

รายงานการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖/๒๕๖๖

วันพฤหัสบดีที่ ๑๖ เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๓๐-๑๖.๐๐ น.

ณ ห้องประชุม สานใจ ๑/๒ ชั้น ๖ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ภายในกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

ผู้มาประชุม

๑.	นายชลน่าน ศรีแก้ว	รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	รองประธานกรรมการ
๒.	นางสาวชวนชม จันทะวงษ์	ผู้ช่วยปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ แทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์	กรรมการ
๓.	นายกุศล โชติรัตน์	รองปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและ สิ่งแวดล้อม แทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวง ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๔.	นายพรพจน์ เพ็ญพาส	รองปลัดกระทรวงมหาดไทย แทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย	กรรมการ
๕.	นายพรยศ กลิ่นกรอง	รองอธิบดีกรมโรงงานอุตสาหกรรม แทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงอุตสาหกรรม	กรรมการ
๖.	นายปรเมศวร์ งามพิเชษฐ์	นายกเมืองพัทยา	กรรมการ
๗.	นายประภัสร์ ภูเจริญ	นายกเทศมนตรีเมืองลำพูน	กรรมการ
๘.	นายแหลม ศรีนุ้ย	นายกองค์การบริหารส่วนตำบลดอนมะนาว	กรรมการ
๙.	นายพินิจ หิรัญโชติ	ผู้แทนแพทยสภา	กรรมการ
๑๐.	รศ.ทัศนาศูญา บุญทอง	ผู้แทนสภาการพยาบาล	กรรมการ
๑๑.	นายธงชัย วชิรโรจน์ไพศาล	ผู้แทนทันตแพทยสภา	กรรมการ
๑๒.	นายสุวิทย์ อธิกุลชน	ผู้แทนสภาเภสัชกรรม	กรรมการ
๑๓.	นายสมชัย เจ็ดเสริมอนันต์	ผู้แทนสภาเทคนิคการแพทย์	กรรมการ
๑๔.	นางสมใจ ลือวิเศษไพบูลย์	ผู้แทนสภากายภาพบำบัด	กรรมการ
๑๕.	นางชนัญญา ชัยสุวรรณ	ผู้แทนสภาการแพทย์แผนไทย	กรรมการ
๑๖.	นายไพศาล บางชวด	ผู้แทนสภาการสาธารณสุขชุมชน	กรรมการ
๑๗.	รศ.จันทร์ชัย เจริญประเสริฐ	ผู้แทนคณะกรรมการวิชาชีพที่จัดตั้งขึ้น ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ	กรรมการ
๑๘.	นางปิติพร จันทรรัตน์ ณ อยุธยา	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
๑๙.	นางอัจฉรา เขียววิชัย	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ

๒๐.	นางสาวศรีโสภา มีเจริญ	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
๒๑.	นางสุวรรณา บุญกล้า	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
๒๒.	นางสาวโสภาพรรณ กาสมสัน	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
๒๓.	นางมุกดา อินต๊ะสาร	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
๒๔.	นายมนตรี อิมเอก	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๑	กรรมการ
๒๕.	นายวีระ รัตนศิริกุลชัย	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๒	กรรมการ
๒๖.	นายเหรียญ บุญสำลี	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๓	กรรมการ
๒๗.	ผศ.สุรพงษ์ ปนาทกุล	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๔	กรรมการ
๒๘.	นายพนัส พุกษ์สุนันท์	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๕	กรรมการ
๒๙.	นายสุรพัศโยธิน บุรณานนท์	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๖	กรรมการ
๓๐.	นายสุทธิพันธ์ บุญมี	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๗	กรรมการ
๓๑.	นางนิสิต ศักยพันธ์	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๘	กรรมการ
๓๒.	นายศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๙	กรรมการ
๓๓.	นายนพภา พันธุ์เพ็ง	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๑๐	กรรมการ
๓๔.	นายสุชีพ พัฒน์ทอง	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๑๑	กรรมการ
๓๕.	นางกัลยา เอี้ยวสกุล	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๑๒	กรรมการ
๓๖.	นายวิชัย โชควิวัฒน์	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๑๓	กรรมการ
๓๗.	นายสุเทพ เพชรมาก	เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการและ เลขานุการ
๓๘.	นายสุทธิพงษ์ วสุโสภานพ	รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	ผู้ช่วยเลขานุการ

ผู้ไม่มาประชุม เนื่องจากติดภารกิจ

๑.	นายภูมิธรรม เวชยชัย	รองนายกรัฐมนตรี	ประธานกรรมการ
๒.	รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์		กรรมการ
๓.	พล.ต.ท.คำรณวิทย์ ธูปกระจ่าง	นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดปทุมธานี	กรรมการ

ผู้มาให้ข้อมูล

๑.	นายชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ	ประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๖
๒.	นายณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา	ประธานกรรมการสนับสนุนและขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓
๓.	ผศ.วีรบูรณ์ วิสารทสกุล	คณบดีวิทยาลัยพัฒนศาสตร์ ป๋วย อึ๊งภากรณ์

ผู้มาร่วมประชุม

๑.	นายญาณกิตติ ห่วงทรัพย์	คณะทำงานรองนายกรัฐมนตรี
----	------------------------	-------------------------

๒.	นายย้ง จักรไพศาล	คณะทำงานรองนายกรัฐมนตรี
๓.	นายเฉลิมวิทย์ เตื่อนกลาง	คณะทำงานรองนายกรัฐมนตรี
๔.	นางสาวนวลสกุล บำรุงพงษ์	คณะที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
๕.	น.ต.พลเทพ สุนทรโร	เลขานุการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
๖.	นายภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๗.	นายจเด็จ ธรรมธัชอารี	เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๘.	นายพงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์	ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนการพัฒนาาระบบสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๙.	นายกฤษณัย ชุตินาเทวินทร์	กระทรวงมหาดไทย
๑๐.	นางสาวพาริตา ปือราเฮง	กระทรวงมหาดไทย
๑๑.	นายพิสุทธิศักดิ์ กมลคุปติสกุล	กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม
๑๒.	นายทศวัตต์ สุธัยยะ	กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม
๑๓.	นางสาวอชิรญา วงษ์แก้ว	สำนักงานปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
๑๔.	นางสาววารุณี พิณพรมราช	สำนักงานปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
๑๕.	นายสัตตธา ยิ้มฉ่าง	สำนักงานปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
๑๖.	นางสาวพีรญา นพรัตน์	กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
๑๗.	นายปฎิยุทธ บุญผลึก	กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
๑๘.	นายอภิชาติ รอดสม	รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๑๙.	นางนิรชา อัครวีรากุล	พนักงาน สช.
๒๐.	นางสาวทีพิชา โปษยานนท์	พนักงาน สช.
๒๑.	นายจารึก ไชยรักษ์	พนักงาน สช.
๒๒.	นายสมเกียรติ พิทักษ์กมลพร	พนักงาน สช.
๒๓.	นางจุฑามาศ โมพี	พนักงาน สช.
๒๔.	นางสาวณนุต มธูรพจน์	พนักงาน สช.
๒๕.	นางนาตยา พรหมทอง	พนักงาน สช.
๒๖.	นางสาวยุวลักษณ์ เหมะวิบูลย์	พนักงาน สช.
๒๗.	นางสาวสิระกาญจน์ มโนทัศน์ันท์	พนักงาน สช.
๒๘.	นางสาววิไลวรรณ สิริสุทธิ	พนักงาน สช.
๒๙.	นางสาววันวิสา แสงทิม	พนักงาน สช.
๓๐.	นายสุรชัย กลั่นวารี	พนักงาน สช.
๓๑.	นายพรมประสิทธิ์ ธรรมกรณ์	พนักงาน สช.
๓๒.	นางสาวธัญญาภรณ์ บุญแสน	พนักงาน สช.
๓๓.	นางสาวกัญญาพัชร นาดิ	พนักงาน สช.
๓๔.	นางสาวแคทริยา กாரาม	พนักงาน สช.

๓๕. นางสาวจิตติมา สุวัตติ พนักงาน สช.

๓๖. นางสาวชญาดา เขียววิบูล พนักงาน สช.

เริ่มประชุม เวลา ๑๓.๓๐ น.

