association (ICA) Rotterdam Convention COP7 Meeting – 2015: For environmental occupational health safe and responsible use ลงวันที่ ๕ พฤษภาคม ๒๕๕๘ ถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อขอให้พิจารณาการใช้แร่ใยหินโครโซไทล์ในประเทศไทยต่อไป

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ขอให้ นพ.สมเกียรติ ศิริรัตนพลฤกษ์ นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค เป็นผู้รายงานผลการจัดประชุมหารือทางวิชาการของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) กับผู้เชี่ยวชาญของกรมควบคุมโรค กระทรวง

สาธารณสุข และสถาบันการศึกษา เกี่ยวกับข้อเท็จจริงเรื่องแร่ใยหินโครโซไทล์และอนุสัญญารอตเตอร์ดัม เมื่อวันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๕๘ ที่ผ่านมา ซึ่ง นพ.สมเกียรติ ศิริรัตนพุกซ์ ได้นำเสนอข้อสรุปจากการประชุม ดังนี้

๑. อนุสัญญารอตเตอร์ดัม หรืออนุสัญญารอตเตอร์ดัมว่าด้วยกระบวนการแจ้งข้อมูลสารเคมีล่วงหน้า สำหรับสารเคมีอันตรายและสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชและสัตว์บางชนิดในการค้าระหว่างประเทศ (Rotterdam Convention on the Prior Informed Consent Procedure for Certain Hazardous Chemicals and Pesticides in International Trade: RC) มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๗ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ส่งเสริมความพยายามร่วมมือและรับผิดชอบร่วมกันในหมู่ภาคี¹ ในเรื่องสารเคมีอันตรายบางชนิดในการค้าระหว่างประเทศเพื่อปกป้องสุขภาพอนามัยของมนุษย์และสิ่งแวดล้อมจากอันตรายของสารเคมี และเพื่อส่งเสริมการใช้สารเคมีอย่างไม่เป็นอันตรายต่อสิ่งแวดล้อม โดยการอำนวยความสะดวกในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของสารเคมี และการแจ้งให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจระดับชาติได้ทราบถึงการนำเข้าและส่งออก และการกระจายข่าวการตัดสินใจนี้ไปในหมู่ภาคีสมาชิก ปัจจุบันมีภาคีจำนวน ๑๕๔ ภาคี ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันต่ออนุสัญญารอตเตอร์ดัม เมื่อวันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๕

หากสารเคมีใดได้รับการบรรจุเข้าในภาคผนวก III ตามอนุสัญญารอตเตอร์ดัม หมายถึง สารเคมีนั้น จะต้องอยู่ภายใต้กระบวนการแจ้งข้อมูลสารเคมีล่วงหน้า โดยภาคีจะต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์กระบวนการแจ้งข้อมูลสารเคมีล่วงหน้า (Prior Informed consent procedure: PIC procedure) ในการส่งออกหรือนำเข้าสารเคมีนั้นๆ ซึ่งการจะพิจารณาบรรจุสารเคมีใดเข้าในภาคผนวก III นั้น ที่ประชุมใหญ่ภาคี (Conference of Parties: COP) จะต้องตัดสินใจ โดยอาศัยข้อมูลทางวิชาการจากคณะกรรมการพิจารณา ทบทวนสารเคมี (Chemical Review Committee: CRC) โดยในการตัดสินใจของที่ประชุมใหญ่ภาคีนั้นไม่ใช้ระบบโหวต แต่จะใช้การมีฉันทมติแทน

ทั้งนี้ อนุสัญญารอตเตอร์ดัมมิได้มีพันธกรณีในการห้ามใช้สารเคมี แต่กำหนดให้มีการแจ้งทำที่ในการนำเข้าสารเคมีล่วงหน้า รวมทั้งส่งเสริมการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อให้มีการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัย

๒. ผลการประชุมใหญ่ภาคี (COP) ล่าสุด คือ ครั้งที่ ๗ (COP7) เมื่อพฤษภาคม ๒๕๕๘ ที่ผ่านมา พิจารณาเรื่อง แร่ใยหินโครโซไทล์ เป็นเรื่องสืบเนื่อง(ตั้งแต่การประชุม COP3) และCOP7ก็ยังคงฉันทมติในเรื่องการบรรจุแร่ใยหินโครโซไทล์เข้าในภาคผนวก III ของอนุสัญญารอตเตอร์ดัมไม่ได้ ที่ประชุมเห็นชอบให้นำเรื่องนี้ไปพิจารณาสืบเนื่องในการประชุมใหญ่ภาคีครั้งที่ ๘ต่อไปด้วย ทั้งนี้ หากพิจารณาถึงจำนวนภาคีที่แสดงท่าทีคัดค้านการบรรจุโครโซไทล์เข้าในภาคผนวก III พบว่ามีจำนวนน้อยกว่าภาคีที่แสดงท่าทีสนับสนุนมาก

