

edit
inner

นิยามของคำว่าความมั่นคงด้านสุขภาพ

ความมั่นคงด้านสุขภาพ หมายถึง การมีหลักประกันและความรู้สึกมั่นใจในความพอเพียง การคงอยู่ ความสมดุล และการเพิ่มพูนของปัจจัยที่เสริมสร้างสุขภาวะของบุคคล ชุมชน และสังคมอย่างยั่งยืน

ลักษณะของระบบสุขภาพครอบคลุม

1. การกระจายความรับผิดชอบที่กว้าง
2. ไม่ผูกขาดการพึ่งพา
3. มีความหลากหลาย

หมวด 1 หลักการและความมุ่งหมาย

สุภาพ (ที่ดี) หรือไม่ ที่ดี ไม่ควรเขียน

อ.วิฑูรย์ ในนิยามกำหนดไว้ชัดเจน

พ.อำพล สังคมไทยมักใช้ซ้ำซ้อน และเน้นไว้ในนิยามแล้วจึงไม่จำเป็นต้องใส่

ชาญเชาว์ อุดมการณ์ของชาติ และหลักประกันความมั่นคงของชาติมีความหมายว่าอย่างไร น่าจะเป็นความมั่นคงของสังคมหรือไม่

เดชรัตน์ ความมั่นคงของชาติ มีมิติทั้งด้านเศรษฐกิจ และสังคม

ศรีสว่าง อุดมการณ์คือความคิดความเชื่อของคนในสังคม หลักประกันความมั่นคงแล้วแต่กลุ่มคน ในอุดมการณ์ของฉบับความมั่นคงของชาติอยู่ที่ประชาชน

อ.วิฑูรย์ การมีปัญญาผู้แจ้ง หมายถึง การแยกแยะดีชั่ว

ชาญเชาว์ กรอบศีลธรรม เป็นกรอบบังคับ (merit system)

วิฑูรย์ อุดมการณ์คือสิ่งที่อยากให้ทุกคนไปถึง เป็นชาติ พึ่งพาตนเอง

อำพล ไม่ต้องสังคม เพราะขณะนั้นกว้างดี

ธีระวัฒน์ เนื้อหาของพรบ.นี้จะเป็นหลักอุดมการณ์ของชาติ และจะต้องพิจารณาในระบบต่างๆ ด้วย โดยอาศัย พรบ.นี้ไปปรับเปลี่ยนวิธีคิด ซึ่งจะขัดต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ดังนั้น การคิดต่อเรื่องนี้ ถ้าสามารถปรับเปลี่ยนอุดมการณ์ที่กำลังจะเป็นไปในปัจจุบัน ต้องเขียนกลไกที่ชัดเจน และการปรับเปลี่ยนอุดมการณ์ดังกล่าว ให้ทุกคนถือเรื่องนี้เป็นเรื่องสำคัญ

ศรีสว่าง ไม่มีเรื่องศีลธรรมคุณธรรม

อ.วิฑูรย์ คุณธรรม จริยธรรมไม่ใช่เรื่องของระบบ จึงไม่ได้นำมาใส่

พ.อำพล เป็นประเด็นถกเถียง ถ้าระบบเรียนรู้และพัฒนาได้

ระบบก็จะมีศีลธรรมได้ มีคุณธรรม

ไพโรจน์ อย่างน้อยต้องมีการจัดการ....เพราะฉะนั้นใส่ได้

สมพันธ์ ชาติเรื่องธรรมาภิบาลและความคุ้มค่า

ธีระวัฒน์ เป็นความจำเป็น ที่ปัญญาพื้นฐานต้องมีศีลธรรม ไม่พุ่มเฟิยที่จะใส่

เดชรัตน์ ไม่เห็นด้วยเรื่อง"คุณค่า" อาจมีปัญหา

สรุป หมวดที่ 1 หลักการและความมุ่งหมาย

ตามเอกสารหลัก ข้อ 1.1 -1.3 คงเดิมส่วนข้อ 1.4 ระบบสุภาพที่พึงประสงค์

1. ต้องเป็นระบบที่มีศีลธรรม คุณธรรมและจริยธรรม
2. เคารพสิทธิความเป็นมนุษย์และนำไปสู่ความเสมอภาคเท่าเทียมกัน
3. มีโครงสร้างควบถ่วงและสัมพันธ์กันอย่างมีบูรณาการ
4. มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ สามารถตรวจสอบได้ และมีความรับผิดชอบร่วมกัน อย่างสมานฉันท์
5. มีปัญญาเป็นพื้นฐาน สามารถเรียนรู้และพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง โดยสอดคล้องกับวิถีชีวิตและสังคม รวมทั้งพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน

หมวดที่ 2 กลไกนโยบาย

พ.อำพล

นำเสนอเอกสาร M - คณะกรรมการ คสช. มีหน้าที่ดูแลนโยบายและยุทธศาสตร์
จากการรับฟังความเห็นภาคประชาชนมีข้อเสนอจาก 39 องค์การ และเวที 5 ครั้ง พอสรุปได้ดังนี้

1. มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับกรอบนโยบาย
2. ติดตามตรวจสอบผลกระทบที่เกิดจากข้อตกลงระหว่างประเทศ
3. เฝ้าระวังเตือนภัยด้านสุขภาพ
4. ไม่มรอำนาจ เป็นเพียงหน้าที่
5. คสช. ไม่ควรทำอะไร
6. ทำหน้าที่กลั่นกรองนโยบาย

อ.วัฒนา

ถาม องค์การอิสระจะทำหน้าที่อะไร สมัชชาหมายถึงอะไร ต้องมีความชัดเจนเพื่อเขียนกม.ได้ชัดเจนด้วย
และต้องคำนึงว่าเราต้องไป defend หลายที่

พ.อำพล

ให้ข้อมูลเพิ่ม คสช. นี้มีคนเรียกว่าक्रम.สุขภาพ คนที่เข้ามาจะเป็นระดับรมต. มีสามส่วนมาทำงานร่วมกัน
ไม่ใช่ภาคการเมืองกับองค์กรท้องถิ่นเท่านั้น ส่วนองค์กรอิสระนั้นต้องเป็นอิสระเพื่อจะไม่ถูกสั่งการจาก
ฝ่ายการเมือง ขณะนี้เขียนให้เป็นองค์กรอิสระในกำกับของกสธ. เช่นเดียวกับ สวรส. ทำหน้าที่บริหารจัดการ
การ สนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพ ฯลฯ มีคณะกรรมการบริหารที่คสช. แต่งตั้ง
องค์กรอิสระในหน้าที่ หมายถึง **หน่วยงานของรัฐที่ไม่เป็นส่วนราชการ (ต้องปรับในแผนภูมิ)**
ส่วนสมัชชาสุขภาพ หวังให้เป็นเวทีที่สามฝ่ายถูกเชื่อมโยงเข้าด้วยกัน

อ.พิชัย

เดิมเรามีองค์กรแนวตั้งมากมาย แต่สังคมเรามีความซับซ้อนมากขึ้น องค์กรแนวตั้งใช้ไม่ค่อยได้ จึงต้อง
คิดองค์กรแนวราบที่หนุนให้เกิดการมีส่วนร่วม เรื่องสุขภาพต้องใช้แนวราบ

อ.สมพันธ์

สังคมเราต้องทำความเข้าใจร่วมกันก่อนว่าคำว่า "สมัชชา" ไม่ใช่กลุ่มคนที่มารวมตัวกันเพื่อการต่อรองผล
ประโยชน์

"ประชาคม" ก็ไม่ใช่องค์กร และองค์กร ไม่ใช่ต้องมีการจัดตั้งประธาน รองประธาน

นิยามเบื้องต้นต้องชัดเจนร่วมกัน แม้แต่คำว่าองค์กรอิสระก็อาจจะมีปัญหา ควรมีการทำความเข้าใจกับคำต่างๆที่ใช้

อ.เดชรัตน์

หน้าที่ของคสช. ที่มีคนเสนอให้กลั่นกรองนโยบาย คงไม่ใช่

คำว่า กำหนดนโยบาย ก็เป็นหน้าที่ของรัฐบาล กลั่นกรองนโยบายก็เป็นหน้าที่ของรัฐบาล เรามีองค์กรหลักของประเทศอยู่แล้ว ควรใช้คำว่าเสนอแนะ ตามที่เราเขียนไว้ที่เหมาะสมแล้ว

แต่สมาชิกสภาฯ ควรจะมีพลังมากกว่านี้ สมาชิกแต่ละครั้งจะเอาเรื่องอะไรไปคุยกันยังไม่ชัด แม้แต่การดำเนินงานของคสช. ก็อาจเป็นประเด็นหนึ่งที่สมาชิกให้ข้อคิดเห็น หรือ สมาชิกให้ข้อคิดเห็นต่อแผนยุทธศาสตร์ของคสช. ให้ข้อคิดเห็นต่อรายงานสถานการณ์สุขภาพ

ควรกำหนดให้ชัดว่าจะให้สมาชิกพิจารณาอะไรในแต่ละปี แต่ละครั้งและต้องคิดถึงเชื่อมโยงระหว่างสมาชิกกับคนแต่ละฝ่ายแต่ละคนด้วย

วิเชียร จากเวทีภาคตะวันตก หน้าที่คสช. ที่เขียนให้เป็นผู้เสนอแนะนั้น ไม่พอ ขอใช้คำว่า ผลักดัน

คสช. ต้องจัดสมาชิกสภาฯ เฉพาะประเด็นและสมาชิกพื้นที่ก่อน แล้วค่อยเอาเรื่องนั้น ๆ มาเป็น input ของสมาชิกสภาฯ แห่งชาติ

ต้องคำนึงว่าเมื่อไหร่ที่ทำให้เวทีสมัชชามีอำนาจขึ้นมา เมื่อนั้นจะมีการจัดตั้งคนเข้ามาอยู่ในเวทีสมัชชา อยากให้สมัชชาเป็น “เวที” จริง ๆ

พ.อำพล

จากความเห็นของอ.วิเชียรและอ.เดชรัตน์ แสดงว่า อำนาจของคสช. คือ Influencing นอกจากเสนอแนะแล้วยังต้องผลักดันด้วย เพราะ ครม. มีอำนาจในเชิง Authority

อ.วัฒนา การมีสมัชชา ควรคำนึงถึงงบประมาณที่จะใช้ในการดำเนินการด้วย เพราะคิดว่าต้องใช้งบประมาณในการดำเนินงานมาก

สารี

ควรเขียนอำนาจหน้าที่ในการศึกษาวิจัยด้วย หรือจะกำหนดความเชื่อมโยงในโครงสร้างเฉย ๆ

อ.อำพล

เราได้วางกลไกการวิจัยไว้ในหมวดที่ 10 ระบุว่าต้องไปออก พ.ร.บ. เฉพาะ กำหนดให้มีการวิจัยเพื่อนำความรู้มาสู่สมัชชา แยกออกมาเป็นตัว K คสช. ไม่ใช่คนทำวิจัยเอง และไม่สั่งให้ใครทำวิจัย

อ.เดชรัตน์

เห็นด้วยว่าควรเขียนในอำนาจหน้าที่ของคสช.เป็นผู้ส่งเสริมสนับสนุนการศึกษาวิจัย

อ.ศรีสว่าง

เห็นด้วย

อ.โกมาตร

น่าจะเขียนว่า คสช.มีหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนกลไกการจัดการความรู้ (ทำให้เกิดความรู้ แสวงหาความรู้ จากแหล่งอื่น เผยแพร่กระจายความรู้ ทำให้ความรู้เป็นประโยชน์)

สรุป ที่ประชุมเห็นด้วยว่าให้เขียนไว้ในอำนาจของคสช. “ทำหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนกลไก การศึกษา การวิจัย การเผยแพร่ การประยุกต์ใช้ และสร้างเครือข่าย ความรู้ ด้านสุขภาพ

อ.ชาญเชาว์

เสนอให้ยกเอาเรื่องสวสช.มารวมไว้ในหมวดที่ 2 เลย

พ.อำพล สำหรับการพิจารณาเรื่ององค์ประกอบ ที่มา ของคสช. ที่จะพิจารณาต่อไปนี้จะคุยในเชิงหลักการ ไม่ใช่พื้นธง เพราะเรากำลังรับฟังความเห็นจากภาคประชาชนมากมาย

ประเด็นองค์ประกอบคสช.

พ.อำพลนำเสนอสรุปจากความเห็น

จำนวน ส่วนใหญ่ขอให้เพิ่ม ส่วนน้อยขอให้ลด มีความเห็นแตกต่างหลากหลายมาก ที่มาจากรัฐ เอกชน ประชาชน ก็มีข้อเสนอมาก เพศ/ อายุ ส่วนใหญ่ไม่จำกัด ระบบการสรรหา ยังไม่ตกผลึก แต่มีแนวโน้มว่าจะมาจากประชาคมต่าง ๆ บางส่วนเสนอว่ามีกระบวนการสรรหา บางส่วนเสนอว่าให้คำกับสมาชิกจากการศึกษาที่มาจากคณะกรรมการต่าง ๆ ของที่อื่นด้วย มีแนวทางหลากหลายและมีทั้งจุดอ่อนจุดแข็ง มีการเสนอกระทรวงนั้นกระทรวงนี้

อ.ชาญเชาว์

โยนประเด็น คนที่อยู่ในสมัชชาจะเข้ามาสู่คสช.อย่างไร ประเด็นที่มาจากสมัชชาจะเชื่อมมาที่คสช.อย่างไร

อ.พิชัย

เวทีที่ภาคใต้ เสนอว่าวิธีการต้องเริ่มจากกระบวนการเรียนรู้ จึงจะเห็นตัวคนที่ตั้งใจ รอบรู้จริง จากนั้นจึงไปสู่เวทีสมัชชาสุขภาพอำเภอ / จังหวัด / ชาติ

อ.เดชรัตน์

เราจะปรับเรื่องกระทรวงตามที่มีการตั้งกระทรวงใหม่หรือไม่ อย่างกระทรวงวิทยาศาสตร์และสิ่งแวดล้อม เกี่ยวกับสุขภาพแน่

อ.อำพล

อยากขอความเห็นในหลักการเรื่องสัดส่วนของแต่ละฝ่ายในคสช.

รัฐ : วิชาการ : ประชาชน

อ.ชาญเชาว์

ต้องอิงเรื่องการมีส่วนร่วมในรธน.

อ.เดชรัตน์

น่าจะเป็น 1 : 1 : 1 เป็นอย่างน้อย หรือ ประชาชนมากกว่า 1

(รัฐ 9 (นายก 1 รมต. 4 ท้องถิ่น 4) วิชาการ 9 (วิชาชีพ 4 ผู้ทรง 5) ประชาชน 9)

คุณสารี

สนับสนุน 1 : 1 : 1

ถาม เท่าที่ดูฝ่ายรัฐมากไป จริงอยู่แต่ละฝ่ายก็ยอมเห็นว่าฝ่ายตัวเองน้อย ถามว่าทำไมในนี้จึงกำหนดว่าประชาชนเท่านี้ ๆ (ไม่น้อยกว่า 1 ใน สาม) ทำไมไม่กำหนดฝ่ายอื่น

ขณะนี้ รัฐ 14 (นายก 1 รมต. 4 ท้องถิ่น 4) วิชาการ 6 (วิชาชีพ 3 ผู้ทรง 3) ประชาชน 9 (NGO 2
ประชาคม 6 ประธานสภาที่ปรึกษา 1)

อ.สมพันธ์

เสนอให้เอารมต.ออก ไม่ต้องครบทุกกระทรวง

อ.อำพล ถ้าฝ่ายรัฐมนตรีกระทรวงต่างๆน้อยจะมีปัญหาขาดความรับผิดชอบร่วมหรือไม่

อ.วิฑูรย์

จำนวนรวมไม่น่าจะเกิน 30 จะมีปัญหาต่าง ๆ เช่น ไม่ครบองค์ ฯ ปัญหาในการสรรหา

อ.ชาญเชาว์

ภาพรวมของคสช. คือ นโยบาย และการประสานงานนโยบาย

สรุปว่าเป็น น่าจะเป็น 1 : 1 : 1 เป็นอย่างน้อย หรือ ประชาชนมากกว่า 1 ไว้ก่อน

อ.อำพล

ควรจำกัดไม่ให้มีคนที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจสุขภาพ

อ.เดชรัตน์

เสนอให้ไปเสาะหาข้อมูลว่า คนที่มาโดยตำแหน่งแต่เกี่ยวกับธุรกิจ จะห้ามได้หรือไม่

อ.ชาญเชาว์

โครงสร้างนี้ไม่ใช่ของใครตรวจสอบ ที่จะต้องรัดกุมขนาดนั้น และการที่เราไม่เปิดให้ภาคธุรกิจเข้ามาอาจจะ
มีผลเสียต่อความร่วมมือด้วยซ้ำ

อ.โกมาตร

น่าจะกำหนดสัดส่วนของฝ่ายธุรกิจสุขภาพไปเลย

อ.ประพนธ์

องค์ประกอบน้อยไปหรือเปล่า ในเมื่อเป็นคณะกรรมการระดับชาติ เป็นเรื่องนโยบาย น่าจะต้องมีหน่วย
งานที่เกี่ยวข้องเข้ามา

อ.ศรีสว่วง

ภาคธุรกิจน่าจะได้เข้ามา เพราะจะช่วยให้รู้ข้อมูลอีกด้านหนึ่งที่จะเป็นประโยชน์ ถ้าจะเข้ามาก็ต้องชัดเจน
ว่ามาในฐานะของภาคธุรกิจ

อ.เดชรัตน์

มีคนเสนอให้เพิ่มภาคอื่น ๆ เข้ามา ผมมีข้อแม้ว่า จะเข้ามาก็ได้แต่ต้องไม่ไปลดฝ่ายประชาชน

อ.ชาญเชาว์

คนที่เข้ามาต้องเกี่ยวข้องกับนโยบาย และ การประสานนโยบาย เท่านั้น

อ.โกมาตร

กลไกกับกระบวนการทางนโยบาย ไม่ควรจำกัดไว้เฉพาะกระบวนการทางนโยบายที่เป็นทางการเท่านั้น เช่น เรื่องบางเรื่องที่ภาคประชาชนสามารถรวมตัวกันทำได้ ภาคประชาชนนั้นก็เป็นการนโยบายได้เช่นกัน

สรุป ในส่วนขององค์ประกอบ คสช. สัดส่วน 1:1:1 แต่ประชาชนต้องเป็น 1 ใน 3 จำนวนคนยังไม่ชัดเจน เนื่องจากเป็นกรรมการระดับนโยบายต้องมีคนที่เข้ามาเกี่ยวข้องจำนวนมาก มีใช้กลไกการตัดสินใจ ตรวจสอบ

ประเด็น วาระของคสช.

อ.สมพันธ์

จากเวทีอีสาน เสนอเรื่องการจับฉลากออก ให้เป็นวิธีสุดท้าย ขอให้ใช้วิธีการประเมินคัดออก

อ.อำพล

รับเป็นข้อเสนอจากภาคีแล้ว

ประเด็น สำนักเลขาธิการคสช.

จากการไปฟังความเห็น ไม่ค่อยมีความเห็นต่างเท่าไร แต่ควรเน้นในเรื่องของ Good governance

ประเด็นสมัชชา

จากการรับฟังความเห็น

สัดส่วนในเวที ภาคประชาชน 60 วิชาการ 20 การเมือง 20

หน้าที่ เป็นเวทีระดมความเห็น ระดับพื้นที่ ไปสู่ระดับชาติ

มีข้อเสนอว่าต้องมีเวทีพื้นที่และมีคนจากตรงนั้นเข้ามาสู่เวทีชาติ แต่ต้องเปิด / ประกาศ ให้ประชาชนทั่วไปรู้และเข้าร่วมได้

อ.ชาญเชาว์

คือมีระบบ ตัวแทน ด้วย และ เปิดทั่วไปด้วย แต่ระบบตัวแทนนั้นจะอิงตามระดับเขตการปกครอง

หรือเปล่า

อ.อำพล

ยังไม่ชัด

อ.พิชัย

จะตามเขตปกครองหรือไม่ก็แล้วแต่ แต่ต้องมาจากเวที หรือ กระบวนการเรียนรู้

คุณสารี

ถาม ที่ว่าให้นำผลจากสมัชชาไปสู่การปฏิบัติ นั้น เชื่อมโยงกับคสช.อย่างไร

พ.อำพล

ยกตัวอย่างagenda อาจมาจากภาควิชาการ ภาคประชาชน ก็ได้ กลไกนี้จะทำให้ไม่มาจากทางใดทางเดียว การบริหารจัดการต้องเน้นให้มีการบ่นน้อย อ.โกมาตรเคยเสนอให้มีพิธีกรรมได้ด้วย เรื่องเขตการปกครอง จะมีการคล่อมกันไปมาอยู่แล้ว อาจไม่ติดอยู่ตรงนั้น แต่การจัดแต่ละครั้งจะมีคณะกรรมการจัด (ชั่วคราว) แต่ทั้งหมดนี้ ทั้ง 3 ฝ่าย ต้องได้เข้าไปร่วมคิด

อ.ศรีสว่าง / อ.เดชรัต เห็นด้วย

คุณสารี

ตั้งข้อสังเกตว่า รายละเอียดสมัชชาน้อยไป

อ.อำพล

ก่อนเขียนกม.รายละเอียดเรื่องสมัชชาต้องชัดกว่านี้ แต่ไม่ใช่กำหนดให้เดินตามนั้นเหมือนราชการ

อ.เดชรัต

เสนอหลักการ ควรกำหนดรายละเอียดเท่าที่จำเป็น เพราะการจัดสมัชชาต้องมีความยืดหยุ่น เปิดกว้างแต่ต้องกำหนดบทบาทของสมัชชากว้างๆ ที่เป็นหลักการไว้ด้วย เพราะหากไม่กำหนดแล้วอาจจะทำให้สมัชชาไปสู่เป้าประสงค์อื่นได้

อำนาจหน้าที่ ของคสช

1. เสนอแนะ และผลักดันนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ชาติ และเสนอคำแนะนำในการออกกฎหมายด้านสุขภาพ ทั้งต่อรัฐบาลและรัฐสภา
2. ประสานและให้ข้อเสนอแนะต่อนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ขององค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน
 - 2.1 ส่งเสริม สนับสนุนกลไก การศึกษา การวิจัย การเผยแพร่ การประยุกต์ใช้ และการสร้างเครือข่ายความรู้ด้านสุขภาพ
3. ติดตามประเมินระบบสุขภาพแห่งชาติ (ทิศทาง นโยบาย) และผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ
4. จัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง / และต้องจัดเวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นที่มีความสำคัญ / ในระดับพื้นที่
5. ทำรายงาน "สถานการณ์ระบบสุขภาพ" เสนอต่อ ค.ร.ม. / รัฐสภา / สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจ สมัชชาสุขภาพ และสังคม / ประชาชน
6. อื่นๆ ตามที่ ค.ร.ม. มอบหมาย หรือตามข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ข้อเสนอจากภาคี

1. กำหนดกรอบนโยบายและกำกับให้มีการดำเนินการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ
 2. ติดตามผลกระทบนโยบายข้อตกลงระหว่างประเทศ
 3. เฝ้าระวังและเตือนภัยด้านสุขภาพ
 4. กลั่นกรองนโยบาย
- ควรมีข้อกำหนดว่าไม่ควรทำอะไรหรือไม่

องค์ประกอบ

หลักการ

การมีส่วนร่วมของประชาชน

สัดส่วน อย่างน้อย 1: 1: 1 (วิชาการ : ประชาชน : รัฐ) ระบุจำนวน

โดย ประชาชนไม่น้อยกว่า 1 ใน 3

จำนวนยังไม่กำหนด

น้อย อาจจะทำให้ไม่สามารถประสานงาน / ตรวจสอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คุณสมบัติกรรมการ - ต้องไม่มีส่วนได้เสียกับธุรกิจด้านสุขภาพ

กรรมการจากการสรรหา มีวาระคราวละ 3 ปี ไม่เกิน 2 วาระ กรรมการจากการสรรหาชุดแรกเมื่อครบ 2 ปี xxxxxx ออกครั้งหนึ่งเพื่อให้เป็นวาระเหลื่อม

ที่มา

ป้องกันการมีส่วนได้เสียธุรกิจ
ผูกไว้ในกระบวนการดำเนินการ

สมาชิก

หลักการ

เขียนเฉพาะน้อยที่สุด
เป็นเวทีเปิด

องค์ประกอบ

ภาคประชาชนไม่น้อยกว่า 60
ภาครัฐ 20
ภาควิชาการ 20

หน้าที่

เพิ่มเติม

ให้ข้อคิดเห็นต่อรายงานประจำปีด้านสุขภาพ แผนยุทธศาสตร์ การดำเนินงานประเมินนโยบาย
สาธารณะ
พิจารณาบุคคล เพื่อเสนอเป็นกรรมการ คสช (ต้องพิจารณาในรายละเอียด อาจมีผลกระทบ)

หมวดที่ 3 สิทธิน้ำที่

สิทธิผู้ยากไร้ รธน. ม. 52

ผู้สูงอายุ (60 ปี) รธน. ม. 54

ผู้พิการ/ทุพพลภาพ รธน. ม. 55

สิทธิน้ำจะให้ครบตั้งแต่ เกิด แก่ เจ็บ ตาย ไม่ควรแยกประเภท

อ.วิฑูรย์ เสนอว่าน่าจะเพิ่มบุคคล

พ.อำพล

ถาม กม.นี้จะเป็นธรรมบุญ บอกเฉพาะหลักการใหญ่ ไม่ลงรายละเอียด ใช่หรือไม่

ถ้าใช่ก็ต้องเปิดกว้างไว้

ขณะเดียวกันคสช.คงต้องดูเฉพาะนโยบายและยุทธศาสตร์ ไม่ใช่ทำทุกอย่างแทนรัฐบาล ดังนั้น ในหมวดที่ 3 จะเห็นว่า รธน. คลอบคลุมการช่วยเหลือหลาย ๆ กลุ่ม ในกม.นี้น่าจะเขียนถึงเฉพาะกลุ่มผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือ เกื้อกูล (อาจเพิ่มผู้ด้อยโอกาสด้วยหรือไม่ก็ได้) แล้วเปิดให้รัฐบาลไปจัดการต่อว่า ผู้ที่สังคมฯ นั้นควรเป็นใครบ้าง

อ.วิเชียร

ควรเป็นปลายเปิดไว้ ไม่ต้อง define แล้วให้มีการออกระเบียบทีหลัง

อ.ศรีสว่าง

อย่างนี้จะช่วยให้เราสามารถอธิบายได้ว่าที่เราไม่ระบุกลุ่มใดบ้างนั้น เพราะอะไร เราไม่ได้ละเลยสิ่งที่ภาคประชาชนเสนอ แต่เรามีเหตุผลดังที่ว่ามัน

สรุป เพิ่มคำว่า ผู้ที่สังคมฯ (เช่น เด็กที่อายุต่ำกว่า 12 ปี ภิกษุ สามเณร ผู้นำศาสนา) (ในกม.ไม่ต้องยกตัวอย่าง แต่เวลาไปอธิบายที่ในสามารถยกตัวอย่างเหล่านี้ได้)

พ.อำพล

ถาม จำเป็นต้องมีคำว่า "ตามที่กม.กำหนด" หรือไม่

อ.วารุณี

อันไหนที่มีในรธน. อยู่แล้วไม่จำเป็นต้องเขียน แต่คำว่า ผู้ที่สังคมฯ นี้มีอยู่เฉพาะในระเบียบกระทรวงการคลังซึ่งอาจถูกยกเลิกเมื่อไหร่ก็ได้ จึงน่าจะเขียนอะไรมารับรองมากขึ้น

อ.พิชัย

ตั้งข้อสังเกต 3 ข้อ

1. เรื่องข้อที่ 3.1(8) ของอ.วิฑูรย์ อยากให้ครอบคลุมเรื่องความเชื่อที่ไม่ใช่ศาสนา

ประเด็นความเชื่อ / ศาสนา อ. วิฑูรย์ ชี้แจง ในข้อ 8 มีแล้ว

พ.อำพล ชี้แจงเพิ่มว่า อ.วิฑูรย์ได้ขมวดไว้ชัดแล้วว่า ใครจะทำอะไรตามศาสนา / ความเชื่อของตัวเองก็ได้ แต่ต้องไม่คุกคามสุขภาพคนอื่น

แต่ถ้าคุกคามสุขภาพตัวเอง เช่น สูบบุหรี่ ฆ่าตัวตาย ไม่ถือเป็นความผิด

2. สิทธิการรวมตัวจัดบริการสุขภาพ เห็นด้วยว่าน่าจะทำได้ ตามเอกสารหลัก หมวด 3 ข้อ 6