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องแจ้งที่ประชุมทราบ

๑.๑ เรื่องที่ประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

นายสุเทพ เพชรมาก กรรมการและเลขานุการ แจ้งว่า นายภูมิธรรม เวชยชัย (รองนายกรัฐมนตรี) ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ตัดภารกิจเร่งด่วน จึงได้มอบรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายชลน่าน ศรีแก้ว) รองประธานกรรมการ เป็นประธานการประชุม

ประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

นายชลน่าน ศรีแก้ว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ประธานการประชุม ดังนี้

๑. แสดงความยินดีกับเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติท่านใหม่ (นายสุเทพ เพชรมาก)

๒. ขอบคุณคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ชุดที่ ๔ และผู้แทนจากกระทรวงทั้ง ๕ กระทรวงในคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติชุดนี้ ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงอุตสาหกรรม รวมทั้งกรรมการทุกท่าน ที่ทำหน้าที่เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ โดยองค์ประกอบของคณะกรรมการมาจากหลายภาคส่วนมีความสำคัญต่อการเชื่อมโยงกับนโยบายของรัฐบาล และเป็นโอกาสอันดีที่นโยบายของทุกกระทรวงจะสามารถบูรณาการขับเคลื่อนและให้ข้อเสนอแนะผ่านกลไก คสช. เช่น นโยบายด้านสังคมที่ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเข้าสู่สังคมสูงวัย ในขณะที่จำนวนเด็กแรกเกิดใหม่ในแต่ละปีลดลงอย่างต่อเนื่อง การให้ความสำคัญกับกลุ่มเปราะบาง ซึ่งต้องให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสร้างรายได้ การสร้างอาชีพ สร้างโอกาส ลดความเหลื่อมล้ำ และการกระตุ้นเศรษฐกิจเพื่อเตรียมความพร้อมของประเทศให้เข้าสู่เศรษฐกิจสมัยใหม่

๓. มอบของที่ระลึกแก่ผู้แทน คสช. (นายวิชัย โชควิวัฒน์) เพื่อแสดงการขอบคุณคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ชุดที่ ๔ (ดำรงตำแหน่งวันที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๖๒-๖ ธันวาคม ๒๕๖๖) ซึ่งการประชุมวันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ เป็นการประชุมครั้งสุดท้าย

ที่ประชุมได้รับชมวิดีโอทัศน์ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๖

นายสุเทพ เพชรมาก กรรมการและเลขานุการ แนะนำเอกสารแจกเพิ่มเติม ได้แก่ (๑) เอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๓.๕ ผลการประเมินการปฏิบัติงานของเลขาธิการ คสช. (นายประทีป ธนกิจเจริญ) ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (๒) รายงานผลการประเมินผลการดำเนินงานเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๖

มติที่ประชุม รับทราบเรื่องแจ้งที่ประชุมทราบ

๑.๒ รับรองระเบียบวาระการประชุม ครั้งที่ ๖/๒๕๖๖

นายสุเทพ เพชรมาก กรรมการและเลขานุการ แจ้งระเบียบวาระการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ครั้งที่ ๖/๒๕๖๖ มีระเบียบวาระเพื่อทราบ จำนวน ๕ เรื่อง และระเบียบวาระเพื่อพิจารณา จำนวน ๔ เรื่อง ซึ่งในการประชุมครั้งนี้มีระเบียบวาระที่สำคัญ ได้แก่ (๑) แนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพระยะสุดท้ายของชีวิต ตามมาตรา ๑๒ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ รองรับสังคมสูงวัย (๒) ผลการประเมินผลการดำเนินงานเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๖ (๓) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะประเด็นการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า (๔) แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำและติดตามรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย

มติที่ประชุม รับรองระเบียบวาระการประชุม คสช. ครั้งที่ ๖/๒๕๖๖

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๖

นายสุเทพ เพชรมาก กรรมการและเลขานุการ แจ้งที่ประชุมเพื่อพิจารณาและรับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๖๖

มติที่ประชุม รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕/๒๕๖๖

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องเพื่อทราบ

๓.๑ ความคืบหน้าการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖

นายชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ ประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๖ นำเสนอต่อที่ประชุม สรุปสาระสำคัญ ดังนี้

๑. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ในการประชุม ครั้งที่ ๒/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๖ และครั้งที่ ๔/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๖ มีมติรับทราบความคืบหน้าการเตรียมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖

๒. คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) จัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และเตรียมการจัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖ มาอย่างต่อเนื่องภายใต้ประเด็นหลัก “ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โอกาสและความหวังอนาคตประเทศไทย” ซึ่งเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕-๑๖ และหลักเกณฑ์การลงทะเบียนเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖ ดังนี้

๒.๑ กำหนดการจัดระหว่างวันที่ ๒๑-๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๖ ณ โรงแรมเซ็นทรา บายเซ็นทารา ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร โดยมีรูปแบบการจัดแบบผสมผสานทั้งการประชุม ณ สถานที่ประชุม และการประชุมทางไกลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ดังรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๓.๑ เอกสาร ๑

๒.๒ ประกาศ คจ.สช. เรื่อง หลักเกณฑ์การลงทะเบียนเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๖ ดังรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๓.๑ เอกสาร ๒

๒.๓ ประกาศ คจ.สช. เรื่อง (ร่าง) ระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวน ๓ ระเบียบวาระ ลงวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๖ มีดังนี้

- ๑) ระบบสุขภาพทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง
- ๒) การส่งเสริมความเข้มแข็งกลไกการบริหารจัดการน้ำเชิงพื้นที่
- ๓) การส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ

โดยมีรายละเอียดประกาศฯ ตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๓.๑ เอกสาร ๓ และ (ร่าง) มติและเอกสารหลักตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๓.๑ เอกสาร ๔-๑๐

๓. คณะอนุกรรมการกำกับ สนับสนุน และเชื่อมโยงกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ภายใต้ คจ.สช. สนับสนุน การทำงานของคณะทำงานพัฒนาประเด็นในการพัฒนาข้อเสนอนโยบายและจัดทำเอกสาร “(ร่าง) ระเบียบวาระ” ซึ่งให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและข้อมูลทางวิชาการที่ถูกต้อง โดย ทั้ง ๓ ระเบียบวาระ อยู่ระหว่างกระบวนการพัฒนาข้อเสนอ นโยบาย มีกิจกรรมสำคัญ ดังนี้

๓.๑ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประเด็น การส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่าง มีคุณภาพ จัดรับฟังความเห็น ในวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

๓.๒ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประเด็น ระบบสุขภาพทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง จัดรับฟัง ความเห็น ในวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

๓.๓ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประเด็น การส่งเสริมความเข้มแข็งกลไกการบริหารจัดการน้ำเชิงพื้นที่ จัดรับฟังความเห็น ในวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

ที่ประชุมมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ โดยสังเขปดังนี้

๑. การจัดทำเอกสารระเบียบวาระสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทั้ง ๓ ประเด็น มีความครอบคลุม ครบถ้วน
๒. ประเด็นการส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ มีดังนี้

๒.๑ สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยออกแถลงการณ์ด้านกุมารเวช เมื่อวันที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมระเบียบวาระสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ และมีทิศทางเดียวกับนโยบาย Quick win ของกระทรวงสาธารณสุข ในการส่งเสริมการมีบุตร โดยมีคำสำคัญคือ “เกิดน้อย ด้อยคุณภาพ” ดังนั้นต้องมุ่งเน้น และให้ความสำคัญตั้งแต่เด็กอยู่ในครรภ์และหลังคลอดด้วย ซึ่งเรื่องนี้ขอเชิญชวนให้ ความคิดเห็นเพื่อประกาศเป็นวาระแห่งชาติด้วย

๒.๒ การประกาศเป็นวาระแห่งชาติจะช่วยสร้างแรงขับเคลื่อนทางสังคมที่ใหญ่มากพอร่วมกัน

๒.๓ ควรมีแรงจูงใจที่สนับสนุนให้มีการเกิดและการเลี้ยงดูที่เหมาะสม

๒.๔ ปัจจุบันมีสัดส่วนของผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย เสนอให้ส่งเสริมการเกิดโดยให้ผู้หญิงมีลูกได้โดยไม่ ต้องมีสามี ซึ่งทั้งนี้ควรต้องมีการหารือแนวทางการสนับสนุนที่เหมาะสมและการปรับกฎหมายให้รองรับ

๓. ประเด็นระบบสุขภาพทางจิต ที่มุ่งเน้นกลุ่มเด็กและเยาวชน มีความสอดคล้องกับประเด็นการ ขับเคลื่อนของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เขตพื้นที่ ๘ แต่ยังมีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถจัดระบบการให้ คำปรึกษาในพื้นที่โดยใช้งบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของ สปสช. ได้ เนื่องจาก สปสช. มีระบบให้ คำปรึกษาออนไลน์ ซึ่งอาจเกิดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงาน

๔. ผลงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา มีหลายเรื่องได้รับการผลักดันเป็นนโยบายรัฐ และนำไปสู่การปฏิบัติ เช่น สิทธิด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ, ระบบบริการปฐมภูมิ, การถ่ายโอน รพ.สต., การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (สถานชีวาภิบาล) และธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ที่กระทรวง

สาธารณสุขนำไปอ้างอิงและเร่งรัดการเข้าถึงสิทธิของพระสงฆ์ รวมถึงการพัฒนาพระคิลานุปัฏฐาก เป็น Care giver โดยตั้งเป้าหมายที่ ๑ อำเภอ ๑ แห่ง เพื่อลดการใช้บริการในสถานพยาบาล

ดังนั้น ควรมีการอ้างอิงนโยบายที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติดำเนินการไว้ด้วย

มติที่ประชุม **รับทราบ**ความคืบหน้าการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖ และมอบให้ คจ.สช. พิจารณาข้อเสนอแนะของกรรมการเพื่อปรับใช้ต่อไป

๓.๒ การดำเนินงานประเด็น “การพัฒนาประชากร และนโยบายส่งเสริมการมีบุตร”

นายสุเทพ เพชรมาก กรรมการและเลขานุการ นำเสนอต่อที่ประชุม สรุปสาระสำคัญ ดังนี้

นับตั้งแต่ที่สังคมไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย และอัตราการภาวะเจริญพันธุ์ (Total Fertility Rate: TFR) ที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยจึงมีนโยบาย แผน หรือมาตรการต่าง ๆ เพื่อเตรียมรองรับปัญหาอัตราการภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลง เช่น นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๗ (Quick Win ๑๐๐ วัน) แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว (พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๘๐) โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ร่ง) วาระแห่งชาติ ประเด็นส่งเสริมการมีบุตร โดยคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ และการพัฒนานโยบายสาธารณะในประเด็น “การส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ” โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และภาคีเครือข่าย ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖

สช. มีการดำเนินงานประเด็น “การพัฒนาประชากร และนโยบายส่งเสริมการมีบุตร” ด้วยหลักการของการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ดังนี้

๑. จัดเวทีสนทนานโยบายสาธารณะ (Policy Dialogue) ครั้งที่ ๔ “เมื่อไทยเข้าสู่สังคมเด็กเกิดน้อย: ปัญหาและทางออก” เพื่อให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยน เสนอทางออก และขับเคลื่อนรับมือกับปัญหาสังคมเด็กเกิดน้อย โดยจัดเมื่อวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๖ ณ หอประชุม ศุภกรีย์ แก้วเจริญ อาคารตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน สำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย โดยมีสรุปสาระสำคัญจากเวที ดังรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่

๓.๒ เอกสาร ๑

๒. การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ครั้งที่ ๑๕-๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๖ ระหว่างวันที่ ๒๑-๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๖ ณ โรงแรมเซ็นทาราบายเซ็นทารา โดยมี (ร่ง) ระเบียบวาระ เรื่อง “การส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ” ซึ่งมีการแต่งตั้งคณะทำงานจากหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง ดังรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๓.๒ เอกสาร ๒ และมีแผนการรับฟังความคิดเห็นต่อประเด็นดังกล่าวจากภาคีเครือข่ายทั่วประเทศแล้ว ดังรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๓.๒ เอกสาร ๓

๓. สช. จะร่วมดำเนินการกับคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๓๐

ตุลาคม ๒๕๖๖ (มีมติให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมรายละเอียดเพื่อประกอบการเสนอเป็นมาตรการขับเคลื่อน สำหรับเอกสาร (ร่าง) วาระแห่งชาติ ประเด็น ส่งเสริมการมีบุตร) เพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรีต่อไป

มติที่ประชุม **รับทราบการดำเนินงานประเด็นการพัฒนาประชากรและนโยบายส่งเสริมการมีบุตร**

๓.๓ ผลการขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕

นายณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา ประธานกรรมการสนับสนุนและขับเคลื่อนธรรมนูญฯ ฉบับที่ ๓ นำเสนอ ภาพรวม และนายสุทธิพงษ์ วสุโสภานนท์ รองเลขาธิการ คสช. นำเสนอรายละเอียดต่อที่ประชุม สรุปสาระสำคัญ ดังนี้

๑. ตามมาตรา ๒๕ (๑) และ มาตรา ๔๖ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่และอำนาจจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็น กรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศเสนอต่อ คณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ แล้วรายงานต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบและ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา โดยกำหนดให้บทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยทุกห้าปี เพื่อให้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มีความสอดคล้องเท่าทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

๒. เมื่อวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๕ คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบต่อ (ร่าง) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ แห่งชาติ ฉบับที่ ๓ และวันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๖ คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบต่อธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ แห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ และเอกสารประกอบ และมีการเสนอธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ ต่อวุฒิสภาและสภาผู้แทนราษฎรรับทราบแล้ว เมื่อวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ และ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ตามลำดับ โดยเมื่อวันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๖ มีการประกาศลงราชกิจจานุเบกษาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

๓. คณะกรรมการสนับสนุนและติดตามการขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ มีนายณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา เป็นประธาน ได้ติดตามการขับเคลื่อนธรรมนูญฯ อย่างต่อเนื่อง โดยในการ ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๖ มีมติรับทราบผลการ ขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ และเห็นชอบแนวทางการขับเคลื่อน แล้ว ปัจจุบันมีความคืบหน้าการดำเนินงานเพิ่มเติมจากที่ได้รายงานต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ในการประชุม ครั้งที่ ๒/๒๕๖๖ ดังนี้

๓.๑ คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.): นำธรรมนูญฯ ฉบับที่ ๓ บรรจุในที่ ประชุม กขป. จำนวน ๔ เขต แล้ว ได้แก่ เขต ๘, ๙, ๖, และเขต ๑๐ (เมื่อวันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๖, วันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๖, วันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๖ และวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ตามลำดับ) โดย กขป. ทั้ง ๔ เขต มีมติรับทราบธรรมนูญฯ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ และเห็นชอบให้มีการพัฒนาและขับเคลื่อนประเด็นนโยบาย สาธารณะของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน โดยมีการอ้างอิง/นำมาตรการสำคัญของธรรมนูญฯ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ กำหนดเป็นกรอบแนวทาง/แผนการดำเนินการพัฒนาและขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสาธารณะของ เขตสุขภาพเพื่อประชาชนแล้ว

๓.๒ ภาคิยยุทธศาสตร์ภาครัฐส่วนกลาง: มีการปรึกษาหารือร่วมกับภาคิยยุทธศาสตร์ภาครัฐ ส่วนกลางและ สช. เพื่อบูรณาการการขับเคลื่อนระบบสุขภาพที่เป็นธรรมตามธรรมนูญฯ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕

โดยมีการหารือร่วมกับภาคียุทธศาสตร์แล้ว จำนวน ๖ หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย เมื่อวันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน หรือ บีโอไอ เมื่อวันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ กระทรวงศึกษาธิการ เมื่อวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๖ และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เมื่อวันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๖ พร้อมทั้งได้ลงนามใน "บันทึกข้อตกลงความร่วมมือการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา ระหว่างกระทรวงศึกษาธิการ กับ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)" เมื่อวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ณ กระทรวงศึกษาธิการ ปัจจุบันอยู่ระหว่างการทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนในสถานศึกษาทั่วประเทศ ผ่านกลไกต่าง ๆ ของกระทรวงศึกษาธิการ นอกจากนี้ กรมการปกครองมีหนังสือถึงผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด เมื่อวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๖ โดยแจ้งว่า “กระทรวงมหาดไทยได้สรุปแนวทางการทำงานร่วมกันเพื่อการขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ ดังนี้ (๑) ให้บรรจุแนวทางการขับเคลื่อนธรรมนูญฯ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาอำเภอ และ (๒) ให้นายอำเภอในฐานะประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ นำธรรมนูญฯ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ ใช้เป็นแนวทางขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่” ประกอบกับจากการปรึกษาหารือระหว่าง สช. และกระทรวงมหาดไทย เมื่อวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๖ ได้ข้อสรุปว่า จะมีการลงนามในบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่าง สช. และกระทรวงมหาดไทย เพื่อนำแนวทางความร่วมมือในการขับเคลื่อนสังคมและระบบสุขภาพที่เป็นธรรมตามธรรมนูญฯ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ สู่การปฏิบัติต่อไป

๓.๓ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น: ได้มีการปรึกษาหารือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ สช. เพื่อบูรณาการการขับเคลื่อนระบบสุขภาพที่เป็นธรรมตามธรรมนูญฯ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ เข้าสู่แผนสุขภาพในระดับท้องถิ่น ซึ่งมีการดำเนินการแล้ว ในภาพรวม ๑๐ จังหวัด เมื่อวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๖ ได้แก่ จังหวัดพะเยา ร้อยเอ็ด นครสวรรค์ ตรัง สิงห์บุรี ระยอง กาญจนบุรี นครราชสีมา พัทลุง และสุราษฎร์ธานี และลงพื้นที่เพื่อปรึกษารื้อกับนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) หรือผู้แทน รวม ๔ จังหวัด ได้แก่ อบจ.พะเยา เมื่อวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๖ อบจ.ปัตตานี เมื่อวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๖ อบจ.ร้อยเอ็ด เมื่อวันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๖๖ และ อบจ.พทุมธานี เมื่อวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๖ เพื่อเสนอให้ อบจ. นำธรรมนูญฯ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ ไปใช้ประโยชน์ในการทำงาน เช่น การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัด หรือแผนพัฒนาระบบสุขภาพในระดับจังหวัด การนำไปใช้ประโยชน์ในเรื่องการขับเคลื่อนงานบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับรองรับการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด

๓.๔ ธรรมนูญสุขภาพโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา ระดับโรงเรียน: สช. มีการทำงานร่วมกับองค์กรศาสนา ซึ่งปัจจุบันได้นำธรรมนูญฯ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ ไปใช้อ้างอิงในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา ระดับโรงเรียน แล้ว จำนวน ๓๗๙ โรงเรียน ใน ๑๒ เขตพื้นที่การศึกษา