¹ ภาคี หมายถึง รัฐหรือองค์การเพื่อการบูรณาการทางเศรษฐกิจในระดับภูมิภาคที่ให้ความยินยอมที่จะปฏิบัติตามอนุสัญญา และให้อนุสัญญามีผลบังคับใช้ต่อตน

โดยใน COP7 มีภาคีสันับสนุนการบรรจุโครโซไทล์ไว้ในภาคผนวก III ๓๗ ภาคี ภาคีคัดค้าน ๘ ภาคี และภาคีที่ต้องการข้อมูลทางวิทยาศาสตร์เพิ่มเติม ๑ ภาคี

๓. กลไกและกระบวนการพิจารณากำหนดท่าทีของประเทศไทยในการเข้าร่วมประชุมที่เกี่ยวข้องกับอนุสัญญา Rotterdam อยู่ภายใต้คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ที่มีนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน ซึ่งได้แต่งตั้งคณะกรรมการอนุสัญญา Rotterdam ว่าด้วยกระบวนการแจ้งข้อมูลสารเคมีล่วงหน้าสำหรับสารเคมีอันตรายและสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชและสัตว์บางชนิดในการค้าระหว่างประเทศ มีผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ เป็นประธาน (ตามคำสั่งล่าสุดที่ ๑๑/๒๕๕๗ ประธานได้แก่ ดร.ประเสริฐ ตปนียางกูร) มีอธิบดีกรมควบคุมมลพิษหรือผู้แทน เป็นรองประธานอนุกรรมการ องค์กรประกอบเป็นผู้บริหารหรือผู้แทนจากหน่วยงานรัฐ ๑๐ หน่วย ภาคเอกชน ๒ องค์กร(ประธานสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย และนายกสมาคมธุรกิจเคมี) ผู้ทรงคุณวุฒิ ๓ คน มีผู้อำนวยการสำนักจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ เป็นอนุกรรมการและเลขานุการ

ในการประชุมคณะกรรมการล่าสุดเพื่อเตรียมท่าทีของประเทศไทยสำหรับการเข้าประชุมใหญ่ภาคีครั้งที่ ๗ (COP7 ประชุมไปแล้วเมื่อพฤษภาคม ๒๕๕๘) ประเทศไทยได้กำหนดท่าทีว่า “ไม่เห็นด้วยในการบรรจุแร่ใยหินโครโซไทล์ไว้ในภาคผนวก III ของอนุสัญญา Rotterdam เนื่องจากภาคอุตสาหกรรมยังมีความจำเป็นต้องใช้ และกรมโรงงานอุตสาหกรรม อยู่ระหว่างรวบรวมข้อมูล ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอันตรายและสารทดแทนแร่ใยหินโครโซไทล์”

๔. ในทางปฏิบัติที่ผ่านมาของประเทศไทย การจะกำหนดประเภทวัตถุอันตรายใดเป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๔² ตามพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ นั้น กรมโรงงานอุตสาหกรรมมักจะอ้างอิงตามสารเคมีที่ถูกบรรจุไว้ในภาคผนวก III ของอนุสัญญา Rotterdam เป็นสำคัญ ซึ่งที่ผ่านมาประเทศไทยได้กำหนดแร่ใยหินที่อยู่ในกลุ่มแอมฟีโบล (Amphibole) ทั้งหมดเป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๔ ตามพระราชบัญญัติวัตถุอันตรายแล้ว โดยไม่ต้องรอข้อมูลเรื่องอุบัติการณ์ผู้ป่วยในประเทศไทย เนื่องจากแร่ใยหินกลุ่มดังกล่าวได้ถูกบรรจุเข้าอยู่ใน ภาคผนวก III ของอนุสัญญา Rotterdam แล้ว

๕. ที่มาของเอกสารที่บริษัทไอพาร์เสนอต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เอกสารดังกล่าวเป็นเอกสารของ International Chrysotile Association (ICA) ซึ่งเป็นสมาคมระหว่างประเทศที่ก่อตั้งขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ในการสนับสนุนให้มีการใช้แร่ใยหินโครโซไทล์ต่อไป โดย ICA สนับสนุนให้มีมาตรการใช้แร่ใยหินโครโซไทล์อย่างปลอดภัย และพยายามเผยแพร่ข้อมูลเรื่องความปลอดภัยของแร่ใยหินโครโซไทล์ผ่านช่องทางที่หลากหลาย ในเอกสารข้างต้น ให้ข้อมูลว่า ขณะนี้ RC ระบุว่า ยังไม่มีการบรรจุแร่ใยหินโครโซไทล์ไว้ในอนุสัญญา Rotterdam

² วัตถุอันตรายชนิดที่ ๔ ได้แก่วัตถุอันตรายที่ห้ามมิให้มีการผลิต การนำเข้า การส่งออก หรือการมีไว้ในครอบครอง