สิทธิในการจัดบริการ อ.วิฑูรย์ บอกว่าได้ยกไปเขียนในหมวดที่ 7

หลายคนเห็นว่า ถ้าจะพูดเรื่องสิทธิก็ต้องมาอยู่ในหมวดนี้ ไปอยู่หมวดข้างหลังไม่ได้

พ.วิฑูรย์ บอกว่า สิทธิหลัก ๆ จะอยู่ในหมวด 3 แต่สิทธิเฉพาะเรื่องต้องไปอยู่ในรายละเอียดของหมวดนั้น ๆ

3. สิทธิชุมชนในการรวมตัวกันเพื่อปกป้องคุ้มครอง สุขภาพ ก็น่าจะทำได้ (อ.วิฑูรย์ อยู่ในข้อ 12 หน้า 9)

อ.เดชรัตน์ บอกว่า ในข้อ 12 นี้ ไม่ตรงกับที่ อ.พิชัย เสนอ

พ.อำพล เรื่องนี้มีอยู่ใน ข้อ 6 ของเอกสารหลัก

อ.เดชรัตน์ เห็นด้วยว่าต้องเอาข้อ 6 นั้น มาใส่ด้วย

อ.วิเชียร เรื่องที่ว่าอะไรจะอยู่ที่ไหนควรเป็นเรื่องของนักกม.หรือเปล่า

อ.วิฑูรย์ อย่าไปหวังพึ่งนักกม. เราทำได้ดีเท่าไหนก็ทำไปเลย กม.ฉบับนี้เราต้องการทิศทาง อะไรที่ไม่ผิดทิศทางก็ไม่ต้องเขียน

พ.อำพล

เราจริงใจแต่ไม่ใช่ลอกมาวางไว้เฉย ๆ แต่เราเอามาแล้วมาเขียนอะไรเพิ่มเพื่อเชื่อมมาเรื่องสุขภาพ ซึ่งเป็นเหตุเป็นผลอยู่แล้ว และเราไม่ได้ลอกมาทั้งดุ้นแต่เอาอรธน.มาจับและขมวดให้เข้า เรื่องสิทธิการจัดบริการ ซึ่งต้องไม่คำก่าไร และ..... เราจะนำประเด็นนี้ไปสอบถาม มีคำว่าชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิม มันหมายถึงชุมชนที่อยู่ที่ไหนอย่างไร น่าจะต้องมีการอธิบาย

อ.ชาญเชาว์

ข้อ 6 เราได้นำเอา 2 ส่วนมารวมกัน คือ ภูมิปัญญา กับ การรวมตัว

พ.ประพจน์

เพราะภูมิปัญญาเกิดจากการรวมตัว

ประเด็นไม่คำก่าไรในข้อสิทธิรวมตัวจัดบริการ

อ.วิฑูรย์

เรื่องคำก่าไร ที่ไม่ใช่ เพราะในหมวด 7 มีอยู่แล้ว อะไรก็ตามก็ต้องเป็นตามนั้น

ก็เลยไม่ใช่ ใช่หรือไม่ใช่ก็ไม่ต่างกันเพราะมันไม่สามารถปฏิบัติได้โดยอัตโนมัติ

พ.อำพล

คิดว่าน่าจะใช่ เพราะถ้าอิงแบบนั้นก็จะมียหลายจุดที่เป็นแบบเดียวกัน

พิชัย

เราจะเร่งสร้างสุขภาพ และสุขภาพเป็นแบบองค์รวม ถ้าจะให้ภาคประชาชนรวมตัวขับเคลื่อนจริง จำเป็นต้องมีแรงจูงใจทางกม. ต่าง ๆ มาสนับสนุนให้ชัดเจน ต้องยกขึ้นมาให้ชัด มีสถานภาพจึงจะเข้มแข็ง

อ.ศรีสว่วง

สนับสนุนที่จะระบุเป็นสิทธิตรงนี้ ประเด็นชุมชนดั้งเดิมจากข้อเสนอเครือข่ายสุขภาพวิถีไทยเองก็เสนอไว้ให้ ความสำคัญกับชุมชนท้องถิ่น

อ.แสวง

ถ้าไปเขียนใน พ.ร.บ. โรคศิลปะ น่าจะได้ แต่ถ้าเราเขียนไว้ที่กม.นี้จะมีปัญหามาก เพราะเราอาจมองแต่แง่ดี ในอีกแง่หนึ่งก็น่าเป็นห่วงมาก เพราะอันตราย จะเกิดการล่าเส้นได้

ธีรวัฒน์

ภาคประชาชนเสียโอกาสที่จะช่วยเหลือตัวเองเพราะไม่มีกม.รองรับ ขอสนับสนุนให้มีการเขียนไว้ก่อน เชื่อในธรรมชาติว่าชุมชนทุกแห่งจะแสวงหาและเชื่อในสิ่งดี

อ.ศรีสว่วง

เห็น ด้วยให้บรรจุไว้ แต่ต้องมีการควบคุม คุ่มครองผู้บริโภค

อ.เดชรัต

สนับสนุนให้บรรจุไว้ การรวมตัวอาจเป็นไปเพื่ออย่างอื่น

เสนอให้ระบุ ประชาชนมีสิทธิในการร้องขอให้มีการประเมิน เพราะ เอชไอเอ ไม่เหมือนอีไอเอที่กม.ระบุว่าทุกโครงการต้องผ่านการประเมิน แต่เอชไอเอทำแบบอีไอเอไม่ได้เพราะบางครั้งเพียงแค่ระดับแผนงานก็กระทบสุขภาพแล้ว ซึ่งได้เสนอ คปรส.รับหลักการนี้แล้ว

อ.วิฑูร ผมเข้าใจว่าทุกโครงการต้องผ่านเอชไอเอ และต้องมียองค์การอิสระมาด้วย เพราะทุกอย่างมันกระทบสุขภาพหมด ถ้าเราไม่ระบุมันจะอ่อนไป เป็นการลดสิทธิตรงนี้

ตามรธน. สิทธิจะรับรู้ แปลว่ากม.บังคับให้ประกาศให้ประชาชนรู้โดยประชาชนไม่ต้องร้องขอ

อ.ศรีสว่วง

สนับสนุน อ.วิฑูร

พ.อำพล ถ้าเขียนตามแบบอ.วิฑูร คือการที่ประชาชนไม่ต้องทำอะไร รอให้รัฐประเมินให้แล้วมาบอกว่าการประเมินเป็นอย่างไรบ้าง แต่ที่ทาง อ.เดชรัตน์คิดนั้นคือให้ประชาชนร่วมคิด ร่วมประเมิน ร่วมตัดสินใจ

อ.เดชรัตน์ ต้องระบุให้ชัดว่า ต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วม และการที่ประชาชนจะได้ข้อมูลนั้นเป็นสิ่งที่เกิดจากการมีส่วนร่วมประเมิน ไม่ใช่จากการร้องขอข้อมูล ธรณ. ต้องตกลงกันก่อนในเรื่องหลักการว่าจะเอาอย่างไร เพราะเป็นเรื่องใหญ่มาก

อ.วิฑูร

เสนอให้เพิ่มในข้อ 15 ว่า มีสิทธิในการร่วมประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ส่วนกระบวนการประเมินไว้พูดในหมวดสร้างเสริมสุขภาพ

พ.อำพล ยก 3 ประเด็น

- 1.สิทธิตายอย่างมีศักดิ์ศรี
- 2.สิทธิเกิดอย่างมีสุขภาพดี
- 3.สิทธิตรวจสุขภาพ

ประเด็นสิทธิการเกิด

อ.วิฑูร

ชี้แจงว่าได้ระบุไว้ในหมวด ระบบบริการ ข้อ ๑. หน้า 24

อ.แสวง

จำได้ว่าเราเคยสรุปว่าให้เอาเรื่องนี้มาอยู่ในหมวดสิทธิ

สรุป คือ ให้เอามาใส่ด้วย

ประเด็นสิทธิการตาย

อ.แสวง

อ.วิฑูร ชี้แจงว่า ที่เขียนไว้แบบนี้ต้องการให้คนมีสิทธิที่จะรับหรือปฏิเสธการรักษาก็ได้ ซึ่งต้องมีม.ม.ารองรับอีกที (เช่น บางศาสนาไม่ยอมรับเลือด ก็ต้องมีสิทธิที่จะไม่รับ)

อ.ศรีสว่าง

ยกความเห็นพระธรรมปิฎก ที่ว่า

อ.ชาญเชาว์

การเขียนว่าสิทธิที่จะเลือกตายอย่างมีศักดิ์ศรี อาจจะทำให้คนเข้าใจว่า คนสามารถเลือกที่จะตายโดยวิธีใดก็ได้จริง ๆ แล้วต้องเขียนให้ชัดว่าเป็นสิทธิที่จะเลือกวิธีการรักษา ต้องรักษาอย่างที่เขาเป็นมนุษย์ มีศักดิ์ศรี หรือเป็นสิทธิของทายาทที่จะเลือก ใช่หรือไม่

อ. วิฑูร

อาจจะเป็นการแสดงเจตนาของเจ้าตัวเองก่อนที่จะตาย ซึ่งไม่ใช่พินัยกรรม

สรุป สิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรี คือ สิทธิในการรับการรักษาลงจากโคม่า ซึ่งเจ้าตัวสามารถสั่งไว้ก่อน(ที่จะโคม่า)ได้

living view มักเกี่ยวข้องกับผู้ที่ เป็นโรคเรื้อรัง โรคที่ไม่มีทางรักษา ซึ่งเขาสามารถเลือกไว้ก่อนว่า เมื่อถึงเวลาที่อาการหนักจนแรงขึ้นมา เขาขอตายอย่างสงบ ที่บ้าน เพื่อให้ทายาททำตามเจตจำนงของเขา

อ.แสงวง

เรากำลังพูดถึงอะไรที่ใหม่ เป็นเรื่อง living view ซึ่งไม่มีกม.ไหนรองรับมาก่อน ส่วนสิทธิการรับรู้ข้อมูล ชื่อหมอ ชื่อยา ฯลฯ นั้น มีกม.อยู่แล้ว

อ.ประพจน์

เป็นประเด็นคนที่อยากตายเพราะขอหยุด ทนรับการรักษา ทนมีชีวิตต่อไปไม่ไหว เช่น เอดส์ระยะสุดท้าย มะเร็ง

ธีรวัฒน์

สนับสนุนให้มีการเขียนเป็นกฎหมาย

อ.ชาญเชาว์

ต้องรอบคอบมาก ๆ เพราะบ้านเรายังมีปัญหาเรื่องข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ เราพร้อมหรือยัง ความละเอียดอ่อนของมิติทางครอบครัวก็สำคัญมาก

อ.แสงวง

ขั้นตอนจะเป็นอย่างไร

1. คนเป็นโรค

2. หมอให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ

3. ชัดเจนว่าเป็นระยะสุดท้าย
4. มีขั้นตอน ผู้เกี่ยวข้องมาคุยกัน
5. ตัดสินใจเลือก รักษาต่อ หรือ หยุด ถ้าเลือกหยุดก็ต้องมีไกด์ไลน์อีกว่าอันนี้หยุดได้ / ไม่ได้

อย่างไรก็ตามกรณีที่ใส่เครื่องช่วยหายใจไปแล้ว จะไม่สามารถใช้สิทธิตรงนี้เลย เพราะจะไม่มีกรเอาเครื่องออก เพื่อยุติชีวิตคน การตัดสินใจนี้ต้องเกิดขึ้นก่อนใส่เครื่อง

สรุป บุคคลมีสิทธิแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตของตนเอง เพื่อตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี

อ.พิชัย

เรื่องนี้ มี 2 ด้าน

1. คนมีเงินหวังเรื่องใช้เทคโนโลยียื้อชีวิต
2. แต่คนจนตายอย่างน่าเวทนา

ตายอย่างมีศักดิ์ศรี คือ อย่าปล่อยให้เขาตายอย่างหมาข้างถนน ตายแล้วก็รีบ ๆ เอาไปเผา ๆ ให้หมดเรื่อง

ยกตัวอย่าง คนจนที่ใกล้ตาย ลูกหลานไม่ (ชวนขาย) ทำอะไร จูดยูปดกหนึ่งปักไว้แล้วนั่งรอว่าเมื่อไหร่จะตาย

สรุป ประเด็นที่ 2 ของ อ.พิชัย ต้องแยกออกไปเป็นอีกเรื่องหนึ่ง

สรุป เพิ่มข้อ 18.1 บุคคลมีสิทธิได้รับการการปฏิบัติหลังตายอย่างมีศักดิ์ศรี

ประเด็นสิทธิตรวจสอบสุขภาพ

อ.ศรีสว่าง

น่าจะทำความเข้าใจก่อนว่า การตรวจสอบสุขภาพคืออะไร จะใช้ในโอกาสอะไร เพื่อจะชัดเจนว่าความจำเป็นมันแค่ไหน

อ.วิฑูร

1. เป็นประเด็นเล็ก
2. และอาจจะทำให้ miss leading ได้

แต่การตรวจสอบสุขภาพประจำปี ไม่มีประโยชน์

อ.สมพันธ์

ภาคประชาชนไม่ต้องการจะตรวจทุกปี ตรวจด้วยแล็บ แต่ต้องการตรวจเพื่อดูในสิ่งที่ตัวเองกังวล ในระยะเวลาที่เหมาะสม ที่จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของเขา

อ.ชาญเชาว์

เสนอ ให้เขียนว่า การตรวจสุขภาพ ที่พึงประสงค์

อ.วิฑูร ให้เขียนว่า บุคคลมีสิทธิได้รับการวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรก

สรุป แนวนโยบายตรวจสุขภาพไว้ก่อน

หมวดที่ 3 ส่วนที่ 2 หน้าที่

อ.เดชรัตน์

สิทธิในเรื่องเอชไอเอ ที่เขียนไว้ในหมวดที่ 5 กับ หน้าที่ ในหมวดที่ 3 ไม่ตรงกัน เพราะเขียนเป็นระดับโครงการเท่านั้น

รัฐมีหน้าที่ประเมิน ตามที่เคยเสนอคือ รัฐจัดให้มีการประเมิน ไม่ใช่คนไปประเมิน

เสนอให้เขียนว่า รัฐมีหน้าที่จัดให้มีการประเมิน

อ. อำพล

ข้อนี้ต้องมีการปรับเมื่อเราศึกษาในหมวดที่ 5 แล้วมาเขียนหน้าที่ให้ตรง

อ.วิฑูร

การประเมิน เป็นกลไก จึงไม่ได้เขียนเป็นหน้าที่

อ.เดชรัตน์

ถ้าหลักการของเอชไอเอเป็นไปตามที่เคยเสนอไว้ ก็น่าจะต้องเขียนให้รัฐมีหน้าที่จัดให้มีการประเมิน เพราะไม่เช่นนั้นก็จะไม่มีใครจัดให้มี

แต่ถ้าหลักการเป็นว่า การประเมิน เป็น กลไก ก็จะเป็นอย่างที่อ.วิฑูรว่าไว้

สรุป ที่ประชุม ให้เก็บไว้พิจารณาในหมวดที่ 5

อ. ชาญเชาว์สรุป ให้นักกฎหมายสรุปหมวดอีกที

ร่างกฎหมาย หมวด 3 สิทธิหน้าที่ด้านสุขภาพ	ความเห็น	แก้ไข
3.1 ส่วนที่ 1 สิทธิด้านสุขภาพ	วิทยุ พยายามอิงรัฐธรรมนูญ และนำเอากลับมาใช้ บางอย่างใน รธน สะท้อนสุขภาพ และมาเน้นในร่างให้เห็นความสัมพันธ์กับสุขภาพ สิทธิ ไล่จากสิทธิของบุคคล เน้นเรื่องผู้ ช้อ	
3.1(1) บุคคลมีสิทธิในการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพ	อำพล เขียนแต่ความหมายเดียวกัน	3.1(1) บุคคลมีสิทธิในการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพ
3.1(2) สุขภาพผู้หนึ่งต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองโดยไม่เลือกปฏิบัติ(ม.๓๐ รัฐธรรมนูญ)	วิทยุ เน้นเรื่องผู้หนึ่ง เพราะผู้หนึ่งอยากให้นั้น อำพล เดิมยังไม่ชัดเจน แต่อ.ได้เขียนไว้กว้างเช่นเดียวกับที่ อ.ศรีสว่าง	3.1(2) สุขภาพผู้หนึ่งต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองโดยไม่เลือกปฏิบัติ(ม.๓๐ รัฐธรรมนูญ)
		3.1(2.1) ทารกในครรภ์มีสิทธิเกิดมาอย่างมีสุขภาพดี
3.1(3) บุคคลมีสิทธิได้รับความปลอดภัยในชีวิต ร่างกาย และทรัพย์สิน (ม.๓๑)		3.1(3) บุคคลมีสิทธิได้รับความปลอดภัยในชีวิต ร่างกายและทรัพย์สิน (ม.๓๑)
3.1(4) บุคคลมีสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองข้อมูลด้านสุขภาพส่วนตัวไว้เป็นความลับ เว้นแต่เพื่อประโยชน์สาธารณะที่เหนือกว่า (ม.๓๔)	วิทยุ เน้นสิทธิ	3.1(4) บุคคลมีสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองข้อมูลด้านสุขภาพส่วนตัวไว้เป็นความลับ เว้นแต่เพื่อประโยชน์สาธารณะที่เหนือกว่า (ม.๔๔)
3.1 (5) บุคคลมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของตนอย่างถูกต้องและครบถ้วนเพียงพอ เพื่อกอบการตัดสินใจที่จะรับหรือปฏิเสธบริการด้านสุขภาพใดๆ หรือที่จะเลือกรับหรือปฏิเสธบริการด้านสุขภาพเฉพาะบริการประเภทใดประเภทหนึ่ง ก็ได้	เน้นสิทธิผู้ป่วยอิงสิทธิผู้บริโภค เน้นเรื่องข้อมูลสุขภาพของตนเอง	3.1 (5) บุคคลมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของตนอย่างถูกต้องและครบถ้วนเพียงพอ เพื่อกอบการตัดสินใจที่จะรับหรือปฏิเสธบริการด้านสุขภาพใดๆ หรือที่จะเลือกรับหรือปฏิเสธบริการด้านสุขภาพเฉพาะบริการประเภทใด

		ประเภทหนึ่ง ก็ได้
3.1 (6) ข้อมูลด้านสุขภาพใน (๕) ได้แก่ ผลการตรวจร่างกาย และการตรวจโรคทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจจากการใช้เครื่องมือพิเศษต่างๆ การวินิจฉัยโรค วิธีการรักษา ผลของการรักษา ตลอดจนทางเลือกใช้วิธีการรักษาวิธีต่างๆ ผลข้างเคียงจากการรักษาในแต่ละวิธี และผลของการดำเนินของโรคเมื่อไม่ได้รับการรักษาตามวิธีดังกล่าว รวมทั้ง ชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการด้วย	ขยายความข้อ 5	3.1 (6) ข้อมูลด้านสุขภาพใน (๕) ได้แก่ ผลการตรวจร่างกาย และการตรวจโรคทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจจากการใช้เครื่องมือพิเศษต่างๆ การวินิจฉัยโรค วิธีการรักษา ผลของการรักษา ตลอดจนทางเลือกใช้วิธีการรักษาวิธีต่างๆ ผลข้างเคียงจากการรักษาในแต่ละวิธี และผลของการดำเนินของโรคเมื่อไม่ได้รับการรักษาตามวิธีดังกล่าว รวมทั้ง ชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการด้วย
3.1(7) บุคคลมีสิทธิที่จะรับข้อมูลข่าวสารสาธารณะด้านสุขภาพอย่างถูกต้องและเพียงพอ จากสื่อสาธารณะตามบทบัญญัติในมาตรา ๔๐ ของรัฐธรรมนูญ	องค์ความรู้ต่างๆ ที่เน้นสื่อสาธารณะ	3.1(7) บุคคลมีสิทธิที่จะรับข้อมูลข่าวสารสาธารณะด้านสุขภาพอย่างถูกต้องและเพียงพอ จากสื่อสาธารณะตามบทบัญญัติในมาตรา ๔๐ ของรัฐธรรมนูญ
3.1(8) บุคคลมีสิทธิที่จะปฏิบัติตามลัทธิศาสนาที่ตนสังกัด และตามความเชื่อถือนของตน ที่ต่างจากบุคคลอื่น ทั้งนี้ การปฏิบัติเช่นนั้น ต้องไม่เป็นการคุกคามต่อสุขภาพของบุคคลอื่น (ม.๓๘)	เน้นสิทธิ/เสรีภาพในศาสนาเกี่ยวข้องกับสุขภาพ จารัต โดยไม่ละเมิดผู้อื่น ความเชื่อ รวมไปถึงประเพณี และธรรมเนียมปฏิบัติแล้ว	3.1(8) บุคคลมีสิทธิที่จะปฏิบัติตามลัทธิศาสนาที่ตนสังกัด และตามความเชื่อถือนของตน ที่ต่างจากบุคคลอื่น ทั้งนี้การปฏิบัติเช่นนั้น ต้องไม่เป็นการคุกคามต่อสุขภาพของบุคคลอื่น (ม.๓๘)

3.1(9) บุคคลมีสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพที่ได้มาตรฐานอย่างเป็นธรรมและเสมอหน้า ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (ม.๕๒)	สิทธิเข้าถึงบริการเช่นเดียวกับรัฐธรรมนูญ	3.1(9) บุคคลมีสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพที่ได้มาตรฐานอย่างเป็นธรรมและเสมอหน้า ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (ม.๕๒)
3.1(10) เด็ก เยาวชน และบุคคลในครอบครัว มีสิทธิได้รับความคุ้มครองโดยรัฐ จากการใช้ความรุนแรง และจากการปฏิบัติที่คุกคามสุขภาพ (ม.๕๓)	เน้นสิทธิเด็กเยาวชน	3.1(10) เด็ก เยาวชน และบุคคลในครอบครัว มีสิทธิได้รับความคุ้มครองโดยรัฐ จากการใช้ความรุนแรง และจากการปฏิบัติที่คุกคามสุขภาพ (ม.๕๓)
3.1(11) บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ บุคคลซึ่งพิการ หรือทุพพลภาพ มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือเพื่อสุขภาพ ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๕๔ และ ๕๕ ของรัฐธรรมนูญ	ต่างจาก หน้า 12 ของเอกสารต้นร่าง ได้มีการกำหนดในระเบียบกระทรวงการคลัง รรณ 52 ยากไร้ 54 หกสิบปี 55 พิการ ทุพพลภาพ ประเด็น ผู้ด้อยโอกาส ผู้สังคมช่วยเหลือเกื้อกูล สรุป - พรบ.นี้กำหนดให้มีการสงเคราะห์เกื้อหนุนทุกกลุ่ม การกำหนดผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล เปิดโอกาสให้ผู้ที่เคยมีสิทธิได้รับสิทธิแล้ว ยังคงได้รับสิทธิอยู่ แต่เป็นเรื่องของฝ่ายบริหารเป็นผู้กำหนดความหมายของผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ตัวอย่างที่เสนอไว้ใน () เป็นเพื่อคำอธิบายต่อภาคี อาจจะยกไว้ใน 3.1(9) ผู้สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลไม่มี กฎหมายอื่นมารองรับ (เป็นระเบียบกระทรวงการคลัง (ผู้ยากไร้ - พรบ.ประกันสุขภาพ, ผู้สูงอายุ - พรบ.ผู้สูงอายุ เป็นต้น) ถ้าไม่เขียนไว้ จะเกิดปัญหาทางปฏิบัติหรือไม่	3.1(11) บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ บุคคลซึ่งพิการ ทุพพลภาพ มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือเพื่อสุขภาพ ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๕๔ และ ๕๕ ของรัฐธรรมนูญ <u>บุคคลสังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (เช่น เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ภิกษุ สามเณร นักพรต นักบวช ผู้นำศาสนา และอื่น ๆ) มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือด้านสุขภาพในตนเองเดียวกัน</u>

ร่าง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ

--	--	--

3.1(12) บุคคลมีสิทธิที่จะมีส่วนร่วมกับรัฐและชุมชนในการบำรุงรักษาและการได้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและหลากหลายทางชีวภาพและในการคุ้มครอง ส่งเสริม และรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ดำรงชีพออย่างมีสุขภาพ ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๕๖ ของรัฐธรรมนูญ	การร่วมในการบำรุงรักษา... ผ่านหลายส่วน แต่น่าจะหมายถึงการดูแลสุขภาพโดยตรง ประเด็น 1 การรวมกับรัฐ ม. 56	3.1(12) บุคคลมีสิทธิที่จะมีส่วนร่วมกับรัฐและชุมชนในการบำรุงรักษาและการได้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและหลากหลายทางชีวภาพและในการคุ้มครอง ส่งเสริม และรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ดำรงชีพออย่างมีสุขภาพ ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๕๖ ของรัฐธรรมนูญ
	เป็นการเน้นสิทธิของประชาชนเพื่อให้ประชาชนมีความเข้มแข็งเพิ่มขึ้น ความเป็นชุมชนดั้งเดิมมีความหมาย โดยเฉพาะในประเด็นภูมิปัญญาท้องถิ่น สรุป สิทธิการรวมตัวด้านสุขภาพ อ้าง ม. 45, 46	3.1(12.1) <u>คณะบุคคลมีสิทธิในการจัดบริการสุขภาพสำหรับสมาชิกของตน (อ.วิฑูรย์)</u> <u>ประชาชนที่รวมตัวกันเป็นองค์กรภาพประชาชนมีสิทธิในการรวมตัวจัดบริการสุขภาพของตนและของคนในชุมชนในลักษณะที่ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยไม่ค้ากำไร และไม่เป็นอันตรายต่อประชาชน (หรือให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่กำหนดไว้ในกฎหมาย)</u>
3.1(13) สิทธิของบุคคลในฐานะผู้บริโภคด้านสุขภาพ ย่อมได้รับความคุ้มครอง ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๕๗ ของรัฐธรรมนูญ	คุ้มครองผู้บริโภค สิทธิบุคคลในฐานะผู้บริโภค รายละเอียดเน้นในหมวดคุ้มครองผู้บริโภค	3.1(13) สิทธิของบุคคลในฐานะผู้บริโภคด้านสุขภาพ ย่อมได้รับความคุ้มครอง ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๕๗ ของรัฐธรรมนูญ
3.1(14) บุคคลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลข่าวสารสาธารณะด้านสุขภาพในครอบครองของหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือราชการส่วนท้องถิ่น ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๕๘ ของรัฐธรรมนูญ		3.1(14) บุคคลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลข่าวสารสาธารณะด้านสุขภาพในครอบครองของหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือราชการส่วนท้องถิ่น ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๕๘ ของรัฐธรรมนูญ
3.1(15) บุคคลมีสิทธิได้รับข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือราชการ	มาตรา 59 สิทธิการรับรู้จากหน่วยงาน แต่ไม่มีส่วนร่วมคิดร่วมทำ ซึ่งกว้างกว่า ม. 59 สิ่งที่ประชาชนต้องการ คือ ร่วมคิด และมีสิทธิให้รัฐ "ต้องทำ" รวมทั้งร่วมทำ	3.1(15) บุคคลมีสิทธิได้รับข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือ

ร่าง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ

ส่วนท้องถิ่น ก่อนการอนุญาตหรือดำเนินโครงการ หรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพที่เกี่ยวกับตน หรือชุมชนท้องถิ่น และมีสิทธิแสดงความคิดเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๕๔ ของรัฐธรรมนูญ	ประเมิน มีลักษณะ active จึงต้องบัญญัติ	ราชการส่วนท้องถิ่น ก่อนการอนุญาตหรือดำเนินโครงการ หรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพที่เกี่ยวกับตน หรือชุมชนท้องถิ่น และมีสิทธิแสดงความคิดเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๕๔ ของรัฐธรรมนูญ
		3.1(15.1) ประชาชนมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ
3.1(16) บุคคลย่อมมีสิทธิมีส่วนร่วมในกระบวนการพิจารณาของเจ้าหน้าที่ของรัฐ ในการปฏิบัติราชการทางการปกครอง อันมีผลหรืออาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตน ตามบทบัญญัติในมาตรา ๖๐ ของรัฐธรรมนูญ		3.1(16) บุคคลย่อมมีสิทธิมีส่วนร่วมในกระบวนการพิจารณาของเจ้าหน้าที่ของรัฐ ในการปฏิบัติราชการทางการปกครอง อันมีผลหรืออาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตน ตามบทบัญญัติในมาตรา ๖๐ ของรัฐธรรมนูญ