๓.๕ การนำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ ไปใช้อ้างอิงในการจัดทำตัวชี้วัดและรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย: ในสาระหมวดการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ภายใต้ธรรมนูญฯ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ สช. ประสานการทำงานกับนักวิชาการ จากคณะเภสัชศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ทำงานร่วมกับภาคีสำคัญในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ภายใต้โครงการ
การจัดทำตัวชี้วัดการคุ้มครองผู้บริโภคไทย และรายงานสถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคตามตัวชี้วัด ซึ่งมีการ
จัดทำชุดตัวชี้วัดและรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยได้นำเสนอต่อ
สาธารณะแล้ว ตลอดจนมีการลงนามในบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ เรื่อง “การพัฒนาศักยภาพองค์กรผู้บริโภค
และสนับสนุนองค์กรผู้บริโภค” เมื่อวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๖ ระหว่าง ๖ หน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานปลัด
สำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม
สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สภาองค์กรของผู้บริโภค และมูลนิธิวิทยาลัยการคุ้มครอง
ผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนสาระหมวดการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
ตามธรรมนูญฯ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ นอกจากนี้ สช. ยังได้ทำงานร่วมกับสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพ
ระหว่างประเทศ ในการศึกษาสถานการณ์ระบบสุขภาพสำหรับสาระหมวดระบบสุขภาพชุมชนเมือง เบื้องต้น
เน้นที่กลุ่มเปราะบาง ได้แก่ กลุ่มแรงงานนอกระบบกรณีผู้ให้บริการสาธารณะในกรุงเทพมหานคร โดยจะนำ
สถานการณ์ระบบสุขภาพของกลุ่มเปราะบางที่ศึกษานี้เป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการเตรียมประชุมสมัชชาสุขภาพ
กรุงเทพมหานครต่อไปด้วย รวมทั้ง สช. ยังมีการประชุมร่วมกับสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่าง
ประเทศ เพื่อพัฒนาดัชนีความเป็นธรรมด้านสุขภาพให้มีความสอดคล้องกับธรรมนูญฯ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕
สำหรับนำมาใช้ประโยชน์ในการติดตามสถานการณ์ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม ทั้งนี้ การพัฒนาตัวชี้วัดต่าง ๆ
เพื่อติดตามและจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยนี้ สช. ได้เสนอให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการภายใต้
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นกลไกเฉพาะสำหรับการดำเนินงานในเรื่องดังกล่าว ดังรายละเอียด
ความตามระเบียบวาระที่ ๕.๔

มติที่ประชุม **รับทราบผลการขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕**

๓.๔ ผลการประเมินการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

นำเสนอโดยเอกสาร สรุปสาระสำคัญ ดังนี้

๑. ตามมาตรา ๓๙ (๕) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้คณะกรรมการ
บริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คป.) จัดให้มีการประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานและ
รายงานต่อ คสช. อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

๒. มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑ มีมติให้คณะกรรมการพัฒนาและส่งเสริมองค์การ
มหาชน (กพม.) กำกับดูแลให้องค์การมหาชนที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติเฉพาะ นำแนวทางการประเมินผล
การปฏิบัติงานตามกรอบการประเมินที่คณะรัฐมนตรีเห็นชอบไปดำเนินการประเมินผล เพื่อให้เกิดการศึกษา
และวิเคราะห์แนวทางการบริหารที่เหมาะสมต่อไป

๓. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) มีหนังสือที่ นร ๑๒๐๐/ว๑๖ ลงวันที่ ๑๒
กรกฎาคม ๒๕๖๕ เรื่อง กรอบการประเมินองค์การมหาชนที่จัดตั้งตามพระราชบัญญัติเฉพาะ ประจำปีงบประมาณ
พ.ศ. ๒๕๖๖ ซึ่งมี ๔ องค์ประกอบ ได้แก่ (๑) ประสิทธิภาพการดำเนินงาน (๒) ประสิทธิภาพและความคุ้มค่าในการ
ดำเนินงาน (๓) ศักยภาพขององค์การมหาชน และ (๔) การควบคุมดูแลกิจการของคณะกรรมการองค์การมหาชน

และให้จัดส่งรายงานผลการประเมินที่ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการองค์การมหาชน และรัฐมนตรี
ผู้รักษาการตามพระราชบัญญัติ ให้สำนักงาน ก.พ.ร. ภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ เพื่อรวบรวมนำเสนอ
คณะรัฐมนตรีต่อไป

๔. คณะกรรมการบริหารฯ ในการประชุม ครั้งที่ ๑/๒๕๖๖ วันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ มีมติเห็นชอบ
ตัวชี้วัดการประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ประจำปีงบประมาณ
พ.ศ. ๒๕๖๖ ตามกรอบการประเมินองค์การมหาชนที่จัดตั้งตามพระราชบัญญัติเฉพาะ และในการประชุม
ครั้งที่ ๕/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๖ มีมติเห็นชอบผลการประเมินการดำเนินงานของ สช. ประจำปี
งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ซึ่งผลการประเมินระดับองค์กร ได้ ๙๕.๐๓ คะแนน อยู่ในระดับดีมาก

สรุปผลการประเมินระดับองค์กร*	คะแนนรวมถ่วงน้ำหนัก	คะแนน ITA**
ระดับ ดีมาก	๙๕.๐๓ คะแนน	๘๗.๑๑ คะแนน

หมายเหตุ :

* สรุปผลการประเมินระดับองค์กร

ระดับดีมาก หมายถึง องค์กรมหาชนที่มีผลคะแนนเฉลี่ยทุกองค์ประกอบ ตั้งแต่ ๙๐ คะแนนขึ้นไป

ระดับดี หมายถึง องค์กรมหาชนที่มีผลคะแนนเฉลี่ยทุกองค์ประกอบ ตั้งแต่ ๗๕ – ๘๙.๙๙ คะแนน

ระดับพอใช้ หมายถึง องค์กรมหาชนที่มีผลคะแนนเฉลี่ยทุกองค์ประกอบ ตั้งแต่ ๖๐ – ๗๔.๙๙ คะแนน

ระดับต้องปรับปรุง หมายถึง องค์กรมหาชนที่มีผลคะแนนเฉลี่ยทุกองค์ประกอบ ต่ำกว่า ๖๐ คะแนน

** ITA : Integrity and Transparency Assessment หรือ ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานของ
หน่วยงาน ประเมินโดย สำนักงาน ป.ป.ช.

รายละเอียดดังเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๓.๔

มติที่ประชุม รับทราบผลการประเมินการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

๓.๕ ผลการประเมินการปฏิบัติงานของเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
นำเสนอโดยเอกสาร สรุปสาระสำคัญ ดังนี้

๑. คำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ ๒๖๐/๒๕๖๒ ลงวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๒ แต่งตั้งนายประทีป
ธนกิจเจริญ ให้ดำรงตำแหน่งเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่วันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๒ ถึงวันที่
๑๙ กันยายน ๒๕๖๖ และตามมาตรา ๓๙ (๖) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้
คณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คบ.) มีหน้าที่จัดให้มีการประเมินผลการ
ปฏิบัติงานของเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๒. คณะกรรมการบริหารฯ ได้ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลการปฏิบัติงานของ
เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ประจำปี ๒๕๖๖ ดังนี้

๒.๑ คำสั่งคณะกรรมการบริหารฯ ที่ ๑/๒๕๖๖ แต่งตั้งคณะกรรมการประเมินผลการปฏิบัติงานของเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ลงวันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ซึ่งเป็นไปตามระเบียบคณะกรรมการบริหารฯ ว่าด้วยการประเมินผลการปฏิบัติงานของเลขาธิการ พ.ศ. ๒๕๖๐ มี นายศุภกิจ ศิริลักษณ์ เป็นประธานอนุกรรมการ นายสุทินันท์ บุญมี และนางธีรารัตน์ วงศ์ธนะเอนก เป็นอนุกรรมการ มีการประชุมคณะกรรมการประเมินผลฯ จำนวน ๔ ครั้ง และนำเสนอผลการประเมินการปฏิบัติงานของเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ต่อที่ประชุมคณะกรรมการบริหารฯ เพื่อพิจารณา

๒.๒ คณะกรรมการบริหารฯ ในการประชุม ครั้งที่ ๕/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๖ มีมติเห็นชอบผลการประเมินการปฏิบัติงานของเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ดังผลการประเมินตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๓.๕ (แจกในที่ประชุม)

มติที่ประชุม รับทราบผลการประเมินการปฏิบัติงานของเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องสืบเนื่องจากการประชุม
(ไม่มี)

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องเพื่อพิจารณา

๕.๑ แนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต ตามมาตรา ๑๒ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ รองปลัดกรุงเทพมหานคร

นายสุเทพ เพชรหมาก กรรมการและเลขานุการ มอบนายสุทธิพงษ์ วสุโสภานพ ผู้ช่วยเลขานุการ นำเสนอต่อที่ประชุม สรุปสาระสำคัญ ดังนี้

๑. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตมี “คุณภาพชีวิตที่ดี” และมี “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” ในขณะที่เดียวกันก็จะส่งผลให้ค่าใช้จ่าย “ที่ไม่จำเป็น” ในการให้บริการผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ทั้งในส่วนของผู้ป่วย ครอบครัว และในภาพรวมของประเทศลดน้อยลง

๒. จากสถานการณ์ระบบสุขภาพของประเทศไทยที่มีแนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคร้ายแรงและโรคที่คุกคามต่อชีวิตเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรที่สังคมไทยก้าวสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า ในบางครั้งทำให้การรักษาในระยะสุดท้ายไม่ก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ (Medical Futility) แต่ได้สร้างความทุกข์ทรมานและเป็นภาระของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งครอบครัว ญาติ บุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการสาธารณสุขโดยรวมอย่างมาก รวมทั้งส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นทั้งในระดับครอบครัวและระดับประเทศ ดังนั้น การพัฒนาและการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้พื้นฐานจากการดูแลแบบประคับประคอง จึงมีความจำเป็นเพื่อเป็นแนวทางในการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐและครัวเรือน รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพ

การดูแลและการสร้างสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิตให้กับผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งในมิติของระบบบริการสุขภาพ มิติด้านสังคม และมิติด้านบริหารจัดการ