๖. ความเห็นต่อประเด็นที่ ICA เสนอมาในเอกสารนั้น ที่ประชุมมีความเห็น ดังนี้

ประเด็นจาก ICA	ความเห็นจากการประชุมหารือทางวิชาการ
<p>๑) ไม่ควรนำระเบียบวาระเรื่องการบรรจุแร่ใยหินโครโซไทล์เข้าในภาคผนวก III ของอนุสัญญา Rotterdam ดั้ม ในที่ประชุมใหญ่ภาคี เพราะอย่างไรก็ตามหาฉันทมติไม่ได้จากข้อมูลเดิมที่มีอยู่</p>	<p>๑) เป็นไปตามมติที่ประชุมภาคี เนื่องจากเป็นเรื่องสืบเนื่องที่ที่ประชุมยังพิจารณาไม่เสร็จและมีมติให้พิจารณาต่อไป และข้อมูลนำเข้าที่ได้จากคณะกรรมการพิจารณาทบทวนสารเคมี(CRC) นั้นมีความชัดเจนมากเรื่องผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในผู้ประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้อง และประชาชนทั่วไป จึงจำเป็นต้องหาข้อสรุปเรื่องนี้ในที่ประชุมใหญ่ภาคีให้ได้</p> <p>แต่ที่ประชุมได้มีข้อสังเกตเรื่องการใช้วิธีหาฉันทมติในการลงมติ โดยไม่ใช้การโหวตว่า ในหลายกรณีอาจหาฉันทมติไม่ได้ เพราะแม้มีภาคีเสียงเดียวที่ไม่เห็นพ้อง ก็ไม่สามารถหาฉันทมติได้ ดังนั้น ในอนาคตการประชุมCOP อาจต้องพิจารณาใช้วิธีโหวตในบางกรณี</p>
<p>๒) สำนักงานเลขาธิการของอนุสัญญา Rotterdam ดั้ม ไม่มีความเป็นกลาง และเขียนข้อมูลบิดเบือน</p>	<p>๒) ข้อมูลของสำนักงานเลขาธิการฯ อ้างอิงข้อมูลจากที่ประชุมใหญ่ภาคี และคณะกรรมการพิจารณาทบทวนสารเคมี(CRC) เป็นหลัก และเอกสารสรุปการประชุมใหญ่ภาคีที่สำนักงานเลขาธิการฯ เผยแพร่ก็ได้แสดงให้เห็นกระบวนการพิจารณาระเบียบวาระนี้ที่ชัดเจน</p>
<p>๓) การบรรจุแร่ใยหินโครโซไทล์เข้าในอนุสัญญา Rotterdam ดั้มนั้น ถือว่าผิดวัตถุประสงค์ของอนุสัญญา Rotterdam ดั้มที่มีขึ้นเพื่อบริหารจัดการการค้าสารกำจัดศัตรูพืชและสารเคมีอันตรายรุนแรงที่ไม่มีมาตรการควบคุม และมีข้อกังขาว่าจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม รวมถึงสารที่สามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง</p>	<p>๓) อนุสัญญา Rotterdam ดั้มมีวัตถุประสงค์เพื่อ ส่งเสริมความพยายามร่วมมือและรับผิดชอบร่วมกันในหมู่ภาคีในเรื่องสารเคมีอันตรายบางชนิดในการค้าระหว่างประเทศเพื่อปกป้องสุขภาพอนามัยของมนุษย์และสิ่งแวดล้อมจากอันตรายของสารเคมี และเพื่อส่งเสริมการใช้สารเคมีอย่างไม่เป็นอันตรายต่อสิ่งแวดล้อม</p>

ประเด็นจาก ICA	ความเห็นจากการประชุมหรือทางวิชาการ
๔) ความพยายามที่จะบรรจุแร่ใยหินโครโซไทล์เข้าในอนุสัญญา Rotterdam เป็นเรื่องการค้า การตลาด และการเมือง มากกว่าการพูดคุยทางวิทยาศาสตร์ โดยพบว่าประเทศที่สนับสนุนให้บรรจุเป็นประเทศส่งออกสินค้าทดแทนรายใหญ่	๔) มีข้อมูลหลักฐานชัดเจนเรื่องผลกระทบต่อสุขภาพจากแร่ใยหินโครโซไทล์ และหลายประเทศที่สนับสนุนให้บรรจุโครโซไทล์เข้าในภาคผนวก III ไม่ได้เป็นประเทศผู้ส่งออกสินค้าทดแทน
๕) ความปลอดภัยของสารและผลิตภัณฑ์ทดแทนยังไม่ชัดเจน เพราะข้อมูลการศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพในมนุษย์ยังมีจำกัด	๕) สารทดแทนมีหลายชนิด และในเอกสารขององค์การอนามัยโลกได้แสดงข้อมูลเรื่องความเป็นอันตรายจากสารทดแทนชนิดต่างๆ ไว้ชัดเจนแล้ว
๖) องค์การอนามัยโลกและองค์การแรงงานระหว่างประเทศมีท่าทีอย่างเป็นทางการให้ประเทศสมาชิกใช้แร่ใยหินโครโซไทล์อย่างมีความรับผิดชอบและมีการควบคุม ไม่ได้ให้ยกเลิกการใช้	๖) องค์การอนามัยโลกประกาศจุดยืนว่า ทางเดียวที่จะขจัดโรคต่างๆ ที่เกิดจากแร่ใยหินคือการยกเลิกการใช้แร่ใยหินทุกชนิด และสนับสนุนการใช้สารทดแทนที่ปลอดภัยต่อสุขภาพแทนการใช้แร่ใยหิน ขณะที่องค์การแรงงานระหว่างประเทศส่งเสริมให้ อนาคตมีการจัดการใช้แร่ใยหินทุกรูปแบบ รวมถึงวัสดุที่มีแร่ใยหิน