ร่าง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ

3.1(17) บุคคลมีสิทธิที่จะฟ้องหน่วยงานราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ ราชการส่วนท้องถิ่น หรือองค์กรอื่นๆ ของรัฐที่เป็นนิติบุคคล พนักงานหรือลูกจ้างของหน่วยงานนั้น ที่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ตามบทบัญญัติในมาตรา ๖๒ ของรัฐธรรมนูญ		3.1(17) บุคคลมีสิทธิที่จะฟ้องหน่วยงานราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ ราชการส่วนท้องถิ่น หรือองค์กรอื่นๆ ของรัฐที่เป็นนิติบุคคล พนักงานหรือลูกจ้างของหน่วยงานนั้น ที่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ตามบทบัญญัติในมาตรา ๖๒ ของรัฐธรรมนูญ
3.1(18) บุคคลมีสิทธิที่จะเลือกตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์	เพื่อให้รับกับเรื่องศักดิ์ศรีของมนุษย์ และให้สิทธิแก่ประชาชนแสดงเจตนารมณ์ โดยการปฏิเสธการรักษาที่ยืดชีวิตโดยการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เกินกว่าจำเป็น (Living Will) ประเด็นพิจารณา 1. แพทย์ต้องใช้ข้อมูลอย่างครบถ้วน ทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว 2. ผู้ป่วยตัดสินใจ แพทย์สามารถกำหนดเป็นหลักการไว้แล้ว ในเรื่องขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย กำหนดให้มีการพิจารณาร่วมระหว่างแพทย์และญาติ	3.1(18) บุคคลมีสิทธิแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาล ในวาระสุดท้ายของชีวิตของตนเอง เพื่อตายอย่างสงบ และมีศักดิ์ศรี
	เป็นประเด็นเล็กน้อยไม่จำเป็นต้องใส่ในกฎหมาย และทำให้สังคมเข้าใจผิด	บุคคลมีสิทธิได้รับการดูแลและวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรก เพื่อสร้าง..... ภายใต้งบประมาณที่กำหนด
ส่วนที่ 2 หน้าที่ด้านสุขภาพ	อาศัยกฎหมายรัฐธรรมนูญเป็นหลัก หมวดนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ และให้สอดคล้อง	ส่วนที่ 2 หน้าที่ด้านสุขภาพ

	คล้อยกับสิทธิของประชาชนที่ได้กำหนดไว้ จึงมีมากกว่ากรอบเดิม และในหมวดนี้ เป็นหน้าที่ของรัฐทั้งสิ้น เป็นหลักการ ในการปฏิบัติหรือสร้างกลไก เป็นเรื่องของ คสช ประเด็นคือ approach แตกต่างกัน (2)-(5) ให้นักกฎหมายนำไปเขียนเพื่อให้เห็นในประเด็นสุขภาพ และให้นำมาสังเคราะห์ร่วมกับเอกสาร M ส่วนหน้าที่ เขียนรวมกันอีกครั้งหนึ่ง	
--	---	--

3.2(1) บุคคล คณะบุคคล ชุมชนท้องถิ่น มีหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพให้แก่ตนเอง และสมาชิกของตนและต้องรับผิดชอบต่อการกระทำของตน ในการก่อให้เกิดปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ		3.2(1) บุคคล คณะบุคคล ชุมชนท้องถิ่น มีหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพให้แก่ตนเองและสมาชิกของตน และต้องรับผิดชอบต่อการกระทำของตน ในการก่อให้เกิดปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
3.2(2) รัฐต้องดูแลให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย คำนึงครองสิทธิและเสรีภาพของบุคคล จัดระบบงานของกระบวนการยุติธรรมให้มีประสิทธิภาพ และอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนอย่างรวดเร็ว และเท่าเทียมกันรวมทั้งจัดระบบงานราชการและงานของรัฐอย่างอื่นให้มีประสิทธิภาพ เพื่อสุขภาพของประชาชนตามบทบัญญัติในมาตรา ๗๕ ของรัฐธรรมนูญ		3.2(2) รัฐต้องดูแลให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย คำนึงครองสิทธิและเสรีภาพของบุคคล จัดระบบงานของกระบวนการยุติธรรมให้มีประสิทธิภาพ และอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนอย่างรวดเร็ว และเท่าเทียมกันรวมทั้งจัดระบบงานราชการและงานของรัฐอย่างอื่นให้มีประสิทธิภาพ เพื่อสุขภาพของประชาชนตามบทบัญญัติในมาตรา ๗๕ ของรัฐธรรมนูญ
3.2(3) รัฐต้องส่งเสริม และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบาย การตัดสินใจทางการเมือง การวางแผนพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง รวมทั้งการตรวจสอบการใช้อำนาจรับทุกระดับที่มีผลต่อระบบสุขภาพ ตามบทบัญญัติในมาตรา ๗๖ ของรัฐธรรมนูญ		3.2(3) รัฐต้องส่งเสริม และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบาย การตัดสินใจทางการเมือง การวางแผนพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง รวมทั้งการตรวจสอบการใช้อำนาจรับทุกระดับที่มีผลต่อระบบสุขภาพ ตามบทบัญญัติในมาตรา ๗๖ ของรัฐธรรมนูญ
3.2(4) รัฐต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นทั้งตนเองและตัดสินใจในกิจการท้องถิ่นได้เอง พัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่น และบริการด้านสุขภาพ ตามบทบัญญัติในมาตรา ๗๘ ของรัฐธรรมนูญ		3.2(4) รัฐต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นทั้งตนเองและตัดสินใจในกิจการท้องถิ่นได้เอง พัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่น และบริการด้านสุขภาพ ตามบทบัญญัติในมาตรา ๗๘ ของรัฐธรรมนูญ
3.2(5) รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคล คณะบุคคล ชุมชนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการสงวน บำรุง		3.2(5) รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคล คณะบุคคล ชุมชนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการสงวน

รักษาและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ และความหลากหลายทางชีวภาพอย่างสมดุล รวมทั้งมีส่วนร่วมในการส่งเสริม บำรุงรักษา และคุ้มครองคุณภาพสิ่งแวดล้อม ตามหลักการพัฒนาที่ยั่งยืน ตลอดจนควบคุมและกำจัดการปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ตามบทบัญญัติในมาตรา ๗๙ ของรัฐธรรมนูญ		บำรุงรักษาและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ และความหลากหลายทางชีวภาพอย่างสมดุล รวมทั้งมีส่วนร่วมในการส่งเสริม บำรุงรักษา และคุ้มครองคุณภาพสิ่งแวดล้อม ตามหลักการพัฒนาที่ยั่งยืน ตลอดจนควบคุมและกำจัดการปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ตามบทบัญญัติในมาตรา ๗๙ ของรัฐธรรมนูญ
3.2(6) รัฐจะต้องคุ้มครองและพัฒนาเด็ก เยาวชน และบุคคลในครอบครัว ให้พ้นจากการปฏิบัติที่คุกคามสุขภาพ (ม.๘๐)		3.2(6) รัฐจะต้องคุ้มครองและพัฒนาเด็ก เยาวชน และบุคคลในครอบครัว ให้พ้นจากการปฏิบัติที่คุกคามสุขภาพ (ม.๘๐)
3.2(7) รัฐต้องคุ้มครองหญิงและหญิงวัยเจริญพันธุ์ ให้พ้นจากการปฏิบัติที่คุกคามต่อสุขภาพ อันจะนำมาซึ่งความเป็นบิกแผ่นของครอบครัวและการให้กำเนิดบุตรที่มีสุขภาพ (ม.๘๐)		3.2(7) รัฐต้องคุ้มครองหญิงและหญิงวัยเจริญพันธุ์ ให้พ้นจากการปฏิบัติที่คุกคามต่อสุขภาพ อันจะนำมาซึ่งความเป็นบิกแผ่นของครอบครัวและการให้กำเนิดบุตรที่มีสุขภาพ (ม.๘๐)
3.2(8) รัฐต้องสนับสนุนและส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนเพื่อสุขภาพ (ม.๘๐)		3.2(8) รัฐต้องสนับสนุนและส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนเพื่อสุขภาพ (ม.๘๐)

3.2(9) รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้ด้อยโอกาสเพื่อสุขภาพ (ม.๘๐)		3.2(9) รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้ด้อยโอกาสเพื่อสุขภาพ (ม.๘๐)
3.2(10) รัฐต้องจัดและส่งเสริมบริการด้านสุขภาพให้ได้มาตรฐานและมี ประสิทธิภาพ อย่างเป็นธรรม ทั้งถึงหลากหลายรูปแบบ เพื่อประชาชนสามารถเลือกใช้บริการได้ตามความเหมาะสม (ม.๘๒)		3.2(10) รัฐต้องจัดและส่งเสริมบริการด้านสุขภาพให้ได้มาตรฐานและมี ประสิทธิภาพ อย่างเป็นธรรม ทั้งถึง หลากหลายรูปแบบ เพื่อประชาชนสามารถเลือกใช้บริการได้ตามความเหมาะสม (ม.๘๒)
3.2(11) รัฐต้องส่งเสริมให้ประชากรวัยทำงานมีงานทำ คำนึงแรงงาน โดยเฉพาะแรงงานเด็กและแรงงานหญิง จัดระบบแรงงานสัมพันธ์ การประกันสังคม รวมทั้งค่าตอบแทนแรงงานที่เป็นธรรม เพื่อสุขภาพ ตามบทบัญญัติในมาตรา ๘๖ ของรัฐธรรมนูญ		3.2(11) รัฐต้องส่งเสริมให้ประชากรวัยทำงานมีงานทำ คำนึงแรงงาน โดยเฉพาะแรงงานเด็กและแรงงานหญิง จัดระบบแรงงานสัมพันธ์ การประกันสังคม รวมทั้งค่าตอบแทนแรงงานที่เป็นธรรม เพื่อสุขภาพ ตามบทบัญญัติในมาตรา ๘๖ ของรัฐธรรมนูญ
3.2(12) รัฐต้องกำกับดูแลระบบเศรษฐกิจให้มีการแข่งขันอย่างเป็นธรรม คำนึงผู้บริโภค และป้องกันการผูกขาดตัดตอน รวมทั้งยกเลิกและละเว้นการตรากฎหมายและกฎเกณฑ์ที่ควบคุมธุรกิจที่ไม่สอดคล้องกับความจำเป็นทางเศรษฐกิจ เว้นแต่มีความจำเป็นเพื่อประโยชน์ในการจัดการระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ตามบทบัญญัติในมาตรา ๘๗ ของรัฐธรรมนูญ		3.2(12) รัฐต้องกำกับดูแลระบบเศรษฐกิจให้มีการแข่งขันอย่างเป็นธรรม คำนึงผู้บริโภค และป้องกันการผูกขาดตัดตอน รวมทั้งยกเลิกและละเว้นการตรากฎหมายและกฎเกณฑ์ที่ควบคุมธุรกิจที่ไม่สอดคล้องกับความจำเป็นทางเศรษฐกิจ เว้นแต่มีความจำเป็นเพื่อประโยชน์ในการจัดการระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ตามบทบัญญัติในมาตรา ๘๗ ของรัฐธรรมนูญ
3.2(13) เพื่อให้เป็นฐานสำคัญของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ รัฐต้องลงทุนเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ให้เพียงพอเพื่อให้คนทุกคนสามารถเข้าถึงได้		3.2(13) เพื่อให้เป็นฐานสำคัญของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ รัฐต้องลงทุนเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ให้เพียงพอเพื่อให้คนทุกคนสามารถเข้าถึงได้

		เพิ่มเติมหน้าที่ของรัฐ ในเรื่อง HIA
		รัฐต้องจัดให้เกิดกระบวนการประเมิน

หมวดที่ 4 ความมั่นคงด้านสุขภาพ

พ.อำพล นำเสนอและแจ้งให้ทราบว่าการนำเสนอหมวดนี้ในที่ประชุมคปรส. มีการให้ข้อคิดเห็นมาว่า ในข้อ 10 ยังไม่ค่อยมีความชัดเจน

อ.วิฑูร

ได้นำเอาสาระของอ.วิฑูร มาจัดใหม่เป็น 2 หมวด โดยข้อ 10 นั้น ได้นำมาใส่ในหมวด 3 ข้อ 8

อ.ชาญเชาว์

นอกจากเนื้อหาแล้วน่าจะดูความเชื่อมโยงกับหมวดอื่น ๆ ด้วย

อ.วิฑูร

ความมั่นคงจะเกิดขึ้นได้ต้องมีระบบมารองรับ จึงนำมาเชื่อมกับ คสช. เพื่อเป็นกลไก กระบวนการรองรับดังกล่าว

อ.ชาญเชาว์

ถาม หมวดนี้เป็นเพียงแนวทาง หลักการ หรือเป็นหน่วย operate ?

อ.ศรีสว่าง

เนื่องจากคำว่าความมั่นคง มีนัยคล้ายกับอธิบายหลักการและความมุ่งหมาย หากมองมิติของความเป็นจริงที่ผู้คนถูกละเมิดด้านสุขภาพจากโครงการขนาดใหญ่ต่าง ๆ จึงน่าจะให้ความสำคัญกับความมั่นคงในประเด็นนี้มากกว่า

อ.ชาญเชาว์

เรื่องความมั่นคงเกี่ยวข้องกับทุกกระทรวง ลำพังคสช. อาจจะ operate ไม่น่าจะทำได้ จึงน่าจะเป็นเพียงแนวทางมากกว่า ส่วนการปฏิบัตินั้นต้องทุกกระทรวง

อ.เดชรัตน์

ดูจากภาพบ้าน ความมั่นคงคือหลังคา ทุกหมวดใน พ.ร.บ. ต้องสนับสนุนให้เกิดความมั่นคงนี้ จึงน่าจะพูดเป็นหลักการกว้าง ๆ อย่างนี้ ส่วนจะทำให้เป็นไปตามนี้ได้อย่างไร น่าจะไปอยู่ในหมวดอื่น ๆ

พ.โกมาตร

การที่นิยามว่า ความมั่นคงด้านสุขภาพ คือ ความมั่นคงของปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพะ ยังไม่ชัดเจนนัก น่าจะรวมปัจจัยอื่นๆด้วย

อ.วิฑูร

คำว่าความมั่นคงมีความชัดเจนอยู่แล้ว จึงไม่จำเป็นต้องใช้นิยาม ที่ยกร่างมาได้เริ่มตั้งแต่ระบบการเมือง และไล่มาทุกระบบ เพราะความมั่นคงจะเกิดได้ทุกระบบต้องมีกลไกผลักดัน

พ.โกมาตร

ถ้าพูดถึงความมั่นคงของประเทศจะเข้าใจง่าย แต่ความมั่นคงด้านสุขภาพยังเข้าใจยาก น่าจะมีการนิยามให้ชัดเจนเพื่อให้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ง่ายขึ้น อะไรทำให้สุขภาพเปราะบาง ต้องไปดูแลตรงนั้น เช่น ความมั่นคงของระบบอาหาร มีส่วนสำคัญมากต่อความมั่นคงด้านสุขภาพ

อ.เดชรัต

ทางเศรษฐศาสตร์มีความมั่นคง 2 แนว

1. การคงอยู่และการเพิ่มพูนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
 2. แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ เกิดขึ้นแต่สุขภาพก็ไม่ถูกกระทบมาก (ability to absorb shock)
- เสนอว่าควรมีการนิยามไว้

พ.ประพจน์

การพึ่งตนเองได้เป็นส่วนหนึ่งของความมั่นคง หรือไม่

อ.ชาญเชาว์

กม.นี้เป็น พ.ร.บ. ไม่ต้องลงลึกมาก ควรช่วยกันเชื่อว่าเราเขียนถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงครบหรือยัง

พ.อำพล

เดิมเราเขียนไว้สั้น ๆ ว่า ความมั่นคงที่เราพูดถึงนี้หมายถึง ความมั่นคงของปัจจัยที่กระทบต่อสุขภาพ ซึ่ง ทั้ง 10 เรื่องนี้ พ.วิฑูร เคยเสนอว่า คสช.นั่นเองที่จะต้องเป็นคนเฝ้าดูว่า ความมั่นคงสั่นคลอนหรือยัง แล้วเสนอเป็นนโยบาย ยุทธศาสตร์ ให้คนอื่นไปดำเนินการ ไม่ใช่คสช.ไปทำเอง ปัจจัยทางบวกต่อความมั่นคงของสังคมคือ ครอบครัว ชุมชนเข้มแข็ง สังคมสมานฉันท์

อ.พิชัย

น่าจะเพิ่มเรื่อง ความปลอดภัยของชีวิตและทรัพย์สิน(แม้เป็นเพียงความรู้สึก เช่น รู้สึกว่าปลอดภัยแต่ก็เป็นสิ่งที่ดี)

อ.วิฑูร

เข้าใจว่าความมั่นคง คือ หลักประกัน ไม่ใช่ ความมั่นคงของปัจจัยฯ อย่างที่ว่ากัน และเราบอกว่า คสช.คือ क्रम. ด้านสุขภาพ ดังนั้นก็น่าจะระบุว่าคสช.ต้องเป็นตัวผลักดัน ถ้าเราไม่เขียนอย่างนี้จะเป็นการเขียนลอย ๆ

อ.แสงวง

การเขียนอย่างนี้ เป็นเหมือนการเขียนเรื่องหน้าที่ของคสช.

อ.เดชรัตน์

การพูดถึงหน้าที่คสช. น่าจะอยู่ในหมวดที่ 2 ส่วนหมวด 4 น่าจะเขียนเป็นหลักการ

อ.เดชรัตน์

ถาม เรามีปัญหาการกีดกันแปลกแยกคนชายขอบต่าง ๆ ออกไปจากสังคม เราจะใช้คำไหนที่จะช่วยให้เกิดความมั่นคงแก่คนเหล่านี้

อ.พิชัย

เห็นด้วย มีคนบางคนที่คิดต่างจากคนอื่น ซึ่งมักถูกกีดกันออกไป แม้แต่อยู่ในองค์กรก็ไม่มี ความมั่นคง ทั้งด้านสุขภาพชีวิต จิตใจ

พ.โกมาตร

ที่อ.วิฑูรย์เขียนเป็นการผูกเรื่องต่าง ๆ ไว้กับคสช.มากเกินไป และ จะแคบ

พ.อำพล

เราเคยคุยหลักการไปแล้วว่าหมวดที่ 4 นี้ เป็นเรื่องหลักการ คงไม่ระบุว่าคุณคสช.ต้องมาทำหน้าที่ระดับมาตรการ

พ.โกมาตร

เราน่าจะเขียนหลักการ แล้วคิดต่อว่าจากหลักการนี้จะมีมาตรการ กลไก โครงสร้าง อะไร อยู่ที่ไหนแล้วเราจะไปเชื่อมโยงเข้ามาด้วยกันอย่างไร

พ.อำพล

ตั้งแต่หมวด 4 เป็นต้นไปเราจะดูหลักการ แนวทาง ความมุ่งหมาย และกลไก ในหมวด 4 เป็นหลังคาบ้าน ดังนั้น นิยามของ ความมั่นคงด้านสุขภาพ น่าจะเป็นประมาณว่า การคงอยู่การเพิ่มพูนของปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

อ.ชาญเชาว์

สนับสนุน พ.อำพล

พ.โกมาตร

ที่อ.พิชัยเสนอเรื่องคนขายของ ไม่อยากให้ตกหล่น

อ.เดชารัต

เสนอให้เดิมในความมั่นคงของระบบสังคม

(ลองร่างดู) ความมั่นคงด้านสุขภาพ หมายถึง ความพอเพียง การคงอยู่ การเพิ่มพูน ไม่ถูกทำลาย ต่อปัจจัยที่เสริมสร้างสุขภาพของบุคคล

พ.โกมาตร

ลักษณะของระบบสุขภาพที่มีความมั่นคง ต้องเกี่ยวข้องกับ การกระจายความรับผิดชอบที่กว้าง มีความยืดหยุ่น ความหลากหลาย การไม่ผูกพันพึ่งพิงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง เช่น ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางไม่ใช่หลักประกันความมั่นคงของระบบสุขภาพ แต่ความเข้มแข็งของชุมชนและครอบครัวต่างหากที่เป็นคำตอบ

อ.ศรีสว่าง

ทั้งหมดที่ พ.โกมาตรพูดมาคือ ความสามารถในการปรับตัว ใช่หรือไม่

อ.วิฑูร

เสนอให้เอาคำว่า "สุขภาพที่พึงประสงค์" ในหมวดหลักการมาดู ถ้าคำนั้น สามารถเป็นความมั่นคงได้ ก็นำจะเอาคำนั้นมาใช้

อ.ศรีสว่าง

เห็นด้วยว่าหมวด 4 ต้องเขียนเป็นหลักการ และให้ไปดูหมวด 2

อ.สมพันธ์

ประชาชนน่าจะอยากได้ความมั่นคงด้านสุขภาพ 4 มิติ กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ
ที่เขียนมานี้เป็นเรื่องใหญ่มากจนประชาชนอาจจะเข้าใจไม่ถึง มองไม่เห็นว่าจะได้อะไรจากความมั่นคงนี้

อ.ศรีสว่าง

นอกจากมองว่าประชาชนจะได้อะไร ต้องมองว่าประชาชนจะต้องทำอะไร

พ.อำพล

เนื่องจากสังคมมีหลายเรื่อง เราถึงแยกแยะได้ถึง 10 หมวด เรื่องอาหารน่าจะถูกเติมเข้าไปอีก

อ.ชาญเชาว์

กม.เป็นพลวัต สังคมก็เป็นพลวัต การแยกแยะมาว่าอะไรบ้างที่เป็นปัจจัยจะ ไม่สามารถเขียนได้ครอบคลุม เสนอให้หมวด 10 ด้านนั้นเป็นด้านใหญ่ ๆ แค่ 2 บรรทัด

อ.เดชรัตน์

เราเขียนกม.นี้ไม่ใช่เพื่อดูว่าใครทำผิดหรือเปล่า แต่เราเขียนเพื่อกระตุ้นให้ทำสิ่งที่อยากให้ทำ ก็น่าจะเขียนอธิบายยกตัวอย่างมากหน่อย

อ.ศรีสว่าง

การแจกแจง 10 ข้อ จะช่วยให้มีความชัดเจนสำหรับองค์กร หน่วยงานต่าง ๆ ว่าเขามีภาระหน้าที่ที่จะต้องทำ

อ.สมพันธ์

ยังมองไม่เห็นว่าคุณสมบัติทางจิตวิญญาณจะเกิดได้อย่างไร

อ.สุรินทร์

เห็นด้วยกับการแจกแจง ซึ่งจะทำให้เกิดความชัดเจนและทำอย่างไรให้เกิดการผลักดันให้ประชาชนทำ

สรุป

1. นิยามของคำว่าความมั่นคงด้านสุขภาพ

ความมั่นคงด้านสุขภาพ หมายถึง " การมีหลักประกันและความรู้สึกมั่นใจในความพอเพียง การคงอยู่ ความสมดุล และการเพิ่มพูนของปัจจัยที่เสริมสร้างสุขภาวะของบุคคล ชุมชน และสังคม อย่างยั่งยืน"

2.ให้มีการแจกแจง ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

3. เพิ่มความมั่นคงด้านอาหารด้วย

4. ไม่ต้องระบุว่าเป็นหน้าที่ของ คสช.

ร่าง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ

ร่างกฎหมาย หมวดที่ 4 ความมั่นคงด้านสุขภาพ	ความเห็น	แก้ไข
	แบ่งตามความเห็นของ พ.วิพุธ สำหรับข้อ 10 ในเอกสารหลัก ใส่ไว้ในข้อ 3.1(8) ประเด็น - ความเชื่อมโยง กลไกต่าง ทั้งที่มีอยู่และไม่มีอยู่ในปัจจุบัน รวมทั้งเชื่อมโยง คสช ความมั่นคงเป็นเรื่องการสร้างขึ้น ไม่ใช่หลักกฎหมายต้องสร้างขึ้น จึงเป็นหน้าที่ คสช ที่จะสร้างกลไกผลักดัน ความมั่นคงมีนัยยะของ 1.2 ดังนั้น คสช จึงต้องเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นๆ ดังนั้น จึงต้องกำหนดความสัมพันธ์ของหน่วยงานอื่นๆ ที่รับผิดชอบ ระดับนโยบาย ความมั่นคงเกี่ยวพันทุกกระทรวง ดังนั้นถ้าจะให้ คสช มีองค์ประกอบเป็นรัฐมนตรีที่ไม่ครบทุกกระทรวง ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ครบถ้วน ดังนั้น คสช จึงควรมีหน้าที่กำหนดนโยบายเท่านั้น การสร้างความมั่นคงเป็นเรื่องของทุกคน ควรกำหนดเป็นหลักการกว้างๆ เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ แต่จะทำอย่างไรให้เป็นไปตามความมั่นคงด้านสุขภาพ จำเป็นต้องฝากไว้ในหมวดอื่นๆ ที่เหลือ ต้องตรวจสอบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงด้านสุขภาพครบถ้วนแล้วหรือไม่สรุป เขียนเป็นหลักการกว้าง แต่ชัดเจน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคง	
	ความมั่นคงด้านสุขภาพ สะท้อนภาพที่ไม่แปรปรวนไปตามสภาพการณ์ต่างๆ จึงควรกำหนดเป็นหลักการใหญ่ที่สะท้อนแนวคิดให้ชัดเจน	ความมั่นคงด้านสุขภาพ หมายถึง การรักษาหรือเพิ่มพูน และไม่ถูกทำลาย ปัจจัยที่มี

	ความมั่นคง ควรหมายถึง (1) การคงอยู่และการเพิ่มพูนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และ (2) ยอมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้บ้างในปัจจัยที่ความสำคัญน้อยกว่า จำเป็นต้องเขียนหลักการไว้บ้าง คสช. มีหน้าที่ ประเมิน ตรวจสอบ ยุทธศาสตร์ของระบบ และส่งผลกระทบต่อปัจจัยด้านสุขภาพ และนำเสนอต่อคณะรัฐบาลเพื่อดำเนินการต่อไป	ผลต่อสุขภาพ และสามารถพึ่งตนเองได้
4.1 (1) คสช.ควรกำหนดมาตรการต่างๆ รวมทั้งการปรับปรุงกฎหมาย เพื่อให้เกิดความมั่นคงด้านสุขภาพส่วนบุคคล ดังต่อไปนี้ ก. ให้มีหลักประกันความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินส่วนบุคคล ข. ให้มีหลักประกันการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่างๆ ค. ให้มีหลักประกันการพิการหรือทุพพลภาพ ง. ให้มีหลักประกันการว่างงาน และการมีรายได้เลี้ยงชีพเมื่ออายุเกินหกสิบปี จ. ให้มีหลักประกันการมีรายได้ที่เพียงพอต่อการยังชีพอย่างมีสุขภาพ		4.1 (1) คสช.ควรกำหนดมาตรการต่างๆ รวมทั้งการปรับปรุงกฎหมาย เพื่อให้เกิดความมั่นคงด้านสุขภาพส่วนบุคคล ดังต่อไปนี้ ก. ให้มีหลักประกันความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินส่วนบุคคล ข. ให้มีหลักประกันการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่างๆ ค. ให้มีหลักประกันการพิการหรือทุพพลภาพ ให้มีหลักประกันการว่างงาน และการมีรายได้เลี้ยงชีพเมื่ออายุเกินหกสิบปี ง. ให้มีหลักประกันการมีรายได้ที่เพียงพอต่อการยังชีพอย่างมีสุขภาพ

4.1(2) คสช. ควรกำหนดมาตรการต่างๆ รวมทั้งการปรับปรุงกฎหมายเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยแก่เด็ก เยาวชน สตรี จากความรุนแรงในครอบครัวอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ		4.1(2) คสช. ควรกำหนดมาตรการต่างๆ รวมทั้งการปรับปรุงกฎหมายเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยแก่เด็ก เยาวชน สตรี จากความรุนแรงในครอบครัวอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ
4.1(3) คสช. ควรกำหนดมาตรการต่างๆ รวมทั้งการปรับปรุงกฎหมายเพื่อจัดระบบความปลอดภัยในระบบการคมนาคมและการขนส่งคนโดยสารและสินค้าอย่างมีประสิทธิภาพ	ประเด็นความสัมพันธ์ของ คสช. กับองค์กรอื่นๆ ที่รับผิดชอบ	4.1(3) คสช. ควรกำหนดมาตรการต่างๆ รวมทั้งการปรับปรุงกฎหมายเพื่อจัดระบบความปลอดภัยในระบบการคมนาคมและการขนส่งคนโดยสารและสินค้าอย่างมีประสิทธิภาพ
4.1(4) คสช. ควรกำหนดมาตรการต่างๆ รวมทั้งการปรับปรุงกฎหมายเพื่อจัดระบบความปลอดภัยในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ		4.1(4) คสช. ควรกำหนดมาตรการต่างๆ รวมทั้งการปรับปรุงกฎหมายเพื่อจัดระบบความปลอดภัยในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ
4.1(5) คสช. ควรกำหนดมาตรการต่างๆ รวมทั้งการปรับปรุงกฎหมาย เพื่อจัดตั้งกองทุนประกันความเสียหาย อันเกิดจากผลร้ายหรืออุบัติเหตุที่เกิดจากบริการด้านสุขภาพทุกประเภท		4.1(5) คสช. ควรกำหนดมาตรการต่างๆ รวมทั้งการปรับปรุงกฎหมาย เพื่อจัดตั้งกองทุนประกันความเสียหาย อันเกิดจากผลร้ายหรืออุบัติเหตุที่เกิดจากบริการด้านสุขภาพทุกประเภท
4.1(6) คสช. ควรกำหนดมาตรการต่างๆ รวมทั้งการปรับปรุงกฎหมาย สนับสนุนให้คณะบุคคล ชุมชนท้องถิ่นจัดตั้งกองทุนสวัสดิการประเภทต่างๆ เพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพของสมาชิกของตน		4.1(6) คสช. ควรกำหนดมาตรการต่างๆ รวมทั้งการปรับปรุงกฎหมาย สนับสนุนให้คณะบุคคล ชุมชนท้องถิ่นจัดตั้งกองทุนสวัสดิการประเภทต่างๆ เพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพของสมาชิกของตน

ร่าง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ

4.1(7) คสช.ควรกำหนดมาตรการต่างๆ รวมทั้งการปรับปรุงกฎหมาย เพื่อจัดสรรงบประมาณเป็นสวัสดิการต่างๆ ของกลุ่มบุคคลกลุ่มต่างๆ อย่างเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ		
4.1(8) คสช.ควรกำหนดมาตรการต่างๆ ที่ให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทุกประเภทอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม		
ส่วนที่ 2 ความมั่นคงของระบบสุขภาพ		
4.2 (1) คสช.ควรกำหนดมาตรการต่างๆ ในการให้มีแผนพัฒนาทางการเมือง ตามบทบัญญัติในมาตรา ๘๗ ของรัฐธรรมนูญ เพื่อให้เกิดความมั่นคงในระบบการเมือง อันนำไปสู่ความมั่นคงของระบบสุขภาพ		
4.2(2) (๒) คสช.ควรกำหนดมาตรการต่างๆ ในการส่งเสริมระบบเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อให้เกิดความมั่นคงของระบบเศรษฐกิจส่วนบุคคล คณะบุคคล และชุมชน		
4.2(3) คสช.ควรกำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อส่งเสริม สนับสนุน การปฏิรูปการศึกษา เพื่อให้เกิดความมั่นคงในระบบการเรียนรู้ของบุคคล คณะบุคคล และชุมชน		
4.2(4) คสช.ควรกำหนดมาตรการต่างๆ ในการส่งเสริมการปฏิรูปกระบวนการยุติธรรม เพื่อให้เกิดความมั่นคงในระบบการอำนวยความสะดวกยุติธรรม อันนำไปสู่สังคมสันติสุข		
4.2(5) คสช.ควรกำหนดมาตรการต่างๆ ในการสนับสนุนการศึกษาวิจัย การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อสุขภาพ การใช้ภูมิ		

ปัญหาท้องถิ่น การใช้ทรัพยากรธรรมชาติเพื่อนำไปสู่ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์		
4.2(6) คสช.ควรกำหนดมาตรการต่างๆ ในการสนับสนุนองค์การศาสนาต่างๆ ที่จะสร้างศรัทธา ความเชื่อของบุคคล เพื่อให้มีพฤติกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ		

ร่าง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ

ลักษณะระบบสุขภาพที่มีความมั่นคง

กระจายความรับผิดชอบให้กว้าง -- สร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน

ไม่ผูกขาดการพึ่งพา

มีความหลากหลาย - มีระบบสุขภาพหลายระบบ

		ความมั่นคงด้านสุขภาพ หมายถึง การมีหลักประกัน และความรู้สึกมั่นใจในความพอเพียง การคงอยู่ ความสมดุล และการเพิ่มพูน ของปัจจัยที่สร้างเสริม สุขภาพของบุคคล ชุมชน และสังคม อย่างยั่งยืน
		ความมั่นคงด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่ละเมิดไม่ได้ รัฐ ท้องถิ่น และชุมชน ร่วมกันส่งเสริม สนับสนุน ปกป้อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของคน ครอบครัว ชุมชน และสังคม (คสช. มีหน้าที่ประเมิน ตรวจสอบดูแลความมั่นคงด้านสุขภาพ และเสนอ ต่อผู้รับผิดชอบเพื่อดำเนินการต่อ)
		ต่อด้วยปัจจัยย่อย 9 ข้อ ++
		เพื่อความมั่นคงของด้านสุขภาพ รัฐ ท้องถิ่น และชุมชน พึงปกป้องคุ้มครองครอบครัว ชุมชน ให้มีความ เข้มแข็งและสมานฉันท์ และไม่กีดกันการมีส่วนร่วม

ร่าง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ

		เพิ่มระบบอาหาร และความปลอดภัยด้วย

หมวดที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ

พ.อำพล (นำเสนอ) หลักการสำคัญ หรือหัวใจ คือ การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และมีการเสนอแนวทางไว้ทั้งหมด 6 ข้อ ที่จะไปสู่หลักการที่ว่านั้น

1. ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ 2. สนับสนุนนโยบายสาธารณะ
3. ส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น 4. สนับสนุนระบบสื่อสารมวลชนที่สร้างสุขภาพ
5. ส่งเสริมมาตรการด้านบวกทางการเงิน การคลัง
6. สนับสนุนระบบสวัสดิการชุมชนที่เป็นองค์รวม

โดยวางกลไกไว้ว่า

1. ให้คสช.เป็นผู้ดำเนินการผลักดันให้เกิดระบบสร้างเสริมฯ
2. ให้มีกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

ที่ประชุมพิจารณาเอกสาร M และร่าง ที่อ.วิฑูร เขียนมา และให้ความเห็น

พ.โกมาตร หลักการที่จะส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน แคบไปหรือไม่ เพราะตาม ottawa.. มีหลายมิติ ซึ่งรวมทั้งการสร้างเสริมทักษะของบุคคลด้วย การส่งเสริมความเข้มแข็งชุมชนเป็นเพียงหนึ่งในนั้นเท่านั้น เราจะเขียนให้กว้างกว่านั้นหรือไม่ เช่น ตามแนวคิด ottawa ระบุว่าต้องปรับระบบบริการสุขภาพให้ดำเนินการเชิงรุกทำงานส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นแทนที่จะรักษาโรคอย่างเดิม(ปรับจากการทำงานแบบ Passive เป็นแบบ Active เข้าไปในชุมชน รวมทั้งการปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ เราจะนำมาใส่ด้วยหรือไม่

พ.อำพล ยุทธศาสตร์ที่โกมาตรพูดถึง น่าจะมีครบอยู่แล้วใน แนวทาง 6 ข้อของเรา ซึ่งของเราน่าจะกว้างกว่า ottawa ด้วยซ้ำ

อ.ประพนธ์

เห็นด้วยกับโกมาตร ว่าหลักการที่เขียนเน้นที่ความเข้มแข็งชุมชนจะสื่อได้ไม่ค่อยชัดเจนว่าหมายถึงอะไร

อ.สุรินทร์ เสนอว่าการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เป็นคำตอบที่จะให้ชุมชนแก้ไขปัญหาของตนเอง และชุมชนได้เอง ซึ่งกลไกที่จะทำให้ชุมชนเข้มแข็งในปัจจุบันที่เคลื่อนไหวอยู่มี 2 ลักษณะ คือ ประชาคมสุขภาพ และการสร้างองค์กรชุมชน

พ.ประพจน์ น่าจะให้ความสำคัญกับเรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ใน M เขียนมาเป็นแนวทางพอเข้าใจ แต่ของ อ.วิฑูรย์ ลงลึกไปในกิจกรรมมากกว่า

อ.ศรีสว้าง ต้องยึดหลักการใหญ่ว่าสุขภาพเป็นเป้าหมาย / อุดมการณ์ ใจหทัยของเราคือ ในหมวด 5 นี้ จะดีเอาอุดมการณ์นั้นมาสู่รูปธรรมได้อย่างไร จาก M จะพอเข้าใจ แต่ของอ.วิฑูรย์จะแจกแจงลงลึก เสนอให้ตีกลับออกมาเป็นหลักการกว้าง ๆ แต่เป็นรูปธรรมที่ทุกฝ่ายต้องดำเนินการเพื่อบรรลุอุดมการณ์นั้น

พ.อำพล ต้องชัดเจนว่า คสช.เป็นองค์กรที่ดูแลระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์ เท่านั้น ไม่ใช่เป็นคนทำทุกเรื่อง

อ.วิฑูรย์ เรื่องที่ว่ารัฐหรือใครต้องทำอะไรนั้นได้เขียนไว้ในหมวด 3 สิทธิหน้าที่ สำหรับคสช. ซึ่งเรากำหนดอำนาจหน้าที่ว่า เป็นตัวผลักดัน เสนอแนะ นโยบาย ยุทธศาสตร์ต่อ ครม. จึงต้องมาเขียนขั้น implement ต่อมาด้วย ไม่งั้นก็จะมีหน้าที่ของคสช.มารองรับ

อ.แสวง

ถ้าเราเขียนอะไรที่ต่างจากกรอบความคิดที่เคยเอาไปถามประชาชนมาก ๆ เราจะต้องตอบว่าทำไม ทำไมทำไม ซึ่งเป็นสิ่งที่หลายคนกังวลอยู่ เสนอให้เขียนอำนาจหน้าที่ในหมวด 2 ให้ชัด และละเอียด จะดีกว่า แล้วหมวดหลังจากนั้นเขียนเฉพาะหลักการ จะได้ไม่รุ่มร่าม

พ.โกมาตร ระหว่างการนำของอ.วิฑูร มารวมกับ M แล้วไปเขียนใหม่ กับการมาแก้ไขของอ.วิฑูร อย่างแรกน่าจะดีกว่า

วิเชียร เห็นด้วยกับอ.อำพล ว่ากม.นี้เป็นธรรมนูญ เครือข่ายภาคประชาชนน่าจะเป็นกลไกที่สำคัญที่จะขับเคลื่อนผลักดันให้กม.ฉบับนี้เป็นจริง ไม่ใช่ให้คสช.เป็นตัวขับเคลื่อนเป็นหลัก ถ้าเขียนให้คสช.ทำอะไรมากเกินไป ภาคประชาชนก็จะฝ่อ

พ.วิฑูร ขณะนี้เรื่องสมัชชาต่าง ๆ ยังไม่ชัดเจน ผมก็ยังคิดไม่ออกว่าจะเขียนให้ภาคประชาชนดันนโยบายได้อย่างไร ก็เลยเขียนไปที่คสช.ไว้ก่อน แต่ก็ปรับได้ไม่มีปัญหา ต้องเข้าใจตรงกันว่า การสร้างชุมชนเข้มแข็ง เป็นเพียงกิจกรรม ไม่ใช่เป็นหลักที่จะทำให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ หลักน่าจะเป็นเรื่องศักยภาพของบุคคล

พ.โกมาตร ศักยภาพของปัจเจก ยังไม่ใช่ end point ของการสร้างเสริมสุขภาพ ขณะเดียวกัน ชุมชนเข้มแข็งก็ไม่ใช่เช่นเดียวกัน คือไม่ใช่ทั้งหมด ต้องร่วมกัน จะเน้นชุมชนอย่างเดียวรัฐก็จะไม่ทำหน้าที่ แต่ถ้ารัฐดี ชุมชนก็就不用เหนื่อยมากไม่ต้องเข้มแข็งมากก็ได้ ชุมชนจะได้ไปทำเรื่องวัฒนธรรม เรื่องจิตวิญญาณ เรื่องที่ละเอียดอ่อนได้มากกว่า

ประธาน ให้ช่วยกันดูเรื่องหลักการ ความมุ่งหมายก่อน เรื่องกลไกสำคัญครบหรือยังเอาไว้พูดในหมวดที่ 2

พ.อำพล เสนอให้พิจารณาหลักคือเรื่องเอชไอเอ

พิ้วเขียว ไม่เห็นด้วย ต้องพิจารณาเรื่องหลักการ ความมุ่งหมาย ก่อน จากเอกสาร M หน้า 18 เรื่องระบบสื่อมวลชน ไม่น่าจะเขียนอย่างนี้ได้ เพราะการแบ่งคลื่นความถี่เขาทำกันไปแล้ว เราจะไปกำหนดสัดส่วนคลื่นไม่ได้ แต่กำหนดสัดส่วนเวลาน่าจะได้

อ.เดชรัต เรื่องเอชไอเอ เสนอหลักการไว้ว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ และครบส.รับหลักการแล้ว ซึ่งถ้าจะเป็นการบังคับทุกโครงการต้องทำหรือว่าบางโครงการ หลักการสำคัญต้อง

1. ถ้าระบุให้เป็นกระบวนการอนุมัติ จะเข้าลักษณะอีไอเอ เกิดความวุ่นวายมีความพยายามเข้าไปทำอะไรต่าง ๆ ดังที่อีไอเอมีปัญหาอยู่ (ความไม่พร้อม)
2. ในระดับนโยบาย ซึ่งรัฐมีสิทธิออกตามรธน.อยู่แล้วนั้น เราจะไปเขียนกำหนดให้รัฐบาลส่งนโยบายมาให้เราประเมินเอชไอเอ คงไม่ได้ หลายประเทศจะมีการตั้งสถาบันประเมินขึ้นมา ไม่มีที่ไหนเขียนเป็นกม.ว่าทุกนโยบายต้องผ่านการประเมินเลย เพราะคำว่ำนโยบายนั้นกว้างมาก

ดังนั้น เมื่อเราเขียนให้เป็นกระบวนการเรียนรู้ ภาคประชาชน และ ผู้มีหน้าที่จะต้องจับตาดูว่านโยบายไหนบ้างที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพ เสนอมาที่ สมัชชา และ /หรือ คสช. เมื่อสมัชชา และ /หรือ คสช. ขอให้มีการประเมิน สถาบันฯจะต้องรับประเมินทันที จึงขอให้ที่ประชุมพิจารณาหลักการก่อน

อ.ศรีสว่าง

ที่วางหลักการอย่างนี้น่าจะพอใช้ได้แล้ว ส่วนในอนาคตจะปรับเป็นอย่างไรก็อีกที

อ.เดชรัต

ในหมวดสิทธิ เสนอให้เขียนด้วยว่า ใครมีสิทธิในการร้องขอ และ เข้าร่วมประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

อ.ชาญเชาว์ สิทธิเข้าร่วมเห็นด้วย แต่สิทธิร้องขอไม่แน่ใจ เป็นดุลยพินิจของคสช.ใช่หรือไม่

อ.เดชรัตน์ HIA ต้องเชื่อมโยงทั้ง 4 จุด ได้แก่

1. บทบาทหน้าที่ของ คสช. (ให้ คสช. กำหนดนโยบาย จัดระบบการติดตาม ประเมินผลกระทบของระบบนี้)
2. หน้าที่ของสำนักงานเลขา คสช. (บริหารจัดการกลไกต่างๆ สนับสนุน ประสานให้มีบทบาท)
3. สิทธิ (สิทธิในการร่วมกระบวนการประเมินผลกระทบ)
4. ความมั่นคงด้านสุขภาพ

อ.วิฑูรย์ หลักการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนไม่น่าจะใช่หลักการ น่าจะเป็นเพียงกิจกรรม/แนวทาง

พ.อำพล กลไกที่วางไว้ของ เอชไอเอ เป็นกลไกเฉพาะเรื่อง ใช้กลไกอิสระสนับสนุนให้เกิดกลไก เอชไอเอ เพื่อทำหน้าที่ให้แก่ คสช. เป็นกลไกที่สร้างกระบวนการเรียนรู้ สร้างให้เกิดการมีส่วนร่วม ซึ่งต่างจาก อีไอเอ ที่ภาคธุรกิจและภาครัฐร่วมกันทำ ภาคประชาชนไม่มีส่วนร่วม ขณะนี้ทำเป็นกลไกในระยะแรก ส่วนในระยะต่อไปจะเป็นอย่างไร เขียนไว้กว้างๆ

อ.สุรินทร์ โดยหลักการเราจะคงเรื่องการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนไว้ใช่หรือไม่ จากฐานความคิดของคนทำงานชุมชน คิดว่าน่าที่จะคงไว้ การจะสร้างเสริมสุขภาพดีถ้วนหน้าต้องสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการปรับปรุงคุณภาพชีวิต แต่ความเข้มแข็งไม่ใช่ทั้งหมดต้องมีนโยบายสาธารณะอื่นๆร่วมด้วย ดังนั้นจึงขอให้คงหลักการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนไว้

พ.โกมาตร เสนอให้เขียนว่า หลักการของการสร้างเสริมสุขภาพต้องเกี่ยวข้องหรือดำเนินการร่วมกันกับหลาย ๆ เรื่อง สัมพันธ์กับความเข้มแข็งหลายระดับ จึงควรเขียนหลักการให้กว้างๆ เขียนให้เป็นร่มใหญ่ว่าเกี่ยวข้องกับกระทรวง ทบวง กรม ส่วนชุมชนเข้มแข็ง(ซึ่งเป็นมาตรการหนึ่ง) และมาตรการอื่นๆ จะสะท้อนหลักการที่ว่ามัน

อ.เดชรัตน์ การสร้างเสริมสุขภาพจำเป็นต้องกระทำในหลายระดับทั้งปัจเจกชน โดยทุกภาคส่วนร่วมรับผิดชอบในการสร้างเสริมสุขภาพ

อ.ศรีสว่าง เห็นด้วยว่าเขียนอย่างที พ.โกมาตรว่า และอาจต่อด้วยว่า "โดยให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้มแข็งชุมชน"

พ.โกมาตร ให้ข้อมูลว่า เดิมคำว่าสร้างเสริมสุขภาพตามหลักของ Ottawa แคมป์อยู่ในเรื่องการให้วัคซีน การให้บริการในสถานบริการซึ่ง ที่ใช้ รพ.เป็นฐาน ต่อมาพัฒนาเป็นความพยายามที่จะปรับพฤติกรรมสุขภาพ ที่เน้นปรับพฤติกรรมเฉพาะปัจเจก แต่ขณะนี้ก้าวพ้นจากกรอบนั้น มาสู่ระดับที่มีสุขภาพเป็นระดับ นโยบายสาธารณะอื่นๆ ที่กระทบต่อสุขภาพ เชื้อต่อการที่คนจะมีสุขภาพดี เพราะลำพังการที่บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีก็ยังไม่สามารถจะมีสุขภาพดีได้ ยังมีปัญหาเรื่องความไม่เป็นธรรม การรบกวน ฯลฯ

อ.วิฑูรย์ ตกลงจะเขียนเรื่องเอชไอเออย่างไร

อ.เดชรัตน์ เขียนว่า รัฐต้องจัดให้มีกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

อ.วิฑูรย์ เขียนอย่างนั้นก็ได้ แต่คนจะเข้าใจไม่ตรงกัน เพราะคนอาจไม่เข้าใจว่าไม่ใช่การบังคับ

พ.อำพล สรุปแล้วเรื่องเอชไอเอที่เขียนใน เอกสารหลักนั้นไม่มีผิด

อ.เดชรัตน์ ที่เสนอให้เอา เอชไอเอพ่วงกับอีไอเอ นั้น ไม่เห็นด้วย เพราะอีไอเอมีปัญหามาก

สรุป

- การสร้างเสริมสุขภาพ หลักการต้องทำในหลายระดับตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงปัจเจก และ ทุกภาคส่วนต้องมีหน้าที่ร่วมกันสร้างเสริมสุขภาพ โดยเน้นความเข้มแข็งของชุมชน
- HIA เขียนตามหลักการในเอกสารหลัก โดยเขียนให้เชื่อมโยงกับแนวทางทั้ง 4 จุด คือ หน้าที่ คสช /หน้าที่สำนักงานเลขาธิการ คสช /สิทธิ /ความมั่นคงด้านสุขภาพ ยังต้องไปคิดต่อจะเขียนอย่างไรให้คนเข้าใจตรงกันว่า "ไม่ใช่การบังคับ"

การสร้างเสริมสุขภาพ

ให้คสช กำหนดเป้าหมายและระบบการประเมินผลสุขภาพ

ให้คสช จัดกลไก HIA ให้เป็นกระบวนการเรียนรู้ และเมื่อพร้อมอาจจะออกกฎหมายเฉพาะ

กลไกอื่นที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลกระทบ

พรบ.สิ่งแวดล้อม

พรบ.สาธารณสุข

พรบ.สถ

กระทรวงสาธารณสุข

NGO/ภาคประชาชน/ เอกชน

กระทรวงวิทย์ฯ

ตาม พรบนี้

คสช มีหน้าที่ประเมินผลกระทบ

คสช จัดกลไกประเมินผลกระทบ หากมีความพร้อมออกกฎหมายเฉพาะ

สำนักเลขาธิการจัดกลไกสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วม

จัดเป็นความมั่นคงด้านสุขภาพ

หลักการ

การสร้างเสริมสุขภาพต้องทำในหลายระดับตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงระดับปัจเจก และทุกภาคส่วนต้องมีหน้าที่ร่วมกันสร้างเสริมสุขภาพ โดยเน้นความเข้มแข็งของชุมชน

รัฐต้องจัดให้มีกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ ที่มุ่งให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของทุกภาคส่วนในสังคม มีการใช้วิชาการอย่างเพียงพอ

หมวดที่ 6 การควบคุมป้องกันปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

พ.อำพล เสนอเอกสารหลัก วิธีการเขียนหมวดนี้จะเขียนเป็นทิศทาง แนวทาง

อ.เดชรัต เสนอให้เพิ่มเรื่องให้มีการพัฒนาระบบการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของประชาชน

พ.โกมาตร การจะเขียนให้ชัดอาจจะต้องพิจารณาจากกรณีหน่วยคลัสต์ เราอาจจะมาหาหลักการได้ เช่น การหาตัวผู้รับผิดชอบ

พ.อำพล ขณะนี้มีองค์กรของรัฐดูแลอยู่มากมาย หมวดนี้เสนอเพียงหลักการว่า ต้องมีกลไกระดับชาติ แล้วก็กลับไปฝากความหวังกับภาครัฐอีกเหมือนเดิม แต่ที่จริงแล้วถ้าจะเขียนให้ชักจูงสามารถ influence กันน่าจะได้

สารี ชาวบ้านน่าจะอยากเห็นการจัดการปัญหา มีโครงสร้างอะไรบ้างเหมือนกัน เอชไอเอก็เช่นกันถ้าถามชาวบ้านว่าเป็นเพียงการเรียนรู้นะ ชาวบ้านอาจไม่มีความหวัง จะช่วยกันอย่างไรจึงจะมีทางออกการจัดการปัญหาได้

อ.เดชรัต ทำอย่างไรที่จะทำให้เกิดอำนาจต่อรองมากขึ้น คิดว่ามี 2 จุด

1. ทำอย่างไรให้เกี่ยวข้องกับองค์กรปกครองท้องถิ่นที่มีหน้าที่จัดการตรงนั้นสามารถหรือมีสิทธิจัดการได้
2. ทำอย่างไรให้ชุมชนและองค์กรท้องถิ่น มีสิทธิในการกำหนดปัจจัย /ทิศทางที่คุกคามสุขภาพของตัวเองได้ด้วยตัวเอง (ตั้งกฎเกณฑ์อย่างไร เช่น กำหนดปัจจัย หรือกำหนดอำนาจ)

อ.ศรีสว่าง กลไกนี้ต้องมีตั้งแต่ระดับพื้นที่ และชาติ ซึ่งกลไกเดิมไม่สามารถจัดการปัญหาได้ดังนั้นกลไกใหม่จึงต้องมีหน้าที่ในการจัดการกับปัญหาได้ทันที ซึ่ง คสช. ต้องทำหน้าที่ช่วยผลักดัน ส่งเสริมให้เกิดกลไกในการจัดการกับปัญหา และควรต้องศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- อ.เดชรัต
1. ประชาชนจะต้องมีสิทธิกำหนดประเด็นที่จะต้องติดตาม
 2. การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร
 3. ต้องมีความเห็นและข้อมูลเชิงวิชาการ สนับสนุน

พ.อำพล ให้ข้อมูลว่ามีการศึกษาถึง 2 ชุด และเห็นด้วยว่าที่เขียนออกมาในหมวดนี้ยังไม่คม ไม่เห็นอะไรชัดเหมือนหมวดอื่น ๆ เช่นหมวดส่งเสริมสุขภาพ บทบาทผู้มีภาคประชาชน หลักอยู่ที่ HIA ส่วนระบบป้องกันและควบคุมปัญหา ดูคล้ายไม่มีกลไกใหม่ที่ให้ค่ากับภาคประชาชน

ลารี คสช.น่าจะมิกลไกเรื่องการนี้ ในแง่ยุทธศาสตร์ เพื่อสร้างความมั่นใจมากขึ้น และเป็นจุดเชื่อม

อ.วิฑูรย์ หมวดนี้กระทบต่อกม.หลายต่อหลายฉบับ ตรงนี้คงสุดวิสัย

ชาญเชาว์ นโยบายของคสช.อาจจะสะท้อนอะไรออกมาได้บ้าง ต้องถามว่า พวกเรายากเห็นอะไรเป็นหลักของปัญหาไม่เอื้อต่อการที่ผู้รักษากม.ฉบับนี้จัดการอะไรได้เลย ต้องดีไซน์ให้เป็นระบบส่งต่ออะไรอย่างนั้นมากกว่า

อ.ศรีสว่าง คสช.น่าจะเป็นผู้ผลักดันต่อไปให้ ต้องเร่งสังคายนามว่ามีกม.อะไรเกี่ยวข้องอยู่บ้าง

คุณดวงพร

ให้ข้อมูลว่า สวรส.กำลังมีการพัฒนางานวิจัยเรื่องนี้ ต่อยอดจากงานวิจัย 2 ชิ้นนั้น แต่ขยายฐานที่เฝ้าระวังให้กว้างกว่าเรื่องโรคติดต่อ ไม่ติดต่อ อีก 4-5 เดือน น่าจะมีข้อเสนอมาสู่พ.ร.บ. นี้อีกครั้ง

พ.เพ็ญแข

เรื่องนี้เป็นประเด็นเชิงเทคนิคด้วย

อ.โกมาตร

สิ่งที่เราขาดตอนนี้ไม่ใช่กลไกจัดการปัญหา เชิงยุทธศาสตร์ นโยบายแต่เป็นเชิง accountability คือคน / ใคร ที่รู้สึกเดือดร้อนเมื่อเห็นปัญหา
หลักการน่าจะอยู่ที่ว่า ถ้ามีปัญหาคุณภาพต้องมีคนเดือดร้อน

อ.พิชัย ควรมีที่รับรองประชาชน เพื่อให้คนมีตัวตนหรือมีที่ไป

อ.ศรีสว่าง ตอนนี้อยู่ที่มนุษยชนคือที่ไป

อ.ไพโรจน์ คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค น่าจะทำหน้าที่แทนประชาชนได้

สารี ได้เป็นบางกรณี อย่างคลิิตนี้ไม่ได้

อ.สุรเดช ทุกเรื่องมีกม.อาญา กม.อื่น ๆ อยู่ แต่มันอยู่ที่คนที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องไม่คิดแก้ปัญหาให้เต็มที่

พ.โกมาตร แนวคิดของการควบคุมโรคที่มีการปรับโครงสร้างองค์กรใหม่ของกระทรวงสาธารณสุข ก็ยังเป็นความคิดของกลไกที่มีอำนาจทางกฎหมาย ซึ่งเลียนแบบ CDC อเมริกา ที่ใช้อำนาจรัฐในการสั่งการ ลักษณะของกลไกนี้ต้องมีความสามารถเชิงวิชาการสูง และมีอำนาจ

อ.พิชัย น่าจะให้อำนาจองค์กรท้องถิ่นด้วย ให้เขามีบทบาทมากขึ้น

อ.สมพนธ์ สนับสนุน อ.พิชัย และเห็นว่าที่ อ.วิฑูรย์เขียนมานั้นมีความชัดเจนขึ้นมากกว่าเอกสารหลัก ระดับหนึ่ง

สรุป

1. หลักการ เพิ่มว่าต้องทำงานอย่างได้ผล
2. เขียนบทบาทของ องค์การปกครองท้องถิ่นให้ชัดในบทบาทการสนับสนุน
3. หมวดนี้ให้ไปปรับฟังความเห็นเพิ่มเติมแล้วค่อยปรับต่อไป

.....