๓. การขับเคลื่อนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ สช. จึงได้สร้างความร่วมมือกับคณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา พัฒนาข้อเสนอการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตรองรับสังคมสูงวัย โดยวิธีการศึกษาข้อมูล เอกสารวิชาการ บทความ รายงานวิจัย เอกสารสิ่งพิมพ์ และสื่อสารสนเทศต่าง ๆ ข้อเท็จจริง กฎหมาย ระเบียบ เอกสารของหน่วยงานองค์กรและบุคคลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้อง การศึกษามาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตในต่างประเทศที่ได้รับการยอมรับ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธีการใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การจัดเวทีเสวนาและรับฟังความคิดเห็น ได้สรุปข้อเสนอเชิงนโยบายใน ๘ ด้าน ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี, แผนปฏิรูปประเทศ, นโยบายรัฐบาล (มีสถานชีวภิบาลประจำท้องถิ่นดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย), แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓, แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๘๐, แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ, ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕, พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐, พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕, พ.ร.บ.ให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๔ ดังนี้

๓.๑ ข้อเสนอทิศทางการพัฒนาและนโยบาย ใช้การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล (Hospital - Based) เป็นฐานการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดระบบการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน (Community - Based) และจัดทำนโยบายแห่งชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต

๓.๒ การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล (Hospital - Based Palliative Care) โดยสนับสนุนให้มีระบบการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลทุกสังกัด มีระบบการส่งต่อบริการเชื่อมโยงไปยังชุมชนและองค์กรอื่นที่มีการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน

๓.๓ ยกเลิกหรือผ่อนคลาย ข้อจำกัดการเข้าถึงยาจำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย พัฒนากฎหมายลำดับรองที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าถึงยาจำเป็นและนำระบบและเทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสมมาใช้ในการจัดการยาอย่างเป็นระบบ

๓.๔ การพัฒนารูปแบบการบริหารด้านการเงินรองรับการดูแลแบบประคับประคอง ศึกษาวิเคราะห์และพัฒนารูปแบบการบริหารด้านการเงินและชุดสิทธิประโยชน์ให้ผู้ที่อยู่ในระบบหลักประกันต่าง ๆ ได้เข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล รวมทั้งการเข้ารับบริการในชุมชน

๓.๕ การพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพและบุคลากรอื่น การพัฒนามาตรฐานงานและการพัฒนาวิชาการที่เกี่ยวข้อง พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพทุกสาขา รวมถึงการพัฒนาเส้นทางความก้าวหน้าในการทำงาน ผลักดันให้สถานศึกษาด้านสุขภาพทุกระดับจัดให้มีการเรียน การสอน พัฒนาองค์ความรู้เชิงระบบที่เป็นนวัตกรรม

๓.๖ การส่งเสริมองค์กรนอกภาคสุขภาพจัดบริการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้ายของชีวิตในชุมชน ภาครัฐควรส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรภาคประชาสังคม องค์กรทางศาสนา และองค์กรอื่น ๆ เข้ามาร่วมจัดบริการดูแลแบบประคับประคองในรูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสม ทั้งที่เป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาล

หรือที่เป็นการจัดบริการดูแลแบบเบ็ดเสร็จที่บ้าน (Comprehensive Holistic One - Stop Service) หรือที่เป็นหน่วย Hospice Centre ในชุมชน

๓.๗ การพัฒนาการสื่อสาร การรับรู้ การเรียนรู้และสร้างความร่วมมือทางสังคม ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาการสื่อสารสมัยใหม่ เพื่อสร้างการรับรู้ และการเรียนรู้ร่วมกันในสังคม และนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาช่วยสร้างการสื่อสารทางสังคมอย่างหลากหลาย

๓.๘ สถานพลังขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตที่เป็นองค์รวม ส่งเสริมสนับสนุนการวิจัยและพัฒนา รูปแบบการ จัดบริการดูแลแบบประคับประคอง การดำเนินการตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ การสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต (Model Development)

๓.๙ การสนับสนุนการพัฒนาอื่น ๆ ได้แก่ พัฒนาระบบการดูแลเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตไว้ในงานด้านกิจการผู้สูงอายุ และศึกษาแนวทางการพัฒนาสิทธิการลาของข้าราชการ พนักงาน และลูกจ้างที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานของรัฐ และลูกจ้างตามกฎหมายแรงงานเพื่อการดูแลบุพการีหรือบุคคลในครอบครัวในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน รวมถึงการจัดทำกรมธรรม์การดูแลแบบประคับประคอง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการแสดงเจตนาในระยะสุดท้ายของชีวิต

ทั้งนี้ขอเสนอเชิงนโยบายฯ ดังกล่าว ได้นำเสนอต่อวุฒิสภาพิจารณาให้ความเห็นชอบ เมื่อวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๖ เพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบและมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมขับเคลื่อนตามบทบาทภารกิจต่อไป ดังมีรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๕.๑

๔. แนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายฯ

๔.๑ บูรณาการและเชื่อมโยง (Built in) การพัฒนาสิทธิด้านสุขภาพตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฯ ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในรูปแบบต่าง ๆ โดยมุ่งเน้นรูปแบบการดูแลในชุมชนและที่บ้าน (Community - based care) การพัฒนาองค์ความรู้และกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของทุกภาคส่วนในสังคม กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อยกระดับการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างต่อเนื่อง

๔.๒ สข. ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นหน่วยงานประสานเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อน โดยการบูรณาการข้อเสนอฯ ที่เกี่ยวข้องไว้ใน การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ แผนงานและโครงการต่าง ๆ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ) กระทรวงมหาดไทย (โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

ที่ประชุมมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ โดยสังเขปดังนี้

๑. โครงสร้างประชากรมีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนนโยบายการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตรองรับสังคมสูงวัย จึงควรมีแผนเตรียมบุคลากรเพื่อรองรับปัญหา รวมทั้งแผนการพัฒนานักสุขภาพจิต/นักจิตวิทยา (Clinical psychology) และการพัฒนาอาสาสมัคร

๒. ควรมีระบบเชื่อมโยงข้อมูล Living will กับทุกโรงพยาบาล และแพทย์ยังไม่มีหลักประกันว่าหากถอดเครื่องช่วยหายใจแล้วไม่ถือเป็นการการุณยฆาต ดังนั้น the last living will จึงสำคัญ

๓. ข้อเสนอเชิงนโยบายการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายฯ เพื่อให้เป็นไปตามเจตนาของมาตรา ๑๒ วรรคสามคำว่า “ยึดชีวิต, ยุติการทรมาน หรือยุติการตาย” ให้ชัดเจน เพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติและเป็น หลักประกันคุ้มครองแพทย์ในการปฏิบัติงาน

๔. มาตรา ๑๒ วรรคสุดท้าย ระบุว่า “เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนา ของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง ” จึงเป็นเครื่องมือให้แพทย์มีหลักประกันในการดำเนินการตามเจตนาของผู้ป่วย ดังนั้นแพทย์จะตัดสินใจจากทั้ง เอกสารและการยืนยันของญาติ ซึ่ง Living will เป็นเครื่องมือหนึ่งในการลดความทรมาน ไม่ใช่การยึดความ ตาย และลดภาระที่ไม่จำเป็นด้านสาธารณสุข โดยมีกฎกระทรวงตามมาตรา ๑๒ กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการ ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยุติการตายในวาระ สุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๓ เป็นกฎหมายลูกรับรองปัญหาดังกล่าว

๕. จากข้อเสนอเชิงนโยบายการสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายฯ มีการระบุหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับ ประเด็นย่อย แต่ยังไม่เห็นหน่วยงานเจ้าภาพหลัก

๖. การเข้าถึงยากกลุ่ม Biological product ยังไม่มีการผลิตในประเทศไทยจึงต้องนำเข้าโดยมี งบประมาณในการทำวิจัยและพัฒนา (R&D) ของบริษัท คิดเป็นร้อยละ ๒๐ ของงบประมาณ เสนอกระทรวง สาธารณสุข ซึ่งควรให้ความสำคัญกับเรื่องนี้

๗. การนำกัญชามาใช้แทนมอร์ฟินอาจช่วยลดค่าใช้จ่ายลง แต่ควรมีการวิจัยฤทธิ์ทางยาเพิ่มเติม

๘. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีการขับเคลื่อนงานตามมาตรา ๑๒ ในการ ส่งเสริมการทำสมุดเบาใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถวางแผนชีวิตและสื่อสารเจตนาในระยะสุดท้ายของชีวิต

มติที่ประชุม ๑. เห็นชอบแนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบาย การสร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตรองรับสังคมสูงวัย

๒. มอบ สช. พิจารณาข้อเสนอแนะของคณะกรรมการเพื่อปรับใช้ต่อไป

๕.๒ ผลการประเมินผลการดำเนินงานเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๖

ผศ.วีรบูรณ์ วิสารทสกุล คณบดีวิทยาลัยพัฒนศาสตร์ ป๋วย อึ๊งภากรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผู้ประเมินภายนอก นำเสนอต่อที่ประชุม สรุปสาระสำคัญ ดังนี้