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานว่า ที่ประชุมหรือทางวิชาการมีข้อเสนอต่อการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ ในส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑. กลไกและกระบวนการกำหนดท่าทีของประเทศไทยในการเข้าร่วมประชุมที่เกี่ยวข้องกับอนุสัญญา Rotterdam ควรมีการสืบค้นและนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาศึกษาอย่างรอบด้านและใช้ข้อมูลที่ทันสมัย ทั้งนี้ เสนอให้ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ส่งข้อมูลรายงานผลการศึกษาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผลกระทบทางสุขภาพจากแร่ใยหิน ของคณะกรรมการศึกษาข้อเท็จจริงฯ กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงเอกสารขององค์การอนามัยโลกให้แก่คณะกรรมการวัตถุอันตราย และอนุกรรมการอนุสัญญา Rotterdam ด้วย

๒. เสนอให้กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภค สนับสนุนการเผยแพร่ สื่อสารและทำความเข้าใจถึงอันตรายจากแร่ใยหินโครโซไทล์ กับกลุ่มผู้บริโภค และผู้ประกอบการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของแร่ใยหิน เช่น กลุ่มธุรกิจและผู้ประกอบการรับเหมาก่อสร้าง

๓. เสนอให้คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาทบทวน (Revisit) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ เรื่องมาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ในประเด็นต่อไปนี้

๓.๑ ให้พิจารณาปรับค่ามาตรฐานความปลอดภัยในพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. ๒๕๔๑ ที่ปัจจุบันอนุญาตให้มีแร่ใยหินปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมในการทำงานได้ไม่เกิน ๕ เส้นใยต่ออากาศ ๑ ลูกบาศก์ เซนติเมตร เป็น ๐.๑ เส้นใยต่ออากาศ ๑ ลูกบาศก์เซนติเมตร ซึ่งเป็นระดับที่สมาคมนักสุขศาสตร์อุตสาหกรรม ภาครัฐของสหรัฐอเมริกากำหนดไว้ในปัจจุบัน

๓.๒ ให้พิจารณาการลงนามในอนุสัญญาองค์การแรงงานระหว่างประเทศ ฉบับที่ ๑๖๒ ว่าด้วยแร่ใยหิน ค.ศ. ๑๙๘๖ (พ.ศ. ๒๕๒๙) ของประเทศไทย เพื่อให้มีข้อกำหนดเกี่ยวกับมาตรการในการป้องกันและควบคุม คุ้มครองคนงานเกี่ยวกับอันตรายที่มีต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากการสัมผัสแร่ใยหินจากทำงาน เช่น การใช้สารทดแทนที่ประเมินว่ามีอันตรายน้อยที่สุด การห้ามใช้แร่ใยหินหรือผลิตภัณฑ์ที่มีแร่ใยหิน ทั้งหมดหรือบางส่วนในกระบวนการทำงาน มีมาตรการป้องกันและควบคุมการปล่อยฝุ่นแร่ใยหินออกไปในอากาศ

๓.๓ นำประเด็นเรื่องการรื้อถอนและจัดการขยะจากแร่ใยหินอย่างถูกต้อง โดยให้บริษัทผู้ผลิตสินค้าที่มีแร่ใยหินต้องรับผิดชอบขนย้ายปนเปื้อน บรรจุในร่างพระราชบัญญัติขยะแห่งชาติ พ.ศ. ที่อยู่ระหว่างยกร่าง

๓.๔ ทบทวนการกำหนดท่าทีของประเทศไทยในการประชุมภาคีอนุสัญญารอตเตอร์ดัมรอบต่อไป ในประเด็นแร่ใยหินโครโซไทล์ สืบเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขได้ศึกษาผลกระทบทางสุขภาพจากแร่ใยหิน โดยชัดเจนแล้ว และมีการใช้สารทดแทนตลอดจนสนับสนุนการวิจัยเรื่องสารทดแทนแร่ใยหินแล้ว ประเทศไทยจึงควรแสดงท่าทีสนับสนุนการบรรจุแร่ใยหินโครโซไทล์เข้าในภาคผนวก III ของอนุสัญญารอตเตอร์ดัม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ที่ประชุมมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ โดยสังเขป ดังนี้