หมวดที่ 7 ระบบบริการ

พ.อำพล อธิบายหลักการ ความมุ่งหมาย แนวทางและกลไก

พ.ประพจน์ หลักการ "สร้างนำซ่อม" ความมุ่งหมาย "สร้างความเข้มแข็งและดูแลตนเอง ส่วนแนวทาง เน้นระบบบริการ ซึ่งแล้วยังไม่เห็นความเชื่อมโยงของทั้ง 3 ส่วน ยังไปไม่ถึง การสร้างนำซ่อมอย่างชัดเจน แนวทางของระบบพึ่งตนเองก็ยังไม่ชัด จะมีแนวทางอย่างไร

อ.สมพันธ์ หมวดนี้เป็น "ระบบบริการที่เน้นการสร้างนำซ่อม" ซึ่งคำเดิมใช้คำว่า "บริการเชิงรุก เชิงรับ" แต่จะเห็นว่ายังขาดหลักการเชิงรุก ไม่ใช่จะเขียนเรื่องสร้างนำซ่อมไว้ในนี้เพราะเรามีหมวดที่ 5 อยู่แล้ว ขอเพิ่มข้อ 7 การบริการเชิงรุกที่เน้นการให้ความรู้ความเข้าใจ และการพัฒนาทักษะในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

พ.โกมาตร ปรึกษาของ Primary Care เน้นที่ขบวนการการจัดความสัมพันธ์ของระบบบริการระหว่างภาครัฐและประชาชน บริการระดับต้นควรเน้นการจัดความสัมพันธ์ที่ระหว่างจนท.กับชาวบ้านให้เกิดการสื่อสารความรู้ การเน้นเรื่องไปสอนโดยไม่ศึกษาข้อมูลชุมชนอาจเกิดผลเสียได้

สุรเดช เสนอให้เพิ่ม สถานบริการให้บริการในที่ตั้งอย่างเดียวยังไม่พอ ต้องออกไปสนับสนุนให้ชุมชนมีความรู้ ทักษะ ในการสร้างสุขภาพ

อ.วิฑูรย์ หลักการสร้างนำซ่อม มีอยู่ในหมวด 1 แล้ว มาถึงหมวดนี้ก็ต้องมาขยายความให้ชัดว่า สร้างนำซ่อมคืออะไร ต้องอ่านกม.ให้สอดคล้องกัน ให้เกิดการหักทอ หมวดนี้หลักการสำคัญของหมวดนี้คือต้องปรับเปลี่ยน เรื่องใหญ่ที่ต้องปรับเปลี่ยนคือ ต้องไม่เป็นธุรกิจ จะทำอย่างนั้นได้ก็คือ การสร้างกลไก หลักการก็คือโปรแกรมบริการระดับต้น ลดบริการระดับสูง (หน้า 23 อ.วิฑูรย์)

สุรเดช ยังขาดการเน้นว่าสถานบริการระดับต้นต้องไปหนุน หรือถูกไปส่งเสริมชุมชนให้มีการสร้างสุขภาพ น่าจะเขียนให้ชัดเจน

ดวงพร สร้างนำซ่อม คือหลักการหลักของการปฏิรูประบบสุขภาพ เราจะเอามาใส่ในหมวดนี้ด้วยหรือ

พ.โกมาตร มีจุดที่น่าจะเน้นย้ำมากขึ้น

1. หลักการต้อง reorientation ของระบบบริการ เพื่อมุ่งไปสู่การสร้างนำซ่อม หรือมุ่งไปสู่อะไร เช่นสู่ระบบสุขภาพพอเพียงก็ว่าไป ระบบบริการนอกจากระบบสุขภาพพอเพียง มี Equity quality of care แล้วยังต้องมี
 - ความถูกต้องทางวิชาการ
 - ความเหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชุมชน ทางวัฒนธรรม (cultural acceptable)
 - สามารถดำเนินการได้จริงในเชิงเศรษฐกิจ (Economy acceptable)

2. การแบ่งระดับสถานบริการ น่าจะเนียนกว่านี้ เพราะการแบ่งแต่ละระดับจะมีนัยแห่งคุณค่าเข้าไปด้วย มีความสูงส่งและต่ำด้อยอยู่ในนั้น แต่ถ้าเอาความเป็นมนุษย์เป็นตัวตั้ง ระบบบริการระดับที่ยิ่งสูง จะยิ่งมีความเป็นมนุษย์ต่ำ เราต้องทำให้เกิดคุณค่า
คำว่า ยุ่งยากซับซ้อน ไม่ได้แปลว่าบริการระดับต้นไม่ยุ่งยากซับซ้อน ดังนั้นนิยามของบริการระดับต่างๆของ อ.วิฑูรย์ น่าจะต้องทบทวนใหม่
3. การประเมินเทคโนโลยี (TA) ต้องมีการวางแผนการกระจายเทคโนโลยีมาร่วมด้วย เสนอให้เอาเรื่องนี้มาเติมในเอกสารหลักด้วย

อ.วิฑูรย์ ยากมากที่จะแยกระดับ 2 กับ 3 ออกจากกัน มันคล่อมกันอยู่ จึงเพียงแต่พยายามให้แนวว่าเป็นอะไร เห็นด้วยกับความรู้ใหม่ที่ พ.โกมาตรพูดมาเรื่องการ reoriented

อ.ศรีสวาท การพึ่งตนเองของภาคประชาชนที่พยายามทำกันอยู่ เช่นกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มยาเสพติด และหวังว่าการปฏิรูประบบสุขภาพจะเป็นคำตอบ แต่มาถึงตอนนี้ก็ยังมองไม่ออกว่าระบบบริการระดับต้นจะเข้าไปเชื่อมสัมพันธ์และสอดคล้องวิถีชุมชน และเอื้อต่อการพึ่งตนเองได้อย่างไร จะเขียนในกม.ให้เกิดการชี้นำแนวทางนั้นได้อย่างไร

พ.โกมาตร ขณะนี้มีการสร้างศูนย์สุขภาพชุมชน บริการใกล้บ้านใกล้ใจ แต่รูปธรรมการทำงานกลับไม่ชัด กลับเป็นการเปิดโอเพิตี ในสถานีนามัย คือยังไม่สามารถผสมผสานเข้ากับวิถีชาวบ้าน ความเป็นมนุษย์ยังเท่าเดิมกับตอนที่อยู่ในรพ.

ประธาน สรุป เอกสารที่ทำมายังไม่ครอบคลุม ขอให้เลขา และ อ.โกมาตรช่วยกันปรับต่อไป

พ.อำพล สรุปว่า

1. ในส่วนของหลักการ ต้องเพิ่มเติม ความเชื่อมโยงของหลักการ สร้างนำซ่อม ความมุ่งหมายและแนวทาง
2. ในความมุ่งหมาย จะเพิ่มเติมประเด็น การดูแลตนเอง และบริการเชิงรุก และในการบริการแต่ละระดับควรมองความเชื่อมโยง ทั้งความถูกต้องทางวิชาการ ความเหมาะสมทางวัฒนธรรมและความเป็นไปได้ทางเศรษฐกิจ
3. แนวทาง เพิ่มเติมประเด็นเรื่อง การประเมินเทคโนโลยี (TA.)
4. เพิ่มแนวทาง " การให้บริการเชิงรุกโดยเน้นการให้ความรู้ ความเข้าใจ และพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองพึ่งตนเองด้านสุขภาพ" สำหรับกลุ่มต่างๆที่เดือดร้อน (กลุ่มประชากรเฉพาะ)
5. จัดระดับของบริการใหม่ โดยอาจเขียนเชื่อมโยงกับมิติของความเป็นมนุษย์

อ.วัฒนา การตั้งสถานพยาบาลลงทุนสูง การกู้เงินมาทำจึงยิ่งแพง แต่ถ้าเอาตลาดหลักทรัพย์จะเป็นการระดมทุน การห้ามตรงนี้จึงอาจเป็นการปิดโอกาส และจะถือว่าเป็นการค้ากำไร อะไรเข้าได้ไม่ได้คงไม่ใช่เรื่องของเรา

พ.โกมาตร ตลาดหลักทรัพย์มุ่งกำไรเพื่อปันหุ้นให้สมาชิกให้ได้ เราจะเขียนห้ามกิจการที่ไม่ใช่สัมมาอาชีพได้หรือไม่ หรือเขียนเพียงห้ามค้ากำไรเท่านั้น

อ.แสวง เท่าที่ทราบในต่างประเทศไม่มีการนำ รพ.เข้าตลาดหลักทรัพย์ มีแต่ประเทศไทย มีนักธุรกิจร่วมลงทุน มีการโฆษณาเข้ามา

พ.ประพจน์ ทำอย่างไรเราจึงจะสนับสนุนระบบการดูแลตนเองให้เป็นรูปธรรม

อ.วิฑูรย์ ถ้าเราเขียนว่า ระดับต้นเป็นเรื่องยาก ก็จะขัดแย้งว่าในเมื่อยากแล้วคนจะดูแลตัวเองได้อย่างไร ผมเขียนเรื่อง ฟังตนเองเชื่อมกับหมวดสร้างเสริมสุขภาพ "สร้างน่าซ่อม" และ "สุขภาพเป็นของเรา" เป็นสิ่งที่ถูก

พ.อำพล เสนอ ผังระบบการดูแลตนเอง



อ.สุรินทร์ เห็นด้วยกับผังนี้แต่จะทำอย่างไรให้เจ้าหน้าที่สถานีนามมาย เป็นผู้เชื่อมให้ภาคประชาชน

อ.โกมาตร

อ.ลือชัย ศรีเงินยวง ทำงานวิจัยเรื่องการพึ่งตนเอง แจกแจงว่าการพึ่งตนเองมีอะไรบ้าง เช่น

1. วิถีชีวิตที่ดี (Self Care)
2. หรือการใช้ยา (Self Medication) โดยการส่งเสริม Self Medication อยู่ที่มีการจัดระบบ ให้ประชาชนดูแลตนเองได้
3. การรวมกลุ่มโดยธรรมชาติ เป็นการ Advocacy การต่อสู้ รณรงค์ให้ได้สิทธิ เช่นกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ที่เรียกร้องสิทธิเรื่องยา

อ.สมพันธ์

การเขียนเรื่องคำกำไร และ ห้ามเข้าตลาดหลักทรัพย์ จะเป็นชนวนที่คนจะคัดค้านอย่างมาก แต่จะเป็นจุดที่ทำให้คนสนใจอ่านกม.นี้มาก

(เป็นอีกวัตถุประสงค์หนึ่ง)

อ.แสวง

เราใช้คำว่าคำกำไรแน่นอนว่าต้องมีคนค้านมาก มันมีคำอื่นเช่น Fee / ค่าบริการที่ควรได้รับตามปกติ ที่จะไม่ตีความหมายว่าเป็นการกุศล ประเด็นการคำกำไรในที่นี้หมายถึงการคำกำไรเชิงธุรกิจ

หน้า 7

บริการ

ขาดความเชื่อมโยงระหว่างระบบบริการกับการสนับสนุนการเรียนรู้ ดูแลตนเองของประชาชน รวมทั้งการสร้างนำซ่อม เน้นการบริการเชิงรับมากกว่าเชิงรุก โดยเฉพาะการให้ความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง การสร้างนำซ่อม เป็นปรัชญา ซึ่งทุกคนในระบบบริการต้องเปลี่ยนปรัชญาและวิธีการทำงาน

การบริการเชิงรุกอาจจะต้องเพิ่มใน Key word

แนวทางการให้บริการเชิงรุกโดยเน้นการให้ความรู้ ความเข้าใจ พัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองโดยเข้าถึงบุคคล ครอบครัว และชุมชน และให้ความสำคัญต่อจัดให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกับชุมชน รวมถึงการเชื่อมโยง primary care เข้าไปสู่ชุมชนให้ได้อย่างแท้จริง การบริการระดับต้นต้องเน้นการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ ให้ถึงชุมชน และโดยร่วมกับชุมชนให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และการสนับสนุนให้บุคคล ชุมชน และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะให้สามารถดูแลตนเอง

เพิ่มเติมในเรื่องการประเมินเทคโนโลยี ในหลักการการให้บริการ และกำหนดเพิ่มเติมให้เป็นหน้าที่คณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้มีหน้าที่นอกจากการประเมินประสิทธิภาพการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ ให้มีอำนาจพิจารณา กำกับทิศทางในเรื่องการจัดสรรและกระจายเทคโนโลยีให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

ต้องปรับให้เกิดการ reoriented ในระบบบริการที่เน้นการสร้างนำซ่อม

เพิ่มเติมหลักการ

Reorientation ของระบบบริการ

1. ต้องกำหนดเป้าหมาย เพื่อ

มุ่งไปสู่การสร้างนำซ่อม

ระบบสุขภาพพอเพียง

equity

quality of care

(นอกเหนือจาก (1) ความถูกต้องทางวิชาการแล้ว (2) เหมาะสมกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรม (3) สามารถให้บริการอย่างสมเหตุสมผลทางเศรษฐกิจ)

2. การแบ่งระดับบริการ

ต้น - กลาง - สูง ให้คุณค่าบางอย่าง เช่น สูง = สูงส่ง แต่มีคุณค่าความเป็นความเป็นมนุษย์ต่ำ

รวมไปถึงนิยามของแต่ละระดับบริการ

การเข้าสู่ตลาดหลักทรัพย์

การนำโรงพยาบาลเข้าสู่ตลาดหลักทรัพย์เป็นคนละเรื่องกับการค้ากำไร เป็นเรื่องของการระดมทุน การกำหนดห้ามเข้าสู่ตลาดหลักทรัพย์อาจมีเหตุผลไม่เพียงพอ จึงควรเน้นกว้างๆ เฉพาะเป็น “กิจการไม่หวังผลกำไร” (โดยไม่ทำกำไรเชิงธุรกิจ) หรือให้กำหนดให้สามารถเก็บค่าบริการของวิชาชีพ

สรุป

ระบบบริการสุขภาพต้องเป็นระบบที่

เป็นบริการเชิงรุก (ปรับเปลี่ยนปรัชญาและวิธีทำงาน)

สนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง

มีวิถีชีวิตที่ดี

จัดระบบให้บุคคลดูแลตนเองได้ (จัดระบบกระจายยาที่ปลอดภัย)

ส่งเสริมศักยภาพ ให้สามารถพึ่งตนเองได้

หมวดที่ 8 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

พ.อำพล นำเสนอหลักการ ความมุ่งหมาย ตามเอกสารหลัก

สารี การที่เราจะให้รัฐคุ้มครองผู้บริโภคนั้นเป็นจริงยาก รธน.จึงกำหนดให้มีองค์กรอิสระที่ทำหน้าที่ให้ความเห็น ร่วมกำหนดมาตรการ กติกาได้ แต่ไม่มีอำนาจให้ความดีความชอบ คือ ทำหน้าที่เชิงรุก เชิงบวก หัวใจอยู่ที่การทำให้ชาวบ้านเข้มแข็ง เกิดการขยายฐานของผู้บริโภคให้มีทั้งความรู้และข้อมูลที่จะคุ้มครองตัวเอง ในข้อ 5.1 ใน เอกสารหลัก อาจขัดกับรธน. ขณะนี้การรวมตัวกันทำได้เพียงในรูปของมูลนิธิเท่านั้น

อ.วัฒนา ทำไมเราต้องตั้งหน่วยงานซ้ำซ้อนกัน

พ.โกมาตร วิธีคิดที่ต่าง ๆ จะบรรลุไปสู่เป้าหมายด้วยกลไกอะไรของแต่ละคนแตกต่างกัน การแก้ปัญหาต่าง ๆ คงไม่ต้องการอำนาจในการสั่งการ ภายหลัง ๆ จะเริ่มมีการคิดกลไกที่ไม่มีอำนาจแบบเดิมมากขึ้น เพราะเราคิดว่าบางเรื่องใช้อำนาจแบบเดิมนั้นเป็นหลักไม่ได้ ซึ่งจะทำให้เกิดการตรวจสอบ ถ่วงดุล หนุนกัน คู่ขนานกันมากขึ้นในโอกาสต่อไป หรืออาจเรียกว่ามีความหลากหลายมากขึ้น หลักการเขียนกม.ฉบับนี้น่าจะเป็นอย่างไร

อ.วัฒนา ต้องดูที่ความจำเป็น และความไม่สิ้นเปลืองด้วย น่าจะปรับจากองค์กรที่รธน.กำหนดให้มีแล้วมาเสริมกัน ให้มีองค์กรเดียวแล้วขยายอำนาจ เอาเอกชนเข้าไปร่วมด้วย เอาส่วนต่าง ๆ เข้าไปรวมกัน

สารี คำว่าองค์กรอิสระ ต้องอิสระจาก 3 สิ่ง คือการเมือง ภาครัฐ ภาคธุรกิจ แต่ไม่แยกออกจากภาคประชาชน จึงต้องแยกองค์กรออกมา

อ.วัฒนา ถึงแยกออกมาก็ไม่มีอำนาจไปทำอะไร และตราบไคที่คุณใช้เงินรัฐความอิสระก็ไม่ใช่อิสระ

อ.พิชัย เปรียบเทียบประชาชนเป็นลูกในครอบครัว ส่งเสียงออกไปย่อมมีความหมายต่อพ่อ (รัฐ) แต่ยังไม่พอก็เป็นคนตัดสินใจแล้ว แต่ต้องมีช่องทางให้ลูกร้องออกไปให้พ่อได้ยินได้

อ.ชาญเชาว์ มี 2 แนว 1. ตามแนวรธน. และ 2. ตามแนวการคุ้มครองผู้บริโภค จากบทเรียนของสคบ. รธน. จึงกำหนดให้มีองค์กรอิสระให้สามารถให้ความเห็นคู่ไปกับสคบ. (ให้มีแม่มาคู่กับพ่อ) เสนอให้ฝ่ายเลขาฯรับไปและไปฟังความเห็นประชาชนต่อไป

พ.โกมาตร องค์การภาคประชาชนโดยหลักใหญ่อาศัยอำนาจทางสังคม หรือใช้อำนาจรัฐอันอื่นมาจัดการ ไม่ใช่ตัวเองมีอำนาจเป็นของตัวเอง

สารี

- ความมุ่งหมายอีกอันหนึ่งของการคุ้มครองผู้บริโภค คือ การสร้างทางเลือกในการบริโภค ดังนั้นใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ น่าจะเอื้อให้มีทางเลือกของประชาชน
- สิทธิในข้อ 3 ไม่ตรงนัก ยังต้องมีเรื่องการสร้างทักษะฯลฯ

อ.วัฒนา ขอบเขตของการคุ้มครองที่ว่า “สถานบริการทุกระดับไม่ว่าจะจัดโดยใคร” กว้างเกินไป หลายเรื่องมีกม.อยู่แล้ว

อ.แสวง

เราเขียนให้เชื่อมโยง ไม่ใช่เขียนซ้อน

อ.ศรีสว่าง

กม.คุ้มครองผู้บริโภค น่าจะเกิดก่อนคสช. เราย่น่าจะไปปรับฟัง

อ.วิฑูรย์ สนับสนุน อ.ศรีสว่าง เราต้องอิงกม.คุ้มครองผู้บริโภคตามมาตรา 57 เพราะของเราเป็นด้านหนึ่งเท่านั้นในกม.นั้น

พ.โกมาตร อีกประเด็นที่สารีตั้งขึ้นมา เรื่องการสร้างทางเลือก เสนอให้เราเขียนว่า ผู้บริโภคมีสิทธิที่จะมีทางเลือก ทำอย่างไรให้พ.ร.บ.นี้เอื้อให้มีทางเลือก หรือ มีอุปสรรคน้อยที่สุด เช่น สิทธิที่จะเลือกแพทย์ เปลี่ยนแพทย์ ซึ่งเราไม่ได้ละเมิดสิทธิของผู้ประกอบวิชาชีพ

อ.วัฒนา เราจะเลือกขนาดไหนก็ได้แต่ต้องยอมรับอัตราค่าบริการของเขาด้วย

สารี สุขภาพไม่ใช่โรคอย่างเดียว การมีทางเลือกยังหมายถึงทางเลือกในการบริโภค เช่น ผักปลอดสารพิษ

พ.อำพล ข้อ ๘.๒.๒ ของ อ.วิฑูรย์ ดึงเพิ่มคำว่า รับสมัครให้เกิดทางเลือก (เป็นการดำรงและการเจริญ)

สรี เรื่อง กลไกใกล้เคียง เป็นอย่างไร

พ.อำพล เรื่องนี้ยังไม่ชัด ฝ่ายวิชาการกำลังทำอยู่ อะไรที่ชัดเราจะเขียนไปเลย อะไรที่ไม่ชัดเราจะหาความคมชัดต่อไป

พ.โกมาตร เรื่อง Product liability Class action และ Punitive damage อยากให้เขียนให้ชัด เพราะจะเป็นความก้าวหน้าไปมาก ลดภาระพิสูจน์ความผิดของผู้เสียหาย ยกข้อ 8.7 ของอ.วิฑูรย์ มาเพิ่ม

อ.วิฑูรย์ เรื่องทางเลือก เราเพียงเปลี่ยนมาใช้คำว่า สนับสนุน ก็ใช้ได้

สรี มีกองทุนชดเชยความเสียหายเบื้องต้นหรือไม่

อ.วิฑูรย์ เขียนไว้ในหมวดความมั่นคง เพราะถือว่าเป็นหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพ

สรุป

1. เสนอกฎคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชน เป็นอิสระ ตามรัฐธรรมนูญ ม. 57
2. เขียน คสช. ผลักดันให้มีองค์กรดังกล่าว
3. ให้ คสช. กำหนดนโยบายยุทธศาสตร์ ในอนาคต
4. สนับสนุนให้ผู้บริโภคมีสิทธิที่จะมีทางเลือก (alternative of choice)
5. สนับสนุนให้เกิด กลไกใกล้เคียงและระงับข้อพิพาท
6. สนับสนุนให้เกิดการฟ้องคดีแบบรวมกลุ่ม (class action) / Product liability ลดภาระการพิสูจน์ของผู้เสียหาย และ punitive damage.
7. สนับสนุนให้มีการชดเชยความเสียหายเบื้องต้น

คุ้มครองผู้บริโภค

สรุปตั้งองค์ริสระทั้งนี้เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีย้องค์กรผู้บริโภคภาคประชาชน ตาม รธน. ม. 57 ต้องการองค์กรอีกองค์กรหนึ่งซึ่งมาช่วยดูแลคุ้มครองผู้บริโภคร่วมกับ สคบ โดยใช้พลังประชาชน มาดูแลทั้งผู้ผลิต และผู้บริโภค รวมทั้งมาช่วยให้ข้อมูลข่าวสารให้ผู้บริโภคสามารถสร้างทางเลือกด้านสุขภาพได้ มีพื้นฐานที่จะช่วยกันคุ้มครองประชาชน เพื่อช่วยสนับสนุนและเสริมงานซึ่งกันและกัน เพิ่มความหลากหลายโดยองค์กรนี้ไม่เน้นที่อำนาจรัฐ เป็นหัวใจที่จะให้ประชาชนร่วมกัน/ช่วยกันคุ้มครองตนเอง เน้นเรื่องอำนาจของประชาชน และเป็นการเปิดโอกาสให้เกิดการปรับดุลอำนาจทางการเมือง

องค์กรอิสระน่าจะเป็นองค์กรที่มีอิสระจากรัฐ นักการเมือง

แนวทางเสนอเพิ่มเติม

1. เสนอกลไกคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชน เป็นอิสระ ตามรัฐธรรมนูญ ม. 57
2. คสช ผลักดันให้มีองค์กรดังกล่าว
3. คสช กำหนดนโยบายยุทธศาสตร์ ในอนาคต
4. สนับสนุนให้ผู้บริโภคมีสิทธิที่จะมีทางเลือก (alternative of choice)
5. สนับสนุนให้เกิด กลไกไกล่เกลี่ยและระงับข้อพิพาท
6. สนับสนุนให้เกิดการฟ้องคดีแบบรวมกลุ่ม (class action) / Product liability ลดภาระการพิสูจน์ของผู้เสียหาย และ punitive damage.
7. สนับสนุนให้มีการชดเชยความเสียหายเบื้องต้น

หมวดที่ 9 ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

พ.อำพล นำเสนอเอกสารหลัก

อ.แสง การใช้คำว่า "เท่าเทียมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน" จะมีปัญหา เสนอให้ใช้คำว่า "ควบคู่กันไป "

พ.โกมาตร หลักการน่าจะเพิ่มในแง่ของการ Complement ซึ่งกันและกัน เสริมกันให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น นำศักยภาพและภูมิปัญญาที่มีอยู่มาเสริมการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ ไม่ใช่การเลือกอย่างหนึ่งแล้วไม่เลือกอย่างหนึ่ง และคำว่าส่งเสริมระบบการแพทย์แผนไทย "เข้าไปอยู่" ในการแพทย์แผนปัจจุบัน จะมีปัญหา เพราะมันมีการจัดโครงสร้างของระบบหนึ่งอยู่แล้ว จะไม่มีมาตรฐานเดียวกัน ควรส่งเสริมให้เติบโตและมีความเข้มแข็งบนฐานของตนเอง และนำมาผสมผสาน

ระบบสุขภาพของประเทศ เป็นระบบผสมผสานกับระบบแพทย์แผนปัจจุบัน

เครือข่ายของวิถีไทย อยากให้มีการยกระดับแพทย์แผนไทย โดยการจัดให้เกิดการเรียนรู้การสอนในระบบของตนเอง อย่างอิสระโดยใช้ศาสตร์ภูมิปัญญาของตนเอง

อ. วัฒนา ขอดถามเป็นความรู้แพทย์ปัจจุบันยอมรับแผนไทยแค่ไหน ไม่แน่ใจว่าจะ implement กันเขาจะยอมรับกันหรือ

อ.สุรินทร์ ในความรู้สึกเรื่องจัดการบริการของชาวบ้าน เขาก็สามารถหาทางเลือกของเขาเองได้ ผมมองว่ามันจะผสมผสานกันเองได้ ชาวบ้านไม่สนใจว่าหมอจะรู้สึกอย่างไร ในหลักการเห็นด้วย "ในการส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น" ให้เพิ่ม "ในการจัดการ"

พ.ไพโรจน์

คุณวัฒนาถามในทัศนะของแพทย์

พ.ประพนธ์

ณ ปัจจุบันนี้มีการให้ชาวบ้านเลือกได้ว่าจะเลือกอย่างไร

พ.อำพล คงตอบไม่ได้เพราะแพทย์มีหลายทัศนะ มีทั้งแพทย์ที่เหนียวแน่นกับความรู้ทางตะวันตกก็มี ที่ไม่ชอบใจการแพทย์ไทย แต่ก็มีจำนวนไม่น้อยที่เห็นชอบกับการแพทย์แผนไทย มีหลาย รพ.ที่ได้เอาแพทย์แผนไทยเข้าไปด้วย

พ.โกมาตร ระบบหมอพื้นบ้านนั้นจะครอบคลุมไหม การแพทย์พื้นบ้านธรรมชาติมี 4 ระดับ คือ

- องค์ความรู้ที่นำมาทำกับวิถีชีวิตของชาวบ้าน เช่น การอยู่การกิน
- แบบแผนการปฏิบัติตัว ถูกกำกับโดยองค์ความรู้ เช่น การอยู่ไฟ ตาลรางขมิ้น ไข้หัวลม (ดักหน้าก่อนไม่ป่วย)
- Self Care ของชาวบ้านเวลาป่วยใช้ (การดูแลตนเองเมื่อป่วยเล็กน้อย)
- การพึ่งหมอพื้นบ้าน เช่น หมอเป่า หมอตำแย หมอกระดูก

ถ้าเราเขียนว่าให้ใช้บริการหมอพื้นบ้านดังนั้นก็ทำให้เราพึ่งแต่หมอพื้นบ้านโดยขาดทั้ง 3 มิติข้างต้นหรือไม่ จึงควรใช้ระบบสุขภาพพื้นบ้าน หรือ ระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Folk medicine)

อ.ศรีสว่าง เวลานี้มีกระแสที่ดีในการเห็นคุณค่าภูมิปัญญา แต่ยังไม่แน่ใจเรื่องมาตรฐาน คุณภาพและความปลอดภัย

ชาญเชาว์ มาตรฐานมีแน่แต่ต้องเป็น กม.อีกฉบับ กฎหมายฉบับนี้เน้นภูมิปัญญาท้องถิ่น เขียนกว้างๆ เพื่อเป็นการรับรองสถานะ legal status ให้เขามีอยู่ แต่เรื่องคุณภาพนั้นเป็น กม. อีกฉบับ ซึ่งมีอยู่แล้ว เช่น พ.ร.บ. ประกอบโรคศิลปะ พ.ร.บ. คุ้มครองผู้บริโภค

พ.อำพล เราจะเขียนให้เขาโตได้ แต่เรื่องคุณภาพนั้นมีหลายฉบับที่เขียนไว้ ทั้งใน กม.คุ้มครองผู้บริโภค แต่สิ่งที่สำคัญคือ ในชั้นธรรมาณุนั้นควรเขียนถึงระดับไหน

พ.ประพจน์ ขณะนี้บทบาทของรัฐน่าจะส่งเสริมให้ภาคประชาชนเติบโตขึ้นมา ซึ่งมันมีศาสตร์ความรู้หมอพื้นบ้านที่เป็นความรู้ของตัวเอง และรัฐเข้าไปทำหลักสูตรของชาวบ้านอย่าแย่งไปหมด ให้มีประกาศนียบัตร ทำให้กลายเป็นหมอเถื่อน กับ หมอไม่เถื่อน การดำเนินงานในปัจจุบันพยายามที่จะให้เป็นระบบเดียวกัน แต่ส่งเสริมให้เกิดความหลากหลาย

อ.ชาญเชาว์ เป็นการประสงค์ดีที่ประสงค์ร้ายที่รัฐทำให้ระบบของชาวบ้านตาย ดังนั้น กม.นี้อย่าให้ร้ายแบบเดิม

วราวุธ ต้องการตั้งข้อสังเกตว่าการที่เรารวมระบบหมอพื้นบ้านกับการแพทย์แผนไทย นั้น หมอพื้นบ้านยังไม่ได้ประกาศนียบัตร เขาก็ทำงานได้แต่ในชุมชน ห้ามออกนอกพื้นที่ ส่วนการแพทย์แผนไทยนั้นไม่ค่อยมีปัญหา มีแต่หมอพื้นบ้านนั้นควรต้องพัฒนาขีดความสามารถของเขาให้มากขึ้น

พ.โกมาตร

มีความเป็นห่วง 2 ประการ

- การให้ชาวบ้านมาเข้าคอร์สอบรมนั้นจะเหมือน กรมศิลป์ไปสอนศิลปินชาวบ้าน นั่นคือ เราเอาหลักสูตรราชสำนัก มาทำลายหลากหลายวัฒนธรรม อันนี้จะเป็นความหวังดีแบบประสงค์ร้ายหรือเปล่า

- ระบบต้องออกแบบให้เหมาะกับพื้นที่และวัฒนธรรม จะทำอย่างไร เพราะต้องให้เขาทำงานในชุมชนนั่นเองดีกว่าให้เป็นหมอเฒ่า และมีระบบวัฒนธรรมของชุมชนที่คอยสอดส่องดูแล ให้มีการรักษาญาติพี่น้องกันเอง หากทำไม่ดีก็ให้เกิด Sanction ในชุมชน (สนับสนุนให้มีการดูแลรักษาตนเองในชุมชน)

สรุป

หลักการ เพิ่มประเด็นการนำศักยภาพ/ภูมิปัญญาที่มีอยู่มาเสริมการแพทย์แผนปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความมุ่งหมาย เพิ่มประเด็นการจัดการ

แนวทาง - พัฒนาความเข้มแข็งบนพื้นฐานของตนเอง อย่างอิสระ/ผสมผสานไปด้วยกัน และมีระบบบริการที่หลากหลาย

- สร้างกลไกเพื่อสนับสนุนให้แผนแพทย์ไทยเติบโตเพื่อให้ประชาชนมีทางเลือก

๑๕ พ.ศ. ๑.