๑. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. ๒๕๕๙ ข้อ ๖ กำหนดให้ในแต่ละเขตสุขภาพเพื่อประชาชน มีคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เรียกโดยย่อว่า “กขป.” เพื่อรับผิดชอบในการดูแล ประสานงาน และให้มีการบูรณาการเกี่ยวกับระบบสุขภาพในพื้นที่ มีอำนาจหน้าที่ ตามข้อ ๑๔ โดยกำหนดเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน ประสานงานให้เกิด การขับเคลื่อน ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามเป้าหมายทิศทาง และยุทธศาสตร์ รวมทั้งให้ ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๑๙ ให้ คสช. กำหนดแนวทางและวิธีการในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเขตสุขภาพ เพื่อประชาชน โดยจัดให้มีการติดตามและประเมินผลอย่างน้อยทุกสองปี และรายงานผลการประเมินต่อ คณะรัฐมนตรี พร้อมทั้งเผยแพร่ต่อสาธารณะให้ทราบโดยทั่วกัน

๒. ประกาศ คสช. เรื่อง แนวทางและวิธีการในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเขตสุขภาพ เพื่อประชาชน พ.ศ. ๒๕๖๐ ให้ผู้ประเมินภายนอกใช้กรอบความคิดที่ประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ๔ ด้าน ได้แก่ (๑) ด้านกลไกดำเนินการ (๒) ด้านประเด็นปัญหา สุขภาพ (๓) ด้านกระบวนการ และ (๔) ด้านผลลัพธ์ โดยการประเมินภายนอกใช้วิธีการดำเนินการซึ่งอาจมีทั้ง วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative method) และวิธีการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative method) ดังมีรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๕.๒ เอกสาร ๑

๓. ผลการประเมินผลการดำเนินงานเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๖ โดย สช. สนับสนุนวิทยาลัยพัฒนศาสตร์ ป๋วย อึ๊งภากรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประเมินผลลัพธ์จากการ ดำเนินงาน สรุปสาระสำคัญ ดังนี้

๓.๑ ด้านกลไกดำเนินการ (๑) กลไกการขับเคลื่อนหลักและสำคัญใน กขป. ประกอบด้วย ประธาน เลขาธิการ อนุกรรมการรายประเด็นปัญหา และอนุกรรมการวิชาการ (๒) การมีส่วนร่วมจากผู้แทนส่วน ราชการ โดยเฉพาะจำนวนกลุ่ม Non-health sector ที่มีส่วนร่วมในการปรับปรุงแก้ไข หรือพัฒนาระบบในส่วนที่ หน่วยงานนั้น ๆ เกี่ยวข้อง ยังมีจำนวนน้อย ขณะที่กลุ่มกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรรมการจากเอกชน กลุ่มวิชาชีพ องค์กรสาธารณประโยชน์ มีส่วนร่วมเป็นอย่างดีโดยเฉพาะเมื่อมีการออกแบบให้มีอนุกรรมการรายประเด็น ปัญหา และอนุกรรมการวิชาการทั้งในระดับเขต และระดับจังหวัด ซึ่งเอื้อให้มีพื้นที่ในการทำงานมากขึ้น ส่วนกองเลขาธิการ จาก ๔ หน่วยงานหลักนั้น ผู้แทนจาก สช. เป็นหลักในการทำงานร่วมกับประธานกรรมการ ส่วนเลขาธิการจากหน่วยงานอื่นขึ้นอยู่กับความสนใจต่อประเด็นนั้น ๆ การขับเคลื่อนงานของ กขป. จึงไม่ได้ เป็นส่วนหนึ่งของภารกิจหลักของหน่วยงานที่ทำหน้าที่กองเลขาธิการ

๓.๒ ด้านประเด็นปัญหาสุขภาพ มีที่มาจาก ๒ แหล่งสำคัญ โดยแหล่งที่หนึ่ง มาจากข้อเสนอจาก สมัชชาสุขภาพจังหวัดที่ดำเนินการอยู่ และแหล่งที่สองมาจากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ สุขภาพของจังหวัดในเขตนั้น ๆ โดยกองเลขาธิการ และนำมาจัดลำดับความสำคัญ ขณะเดียวกันพบว่า มีประเด็นสุขภาพบางประเด็นของบางเขตมาจากแผนขับเคลื่อนกิจกรรมปฏิรูปประเทศที่จะส่งผลให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงต่อประชาชนอย่างมีนัยยะสำคัญ (Big Rock)

ในปี ๒๕๖๖ สช. กำหนดให้ กขป. เลือกประเด็นปัญหาสำคัญ ๒ เรื่อง ที่เป็น Quick Win มา ดำเนินการ แต่ก็พบว่า ประเด็นปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ก็ยังมีการขับเคลื่อนไปด้วย เนื่องจากแต่ละประเด็น มีอนุกรรมการรายประเด็นรับผิดชอบ และมีการรายงานผลต่อ ที่ประชุม กขป. อย่างต่อเนื่อง ซึ่งในมุมมอง ของผู้ประเมินผล เห็นว่าเป็นพัฒนาการที่ดีขึ้นที่จะทำให้การทำงานของ กขป. มีจุดเน้นสำคัญในการขับเคลื่อน และ ในปี ๒๕๖๗ ข้อเสนอโครงการ สช. ได้กำกับให้ กขป. ออกแบบแนวทางการขับเคลื่อนประเด็น Quick Win ให้ มีรายละเอียดมากขึ้น และมีข้อสังเกตว่า ลักษณะการวิเคราะห์ประเด็นปัญหา เป็นการวิเคราะห์ในเชิง สถานการณ์ (Situation analysis) โดยไม่ได้ลงลึกไปถึงสาเหตุ (Cause-effect) ทั้งสาเหตุในเชิงปัจจัย หรือ สาเหตุในเชิงระบบ ซึ่งอาจเป็นเงื่อนไขที่ทำให้การขับเคลื่อนประเด็นปัญหาตามบทบาทหน้าที่ของ กขป. มีส่วนร่วมจากผู้แทนจากหน่วยงานราชการไม่มากนัก และแตกต่างจากการมีส่วนร่วมของผู้แทนภาคประชาสังคม และผู้เชี่ยวชาญในฐานะอนุกรรมการรายประเด็นอย่างมาก

๓.๓ ด้านกระบวนการ พบประเด็นสำคัญ ดังนี้

๓.๓.๑ แนวทางการวางกรอบการวิเคราะห์ปัญหา มีอย่างน้อย ๒ รูปแบบ ได้แก่ (๑) วิเคราะห์ประเด็นปัญหาสุขภาพผ่านการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis) แต่ไม่ลงรายละเอียดเพื่อวิเคราะห์เชิงสาเหตุของปัญหา ทั้งที่เป็นรายปัจจัย (Define) เช่น มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพ ความไม่เพียงพอของทรัพยากร และที่เป็นสาเหตุเชิงระบบ (Refine) เช่น การไม่บูรณาการกันของหน่วยงานในระดับพื้นที่ (๒) การกำหนดภาพของทิศทางการที่จะเป็นในอนาคต มีข้อสังเกตว่า แนวทางการวางกรอบ การวิเคราะห์แบบที่เป็นอยู่ มีข้อจำกัดอย่างน้อย ๒ ประการ ได้แก่ (๑) การกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหามีลักษณะที่กำหนดให้ กขป. เป็นผู้เล่นหลักในการแก้ไขสถานการณ์ปัญหา (๒) หน่วยงานภาครัฐอื่นโดยเฉพาะกลุ่ม Non-health sectors มีข้อจำกัดในด้านโอกาส หรือ ไม่มีพื้นที่ให้เข้ามามีส่วนร่วมในประเด็นปัญหาสุขภาพ

๓.๓.๒ แนวทางการขับเคลื่อนงานตามบทบาทหน้าที่ของ กขป. มี ๓ แนวทาง ใน ๓ ระดับปฏิบัติการ ได้แก่

ระดับเขตสุขภาพ มีการขับเคลื่อนงานผ่านการประชุมเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะ และนำไปสู่กิจกรรมการประชุมเพื่อบูรณาการแผนปฏิบัติการร่วมกันของหน่วยงาน ในส่วนนี้เป็นการร่วมกันในลักษณะการจัดกิจกรรมเป็นรายครั้ง มากกว่าเป็นการรวมกันเพื่อเชื่อมโยงให้หน่วยงานต่าง ๆ มีการทำงานร่วมกัน

ระดับจังหวัด-อำเภอ มีการเดินสายพบผู้บริหารจังหวัด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมและขอความร่วมมือ

ระดับตำบล พบใน ๒ ลักษณะ คือ (๑) สร้าง Sandbox เพื่อทดลองดำเนินการเป็นพื้นที่ต้นแบบ (อาจเป็นพื้นที่ปฏิบัติการของหน่วยงานภาคีใดก็ได้ภายใต้ กขป.) หลังจากนั้นมีการถอดความรู้ และขยายผลความรู้ สื่อสารสังคม ขยายพื้นที่ปฏิบัติการ และผลักดันเป็นนโยบายในระดับที่สูงขึ้น ผ่าน พขอ. สมัชชาสุขภาพจังหวัด เป็นต้น (๒) มีความร่วมมือทวิภาคี/ไตรภาคี เพื่อการปฏิบัติการร่วมกัน