ศ.ดร.ยงยุทธ ยุทธวงศ์ ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีความเห็นว่า มาตรการต่างๆ ที่ได้กำหนดไปแล้วนั้นคงไม่มีการถอยหลัง ขอให้เดินหน้าต่อไป และศึกษาข้อมูลหลักฐานทางวิชาการใหม่ๆ เพิ่มเติมจากการได้สอบถามกับท่านเอกอัครราชทูตจากประเทศแคนาดาว่า เหตุใดประเทศแคนาดายังส่งออกแร่ใยหินโครโซไทล์ จึงได้รับคำตอบว่า ณ ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลที่แน่ชัดว่าแร่ใยหินโครโซไทล์มีอันตรายจริง และอาจเป็นด้วยเหตุผลทางการเมืองและการค้าภาคอุตสาหกรรม นอกจากนี้ยังได้ส่งรายงานทางวิชาการไปให้กระทรวงอุตสาหกรรม ซึ่งก็ยังมีผู้เห็นว่าข้อมูลหลักฐานยังไม่แน่ชัดอีกเช่นกัน แสดงให้เห็นว่า การขับเคลื่อนมาตรการไร้ใยหินนี้ยังมีกลุ่มผู้ไม่เห็นด้วย อย่างไรก็ตามขอให้ขับเคลื่อนมติอย่างต่อเนื่อง อีกเรื่องหนึ่ง คือ ขอให้ฝ่ายเลขานุการตรวจสอบข้อมูลให้ชัดเจนตามข้อเสนอที่ ๓.๑ ว่าได้กำหนดอนุญาตให้มีแร่ใยหินปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมในการทำงานได้ไม่เกิน ๐.๑ เส้นใยต่ออากาศ ๑ ลูกบาศก์เซนติเมตร ซึ่งเป็นระดับที่สมาคมนักสุขศาสตร์อุตสาหกรรมภาครัฐของสหรัฐอเมริกาคำหนดไว้ในปัจจุบัน ว่ามีเกณฑ์ค่ามาตรฐานสากลตามนี้จริงหรือไม่ และข้อเสนอที่ ๓.๒ พิจารณาการลงนามในอนุสัญญาองค์การแรงงานระหว่างประเทศ ฉบับที่ ๑๖๒ ว่าด้วยแร่ใยหิน ค.ศ. ๑๙๘๖ (พ.ศ. ๒๕๒๙) ของประเทศไทย ให้ตรวจทานว่าอนุสัญญาฉบับดังกล่าวว่า

ได้รวมเรื่องแร่ใยหินโครโซไทล์ไว้ด้วยหรือไม่ สมัยนั้นเป็นระบุแต่แร่ใยหินแอสเบสตอสไซท์หรือไม่ ด้วยเหตุใด ประเทศไทยจึงยังไม่ได้ลงนาม เนื่องจากระยะเวลาผ่านมานานพอสมควรแล้ว

ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รองประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีความเห็นว่า ผลจากการประชุมหารือของกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงอุตสาหกรรม และรองนายกรัฐมนตรี (ม.ร.ว.ปรีดิยาธร เทวกุล) เกี่ยวกับการดำเนินการตามมาตรการไร้แร่ใยหินภายใน ๒ ปี ตามข้อเสนอจากมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ทราบว่า กระทรวงอุตสาหกรรมจะให้ยกเลิกแร่ใยหินในผลิตภัณฑ์ทุกชนิด ยกเว้นแร่ใยหินโครโซไทล์ ซึ่งเป็นสารที่นำมาใช้ทำกระเบื้องหลังคาให้มีความทนทาน และราคาไม่แพง แต่ก็จะมีมาตรการให้ระมัดระวังในกระบวนการผลิต และกระบวนการรีไซเคิลที่อาจได้รับผลกระทบจากสารดังกล่าว นอกจากนี้ในหลายประเทศยังใช้แร่ใยหินโครโซไทล์ในการผลิตกระเบื้องอยู่ ในการนี้กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานข้อมูลผลการหารือดังกล่าวให้ฝ่ายเลขานุการ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรับทราบแล้ว นอกจากนี้ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้รับหนังสือแจ้งจากผู้จัดการบริษัท กระเบื้องโอพาร จำกัด ที่ได้จัดส่งเอกสาร International Chrysotile Association (ICA) Rotterdam Convention COP7 Meeting – 2015: For environmental occupational health safe and responsible use ลงวันที่ ๕ พฤษภาคม ๒๕๕๘ ถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อขอให้พิจารณาการใช้แร่ใยหินโครโซไทล์ในประเทศไทยต่อไปนั้น จึงได้นำความคืบหน้าดังกล่าวมารายงานให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรับทราบในครั้งนี้