ภูมิปัญญาท้องถิ่น

หลักการ

นำศักยภาพ / ภูมิปัญญาที่มีอยู่ มาเสริมให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ

ส่งเสริมบริการทางการแพทย์แผนไทยให้เติบโตและเข้มแข็งบนพื้นฐานของตนเอง และนำมาผสมผสาน

ในระบบสุขภาพของประเทศผสมผสานกับระบบการแพทย์ปัจจุบัน

ให้ยกระดับการแพทย์แผนไทย โดยการจัดให้เกิดการเรียนการสอนในระบบของตนเองอย่างอิสระ

จำเป็นต้องสร้างกลไกเพื่อสนับสนุนให้แพทย์แผนไทยเติบโตเพื่อให้ประชาชนมีทางเลือก

ระบบการแพทย์พื้นบ้าน 4 ระดับ

องค์ความรู้ที่มากำกับวิถีชีวิต

แบบแผนการปฏิบัติตัว เช่น อยู่ไฟ

การดูแลตนเองเมื่อป่วยเล็กน้อย

พึ่งหมอพื้นบ้าน

ปัญหา ถ้าใช้ "หมอพื้นบ้าน" จะหมายถึงระดับ 4 อาจใช้คำว่า ระบบการแพทย์พื้นบ้าน

(Folk Medicine)

การดำเนินงานในปัจจุบัน พยายามทำให้เป็นระบบเดียวกัน แต่ส่งเสริมให้เกิดความหลากหลาย

วิธีการเขียนกฎหมาย

รับรองสถานะทางกฎหมาย

ประชาชนต้องช่วยสนับสนุน

รัฐช่วยเสริม

อภิปรายสรุป

ธีระวัฒน์

สนับสนุนกลไกสมัชชาสุขภาพ เนื่องจากการส่งผ่านข้อมูลรากฐานไปสู่สาธารณะหรือระดับชุมชน

สมัชชาเป็นกระบวนการที่จะทำให้กลุ่มชนที่มีปัญหา มาร่วมทำกิจกรรมร่วมกันแก้ปัญหา แต่ในส่วนที่จะเป็นปัญหามากที่สุดคือกระบวนการส่งข้อมูลไปสู่ชุมชน ทำได้จริงหรือไม่ จากกระบวนการ Globalization ทำให้ประชาชนป่วยทางจิตวิญญาณ โดยอาศัยกลไกในระดับต่างๆ ทำให้เกิดความเรียนรู้ว่า "กลไก" เป็นเรื่องสำคัญ

สมัชชาจึงเป็นกลไกสำคัญที่จะทำให้เกิดความสำเร็จ

ข้อเสนอ

1. เร่งผลักดันให้ สมัชชา เคลื่อนโดยเร็ว (ไม่ต้องรอกฎหมาย) โดยมีคุณภาพ และกระบวนการส่งผ่านความรู้สู่ชุมชน
2. ต้องร่วมกันทำงาน โดยผสมผสานจุดยืนของแต่ละคนได้
3. ไม่ติดกรอบความชำนาญเฉพาะด้าน ต้องเปิดความรับรู้ของตนเองมีความสำคัญมาก

รหัส M0001 / 2พ.ย.44

ปรับปรุง : 8 ม.ค.45

สาระสำคัญของการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

โครงร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

นิยาม

- หมวดที่ 1 ความมุ่งหมายและหลักการ
- หมวดที่ 2 กลไกนโยบายสุขภาพแห่งชาติ
- หมวดที่ 3 สิทธิหน้าที่ด้านสุขภาพ
- หมวดที่ 4 ความมั่นคงด้านสุขภาพ
- หมวดที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ
- หมวดที่ 6 การป้องกันควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ
- หมวดที่ 7 การบริการสุขภาพและการควบคุมคุณภาพ
- หมวดที่ 8 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
- หมวดที่ 9 ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
- หมวดที่ 10 องค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
- หมวดที่ 11 กำลังคนด้านสุขภาพ
- หมวดที่ 12 การเงินการคลังด้านสุขภาพ

บทเฉพาะกาล

เอกสารทำงานของคณะทำงานยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ
คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.)

นิยาม จะค่อยๆเขียนไปปรับไป

ได้แก่

1. สุขภาพ

- คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม อย่างสมดุล ทั้งมิติทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพมิได้หมายถึงเฉพาะความไม่พิการและการไม่มีโรคเท่านั้น (จากร่างกรอบความคิดฯ)
- คือ ภาวะความสุขกาย สบายใจ ของบุคคล ต่อการดำเนินชีวิตในกรอบของมโนธรรม จริยธรรม ที่ยังสามารถสร้างคุณค่าและประโยชน์แก่สังคมที่มีความสันติสุข ภายใต้ระบบเศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และชีวภาพ ที่เหมาะสมเชื่อมโยงกันโดยองค์รวมอย่างสมบูรณ์ (ร่าง ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์)

2. ระบบสุขภาพ

- หมายความว่า ระบบทั้งหมดของสิ่งต่างๆ ที่สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน (ร่าง ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์)
- หมายความว่า ระบบทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์รวมอันสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งปวง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม กายภาพ และชีวภาพ รวมทั้งปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพด้วย (ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพฯ 2543)

3. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

- หมายถึง “นโยบายสาธารณะที่แสดงถึงความห่วงใยอย่างชัดเจนเรื่องสุขภาพ พร้อมทั้งจะรับผิดชอบต่อผลกระทบด้านสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น” นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจึงเป็นนโยบายที่มุ่งสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและทางกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และเป็นนโยบายที่มุ่งทำให้พลเมืองมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพที่ดี

4. ภาวะที่คุกคามสุขภาพ

- หมายถึง ปัจจัยต่างๆที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ เชื้อโรค สารเคมี รวมทั้งระบบต่างๆ เช่น ระบบอาหาร ระบบยา ระบบเศรษฐกิจ ระบบการศึกษา เป็นต้น

5. การบริการสุขภาพ

- หมายถึง บริการต่าง ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม (เช่น บริการสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ)

6. การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

- หมายถึง บริการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัย และบำบัดสภาวะความเจ็บป่วยของบุคคล รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพบุคคลให้เข้าสู่วิถีสุขภาพ

7. สถานบริการสุขภาพ

8. การสร้างเสริมสุขภาพ

- กระบวนการส่งเสริมความสามารถของบุคคลและชุมชนในการดำเนินวิถีชีวิตที่มุ่งไปสู่การมีสุขภาพ ภายใต้อาณัติของสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย
- กระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้คนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้น คือ สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม และพร้อมที่จะปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (Ottawa charter)

9. ระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

- หมายถึง ระบบการจัดการ การบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น 3 ระดับคือ ระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

9.1 ระบบบริการระดับต้น (ปฐมภูมิ) หมายถึง

ระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพเป็นหลัก ผสมผสานกับบริการ ป้องกัน และควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ รวมทั้ง การตรวจวินิจฉัย และบำบัด สภาวะความเจ็บป่วยทั่วไป รวมทั้ง การฟื้นฟูสภาพ ให้บุคคลเข้าสู่วิถีสุขภาพที่ไม่มีปัญหาซับซ้อน โดยไม่จำเป็นต้องมีการใช้เครื่องมือ หรือต้องปฏิบัติการพิเศษใด ๆ (ศ.วิฑูรย์)

ระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข . ที่เน้นบริการแบบทั่วไป ไม่มีความยุ่งยากซับซ้อนมาก เป็นบริการแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ บริการเป็นองค์รวม เชื่อมโยงใกล้ชิดระหว่างสถานบริการ ชุมชน และครอบครัว มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับกลาง และกับชุมชน เพื่อส่งต่อความรับผิดชอบระหว่างกันและกันอย่างดี (ทีมงานเลขานุการ)

9.2 ระบบบริการระดับกลาง(ทุติยภูมิ) หมายถึง

ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ในการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ รวมทั้งการตรวจวินิจฉัย และบำบัดสภาวะความเจ็บป่วยของบุคคลที่เป็นปัญหาซับซ้อน รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพให้บุคคลเข้าสู่วิถีสุขภาพที่ต้องอาศัยเครื่องมือ ห้องปฏิบัติการ สถานที่เฉพาะ (ศ.วิฑูรย์)

เป็นระบบบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ที่เน้นบริการทั้งส่งเสริม ควบคุมป้องกันปัจจัยที่คุกคาม รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนมากกว่าบริการทั่วไป ต้องอาศัยความรู้ เทคโนโลยี และบุคลากรเฉพาะด้าน มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับต้นและระดับปลาย เพื่อส่งต่อความรับผิดชอบระหว่างกันเป็นอย่างดี (ทีมงานเลขานุการ)

9.3 ระบบบริการระดับสูง (ตติยภูมิ) หมายถึง

ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ รวมทั้งการตรวจวินิจฉัย และบำบัดความเจ็บป่วยของบุคคลที่มีปัญหายุ่งยากมากขึ้น รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพให้บุคคลเข้าสู่วิถีสุขภาพ ที่ต้องอาศัยเครื่องมือ ห้องปฏิบัติการ สถานที่ที่ต้องจัดไว้เป็นพิเศษเฉพาะเรื่อง และเป็นการให้บริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพ ที่มีความชำนาญพิเศษเฉพาะสาขา หรือหลายสาขาร่วมกัน (ศ.วิฑูรย์)

เป็นระบบบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ที่เน้นบริการทั้งส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกัน ปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมากเป็นพิเศษ ต้องอาศัยองค์ความรู้ เทคโนโลยีและบุคลากรเป็นพิเศษที่มีความเป็นเลิศในด้านต่างๆ มีความเชื่อมโยงระบบบริการระดับกลางเพื่อส่งต่อความรับผิดชอบระหว่างกันเป็นอย่างดี (ทีมงานเลขานุการ)

10. กำลังคนด้านสุขภาพ หมายถึง

- หมายถึงคนทุกคน ทุกอาชีพ ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการสร้างสุขภาพทั้งสิ้น (แต่ในหมวดที่ 11 ของ พ.ร.บ.นี้ หมายถึงเฉพาะกำลังคนซึ่งทำหน้าที่ในระบบการแพทย์และสาธารณสุขโดยตรง เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสาธารณสุข นักชีวอนามัย แพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน เป็นต้น)

11. ระบบกำลังด้านการแพทย์และสาธารณสุข หมายถึง

- หมายถึงระบบที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย การวางแผน การผลิต การใช้/การบริหารจัดการ การพัฒนา การวิจัย และการประเมินผล ที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งเป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพและระบบการศึกษา และเชื่อมโยงอยู่กับระบบอื่นๆ ด้วย

12. ระบบหมอพื้นบ้าน หมายถึง

- ระบบการดูแลสุขภาพกันเองในชุมชนแบบดั้งเดิม จนเป็นวิถีชีวิตเกี่ยวข้องกับความเชื่อ พิธีกรรม วัฒนธรรมประเพณีและทรัพยากรที่แตกต่างกัน เป็นที่ยอมรับของชุมชนนั้นๆ

13. ระบบการแพทย์แผนไทย (อาจใช้ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 หรือปรับปรุง)

14. ระบบการแพทย์ทางเลือก หมายถึง ระบบการแพทย์กระแสรองอื่นๆ

15. ระบบการคลังแบบรวมหมู่ หมายถึง

- ระบบการเงินการคลังที่ทุกคนในสังคมมีส่วนร่วมในการรับภาระค่าใช้จ่ายในการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีการเก็บเงินล่วงหน้าจากทุกคน แล้วนำมาใช้จ่ายร่วมกันในลักษณะของการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นระบบภาษีทั่วไป ระบบภาษีเฉพาะ ระบบประกันสังคม หรือระบบประกันสุขภาพอื่น ๆ เป็นระบบที่ตรงกันข้ามกับระบบที่ปล่อยให้ประชาชนแต่ละคนรับภาระค่าใช้จ่ายด้วยตนเองตามความเสี่ยงหรือปัญหาของแต่ละคน (โดยระบบการคลังรวมหมู่ที่จะได้ผลต้องเป็นระบบบังคับ)

16. ระบบการคลังปลายปี หมายถึง

- ระบบการเงินการคลังที่กำหนดค่าใช้จ่ายที่ชัดเจนในช่วงเวลาหนึ่ง โดยทั่วไปจะเป็นหนึ่งปี เช่น ระบบงบประมาณประจำปีให้แก่สถานพยาบาล ระบบการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว เป็นต้น

หมวด 1 บททั่วไป - หลักการและความมุ่งหมาย

ข้อเสนอกฎหมาย	เหตุผล
1.1 สุขภาพของบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ	ขยายความเรื่องศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยถือว่าสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มีฐานกฎหมายตามรัฐธรรมนูญ ตามมาตรา 4
1.2 สุขภาพเป็นเป้าหมายสูงสุดของชุมชนและสังคม เป็นทั้งอุดมการณ์และหลักประกันความมั่นคงของชาติ	เพื่อเน้นให้เห็นหลักการของระบบสุขภาพว่า สุขภาพเป็นเป้าหมายสำคัญสูงสุด(ultimate goal)
1.3 ระบบสุขภาพเป็นระบบที่มุ่งเน้นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของคนทั้งมวล และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้ทุกภาคส่วนร่วมสร้างเสริมสุขภาพ โดยให้มีกระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคคล ชุมชน สิ่งแวดล้อมและสังคมอย่างต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์สุขของการอยู่ร่วมกัน	เพื่อเน้นหลักการของระบบสุขภาพว่า สุขภาพเป็นสิทธิของทุกคน และทุกคนทุกภาคส่วนของสังคมต้องมีส่วนร่วมและมีความรับผิดชอบร่วมกันในการสร้างสุขภาพ (Health for All , All for Health)
1.4 ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ เป็นระบบที่ (1) มีศีลธรรม คุณธรรมและจริยธรรม (2) เคารพสิทธิความเป็นมนุษย์ นำไปสู่ความเท่าเทียมกัน (3) มีโครงสร้างครบถ้วน ทำงานสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างมีบูรณาการ (4) มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ สามารถตรวจสอบได้ และรับผิดชอบต่อร่วมกันอย่างสมานฉันท์ (5) มีปัญหาเป็นพื้นฐาน สามารถเรียนรู้และพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง โดยสอดคล้องกับวิถีชีวิตและสังคม รวมทั้งพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน	กำหนดเพื่อให้มีความมุ่งหมายของระบบสุขภาพแห่งชาติ ว่าจะต้องเป็นระบบที่นำไปสู่ความเท่าเทียม เป็นธรรม มีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพ (equity, efficiency, quality) โดยความเท่าเทียม เป็นธรรม จะหมายถึงเท่าเทียมในบริการพื้นฐานตามที่จำเป็น เน้นให้ทุกภาคส่วนของสังคมมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ ทำงานอย่างมีความสัมพันธ์ เชื่อมโยงกัน ไม่แยกส่วน เน้นการใช้ความรู้ (การวิจัย) เป็นพื้นฐาน และปรับระบบไปตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างเป็นพลวัต

หมวดที่ 2 กลไกนโยบายสุขภาพแห่งชาติ (คู่มือปฏิบัติ)

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)

อำนาจหน้าที่

1. เสนอแนะ (นโยบาย แผนยุทธศาสตร์)
 - เสนอนโยบายสุขภาพของประเทศต่อ ค.ร.ม.
 - เสนอแผนยุทธศาสตร์หลัก
 - เสนอคำแนะนำต่อ ครม. ในการแก้กฎหมาย ระเบียบปฏิบัติต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพของประเทศ
2. ประสานและให้ข้อเสนอแนะก่อนนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ขององค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่ตอบสนองก่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของชาติเฉพาะในประเด็นสำคัญ หรือที่คณะกรรมการกำหนด
3. ติดตามประเมิน
 - ระบบสุขภาพแห่งชาติ (ทิศทาง นโยบาย)
 - ผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ
4. จัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นประจำ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และอาจจัดประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นใดประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญ หรือจัดประชุมสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่ก็ได้
5. ทำรายงาน “สถานการณ์ระบบสุขภาพ” เสนอต่อ ค.ร.ม./รัฐสภา / สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคม / ประชาชน
6. อื่น ๆ ตามที่ ค.ร.ม. มอบหมาย หรือตามข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

เหตุผล

- (1) กำหนดให้มีกลไกนี้เป็นการสร้างรูปธรรมตามเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 หมวด 5 เรื่องแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ “มาตรา 76 รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบาย การตัดสินใจทางการเมือง การวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมและการเมือง รวมทั้งการตรวจสอบการใช้อำนาจอธิปไตย”
- (2) ที่ผ่านมามีกลไกกำหนดนโยบายด้านสุขภาพแห่งชาติที่ชัดเจน ที่มีก็เป็นกลไกภายใต้ภาครัฐเพียงลำพังซึ่งเป็นไปในลักษณะแยกส่วน ไม่มีกลไกดูแลนโยบายและทิศทางของระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างเป็นองค์รวมที่ภาคประชาชนจะมีส่วนร่วมได้อย่างแท้จริงและต่อเนื่อง
- (3) เพื่อให้มีกลไกระดับชาติที่ดูแลนโยบายและยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพอย่างเป็นพลวัต โดยกลไกนี้ต้องทำหน้าที่เป็นแกนเชื่อมโยงทั้ง 3 ส่วนเข้าด้วยกันคือ
 - 1) ภาคการเมือง ซึ่งต้องรับผิดชอบการบริหารประเทศ
 - 2) ภาคสังคม ที่ต้องได้รับการสนับสนุนให้มีการพัฒนาอย่างอิสระ เป็นธรรมชาติและเข้มแข็งขึ้นตามลำดับ
 - และ 3) ภาคความรู้ ซึ่งต้องมีระบบ กลไก และงบประมาณ

องค์ประกอบ 1. นายกรัฐมนตรี – ประธาน จำนวน 1 คน 2. รัฐมนตรี/ปลัดกระทรวงที่เกี่ยวข้อง จำนวน 9 คน (1) สาธารณสุข, (2) แรงงาน, (3) ศึกษาธิการ ศาสนาและวัฒนธรรม (4) เกษตร (5) อุตสาหกรรม (6) พาณิชย์ (7) คมนาคม (8) วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (9) มหาดไทย 3. ผู้แทนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 4 คน 4. ผู้แทนองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ จำนวน 3 คน 5. ประธาน สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จำนวน 1 คน 6. ผู้ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข การศึกษา บริหาร สื่อสารมวลชน ชุมชน กฎหมาย เศรษฐศาสตร์ พัฒนากลุ่มประชาชนเป้าหมายเฉพาะ) จำนวน 3 คน 7. ผู้แทนองค์กรภาคประชาชนที่ไม่เกี่ยวข้องกับธุรกิจด้านสุขภาพ จำนวน 6 คน 8. ผู้แทนองค์การเอกชน จำนวน 2 คน 9. เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กรรมการและเลขานุการ	สนับสนุนการสร้างความรู้ที่สามารถตอบสนองต่อการ กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ได้อย่างดีพอ (4) ดังนั้นกลไกระดับชาตินี้ต้องมีระดับที่เหนือกว่าการเป็นกลไกบริหารราชการปกติของรัฐบาล เหนือกว่ากลไกระดับกระทรวง หรือระหว่างกระทรวง และต้องมีภาคประชาชนเข้าร่วมโดยตรง (5) ต้องมีสำนักเลขานุการที่เป็นองค์กรของรัฐที่มีอิสระ (นิติบุคคลในกำกับของรัฐ) ไม่ใช่เป็นส่วนราชการ เพื่อให้สามารถทำหน้าที่เชื่อมโยง 3 ส่วนตามข้อ (1) เข้าด้วยกันอย่างคล่องตัว เป็นกลาง อิสระจากการครอบงำหรือชี้นำจากส่วนหนึ่งส่วนใด แต่องค์กรนี้ต้องมีระบบบริหารจัดการที่เป็นธรรมาภิบาล (6) กลไกทั้งหมดต้องให้ความสำคัญกับประชาชนและสังคมอย่างสูง โดยการจัดเวทีสมัชชาฯ รับฟังและร่วมคิดร่วมทำกับภาคประชาชน การรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพแก่ประชาชนอย่างสม่ำเสมอและอื่น ๆ
---	--

รวมแล้วไม่เกิน 29 คน

วาระ

กรรมการจากการสรรหา มีวาระคราวละ 3 ปี ไม่เกิน 2 วาระ กรรมการจากการสรรหาชุดแรก เมื่อครบ 2 ปี จับสลาก ออกครั้งหนึ่งเพื่อให้เป็นวาระเหลื่อมกัน

วิธีการสรรหา/คุณสมบัติผู้ทรงคุณวุฒิ

(ฝ่ายเลขานุการจะไปศึกษา ค้นคว้าเพิ่มเติม โดยประสานงานกับกองกรรมการ สำนักงานเลขาธิการรัฐสภา และสอบถามความคิดเห็นจากประชาชนต่างๆด้วย)

- องค์ประกอบภาคประชาชน ต้องกำหนดให้มาจากสมาชิกรัฐสภา หรือมาจากกระบวนการสรรหา?
- กรรมการกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ , กำหนดสัดส่วนหญิง : ชายหรือไม่
- คุณสมบัติกรรมการ (ไม่กำหนดเรื่องอายุ / ห้ามมีส่วนได้เสียในธุรกิจที่ เกี่ยวข้องกับสุขภาพ)

สำนักงานเลขาธิการ คสช.

เป็นนิติบุคคล (หน่วยงานของรัฐที่มีได้เป็นส่วนราชการ) ในกำกับ กสธ.

วัตถุประสงค์

- (1) ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของ คสช. เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของ คสช. ตามอำนาจหน้าที่
- (2) ทำหน้าที่เป็นกลไกแกนกลางประสานเชื่อมโยงการทำงานของฝ่ายบริหาร (การเมือง, ราชการประจำ) ฝ่ายประชาชน (องค์กรภาคประชาชน เอกชน) ฝ่ายวิชาการ วิชาชีพ และฝ่ายอื่น ๆ ที่ทำงานเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพในระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผน

อำนาจหน้าที่

- (1) รับผิดชอบการบริหารงาน บริหารเงิน บริหารพัสดุ บริหารบุคลากร งานธุรการ งานวิชาการ งานการประชุม งานประชาสัมพันธ์และงานเลขานุการของ คสช. คณะอนุกรรมการและคณะทำงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- (2) บริหารจัดการกลไกต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการทำงานของ คสช. และขององค์กรอื่น ๆ ที่ทำงานเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผน เช่น กลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ กลไกการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ กลไกนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุข กลไกนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข กลไกนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ เป็นต้น
- (3) รับผิดชอบการจัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติประจำปี สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นและสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพพื้นที่
- (4) ประสานงาน สนับสนุน ติดตามสถานการณ์ของระบบสุขภาพ ศึกษา รวบรวมจัดทำรายงาน ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ
- (5) ดำเนินงานอื่นใดตามที่คสช.มอบหมาย

คณะกรรมการบริหารสำนักงาน

1. อำนาจหน้าที่

ควบคุมดูแลกิจการทั่วไปของสำนักงาน และโดยเฉพาะมีอำนาจหน้าที่ดังนี้

- (1) พิจารณาแผนยุทธศาสตร์ แผนหลักและแผนการดำเนินงานของสำนักงาน
- (2) กำหนดนโยบายและควบคุมดูแลการดำเนินงานของสำนักงานให้สามารถทำหน้าที่เป็น

ฝ่ายเลขานุการของ คสช. ได้อย่างสมบูรณ์ (3) อนุมัติแผนการเงินและงบประมาณประจำปีของสำนักงาน (4) ออกข้อบังคับว่าด้วยการจัดแบ่งส่วนงานของสำนักงานและข้อบังคับว่าด้วยการบริหารของสำนักงาน (5) กำหนดจำนวน ตำแหน่ง ระยะเวลาจ้าง อัตราเงินเดือน ค่าจ้างและเงินอื่นของพนักงานและลูกจ้าง ออกข้อบังคับด้านการบริหารบุคคล การบริหารการเงิน การบริหารพัสดุและอื่น ๆ (6) ออกข้อบังคับว่าด้วยคุณสมบัติและการคัดเลือกผู้อำนวยการ การปฏิบัติงานของผู้อำนวยการ และการมอบให้ผู้อื่นรักษาการแทนหรือปฏิบัติงานแทนผู้อำนวยการ (7) ดำเนินการอื่น ๆ ตามที่ คสช. มอบหมาย 2. องค์ประกอบ (1) กรรมการ คสช. ที่ คสช. แต่งตั้ง 1 คน เป็นประธาน (2) ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขที่ คสช. เห็นชอบ 1 คน (3) ผู้ทรงคุณวุฒิ(ด้านบริหาร ด้านสังคม และด้านอื่นที่เหมาะสม) ที่ คสช. แต่งตั้งไม่เกิน 7 คน ต้องมีการกำหนดคุณสมบัติ กำหนดให้มีระบบสรรหา โดยคณะกรรมการที่ คสช. แต่งตั้ง เปิดโอกาสให้ได้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เหมาะสม หลากหลาย มาจากประชาคมรากหญ้าได้ด้วย (อาจมาจากกรรมการใน คสช. หรือไม่ก็ได้) (4) เลขานุการ คสช. เป็นกรรมการและเลขานุการ 3 วาระกรรมการ - 3 ปี ไม่เกิน 2 วาระ	เหตุผล 1. เพื่อเป็นกลไกดูแลการบริหาร สนง.คสช. ให้เกิด good governance และมีประสิทธิภาพ 2. ให้มีการเชื่อมโยงกับ คสช. โดยตรง (โดยผ่านประธาน กก. บริหารที่ คสช. แต่งตั้งเข้ามาดูแล) 3. ให้มีการเชื่อมโยงกับกระทรวงสาธารณสุข (กสร.) เพื่อผลดีในเรื่องการจัดการโดยมีผู้แทน กสร. เข้าร่วมเป็น กก. บริหารด้วย 4. เปิดช่องทางให้มีระบบสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิหลาย ๆ ด้าน เข้ามาทำหน้าที่กรรมการบริหาร เพื่อทำงานขับเคลื่อนสามเหลี่ยมเข็มนาฬิกาอย่างได้ผล
---	---

- พ้นจากตำแหน่ง(ตามหลักสากล)

4. อื่น ๆ การประชุม, การแต่งตั้งคณะกรรมการ (ตามหลักสากล)

เลขาธิการ คสช. (ทำหน้าที่หัวหน้าสำนักงานเลขาธิการ คสช.)