ในส่วนของภาวะผู้นำ อำนาจหน้าที่นั้น เนื่องจากกลไกการขับเคลื่อนหลัก คือ ประธาน กขป. ซึ่งการเคลื่อนไหวของประธานขึ้นอยู่กับเครือข่ายทางสังคมและตำแหน่งหน้าที่ที่ประธานมีมาก่อนหน้านี้ ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นว่า อำนาจหน้าที่ตามประกาศการจัดตั้งเขตสุขภาพ ๒๕๕๙ มีข้อจำกัดอยู่มาก และด้วยงบประมาณที่ กขป. ได้รับผ่าน สข. ในแต่ละปีมีจำกัดและมีแนวโน้มลดลงตามลำดับ ข้อจำกัดของอำนาจหน้าที่ดังกล่าวข้างต้น และความคาดหวังที่ต้องส่งมอบผลงานเป็นผลลัพธ์สุขภาพของประชาชน ทำให้งานบางส่วนของ กขป. เป็นงานที่ต้องการการผลักดันและดำเนินการให้เกิดรูปธรรม

ส่วนการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานของ กขป. นั้น จะดำเนินการผ่านเวทีการประชุม ในหลากหลายรูปแบบและหลากหลายระดับ และมีเอกสารเป็นบันทึกไว้ชัดเจน รวมถึงการมีรายงานกลับมาที่ สข. อย่างต่อเนื่อง

๓.๔ ด้านผลลัพธ์ ผลงานที่เกิดขึ้นในช่วง ๒ ปี ส่วนใหญ่เป็นผลงานในระดับผลผลิต (Output) อาทิ มีคณะทำงานรายประเด็น มีข้อตกลงความร่วมมือ มีเวทีนโยบายร่วมกันของภาคี มีแนวทางการขับเคลื่อนประเด็น (Road Map) เวทีประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ มีพื้นที่นาร่องในการปฏิบัติการ รวมไปถึงมีความรู้ และตัวอย่างรูปธรรมการแก้ปัญหาในระดับพื้นที่ ผลงานเหล่านี้บางส่วนอาจถูกพัฒนาเป็นเงื่อนไขสำคัญ

(Pre-condition) ที่ช่วยให้มีการปรับปรุงแก้ไข หรือพัฒนาระบบให้ดียิ่งขึ้นในระยะถัดไป แต่ต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ส่วนความคาดหวังที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่นั้น ยังไม่เห็นผลลัพธ์ในลักษณะดังกล่าว

สรุปสาระสำคัญผลการประเมินผลการดำเนินงานเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๖ ดังรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๕.๒ เอกสาร ๒

ที่ประชุมมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ โดยสังเขปดังนี้

๑. ควรเพิ่มข้อเสนอการสนับสนุนการใช้ทรัพยากรร่วมกันของหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ โดยเฉพาะสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อการขับเคลื่อนงาน
๒. ขอให้ผู้ประเมินพิจารณาทบทวนผลการประเมินด้านผลลัพธ์ ดังนี้ (๑) การเปลี่ยนแปลงสุขภาพของประชาชนอยู่ไกลเกินจากอำนาจหน้าที่ของ กขป. ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชนฯ (๒) ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาเกี่ยวกับปัญหาการประสานงานระหว่างหน่วยงานทั้ง Health sector และ Non-health sector
๓. ควรแสดงให้เห็นจุดอ่อน จุดแข็งของการขับเคลื่อนงาน กขป. แต่ละเขตพื้นที่ หรือภาพรวมในระดับภาค เพื่อการพัฒนาการดำเนินงานของเขตพื้นที่
๔. กขป. ควรดำเนินการให้เหมาะสม ตามอำนาจหน้าที่ที่ปรากฏในระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. ๒๕๕๙
๕. จากข้อเสนอ “ขอให้ คสช. เสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้รัฐมนตรีของกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาให้ความร่วมมือ...” ซึ่งในองค์ประกอบของ คสช. มีรัฐมนตรีจาก ๕ กระทรวงแล้วสามารถใช้ความร่วมมือจากการประชุม คสช. ได้ และข้อเสนอ “ขอให้ คสช. จัดระบบการสนับสนุนของหน่วยงานเลขานุการ ทั้ง ๔ หน่วยงาน ให้มีแผนการทำงานสนับสนุนที่ชัดเจน” ในส่วนนี้ควรเป็นบทบาทของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและให้เป็นความเห็นร่วมของหน่วยงานเลขานุการ
๖. รายงานการประเมินผลควรระบุทฤษฎีที่นำมาใช้ในการประเมินผล ผลลัพธ์เชิงบวก และสิ่งที่ควรปรับปรุงให้ชัดเจน
๗. ควรมีการจัดประชุมนำเสนอผลประเมินและคืนข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับ (ร่าง) รายงานการประเมินผลการดำเนินงานเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๖ ให้สมบูรณ์มากขึ้น ก่อนเสนอต่อคณะรัฐมนตรี

มติที่ประชุม ๑. เห็นชอบในหลักการผลการประเมินผลการดำเนินงานเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๖

๒. มอบ สช. พิจารณาข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ และจัดประชุมกับส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุง (ร่าง) รายงานผลการประเมินผลการดำเนินงานเขตสุขภาพเพื่อประชาชนฯ ให้ครบถ้วนและเหมาะสมก่อนเสนอต่อคณะรัฐมนตรี และเผยแพร่ต่อสาธารณะให้รับทราบต่อไป

๕.๓ แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณสุขประเด็นการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า

นายสุเทพ เพชรหมาก กรรมการและเลขานุการ นำเสนอต่อที่ประชุม สรุปลงสาระสำคัญ ดังนี้

๑. ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกเมื่อ พ.ศ. ๒๕๖๖ พบว่า แต่ละปีทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการบริโภคยาสูบมากกว่า ๘ ล้านคน ในขณะที่เดียวกันมีผู้ไม่สูบบุหรี่ประมาณ ๑.๓ ล้านคน ต้องเสียชีวิตเนื่องจากสัมผัสกับควันบุหรี่มือสอง ซึ่งกว่าร้อยละ ๘๐ ของผู้สูบบุหรี่ (๑.๓ พันล้านคนทั่วโลก) อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง นอกจากนี้ยาสูบยังเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญที่สุดของโรคที่สามารถป้องกันได้ ดังนั้นยาสูบจึงเป็นประเด็นปัญหาด้านการสาธารณสุขที่สำคัญประเด็นหนึ่งของโลก โดยพบว่าสาเหตุการตายจากโรค ๖ ใน ๘ อันดับแรกของโลกเกิดจากปัจจัยเสี่ยงด้านการบริโภคยาสูบ ไม่ว่าจะเป็นโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง โรคถุงลมปอดอุดตัน วัณโรค หรือมะเร็งหลอดลม

สถานการณ์การบริโภคยาสูบของคนไทยในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป จำนวนทั้งหมด ๕๕.๙๐ ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ถึง ๑๐.๗๐ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๙.๑๐ ของประชากร ที่สำคัญยาสูบยังเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยหรือภาวะโรคอันดับที่ ๑ ของประชากรไทย

ปัจจุบันพบว่าสถานการณ์บุหรี่ไฟฟ้าเริ่มระบาดในกลุ่มเด็กนักเรียน จากรายงานสำรวจสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมต้นของไทย อายุ ๑๓-๑๕ ปี โดยองค์การอนามัยโลก หรือ Global School-based Student Health Survey ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบเด็กนักเรียนใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยเพิ่มขึ้นจาก ๑๓.๘% เป็น ๑๔.๗% โดยเฉพาะบุหรี่ไฟฟ้าที่เพิ่มจาก ๓.๓% เป็น ๘.๑% ซึ่งเด็กนักเรียนส่วนใหญ่มักจะมีความเชื่อที่ผิด ๆ เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า เช่น เชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่อันตราย ไม่เสพติด

ยังมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้าหลายฉบับ ได้แก่ ประกาศของกระทรวงพาณิชย์ พ.ศ. ๒๕๕๗ ที่กำหนดห้ามนำเข้า และคำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ที่ ๙/๒๕๕๘ ที่กำหนดห้ามขายหรือให้บริการพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ ระบุห้ามสูบในสถานที่สาธารณะ เพื่อจัดการสภาพแวดล้อมและ พ.ร.บ.ศุลกากร พ.ศ. ๒๕๖๐ กรณีผู้ครอบครองหรือรับไว้ซึ่งบุหรี่ไฟฟ้า อันเป็นสินค้าห้ามนำเข้ามาในราชอาณาจักร จะมีความผิด

๒. การดำเนินงานที่ผ่านมา

๒.๑ กระทรวงศึกษาธิการ ออกประกาศ เรื่อง มาตรการส่งเสริมการเรียนรู้โทษของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่มีผลต่อสุขภาพสำหรับสถานศึกษาในสังกัด หรือในกำกับกระทรวงศึกษาธิการ ลงวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๖

๒.๒ กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กระทรวงสาธารณสุข มีผลการดำเนินงาน ดังนี้

(๑) สร้างความรู้ ความเข้าใจ ผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าให้แก่ นักเรียน บุคลากรในสถานศึกษา และผู้ประกอบการโดยจัดทำชุดความรู้สอดแทรกเนื้อหาในหลักสูตรการเรียนการสอน และจัดทำสื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ เผยแพร่ผ่านช่องทางออนไลน์ เช่น เว็บไซต์และเฟซบุ๊กของโรงเรียน

(๒) เผื่อระวังและแจ้งเบาะแสเกี่ยวกับร้านค้าที่มีการขาย จำหน่าย หรือให้บริการบุหรี่ไฟฟ้าในพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง โดยสามารถแจ้งข้อมูลไปยังสายด่วน ๑๑๖๖ ของสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.)