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต ๑๓ มีความเห็นว่า เอกสารข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก “WHO position on Asbestos” จัดทำโดยองค์กรวิจัยมะเร็งนานาชาติ และแผนงานความปลอดภัยของสารเคมีนานาชาติ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบเรื่องนี้โดยตรง ซึ่งผลการศึกษาได้ยืนยันไว้อย่างชัดเจนว่าแร่ใยหินโครโซไทล์ไม่มีความปลอดภัย ไม่ว่าจะกำหนดปริมาณการใช้สารในระดับใดก็ตาม แต่เหตุที่ยังมีข้อโต้แย้งจากกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียต่าง ๆ นั้น เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ยังต้องการใช้แร่ใยหินโครโซไทล์นี้อยู่ โดยเฉพาะประเทศรัสเซีย เป็นผู้ผลิตและส่งออกแร่ใยหินโครโซไทล์ ในขณะที่ประเทศไทยนั้นภาคอุตสาหกรรมหลายบริษัทใหญ่ได้ยกเลิกการใช้แร่ใยหินโครโซไทล์ และเปลี่ยนไปใช้สารทดแทนอย่างอื่นแล้ว ๘๐% ยังมีเหลืออยู่อีก ๒ บริษัทใหญ่ที่รับทราบข้อมูลรายงานเช่นกัน แต่ยังไม่ได้ยกเลิก เนื่องจากเป็นภาพลักษณ์ขององค์กร และเป็นนายหน้าให้กับประเทศรัสเซีย ทำให้มีกลุ่มธุรกิจ และสมาคมนักวิชาการส่วนหนึ่งที่ยังสนับสนุนการใช้แร่ใยหินโครโซไทล์นี้อยู่ เป็นเรื่องผลประโยชน์ของธุรกิจ โดยไม่ได้คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในระยะยาว

ภก.รศ.ดร.วิทยา กุลสมบูรณ์ กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้แทนสภาเภสัชกรรม มีความเห็นว่า ในปี ๒๕๕๙ จะครบ ๑๐ ปีที่กระทรวงสาธารณสุข โดยกองอาชีวอนามัย กรมอนามัย ได้ริเริ่มผลักดันมาตรการสังคมไร้แร่ใยหิน ซึ่งปัจจุบันมีเอกสารหลักฐานวิชาการเชิงประจักษ์หลายฉบับ และมีผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนี้ได้แก่ ศ.ดร.นพ.พรชัย สิทธิศรัณย์กุล จากภาควิชาศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศ.นพ.สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์ จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และรศ.ดร.วันที พันธุ์ประสิทธิ์ จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นอกจากนี้ยังมีเอกสารประกอบเพิ่มเติมที่แจกในที่ประชุมนี้ มีเนื้อหาได้เรียกร้องให้นานาชาติยกเลิกการใช้แร่ใยหิน ประเทศที่พบคนเสียชีวิตในประเทศที่พัฒนาแล้ว ในกลุ่ม ๑๐ ประเทศที่ใช้นั้นมีประเทศไทยรวมอยู่ด้วย สำหรับประเทศ

แคนาดา นั้น ปัจจุบันได้เลิกทำการค้าส่งออกแร่ใยหินแล้ว รัฐบาลไม่ได้สนับสนุนการทำเหมืองแร่ต่อ เนื่องจากได้รับการต่อต้านจากกลุ่มนักวิทยาศาสตร์ แพทย์ภายในประเทศ และได้รับกระแสกดดันจากทั่วโลก ดังนั้น ประเทศแคนาดา และประเทศสหรัฐอเมริกา จึงไม่ได้ทำการค้าส่งออกแร่ใยหินแล้ว แต่ไม่ได้ประกาศยกเลิกอย่างเป็นทางการ กรณีตัวอย่างที่บริษัทธุรกิจอุตสาหกรรมแนวหน้าได้ยกเลิก ไม่ขายผลิตภัณฑ์ที่มีสารที่ไม่ปลอดภัยก่อนที่จะมีการประกาศยกเลิกโดยภาครัฐนั้น ถือเป็นแบบอย่างสร้างแรงจูงใจที่ดี ยังมีเพียงบางบริษัทเท่านั้นที่จะรอให้ภาครัฐประกาศยกเลิกการใช้แร่ใยหินโครโซไทล์ก่อน

นายสุพจน์ สงวนกิตติพันธ์ กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๑๑ มีความเห็นว่า เห็นด้วยกับข้อเสนอเรื่องการสร้างความตระหนักถึงอันตรายต่อสุขภาพให้กับผู้บริโภคที่จะปฏิเสธ ไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของแร่ใยหิน ถ้าไม่มีคนซื้อ คนขายก็ไม่ผลิตเช่นกัน