1. ให้มีระบบสรรหาตามข้อบังคับที่คณะกรรมการบริหารฯ กำหนด แล้วให้คณะกรรมการบริหารฯ แต่งตั้ง (ด้วยความเห็นชอบของ คสช.)
2. คุณสมบัติ / เงินเดือน / ค่าตอบแทนผู้อำนวยการ เป็นไปตามข้อบังคับที่คณะกรรมการบริหารฯ กำหนด
3. วาระคราวละ 3 ปี ไม่เกิน 2 วาระติดต่อกัน
4. พ้นจากตำแหน่งโดย หมดวาระ, ตาย, ลาออก, คณะกรรมการบริหารฯ ให้ออก (ตามความเห็นชอบของ คสช.)
5. อำนาจหน้าที่
 - (1) บริหารกิจการของสำนักงานให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ และอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน และตามนโยบาย ข้อบังคับ ระเบียบ และมติของคณะกรรมการบริหาร และตามนโยบายของ คสช.
 - (2) บังคับบัญชาพนักงานและลูกจ้างของสำนักงานทุกตำแหน่ง
 - (3) บรรจุ แต่งตั้ง เลื่อน ลด ตัดเงินเดือนหรือค่าจ้าง ลงโทษทางวินัยพนักงานและลูกจ้าง ตลอดจนให้พนักงานหรือลูกจ้างออกจากตำแหน่ง ทั้งนี้ ตามข้อบังคับที่คณะกรรมการกำหนด
 - (4) วางระเบียบเกี่ยวกับการดำเนินงานของสำนักงาน โดยไม่ขัดหรือแย้งกับข้อบังคับ

ระเบียบ หรือมติของคณะกรรมการบริหาร (5) เป็นผู้แทนของสำนักงานในกิจการที่เกี่ยวกับบุคคลภายนอก ซึ่งมอบหมายให้บุคคลใดปฏิบัติงานเฉพาะอย่างแทนได้ ตามข้อบังคับที่คณะกรรมการบริหารกำหนด (6) หน้าที่อื่นที่คณะกรรมการบริหารมอบหมาย อื่น ๆ (1) ที่มาของรายได้ จากงบประมาณแผ่นดิน หมดอุดหนุนทั่วไป (ตามแผนงานที่ กสช. เห็นชอบ) ระบบบัญชี, การรายงาน, ทรัพย์สิน หนี้สิน, การโอนข้าราชการ / พนักงาน / ลูกจ้าง สมาชิกสภาแห่งชาติ • เป็นเวที/กระบวนการ/เครื่องมือ ที่เชื่อมโยงระหว่างภาคสังคม วิชาการ และการเมืองโดยจะจัดในลักษณะประจำ – ประจำปี หรือ เฉพาะเรื่อง • ให้สำนักงานเลขาฯ อำนวยความสะดวกในการจัดสมาชิก/สมาชิกแห่งชาติ โดยองค์กรต่างๆ อาจเขียนข้อกำหนดวิธีการจัดสมาชิก ดังนี้ - ต้องจัดอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง (ถือเป็นอำนาจหน้าที่กรรมการ) - กำหนดองค์ประกอบสมาชิกฯ - เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม สูงสุด (มีตัวแทนจากทุกภาคส่วน) -ให้นำผลจากการประชุมสมาชิกฯ ไปใช้ประกอบในการกำหนดนโยบายและแก้ปัญหาที่เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพที่สำคัญ	
--	--

ร่าง

“ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับองค์กรภาครัฐและเอกชนต่างๆ จัดประชุม สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นประจำ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และอาจจัดประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะ ประเด็นใดประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญ หรือจัดประชุมสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่ก็ได้

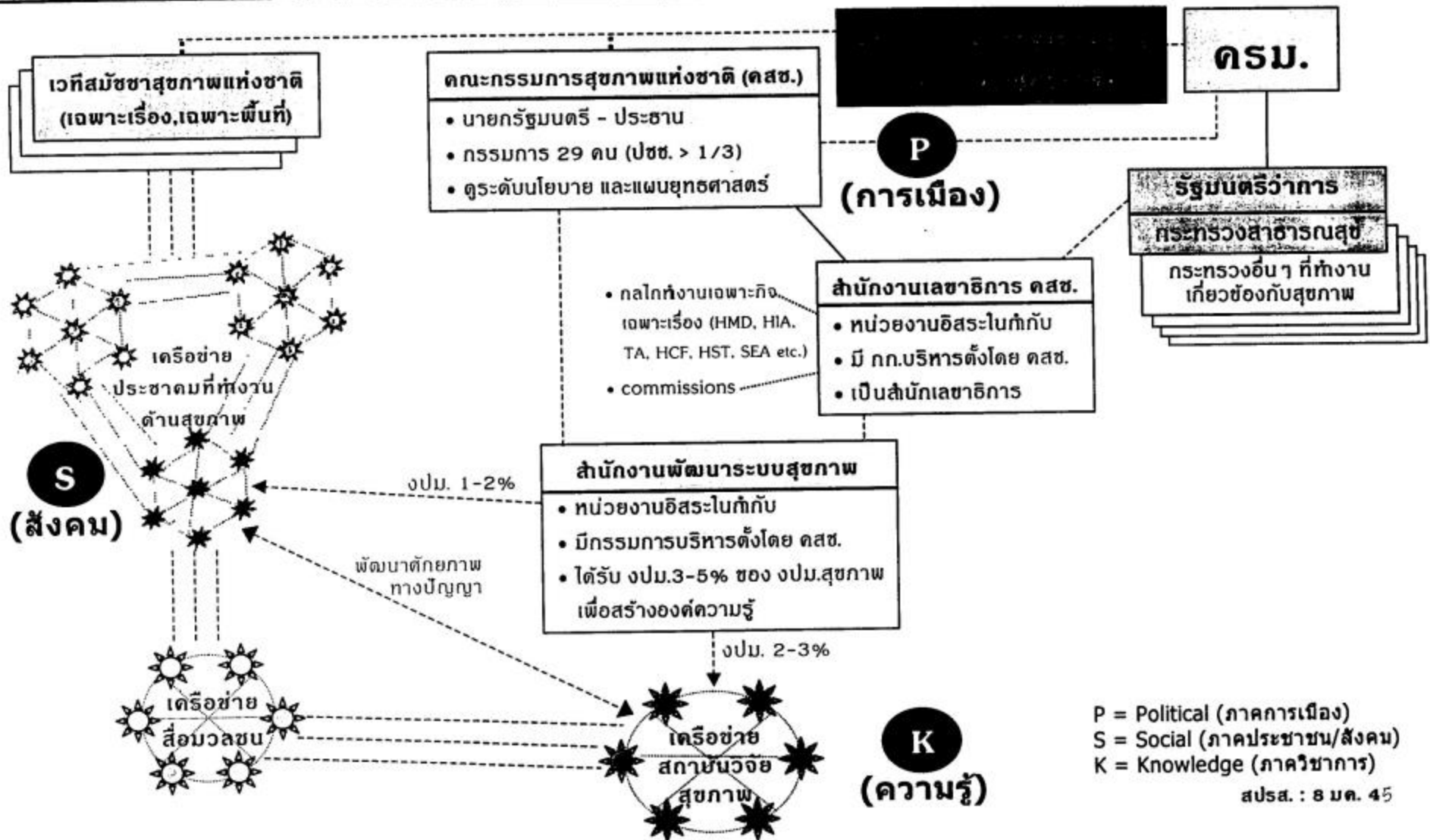
ในการประชุมสมัชชาสุขภาพทุกครั้ง ให้มีองค์ประกอบของผู้เข้าประชุมทั้งจากองค์กรภาค ภาครัฐ ภาคประชาชน และภาควิชาการ และให้จัดให้เป็นเวทีที่ทุกฝ่ายสามารถมีส่วนร่วมได้อย่างกว้าง ขวาง

เวทีสมัชชาสุขภาพจะเป็นเวทีระดมความคิดเห็นและสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายใน สังคม เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอที่องค์กรภาครัฐและนอกภาครัฐจะนำไปพัฒนายุทธศาสตร์และแผนการ ปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ”

องค์ประกอบ :

(ฝ่ายเลขานุการจะ ไปศึกษาเพิ่มเติม และสอบถามความเห็นจากประชาคมต่างๆ ด้วย)

ผังภูมิแสดง (ร่าง) กลไกนโยบายสุขภาพแห่งชาติ



หมวดที่ 3 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

สิทธิด้านสุขภาพ	หลักการเขียนเรื่องสิทธิคือ
1. สิทธิในการดำเนินชีวิต/ดำรงชีพในสิ่งแวดล้อม/และสภาพแวดล้อมที่ เหมาะสม อย่างสมดุลย์ 2. สิทธิในการรับบริการสุขภาพ - ที่ปลอดภัย,มีคุณภาพ,ได้มาตรฐาน,หลากหลาย(หลายแผน) - เรียกร้องเมื่อได้รับความเสียหาย 3. สิทธิในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ถูกต้อง พอเพียง - ข้อมูลข่าวสาร (รชน. ม. 58 , ม. 59) - คนปกติได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสารเพียงพอในการเพิ่มศักยภาพตนเองด้านสุขภาพ - เมื่อป่วยได้รับข้อมูลถูกต้อง เพียงพอ ในการร่วมตัดสินใจ 4. ผู้สูงอายุ(60 ปีขึ้นไป) ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ผู้ยากไร้และผู้ที่ยากจน <u>ช่วยเหลือเกื้อกูล</u> มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์ด้านสุขภาพจากรัฐ 5. (มีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัด โรคติดต่อ ปังภัยคุกคามสุขภาพ) 6. มีสิทธิในการรวมตัวกันจัดบริการสุขภาพ	1. มีกำหนดในรัฐธรรมนูญ 1.1 ชัดเจนแล้ว - ไม่ต้องเขียนซ้ำ 1.2 ยังกว้าง – ดึงมาเขียนเน้นให้ชัดในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 2. ยังไม่มีกำหนดในรัฐธรรมนูญ 2.1 เขียนเติมให้ชัดเจนขึ้น - ฝ่ายเลขานุการตรวจสอบ “ผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล” ว่ามีใช่อย่างเป็นทางการที่ใดบ้าง - ไม่ต้องเขียนให้เป็นสิทธิ เพราะเป็นหน้าที่ของรัฐตามรัฐธรรมนูญ ม.52 วรรค 3 ที่เขียนไว้ชัดเจนแล้ว และตาม พ.ร.บ. นี้จะกำหนดเป็นหมวดหนึ่งเฉพาะอยู่แล้ว) - อ้างอิงรัฐธรรมนูญ สิทธิการรวมตัวกันเพื่อดำเนินการ กำหนดไว้ใน รชน.ม. 45 และรวมตัวเพื่ออนุรักษ์ ภูมิปัญญาท้องถิ่น (รชน. ม. 46) ต้องเปิดที่ขึ้นให้ชุมชนมีทางเลือกในการบริการ

เสนอ 2 ทางเลือกคือ (1) “ประชาชนที่รวมตัวกันเป็นองค์กรภาคประชาชนมีสิทธิในการดำเนินการ <u>จัดบริการสุขภาพ</u>ของตนเองและของคนในชุมชนในลักษณะที่ใช้ <u>ภูมิปัญญาท้องถิ่น</u> โดย <u>ไม่ค้ากำไร</u>” (ซึ่งเท่ากับต้องปฏิบัติตามกฎหมายต่างๆที่เกี่ยวข้องอยู่แล้ว) (2) “ประชาชนที่รวมตัวกันเป็นองค์กรภาคประชาชนมีสิทธิในการดำเนินการ <u>จัดบริการสุขภาพ</u>ของตนเองและของคนในชุมชนในลักษณะที่ใช้ <u>ภูมิปัญญาท้องถิ่น</u> โดย <u>ไม่ค้ากำไร</u>และ <u>ไม่เป็นอันตรายต่อประชาชน</u>” (หรือให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง) 7. มีสิทธิได้รับความปลอดภัยในชีวิตและร่างกาย 8. มีสิทธิตายอย่างมีศักดิ์ศรี 9. ทารกในครรภ์มีสิทธิเกิดมาอย่างมีสุขภาพ 10. เด็กและเยาวชนและบุคคลในครอบครัวมีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากการใช้ความรุนแรงและการปฏิบัติที่คุกคามสุขภาพ 11. สิทธิเฉพาะหญิงในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ซึ่งมีความจำเพาะที่เกี่ยวกับสุขภาพ 12. สิทธิผู้ป่วย เรียบเรียงจากคำประกาศสิทธิผู้ป่วยและให้มีประเด็นสิทธิเรียกร้องค่าเสียหายที่เกิดจากการรับบริการสุขภาพด้วย 13. สิทธิเกี่ยวกับผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ	เพื่อการพึ่งตนเองของชุมชน - ประเด็นนี้สำคัญมาก เพราะภาคประชาชนต้องการสิทธิในการรวมตัวกันจัดบริการสุขภาพกันเองด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้าน แต่ปัจจุบันคิดขัดกฎหมายหลายฉบับ จนถูกระบุว่า “เถื่อน” - จะใช้เป็นประเด็นสอบทานความเห็นจากประชาคมต่างๆ และจากสาธารณะต่อไปด้วย - หลังตาย คนตายไม่มีสิทธิแล้ว จะนำไปเขียนไว้ในระบบบริการสุขภาพ - อ.ศรีสว่างและ ดร.วณิ รับไปปรึกษาประชาคมผู้หญิงเพื่อจับประเด็นสิทธิออกมาให้ชัดเจน - (ดูหมวดที่ 5)
--	--

หรือ(2) มีสิทธิรับรู้ผลการประเมินผลกระทบฯและร่วมตัดสินใจก่อนลงมือดำเนิน
โครงการ

14. (สิทธิผู้บริโภค)

15. (สิทธิที่จะได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี)

หน้าที่ด้านสุขภาพ

1. บุคคล องค์กรเอกชน หน่วยงาน และชุมชนท้องถิ่น มีหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพแก่ตนเองและสมาชิกขององค์กรนั้นๆ และมีหน้าที่รับผิดชอบต่อการกระทำให้เกิดปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ตามที่กฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกำหนด
2. บุคคล องค์กรเอกชน หน่วยงาน และชุมชนท้องถิ่น มีหน้าที่ร่วมกันอนุรักษ์ ปั่นฟู จารึกประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น ทรัพยากรธรรมชาติ ที่ส่งผลต่อการเสริมสร้างสุขภาพ
3. รัฐมีหน้าที่ประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ก่อนดำเนินการ โครงการใดที่อาจก่อให้เกิดปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
4. รัฐ องค์กรปกครองท้องถิ่น มีหน้าที่จัดให้มีระบบบริการด้านสุขภาพ ให้ได้มาตรฐาน ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ

- จะได้นำไปเป็นประเด็นสอบถามความเห็นจากประชาชนต่างๆและจาก สาธารณะต่อไป
- รอดตรวจสอบจาก ร่าง พ.ร.บ. คู่ครองผู้บริโภค (ฉบับใหม่) หากไม่มี คือนำไปใส่ในหมวดสิทธิด้วย เพื่อขยายความ รธน. ม. 57 แต่อาจไม่จำเป็นต้องเขียนในหมวดนี้ เพราะมีหมวดเฉพาะเรื่องนี้อยู่แล้ว
- มีประชาชนต่างๆเสนอความเห็นไว้เป็นจำนวนมาก (ที่ประชุมยังไม่ได้พิจารณา)

5. รัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ในการดำเนินการต่างๆ เพื่อสร้างโอกาส ปกป้อง คุ้มครองและจัดการเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี และรับผิดชอบต่อการแก้ปัญหาที่คุกคามสุขภาพของประชาชนจากนโยบายสาธารณะหรือการดำเนินการของรัฐ หรือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเองด้วย	
---	--

หมวดที่ 4 ความมั่นคงด้านสุขภาพ

ความมั่นคงด้านสุขภาพ : หมายถึง “ความมั่นคงของปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคน ชุมชน และสังคม ” <u>หลักการสำคัญ</u> รัฐ องค์กรปกครองท้องถิ่น ชุมชนและประชาชน จะต้องร่วมกัน “<u>คุ้มครอง</u>” ความมั่นคงด้านสุขภาพด้วยการ: : ร่วมสร้าง ส่งเสริม สนับสนุน : ปกป้อง ควบคุม : ลดเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรค , ขจัด, แก้ไข ในเรื่อง : 1. ความมั่นคงทางสังคม ครอบคลุม ชุมชน เข้มแข็ง สมานฉันท์ 2. ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ อาชีพ รายได้ พึ่งตนเองได้ ดำรงชีวิตอยู่ได้โดยมีปัจจัยสี่และปัจจัยพื้นฐานในการดูแลสุขภาพที่เพียงพอ (ข้อ 2.2.2 กรอบความคิดฯ) เศรษฐกิจพอเพียง(นำไปสู่สุขภาพพอเพียง) 3. ความมั่นคงทางโครงสร้างพื้นฐาน เช่นระบบการศึกษา ระบบการคมนาคม ระบบสื่อสารมวลชน ฯลฯ 4. ความมั่นคงด้านทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม มีการบำรุงรักษา พัฒนา คุ้มครอง ให้มีทรัพยากรเพียงพอ สิ่งแวดล้อมดี 5. การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น โดยไม่มีอุปสรรคในแง่ของเศรษฐกิจ กายภาพ ศาสนา วัฒนธรรม	- กำหนดนิยามด้วย - การกำหนดหมวดนี้เพื่อขยายรัฐธรรมนูญในส่วนที่เกี่ยวกับสุขภาพ ให้เห็นหลักการที่ชัดเจนว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจะได้รับการ คุ้มครองดูแลเพื่อให้เกิดสุขภาพะ โดยอาศัยกลไก มาตรการต่างๆที่อยู่ในหมวดต่างๆ ของ พ.ร.บ. นี้ และในกฎหมายอื่นๆด้วย
---	---

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 6. ความมั่นคงด้านความเป็นธรรม มีกระบวนการยุติธรรมที่สร้างความเป็นธรรม สงบสุข สมานฉันท์ 7. ความมั่นคงด้านการเมือง มีระบบการกำหนดนโยบาย การใช้อำนาจรัฐ การบริหารประเทศที่เป็นธรรมาภิบาล ประชาชนมีส่วนร่วม ฯลฯ (ที่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ) 8. ความมั่นคงที่เกี่ยวกับการวิจัย การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสุขภาพ ที่ไม่กระทบต่อสุขภาวะของคน ชุมชน และสังคม อยู่บนพื้นฐานของกรอบจริยธรรม 9. ความมั่นคงที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ประเพณี วัฒนธรรม ที่หลากหลาย 10. ความมั่นคงที่จะ ไม่ถูกละเมิดด้านสุขภาพจากการกระทำที่เกิดจากความเชื่อ หรือศรัทธา ของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่น | |
|--|--|

หมวดที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ

หลักการ ส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน

ความมุ่งหมายทั่วไป : เพื่อให้เกิดสุขภาวะทั่วทั้งสังคม

เฉพาะ : ต้องไปให้ถึงการลดการป่วย การตาย ความพิการ
(ทุกภาวะ) ที่ไม่สมควร ลงให้ได้ และลด (ควบคุม)
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้ได้ผล

แนวทาง / วิธีการ

1. สร้าง ส่งเสริม สนับสนุน กระบวนการเรียนรู้ของชุมชนที่มีคุณภาพ เป็นระบบและยั่งยืน เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะของบุคคลและชุมชน
 2. สร้าง สนับสนุนส่งเสริม ให้มีนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
 3. ส่งเสริมสนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน ขนบธรรมเนียมประเพณี เพื่อการสร้างเสริมและการดูแลสุขภาพกันเองในชุมชน
 4. สร้าง ส่งเสริม สนับสนุนให้มีมาตรการด้านบวกทางการเงินการคลัง ทางสังคม ทางวิชาการ และทางอื่น ๆ ที่มุ่งใจต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
- “รัฐจะต้องให้การสนับสนุนใช้มาตรการด้านภาษี งบประมาณ กฎหมาย ด้านวิชาการ ด้านสังคม และอื่น ๆ และสนับสนุนให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง สามารถระดมศักยภาพของสังคมทั้งสังคม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ”

คำนิยามให้อิง Ottawa Charter แต่ขยายความมิติชุมชนด้วย เพื่อให้ครอบคลุมสุขภาพสังคมให้ชัดเจนขึ้น

- เพราะความเข้มแข็งของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งของการสร้างสุขภาพของคน ครอบครัว ชุมชนและสังคม
- เขียนให้เห็นเป้าหมายของการสร้างเสริมสุขภาพให้ชัดกว่าความเข้าใจเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพในความหมายเดิม ๆ

- (ดูหมวดที่ 9)

- เน้นให้เกิดมาตรการทางบวกเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

5. กำหนดให้มีระบบสื่อมวลชนสาธารณะที่ดำเนินการเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
 อย่างเป็นรูปธรรม เช่น กำหนดสัดส่วนคลื่นความถี่วิทยุ โทรทัศน์ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ
 เป็นต้น
6. รัฐต้องส่งเสริมสนับสนุนระบบสวัสดิการชุมชนที่เป็นองค์รวม เชื่อมโยงทุกเรื่องในชุมชนเข้า
 ด้วยกัน เช่น การจัดการกองทุนสวัสดิการชุมชนที่มีความหลากหลายประชาชนร่วมกันออม
 ทุกทุนทางสังคม ทางปัญญา ทางศีลธรรม ทางทรัพยากร ทางการเงินและอื่น ๆ ตลอดจน
 การจัดการกิจกรรมช่วยเหลือเกื้อกูลเกี่ยวกับอาชีพ การเรียนรู้ การสร้างและการดูแลสุขภาพ
 การปรับปรุงวิถีชีวิตและการพัฒนาชุมชนทุก ๆ ด้าน เป็นต้น เพื่อการอยู่ดีมีสุขอย่างยั่งยืน
 (ข้อเสนอจากฝ่ายเลขานุการที่ได้จากการทบทวนวิชาการและการปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ)

กลไก/เครื่องมือ

1. ให้กลไก คสช. ดำเนินการเพื่อให้ได้ระบบสุขภาพแห่งชาติที่เน้น “การสร้างเสริมสุขภาพ” โดย
 มีการกำหนดเป้าหมายระดับชาติและมีระบบติดตามประเมินผลที่เป็นรูปธรรมชัดเจน
 “คสช. ต้องกำหนดเป้าหมายแห่งชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งลดภาระการเจ็บป่วย และทุ
 พลาของคนทั้งประเทศ ซึ่งอย่างน้อยจะต้องครอบคลุมประเด็นเรื่องพฤติกรรมสุขภาพสภาพ
 แวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างสุขภาพ โดยต้อง
 พัฒนากลไกติดตามกำกับกำกับการดำเนินนโยบายสำคัญ ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว และจัดทำ
 รายงานประจำปีเสนอต่อรัฐสภา คณะรัฐมนตรีและสมาชิกสภาสุขภาพแห่งชาติ”

1. เรื่องสุขภาพเป็นองค์รวม เป็นเรื่องของวิถีชีวิตและสังคม
 ความเข้มแข็งของชุมชนคือหัวใจของการสร้างเสริมสุขภาพ /
 สุขภาวะการส่งเสริมสนับสนุนระบบนี้ คือการส่งเสริมความ
 เข้มแข็งของชุมชนอย่างเป็นองค์รวม
2. กองทุนชุมชน เป็นเครื่องมือหนึ่งของการส่งเสริมความเข้ม
 แข็งของชุมชน แต่กองทุนในความหมายนี้มีความหมายกว้าง
 ขวางกว่ากองทุนการเงิน และฝ่ายรัฐควรทำหน้าที่สร้างโอกาส
 หนุนเสริม เดิมเดิม ไม่ใช่จัดตั้งด้วยรูปแบบเบ็ดเสร็จเสียเอง
 หรือเอาเรื่องเงินเป็นตัวตั้งเท่านั้น
- อ้างอิงรัฐธรรมนูญ ม.59 (สิทธิรับรู้ข้อมูล, คำชี้แจง, เหตุผล
 ก่อนอนุญาต / ดำเนินโครงการที่อาจมีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม
 สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต, สิทธิแสดงความเห็น)
 ม. 56 (สิทธิมีส่วนร่วม บำรุงรักษา การ
 ได้ประโยชน์จากทรัพยากร สิ่งแวดล้อม ที่กระทบต่อสุ
 ภาพอนามัยและคุณภาพชีวิต : ต้องทำ EIA ก่อน)
- คสช. เป็นกลไกระดับชาติที่มีหน้าที่ดูแลให้เกิดกระบวนการ
 นี้ โดยสำนักเลขาธิการ คสช. มีหน้าที่จัดกลไกสนับสนุน

2. กลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ (HIA)

“รัฐต้องกำหนดให้มีกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะที่มุ่งให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของทุกภาคส่วนในสังคม มีการใช้วิชาการอย่างเพียงพอ มีกลไกดำเนินงานที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ ประชาชนมีส่วนร่วมเสนอ ร่วมทำ ร่วมใช้ผลและร่วมตัดสินใจ”

การดำเนินการ [เป็นการดำเนินการในลักษณะเชื่อมโยงการใช้วิชาการ (K) เข้ากับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน (S) เพื่อเชื่อมโยงการใช้อำนาจ/การตัดสินใจของภาคการเมือง / การบริหาร (P)]

- ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เขียนให้เกิดกลไกนี้เพื่อให้เป็น การเรียนรู้ร่วมกันของทุกภาคส่วนในสังคม โดยเปิดทางไว้ว่า เมื่อสังคมมีความพร้อม อาจมีการออก พ.ร.บ. หรือ พระราชกฤษฎีกา หรือ กฎกระทรวงกำหนดให้มีกลไกเฉพาะ เพื่อดำเนินการเรื่องนี้ ก่อนการอนุมัติ อนุญาตการดำเนินนโยบาย / โครงการสำคัญ ๆ ที่อาจจะมีผลกระทบต่อสุขภาพต่อไปได้
- ในทางปฏิบัติ ควรสร้างกลไกการทำงานเรื่องนี้ขึ้นและลงมือดำเนินงานได้เลย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และสร้างองค์ความรู้ด้วย (สวรส.)