๒.๓ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ มีหนังสือเวียนแจ้งสถานศึกษาในสังกัดขับเคลื่อนมาตรการป้องกันและควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในสถานศึกษา

๓. ปัญหาและข้อท้าทายการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า มีดังนี้

๓.๑ ความรู้และความเข้าใจของสังคมที่ไม่ถูกต้องต่อบุหรี่ไฟฟ้า รวมทั้งการสื่อสารของผู้ขายบุหรี่ไฟฟ้าที่บิดเบือนข้อมูลว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่มีพิษภัยต่อร่างกาย

๓.๒ การตลาดล่าเหยื่อ โดยมุ่งเป้าไปที่เด็กและเยาวชนด้วยรูปปลั๊กอินที่ดึงดูด สารปรุงแต่งกลิ่นรสของบุหรี่ไฟฟ้า ราคาที่เข้าถึงได้ สร้างความดึงดูดใจให้เด็กและเยาวชน หันมาทดลองสูบบุหรี่ไฟฟ้า

๓.๓ การแทรกแซงนโยบายภาครัฐจากเครือข่ายผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าที่มีความเชื่อมโยงกับบริษัทบุหรี่ข้ามชาติ เพื่อผลักดันให้บุหรี่ไฟฟ้าถูกกฎหมายเกิดการเก็บภาษี

๓.๔ ข้อจำกัดการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่ต่อเนื่องและครอบคลุม การตลาดทางออนไลน์ที่มีการเติบโตอย่างมากในยุคปัจจุบัน ทำให้การควบคุมให้มีประสิทธิภาพเป็นไปได้ยาก

๔. การจัดการปัญหาและข้อท้าทาย จากปัญหาและข้อท้าทายดังกล่าวข้างต้น จึงมีแนวทางจัดการปัญหา ๒ ประการควบคู่กัน ได้แก่ (๑) การพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบาย โดยกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เพื่อให้เกิดนโยบายและการบูรณาการความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ ในการควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า และ (๒) การสื่อสารสาธารณะสร้างกระแสสังคม ซึ่งทั้ง ๒ แนวทางจะเป็นการสะท้อนเสียงของสังคมต่อรัฐบาลให้ยังคงนโยบายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทยต่อไป เพื่อปกป้องเด็กและเยาวชนจากการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า

๕. สข. จึงเห็นสมควรเสนอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติพิจารณา แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะประเด็นการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า โดยมี ศาสตราจารย์เกียรติคุณ สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์ เป็นประธานกรรมการ ซึ่งเป็นอาจารย์กุมารแพทย์ผู้ทำงานเกี่ยวกับการรณรงค์ปกป้องเด็กและเยาวชนจากพิษภัยยาสูบและบุหรี่ไฟฟ้า ดังมีประวัติโดยสังเขป รายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๕.๓ มีนายวศิน พิพัฒน์ฉัตร, ผู้แทนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรรมการและเลขานุการร่วม และมีองค์ประกอบของกรรมการจำนวนไม่เกิน ๒๐ คน มีวาระการดำรงตำแหน่ง ๒ ปี นับแต่วันที่ได้รับแต่งตั้ง โดยมีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑) พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพประเด็นการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีส่วนร่วม

๒) จัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และจัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม เพื่อให้ได้ฉันทมติต่อข้อเสนอเชิงนโยบายการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพประเด็นการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า

๓) พัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ และแสวงหาความร่วมมือจากหน่วยงานองค์กรภาคีเครือข่าย เพื่อสนับสนุนให้เกิดการดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นอย่างเป็นรูปธรรม

๔) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อดำเนินการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น ซึ่งการดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ดังกล่าว เป็นไปตามหน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา ๒๕ (๘) แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

ที่ประชุมมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ โดยสังเขปดังนี้

๑. ประชาชนยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และปัจจุบันมีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชนเพิ่มมากขึ้น

๒. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้จัดสรรงบประมาณในการขับเคลื่อนเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) สามารถเสนอขอรับงบประมาณสนับสนุนการทำงานได้

๓. ตัวอย่างการดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดอุดรธานีเพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องบาราเก้ โดยมีการเชิญผู้ค้าสรรพสามิต บุคลากรทางการแพทย์ มาปรึกษาหารือเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา

๔. ควรเร่งรัดการบังคับใช้กฎหมาย

มติที่ประชุม

๑. เห็นชอบให้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะประเด็นการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า โดยมี ศาสตราจารย์เกียรติคุณ สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์ เป็นประธานกรรมการ มีนายวศิน พิพัฒน์ฉัตร, ผู้แทนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรรมการและเลขานุการร่วม และมีองค์ประกอบของกรรมการ จำนวนไม่เกิน ๒๐ คน มีวาระการดำรงตำแหน่ง ๒ ปี นับแต่วันที่ได้รับแต่งตั้ง โดยมีหน้าที่และอำนาจ ตามที่ฝ่ายเลขานุการเสนอ

๒. มอบหมายให้ประธานกรรมการและเลขานุการพิจารณาองค์ประกอบของกรรมการ ตามข้อ ๑ และเสนอร่างคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ดังกล่าว ให้ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติพิจารณาลงนามแต่งตั้งต่อไป

๓. รับรองมติการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ระเบียบวาระที่ ๕.๓

๕.๔ แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำและติดตามรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย

นายสุเทพ เพชรหมาก กรรมการและเลขานุการ นำเสนอต่อที่ประชุม สรุปสาระสำคัญ ดังนี้

๑. ตามมาตรา ๒๕ (๕) และ มาตรา ๒๗ (๓) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่และอำนาจกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติ และให้ สช. มีหน้าที่และอำนาจสำรวจ ศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ รวมทั้งสถานการณ์ของระบบสุขภาพ เพื่อจัดทำเป็นรายงานหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้

๒. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ มีสถานะในทางปฏิบัติ ระบุไว้ว่าให้ใช้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฯ เป็นข้อมูลอ้างอิงระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของไทย เพื่อให้กลไกที่มีหน้าที่เฉพาะในการติดตามและวิเคราะห์สถานะของระบบสุขภาพไทย สามารถศึกษาและติดตามได้ว่าสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยถึงเป้าหมายตามที่ระบุไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฯ หรือไม่ มีข้อจำกัดอะไรที่ทำให้ไปไม่ถึงเป้าหมาย มีแนวโน้มที่ต้องพึงระวังหรือไม่ อย่างไร ซึ่งจัดเป็นกระบวนการติดตามเชิงรุกที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง สามารถนำมาพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับภาคีหรือผู้ที่เกี่ยวข้องได้

๓. เพื่อให้การดำเนินงานตามมาตรา ๒๕ (๕) และ มาตรา ๒๗ (๓) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ บรรลุเป้าหมาย มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีการนำธรรมนูญฯ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ มาใช้ประโยชน์โดยการใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของไทย เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย

“ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ในระยะ ๕ ปี สช. จึงเห็นสมควรเสนอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำและติดตามรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย โดยมีนายวิชัย โชควิวัฒน์ เป็นประธานกรรมการ ซึ่งปัจจุบันเป็นกรรมการสุขภาพแห่งชาติและประธานกรรมการบริหาร สช. และเป็นผู้มีประสบการณ์ในด้านระบบสุขภาพ ดังมีประวัติโดยสังเขปตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๕.๔ มีเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรรมการและเลขานุการ และองค์ประกอบของกรรมการจำนวนไม่เกิน ๒๕ คน มีวาระการดำรงตำแหน่ง ๕ ปี นับแต่วันที่ได้รับแต่งตั้ง โดยมีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑) กำหนดแนวทางในการจัดทำ สนับสนุน ติดตาม และประเมินผลการจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย

๒) สนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะในด้านการพัฒนาตัวชี้วัด การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

๓) พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายจากรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย และให้ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ คณะรัฐมนตรี และกลไกหรือหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง

๔) สนับสนุนการเผยแพร่ข้อมูลรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยและข้อเสนอเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องต่อสาธารณะ

๕) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็นและเหมาะสม

๖) ปฏิบัติงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

ซึ่งการดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ดังกล่าว เป็นไปตามหน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา ๒๕ (๘) แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

มติที่ประชุม ๑. เห็นชอบให้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำและติดตามรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย โดยมีนายวิชัย โชควิวัฒน์ เป็นประธานกรรมการ มีเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรรมการและเลขานุการ และมีองค์ประกอบของกรรมการ จำนวนไม่เกิน ๒๕ คน มีวาระการดำรงตำแหน่ง ๕ ปี นับแต่วันที่ ได้รับแต่งตั้ง โดยมีหน้าที่และอำนาจ ตามที่ฝ่ายเลขานุการเสนอ

๒. มอบหมายให้ประธานกรรมการและเลขานุการพิจารณาองค์ประกอบของกรรมการ ตามข้อ ๑ และเสนอร่างคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ดังกล่าว ให้ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติพิจารณาลงนามแต่งตั้งต่อไป

๓. รับรองมติการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ระเบียบวาระที่ ๕.๔

ระเบียบวาระที่ ๖ เรื่องอื่น ๆ
(ไม่มี)

เลิกประชุม เวลา ๑๖.๐๐ น.

นางสาววันวิสา แสงทิม
ผู้จัดทำรายงานการประชุม

นางนิรชา อัครวีรากุล
ผู้ตรวจรายงานการประชุม