ศ.ดร.สุริชัย หวันแก้ว กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีความเห็นว่า มี ๓ ประเด็นที่สำคัญ ประเด็นแรก คือ การบูรณาการเรื่องสุขภาพอยู่เข้าไปในนโยบายภาคอุตสาหกรรม ประเด็นที่สอง คือ สถานการณ์โลกที่แข่งขันทางเศรษฐกิจได้แยกเรื่องการค้ากับเรื่องสุขภาพออกจากกัน ในเวทีโลกไม่ได้มีแต่เพียงองค์การอนามัยโลก (WHO) เท่านั้น ยังมีองค์การการค้าโลก และองค์กรอื่นๆ ที่มีการแข่งขันกันสูง เรากำลังอยู่ในขั้นตอนใหม่ของการถกเถียงกันด้วยข้อมูล ความรู้ การมีหลักฐานวิชาการเชิงประจักษ์ และการตัดสินใจเชิงนโยบาย กรณีตัวอย่างในต่างประเทศที่เสพติดการใช้แร่ใยหิน ไม่ใช่ยกเลิกไม่ได้ แต่มีขั้นตอนของการเลิก และมีแผนการเลิกให้เห็นอย่างชัดเจน ถ้าหากภาคอุตสาหกรรมของประเทศไทยมีความรับผิดชอบอย่างจริงจังที่จะยกเลิกการใช้แร่ใยหิน จำเป็นที่จะต้องเข้ามาร่วมเป็นส่วนส่วนได้เสียหลักในการกำหนดนโยบายในอนาคต สำคัญจึงอยู่ที่การประสานนโยบาย ไม่ใช่มีภาคส่วนใดเป็นพระเอก แต่ต้องร่วมดำเนินการไปด้วยกัน กในกระบวนการทบทวนนโยบายนั้น กระทรวงสาธารณสุขไม่ควรทำหน้าที่เป็นเพียงแค่ผู้จัดส่งเอกสารวิชาการ และการเจรจาแบบแยกส่วนกับหน่วยงานระดับนโยบายต่างๆ เพียงเท่านั้น แต่ต้องเป็นประสานนโยบายที่มุ่งเน้นการบูรณาการมิติสุขภาพเข้ากับยุทธศาสตร์ด้านอุตสาหกรรมระดับชาติ ใช้กระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบายแบบมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอว่า สภาวิจัยแห่งชาติควรสนับสนุนทำการศึกษาวิจัยเรื่องการยกเลิกการใช้แร่ใยหินที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของคนไทยและแรงงานข้ามชาติ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแรงงานก่อสร้าง ถือเป็นประเด็นร่วมของความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ

นพ.สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์ นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค รายงานข้อมูลเพิ่มเติมว่า ประเด็นแรก คือ ในการประชุมใหญ่ภาคี ครั้งที่ ๗ (COP7) ที่ผ่านมา ได้พิจารณาเรื่อง การบรรจุแร่ใยหินโครโซไทล์เข้าในภาคผนวก III ของอนุสัญญา Rotterdam นั้น ประเทศไทยไม่ได้ออกเสียงสนับสนุน สำหรับท่าทีของประเทศไทยที่คัดค้านการบรรจุแร่ใยหินโครโซไทล์เข้าในภาคผนวก III นั้น โดยมีเหตุผลว่าอยู่ระหว่างรอรายงานการประเมินผลกระทบทางสุขภาพก่อน ซึ่งในข้อเท็จจริงกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งคณะกรรมการจัดทำรายงานการประเมินผลกระทบทางสุขภาพมีข้อสรุปต่อเรื่องนี้ และจัดส่งให้กับกระทรวงอุตสาหกรรมไปแล้ว อย่างไรก็ตามกระทรวงอุตสาหกรรมได้จัดตั้งคณะกรรมการชุดใหม่ขึ้นมาจัดทำรายงานการประเมินผลกระทบทางสุขภาพนี้เช่นกัน แต่ยังไม่มีความคืบหน้าในการดำเนินการดังกล่าว ซึ่งหากใช้เหตุผลนี้เป็นข้ออ้างอีก อาจเป็นปัญหาในระยะยาว ประเด็นที่สอง คือ กระทรวงอุตสาหกรรมจะดำเนินการมาตรการยกเลิกการใช้แร่ใยหินในภาคอุตสาหกรรมประเภทต่างๆ ภายใน ๒ ปี ยกเว้นอุตสาหกรรมการผลิตกระเบื้องสิ่งก่อสร้าง

ซึ่งข้อเท็จจริงนั้น เกือบ ๙๐% ของการใช้แร่ใยหินอยู่ในอุตสาหกรรมการผลิตกระเบื้องสิ่งก่อสร้างนี้ ส่วนผลิตภัณฑ์อื่นมีน้อยมาก และส่วนใหญ่ได้ยกเลิกการใช้แร่ใยหินไปแล้ว เช่น ผลิตภัณฑ์ผ้าเบรค ผ้าครช์ ใน อุตสาหกรรมรถยนต์ส่งออก ซึ่งต่างประเทศห้ามนำเข้าผลิตภัณฑ์นี้ ด้วยกลไกตลาดจึงส่งผลให้จำเป็นต้อง ยกเลิกการใช้แร่ใยหินไปเอง ดังนั้นมาตรการของกระทรวงอุตสาหกรรมจึงเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ในทางวิชาการ ประเด็นที่สาม คือ ค่ามาตรฐานของการอนุญาตให้มีแร่ใยหินปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมในการทำงานได้ไม่เกิน ๕ เส้นใยต่ออากาศ ๑ ลูกบาศก์เซนติเมตร ของประเทศไทยนั้น ถือว่าอยู่ในเกณฑ์สูงมาก ในขณะที่ประเทศ เวียดนามกำหนดค่ามาตรฐานต่ำกว่านี้ ประเด็นดังกล่าวจึงเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้เช่นกัน นอกจากนี้ขอให้ คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสุขภาพแห่งชาติ(คมส.) ผลักดันข้อเสนอเรื่อง การ ลงนามในอนุสัญญาองค์การแรงงานระหว่างประเทศ ฉบับที่ ๑๖๒ ว่าด้วยแร่ใยหิน ค.ศ. ๑๙๘๖ (พ.ศ. ๒๕๒๙) ของประเทศไทย เพื่อให้มีข้อกำหนดเกี่ยวกับมาตรการในการป้องกันและควบคุม คุ้มครองคนงานเกี่ยวกับ อันตรายที่มีต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากการสัมผัสแร่ใยหินจากทำงานอย่างจริงจัง ที่ผ่านมามาประเทศไทยร่วมลง นามสัตยาบรรณในอนุสัญญาแรงงานระหว่างประเทศ (ILO Convention) จำนวนน้อยมาก ในขณะที่ปัจจุบันมี อนุสัญญาแรงงานระหว่างประเทศอยู่มากกว่า ๒๐๐ ฉบับ แสดงให้เห็นถึงนโยบายในการดูแลชีวิตและความ ปลอดภัยของแรงงานของประเทศไทยยังไม่ดีเท่าที่ควร สำหรับการศึกษาวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องแร่ใยหินนี้ ควรศึกษาในมิติของความปลอดภัยทางสุขภาพจากการป้องกัน มากกว่าที่จะไปศึกษาภาวการณ์เจ็บป่วยจากแร่ ใยหิน เพื่อเป็นหลักฐานทางวิชาการเชิงประจักษ์

มติการประชุม เห็นชอบและมอบหมายให้

(๑) คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพ แห่งชาติพิจารณาทบทวนปรับปรุงมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง มาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน ตาม ความเหมาะสม โดยให้นำข้อเสนอทางวิชาการไปพิจารณาด้วย

(๒) ฝ่ายเลขานุการ

(๒.๑) ประสานกระทรวงสาธารณสุข จัดส่งข้อมูลรายงานผลการศึกษา ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากแร่ใยหินของคณะกรรมการศึกษาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผลกระทบต่อ สุขภาพจากแร่ใยหิน รวมถึงเอกสารขององค์การอนามัยโลก ให้แก่ คณะกรรมการวัตถุอันตราย และ คณะอนุกรรมการอนุสัญญาออตเตอร์ดัม

(๒.๒) ประสานกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อ สนับสนุนให้เกิดการเผยแพร่ สื่อสาร และทำความเข้าใจถึงอันตรายจากแร่ใยหินโครโซไทล์ กับกลุ่มผู้บริโภค และผู้ประกอบการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของแร่ใยหิน เช่น กลุ่มธุรกิจและ ผู้ประกอบการรับเหมาก่อสร้าง

(๒.๓) ติดตามความคืบหน้าและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอนุสัญญาออตเตอร์ดัม และแร่ใยหินอย่างต่อเนื่อง

ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องอื่น ๆ

๒.๑ นัดหมายการประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๕๘

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานว่า เพื่อการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผล และเป็นระบบ ฝ่ายเลขานุการจึงขอเสนอปฏิทินนัดหมายการประชุม ครั้งที่ ๔/๒๕๕๘ ในวันศุกร์ที่ ๔ กันยายน ๒๕๕๘ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. จึงให้คณะกรรมการได้โปรดพิจารณาเห็นชอบ

มติการประชุม เห็นชอบนัดหมายการประชุม ครั้งที่ ๔ /๒๕๕๘ ในวันศุกร์ที่ ๔ กันยายน ๒๕๕๘ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.

เลิกประชุม เวลา ๑๒.๐๐ น.

นางสาววิมลฐา แก้วเกต
ผู้จัดทำรายงานการประชุม
นางปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา
ผู้ตรวจรายงานการประชุม