หมวดที่ 6 การควบคุมป้องกันปัจจัย(ปัญหา)ที่คุกคามสุขภาพ

หลักการ ต้องมีระบบที่เก่ง (วิชาการ,การจัดการ)

ทำงานอย่างได้ผล

ความมุ่งหมาย • ลดการป่วย การตาย ความพิการ (ทุกภาวะ)
• ขจัดปัจจัย (ปัญหา) ที่คุกคามสุขภาพอย่างได้ผล (ทันต่อสถานการณ์) และอย่างรู้เท่าทัน

แนวทาง / วิธีการ

1. มีการทำงานอย่างเป็นเครือข่ายเชื่อมโยงทั้งภายในภายนอกประเทศ
2. ชุมชนท้องถิ่นและองค์กรทุกระดับต้องมีส่วนร่วมอย่างชัดเจน
3. มีระบบสารสนเทศที่ดีเพื่อการเฝ้าระวังและดำเนินการ
4. มีการใช้มาตรการต่าง ๆ เช่น มาตรการทางการเงิน มาตรการทางกฎหมาย มาตรการทางสังคม ฯลฯ

กลไก

ต้องมีกลไกระดับชาติ ทำหน้าที่ดูแลการควบคุมป้องกันปัจจัย (ปัญหา) ที่คุกคามสุขภาพ เพื่อทำหน้าที่

- พัฒนาระบบการสร้างองค์ความรู้
- พัฒนาระบบเฝ้าระวัง
- พัฒนาระบบขั้นสูตร

ระบบนี้ไม่ได้หมายถึงระบบควบคุมป้องกันโรคในความหมายเดิม ๆ แต่เป็นระบบที่มุ่งเน้นการควบคุมป้องกันปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ (ก่อให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บหรือก่อให้เกิดปัญหาอื่นๆ)

ปัจจุบันมีกลไก (ระบบและโครงสร้าง)ของรัฐในการควบคุมป้องกันโรคอยู่แล้ว ซึ่งจะต้องมีการปฏิรูปต่อไปภายในการปฏิรูประบบราชการและการกระจายอำนาจ

ใน พ.ร.บ.นี้จึงเขียนในรูปของการกำหนดทิศทางของกลไกที่ควรจะมี เพื่อเปิดทางให้มีการปฏิรูป ปรับปรุง แก้ไข หรือเพิ่มเติมกลไกที่มีอยู่ในปัจจุบันไปในทิศทางที่ควรจะเป็น โดยให้

- พัฒนาระบบกำหนดมาตรฐานและการดำเนินการ - พัฒนาระบบประเมินติดตามผล โดยกลไกนี้ต้องกำหนดให้มีอำนาจและหน้าที่ในการควบคุมป้องกันปัจจัย (ปัญหา) ที่คุกคามสุขภาพด้วย (โดยต้องแบ่งระดับอำนาจหน้าที่ระหว่างองค์กร กลไกระดับต่าง ๆ ให้ชัดเจน) กลไกนี้ต้องมีการทำงานอย่างเชื่อมโยงกับองค์กรต่าง ๆ เพื่อทำงานร่วมกัน และมีหน้าที่สนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรอื่นและชุมชนด้วย ทั้งนี้ คสช. ต้องทำหน้าที่ดูแลสนับสนุนให้เกิดกลไกเช่นนี้ และดูแลให้มีการพัฒนาให้เหมาะสมและต่อเนื่องด้วย	คสช. ดูแลผลักดันให้เป็นผลสำเร็จ
---	--

หมวดที่ 7 การบริการสุขภาพและการควบคุมคุณภาพ

หลักการ

มีระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขที่เน้นการ “สร้างนำซ่อม” บนพื้นฐานของแนวคิด “สุขภาพพอเพียง” ซึ่งไม่เป็นการค้ากำไรในเชิงธุรกิจ เป็นระบบที่มีความเป็นธรรม (equity) และปลอดภัย (safety)

เหตุผลที่กำหนดไม่ให้ค้ากำไรเชิงธุรกิจ

1. แม้รัฐธรรมนูญ ม. 87 กำหนดว่ารัฐต้องสนับสนุนระบบเศรษฐกิจแบบเสรีโดยอาศัยกลไกตลาด กำกับดูแลให้มีการแข่งขันอย่างเป็นธรรมก็ตาม แต่ ม. 82 ระบุว่ารัฐต้องส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง จึงหมายความว่า จะนำเอาระบบเศรษฐกิจที่อาศัยกลไกตลาดมาใช้กับบริการทางการแพทย์สาธารณสุขไม่ได้ (ดร.บวรศักดิ์ อุวรรณโณ)

2. ตามหลักฐานทางวิชาการระบุชัดเจนเป็นสากลว่าบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมีลักษณะพิเศษกว่าสินค้าทั่วไป ไม่สามารถใช้กลไกการตลาดเสรีได้เพราะไม่มีทางที่ประชาชนจะมีข้อมูลมากพอในการตัดสินใจเลือก (ข้อมูลไม่เท่าเทียมกัน) ทำให้เกิดบริการที่ผลิตปกติได้ (supply induced demand) (เกิดการแพทย์พาณิชย์ การตรวจวินิจฉัยเกิดจำเป็น การรักษาเกินจำเป็น เกิดปรากฏการณ์แบ่งเต็กในการรักษา เกิดการคิดค่าบริการที่สูงเกินความพอดี ฯลฯ) ,บริการการแพทย์และสาธารณสุขเป็นสินค้าสาธารณะ (public goods) ที่เป็นสินค้าคุณธรรม (merit goods),เกิดการผูกขาดได้, ผิดหลักการคำประกาศสากลของสิทธิมนุษยชน มาตรา 25 ที่ว่า “ทุกคนมีสิทธิ

ความมุ่งหมาย

- ต้องมุ่งสร้างความเข้มแข็งของ
 - ▶ ระบบดูแลตนเอง
 - ▶ ระบบบริการครอบครัวและชุมชน
 - ▶ ระบบบริการระดับต้น (ปฐมภูมิ)

(หมายถึงมุ่งเน้นการเพิ่มปริมาณและคุณภาพบริการระดับต้น ลดปริมาณ แต่เพิ่มคุณภาพบริการระดับกลางและระดับปลาย)

- มีระบบเชื่อมต่อกับระบบบริการระดับกลาง (ทุติยภูมิ) และระดับปลาย (ตติยภูมิ) เพื่อรับผิดชอบบริการร่วมกัน และมีระบบบริการเฉพาะที่ดี เช่นระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบบริการเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาส เป็นต้น
- โดยระบบนี้ต้องเปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วม (participation) อย่างชัดเจน เป็นระบบที่ตรวจสอบได้ (transparency / accountability) มีการจัดบริการที่เพียงพอ กระจายทั่วถึง ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่ายโดยไม่มีอุปสรรคไม่ว่าด้านใดๆ (adequacy/accessibility)
- มีบริการหลากหลายแผนให้ประชาชนมีสิทธิเลือก มีคุณภาพได้มาตรฐาน (quality) และมีประสิทธิภาพ (efficiency) ใช้ทรัพยากรคุ้มค่า (cost – effectiveness)
- สร้างความเป็นธรรมให้กับประชาชนทั้งสังคม (equity) ประชาชนได้รับการคุ้มครองในฐานะผู้บริโภคอย่างปลอดภัย (safety)

ที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีมาตรฐานที่พอเพียงสำหรับสุขภาพและการดำรงชีวิตของเขาและครอบครัว รวมถึงการมีอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการดูแลสุขภาพทางแพทย์ สิทธินี้จะต้องมีอย่างต่อเนื่องมั่นคง แม้ในยามที่เจ็บไข้ได้ป่วยหรือทุพพลภาพ ฯ

บริการระดับต้น – กลาง – สูง

		ระบบบริการ	
	ระบบ	ระดับ	
	บริการ	สูง	
ระบบ	ระดับกลาง		
บริการ			
ระดับต้น			

สูง

กลาง

ต้น

“ ระดับความซับซ้อนของการใช้วิทยาการและทรัพยากร ”

แนวทาง / วิธีการ

1. จัดให้มีบริการระดับต้น (ปฐมภูมิ) : บริการครอบครัว / ชุมชน ,บริการในสถานบริการที่เป็นองค์รวม ผสมผสาน ใช้วิทยาการและทรัพยากรที่เหมาะสมไม่ซับซ้อนมากให้กับคนไทยทุกคน โดยคำนึงถึงการใช้บริการที่เป็นระบบ (systematic) และประชาชนมีทางเลือก (choice) ด้วย
2. จัดให้มีระบบส่งต่อขึ้นลงระหว่างระบบบริการระดับต้น – กลาง – ปลาย ที่ต้องรับผิดชอบประชาชนร่วมกัน
3. จัดให้มีกลไกระดับสถานบริการ และระดับพื้นที่ ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการบริการของระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับ (ร่วมวางแผน, ร่วมดำเนินการ, ร่วมประเมินผล, ร่วมใช้ข้อเสนอแนะ, ร่วมประสาน, ร่วมไกล่เกลี่ย ฯลฯ)
4. จัดให้มีกลไกอิสระเพื่อดูแลระบบพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการทุกระดับ
5. กำหนดไม่ให้นำกิจการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเข้าจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์
6. กำหนดให้ คสช.ซึ่งมีหน้าที่ดูแลนโยบายและยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้มีคณะกรรมการเพื่อทำหน้าที่ดูแลทิศทางและนโยบายด้านการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นการเฉพาะ เพื่อให้ระบบนี้ดำเนินการไปตามหลักการและความมุ่งหมาย เช่น สนับสนุนการพัฒนาและกำกับดูแลระบบบริการระดับต้น กำกับดูแลการกระจายทรัพยากรและการลงทุนระบบบริการระดับกลางและปลาย สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นต้น

เป็นการเน้นจัดระบบบริการระดับต้น แต่ต้องเป็นระบบที่เชื่อมโยงกับบริการระดับสูงกว่าที่ดี เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับประชาชน

มุ่งให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการจัดบริการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเป็นกัลยาณมิตรจะสามารถเป็นกลไกสร้างความสมานฉันท์และอยู่ร่วมกันอย่างผาสุกของทุกคนในสังคมได้ ซึ่งจุดนี้เป็นจุดเด่นของสังคมไทยที่ควรได้รับการขยายผล

เพราะการจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ คือธุรกิจค้ากำไรที่อาศัยกลไกตลาดโดยตรง

จำเป็นต้องกำหนดให้ คสช.ซึ่งเป็นกลไกกลางระดับชาติ จัดกลไกเพื่อดูแลระบบนี้เป็นการเฉพาะ เพราะเป็นการปรับตัวอย่างมาก จำเป็นต้องมีการดูแลด้วยมาตรการต่างๆ อย่างจริงจัง จึงจะสามารถปฏิรูปได้

กลไก 1. กลไก คสช. (คู่มือ 6 ในแนวทาง/ วิธีการ) 2. จัดตั้งกลไกอิสระดูแลเรื่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (ยังไม่ได้พิจารณารายละเอียด)	1. มีข้อเสนอทางวิชาการสนับสนุน 2. มีการทดลองดำเนินภายใต้การกำกับดูแลของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 3. แม้ว่าในร่าง พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่รัฐบาลเสนอจะมีการจัดกลไกทำนองนี้แล้ว แต่หน้าที่หลักคือการรับขึ้นทะเบียนสถานบริการเพื่อเข้าร่วมโครงการและตรวจสอบควบคุมมาตรฐาน มิได้เน้นเรื่องการพัฒนาและรับรองฯ ประกอบกับมีสถานบริการบางส่วนอยู่นอกระบบประกันสุขภาพแห่งชาติด้วย 4. ถ้ากลไกนี้ดำเนินงานอย่างครอบคลุมแล้วกลไกที่ดูแลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะสามารถใช้ผลจากกลไกนี้ไปบริหารจัดการได้เลย
---	---

หมวดที่ 8 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

หลักการ ประชาชนต้องได้รับการคุ้มครองในฐานะผู้บริโภคด้านสุขภาพอย่างเสมอภาค

เหตุผล

1. รัฐธรรมนูญ มาตรา 57 “ สิทธิของบุคคลซึ่งเป็นผู้บริโภคย่อมได้รับความคุ้มครอง ทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ
กฎหมายตามวรรคหนึ่งต้องบัญญัติให้มีองค์การอิสระซึ่งประกอบด้วยตัวแทนผู้บริโภคทำหน้าที่ให้ความเห็นในการตรากฎหมาย กฎ และข้อบังคับและให้ความเห็นในการกำหนดมาตรการต่างๆเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค
2. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย 4 องค์การวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข

ความมุ่งหมาย 1. ประชาชนปลอดภัยจาก – การใช้บริการด้านสุขภาพ
- การใช้ผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ

2. กรณีเกิดปัญหาจากการใช้บริการด้านสุขภาพ/การใช้ผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ ต้องมีระบบที่ดีในการดูแลและรับผิดชอบความเสียหาย
ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงสิทธิของประชาชนและคำนึงถึงความสมานฉันท์ของการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างสันติสุขซึ่งเป็นจุดเด่นของสังคมไทยด้วย

ผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ : ต้องมีนิยาม (เดิมๆ มักจะหมายถึงอาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง ผลิตภัณฑ์อื่นๆ ที่ใช้เพื่อสุขภาพ แต่ ศ.นพ.วิฑูรย์ฯ เสนอว่าควรหมายถึงผลิตภัณฑ์ทั้งปวง ซึ่งล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งสิ้น)

แนวทาง/วิธีการ - กำหนดสิทธิของประชาชนในฐานะผู้บริโภคที่ต้องได้รับความคุ้มครอง - สิทธิในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสม - สิทธิที่จะไม่ถูกกีดกันจากความแตกต่างในด้านต่างๆ - สิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ที่ถูกต้องและเพียงพอ - สิทธิที่จะเลือกแพทย์และผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆ - สิทธิที่จะเลือกสถานบริการ - สิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอ และเข้าใจเกี่ยวกับการรับบริการ - สิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการรับบริการ - สิทธิที่จะได้รับการเคารพ การปกป้องความลับ ยอมรับในศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัว - สิทธิที่จะร้องเรียน - สิทธิที่จะได้รับการชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น - รัฐต้องกำหนดให้สถานบริการและแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับไม่ว่าจัดโดยใคร ต้องมีการจัดระบบประกันคุณภาพ ระบบตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นมาตรการคุ้มครองผู้บริโภค - รัฐต้องกำหนดให้หน่วยงาน องค์กร ภาครัฐ และเอกชน ที่ดำเนินงานแล้วมีผลกระทบสุขภาพ ต้องให้ความร่วมมือกับองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคที่ขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย ในการอำนวยความสะดวกในการให้ข้อมูลและให้ข้อมูลที่ครบถ้วนและรวดเร็ว สำหรับการตรวจสอบเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค	- อ้างอิง ม.57 รัฐธรรมนูญ - นำไปบรรจุในหมวดที่ 3 (• สิทธิ 10 ข้อนี้ คือมาจากข้อเสนอผลการสังเคราะห์ทางวิชาการของอนุกรรมการวิชาการ - ส่วนใหญ่เป็นสิทธิของผู้ใช้บริการการแพทย์และสาธารณสุข - การพูดถึงสิทธิในฐานะผู้บริโภคผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพยังไม่ชัดเจน) ยังไม่ได้พิจารณาเรื่องนี้ หน่วยงานของรัฐสามารถใช้สิทธิขอข้อมูลตาม พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสารของทางราชการได้อยู่แล้ว จึงควรกำหนดมาตรการนี้ เพื่อให้ครอบคลุมภาคเอกชน เพื่อให้องค์กรภาคประชาชนสามารถดำเนินการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคได้จริง
---	--

4. กลไกของรัฐที่รับผิดชอบการคุ้มครองผู้บริโภคทั่วไป และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ต้องมีระบบบริการที่เป็นธรรมาภิบาลมีกลไกให้ประชาชนเข้ามีส่วนร่วมอย่างชัดเจนในทุกเรื่องทุกระดับ 5. ในประเด็น “กลไกภาคประชาชนเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค” มีข้อเสนอ 3 แนวทาง คือ 5.1 เสนอให้รัฐจัดตั้งกลไกอิสระภาคประชาชนเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค (ตามวรรค 2 ของมาตรา 57 แห่งรัฐธรรมนูญ) แต่ให้ทำหน้าที่เพิ่มจาก “การให้ความเห็นในการตรา กฎหมาย กฎและข้อบังคับ และให้ความเห็นในการกำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค” โดยให้ทำหน้าที่จัดสรรงบประมาณสนับสนุนองค์กรประชาชนในการทำงานคุ้มครองผู้บริโภค เป็นตัวแทนผู้บริโภคในการร้องเรียน การเรียกร้องค่าเสียหายเพื่อให้ผู้บริโภคได้รับการชดเชยอย่างรวดเร็วและเป็นระบบ ทำหน้าที่เป็นกลไกเชื่อมระหว่างภาครัฐและประชาชน โดยต้องได้รับงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐอย่างชัดเจน หรือ 5.2 ไม่เสนอตั้งกลไกอิสระภาคประชาชนขึ้นมาทำงานคุ้มครองผู้บริโภคเป็นการเฉพาะ แต่เสนอ (1) ให้ คสช.ผลักดันให้มีองค์กรอิสระตามวรรค 2 ของมาตรา 57 แห่งรัฐธรรมนูญ (2) ให้รัฐจัดงบประมาณไม่ต่ำกว่าร้อยละ 1 ของงบประมาณด้านสุขภาพ (ทั้งของรัฐบาลกลางและขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อสนับสนุนองค์กรผู้บริโภคภาคประชาชนในพื้นที่อย่างทั่วถึง เพื่อให้สามารถทำงานคุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างเข้มแข็ง	เหตุผล - เป็นการให้ภาคประชาชนมีกลไกและมีงบประมาณดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคได้เองคู่ขนานไปกับการดำเนินงานของภาครัฐ - ข้อเสนอการสังเคราะห์ทางวิชาการซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอร่าง พ.ร.บ.จัดตั้งองค์การอิสระภาคประชาชนเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค ที่เสนอโดยภาคประชาชน (ซึ่งเสนอให้ตั้งกองทุน/กลไกอิสระภาคประชาชนทำงานคู่ขนานกับกลไกภาครัฐ) เหตุผล เป็นการกำหนดให้ชัดเจนลงไปว่ารัฐจะต้องมีมาตรการสนับสนุนความเข้มแข็งแก่องค์กรผู้บริโภคภาคประชาชน (empowerment) อย่างเป็นรูปธรรม โดยใช้มาตรการทางการเงินเป็นหลัก เพื่อป้องกันการบิดพลิ้ว
--	--

หรือ 5.3 เหมือนข้อ 5.2 แต่ไม่ระบุ ข้อ (2)

6. คสช.ต้องทำหน้าที่กำหนดนโยบายผลักดันให้รัฐจัดระบบและกลไกใกล้เคียงและช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ ในรูปแบบต่างๆ เช่น การออกกฎหมายเฉพาะ (ตามรัฐธรรมนูญ ม.57 และอื่นๆ) การจัดกลไกเฉพาะ การสร้างมาตรการเฉพาะ การสนับสนุนกลไกองค์กรวิชาชีพ การจัดกลไกการมีส่วนร่วมระหว่างภาคประชาชนกับสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับต่างๆ เป็นต้น

เหตุผล

เปิดช่องทางให้องค์การอิสระภาคประชาชนตาม ม.57 แห่งรัฐธรรมนูญ ทำหน้าที่เสนอแนะต่อรัฐให้กำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อสนับสนุนองค์กรภาคประชาชนที่ทำงานคุ้มครองผู้บริโภคต่อไป

ในส่วนของระบบสุขภาพ เปิดช่องทางให้ คสช.เป็นนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เพื่อให้รัฐรับไปดำเนินการ โดยไม่จำเป็นต้องระบุเป็นมาตรการตายตัวใน พ.ร.บ.นี้

เหตุผล

ไม่ควรเสนอจัดตั้งเป็นกลไกใหม่ เนื่องจากมีกลไก คสช. เป็นกลไกหลักที่ดูแลนโยบายและยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพในภาพรวมอยู่แล้ว จึงควรเขียนเป็นกฎหมายร่มใหญ่เพื่อเปิดทางให้มีการดำเนินการในอนาคต ซึ่งอาจมีรูปแบบและวิธีการที่หลากหลายต่อไปได้

หมวดที่ ๙ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

หลักการ	เหตุผล
ส่งเสริมสนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน ขนบธรรมเนียมประเพณี เช่น ระบบหมอพื้นบ้าน ระบบการแพทย์แผนไทย เป็นต้น เพื่อการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพบนหลักการพึ่งตนเอง ความมุ่งหมาย • เพื่อรับรอง ส่งเสริมสนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ เช่น ระบบหมอพื้นบ้าน เป็นต้น สำหรับการพึ่งตนเองในชุมชน • เพื่อมุ่งการพัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐาน เช่น การแพทย์แผนไทย เป็นต้น ควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบัน แนวทาง/วิธีการ 1. รัฐ(รัฐบาลกลาง/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ต้องส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาความเข้มแข็งของการสร้างและการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ด้วยมาตรการต่างๆ เช่น มาตรการทางวิชาการ ทรัพยากร กฎหมาย การสนับสนุนการรวมตัว เป็นต้น 2. รัฐต้องส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยเข้าในระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเกื้อหนุนเกื้อกูลและมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกันกับการแพทย์แผนปัจจุบัน	เหตุผล 1. รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ม. 46 “บุคคลซึ่งรวมกันเป็นชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิม ย่อมมีสิทธิอนุรักษหรือฟื้นฟูจารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น ศิลปะหรือวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่นและของชาติ ...” 2. ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ เป็นภูมิปัญญาไทย เป็นวิถีชีวิตของประชาชนในชุมชนที่มีมิติ ทางมนุษยวิทยา สังคมวิทยา และจิตวิญญาณ เป็นทุนทางสังคมที่มีคุณค่า 3. ใช้ในการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพบนหลักการพึ่งตนเองบนแนวคิดสุขภาพพอเพียงที่มีความยั่งยืน 4. สามารถเอื้อต่อการสร้างเศรษฐกิจได้

กลไก ให้ คสช. กำหนดให้มี “คณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ” เป็นการเฉพาะเพื่อดูแลนโยบาย ยุทธศาสตร์และทิศทางของการพัฒนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ โดยคณะกรรมการประกอบด้วย ผู้แทนภาควิชาการ / วิชาชีพ ภาครัฐ และภาคประชาชน ในสัดส่วนที่สมดุลกัน	เพื่อให้กลไกนี้ดูแลทิศทางของระบบนี้ได้อย่างจริงจังเป็นพลวัต
---	--

หมวดที่ 10 องค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

(รื้อพิจารณา)

--	--

หมวดที่ 11 กำลังคนด้านสุขภาพ

หลักการ

ระบบกำลังคนด้านสุขภาพต้องเป็นไปเพื่อการสร้างสุขภาพะ

ความมุ่งหมาย มีระบบกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ สร้างความเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และเป็นระบบที่มีธรรมาภิบาล (มีส่วนร่วม, โปร่งใส และตรวจสอบได้) เพื่อเป็นปัจจัยที่ดีของระบบบริการของการแพทย์และสาธารณสุข

แนวทาง / วิธีการ

1. มีระบบกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการวางแผนกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับชาติที่สอดคล้องกับการสร้างสุขภาพะ
2. รัฐสนับสนุนทรัพยากรในการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์สูงแก่สาธารณะและผู้ด้อยโอกาสในสังคม อย่างเพียงพอ
3. มีระบบส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลในท้องถิ่นต่าง ๆ เข้าศึกษาและพัฒนาเป็นกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อไปทำงานในท้องถิ่นของตนเอง
4. รัฐสนับสนุนการจัดตั้งองค์กรวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขต่าง ๆ, สนับสนุนการทำงานขององค์กรวิชาชีพเหล่านั้น, สร้างให้มีกลไก/ระบบการทำงานเชื่อมโยงระหว่างวิชาชีพเพื่อการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุขและการคุ้มครองผู้บริโภค โดยเปิดให้ภาคประชาชนเข้ามีส่วนร่วมด้วยอย่างใกล้ชิด

กลไก / เครื่องมือ

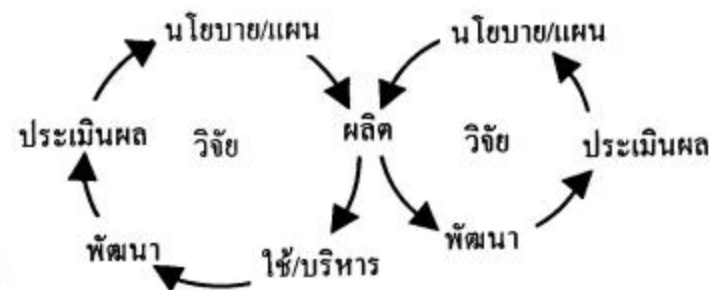
ให้ คสช.กำหนดให้มี กลไก “คณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุข” ในความรับผิดชอบของ คสช.

- **กำลังคนด้านสุขภาพ** หมายถึงคนทุกคน ทุกอาชีพ ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการสร้างสุขภาพทั้งสิ้น แต่ในหมวดนี้ เน้นกำลังคนซึ่งทำหน้าที่ในระบบการแพทย์และสาธารณสุขโดยตรง เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสาธารณสุข นักชีวะอนามัย แพทย์แผนไทย เป็นต้น

- **ระบบกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุข** หมายถึงระบบที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย การวางแผน การผลิต การใช้/การบริหารจัดการ การพัฒนา การวิจัย และการประเมินผล ที่เกี่ยวกับกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งเป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพและระบบการศึกษา และเชื่อมโยงอยู่กับระบบอื่นๆ ด้วย

- กรรมการมาจาก 3 ฝ่ายคือ การเมือง / ราชการ / องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ฝ่ายวิชาชีพ / วิชาการ และฝ่ายประชาชน ฝ่ายละเท่าๆ กัน
- ทำหน้าที่ผ่าน คสช. โดยกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการวางแผนกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับชาติ
 - ศึกษา วิเคราะห์ สนับสนุนการวิจัย เพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินการตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนฯ ของหน่วยงาน/องค์กรต่างๆ ในทุกภาคส่วน
 - จัดทำรายงานผลการประเมิน เพื่อเสนอต่อ ครม., รัฐสภา และประชาชน เป็นประจำทุกปี
 - ปรับปรุงนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการวางแผนฯ อย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศ
- สำนักงานเลขาธิการ คสช. ทำหน้าที่เป็นองค์กรสนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการฯ นี้

ความเชื่อมโยงของระบบกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุขแพทย์ กับระบบการศึกษา



หมวดที่ 12 การเงินการคลังด้านสุขภาพ

หลักการ การเงินการคลังด้านสุขภาพต้องมีทิศทางมุ่งสู่การสร้างสุขภาพะ

ความมุ่งหมาย มีระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพที่สร้างความเป็นธรรม (equity) มีความโปร่งใสตรวจสอบได้ (transparency / accountability) มีประสิทธิภาพ (efficiency) สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายให้อยู่ในระดับที่สมเหตุสมผลได้ (cost containment) และทำให้มีบริการที่มีคุณภาพ (quality)

แนวทาง/วิธีการ

1. ส่งเสริมให้มีการใช้มาตรการทางการเงินการคลังเพื่อจูงใจให้มีการสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันปัญหาที่คุกคามสุขภาพ

เหตุผล

1. รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ม. 52 “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยไร้มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ...”
 2. ม. 82 “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง”
- มาตรการทางการเงินการคลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มาตรการทางภาษีที่ช่วยผลักดันทิศทางการสร้างสุขภาพให้เป็นจริงได้ เป็นการลดค่าใช้จ่ายในการซ่อมสุขภาพลงได้ เช่น การยกเว้นภาษีสินค้าหรือบริการที่มีข้อมูล สนับสนุนชัดเจนว่าเป็นประโยชน์ต่อการสร้างสุขภาพ การยกเว้นหรือลดหย่อนภาษีเงินได้ให้แก่ครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การลดหย่อนภาษีนิตินุคคลที่จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ การเพิ่มภาษีแก่สินค้า, โฆษณาที่เป็นโทษต่อสุขภาพ ฯลฯ

2. ให้มีระบบการเงินการคลังหลักสำหรับการจัดบริการการแพทย์และสาธารณสุข เป็นระบบการเงินการคลังแบบรวมหมู่ (collective health care financial) ที่วางอยู่บนหลักการสำคัญคือ (1) ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเฉลี่ยสุขเฉลี่ยทุกข์ มีความช่วยเหลือเกื้อกูล เอื้ออาทรของผู้คนในสังคม การจ่ายเงินของประชาชนต้องเป็นไปตามสัดส่วนความสามารถในการจ่าย (income related) ไม่ใช่จ่ายตามภาระความเสี่ยงด้านสุขภาพ (risk related) (2) ประชาชนทุกคนที่อยู่ภายในระบบการเงินการคลังรวมหมู่ต้องได้รับสิทธิประโยชน์หลัก (core service package) ที่เท่าเทียมกัน (สำหรับผู้ที่ต้องการบริการที่เหนือกว่าสิทธิประโยชน์หลักต้องจ่ายเงินเพิ่มเองหรือซื้อประกันเสริมเอง) (3) มีระบบการเงินการคลังรวมหมู่บนพื้นฐานหลักการเดียวกันแต่มีการจัดการได้หลายระบบ โดยประชาชนมีสิทธิในการเลือกระบบต่าง ๆ เหล่านั้น (4) ระบบการเงินการคลังรวมหมู่ ต้องเป็นแบบปลายปิด เพื่อให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ 3. กลไกซึ่งทำหน้าที่ดูแลการใช้จ่ายเงินในระบบบริการการแพทย์กับกลไกที่ทำหน้าที่จัดบริการการแพทย์ฯ ต้องแยกออกจากกัน (Purchaser – Provider split) โดยผู้แทนภาคประชาชน ผู้แทนผู้จ่ายเงิน ผู้แทนผู้จัดบริการ และผู้แทนฝ่ายรัฐ ต้องมีส่วนร่วมในการดูแลกลไกการจ่ายเงินนี้ด้วย	- เพื่อให้เกิดความโปร่งใส และระบบการเงินการคลังเกิดประสิทธิภาพได้จริง
---	--

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ National Health System Reform Office



บันทึกข้อความ

10 มกราคม 2545

เรื่อง ข้อเสนอกลไกนโยบายสุขภาพแห่งชาติจากที่ประชุม คทง.ด้านสาธารณสุขและยาเสพติด พรรคประชาธิปัตย์
เรียน นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์, ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, คุณศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์, อ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส,
นพ.วิฑูร พูลเจริญ, นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, คุณชาญเชาว์ ไชยานุกิจ, นพ.อำพล
จินดาวัฒนะ, คุณประเวศ อรรถสุกผล, คุณวราวุธ สุรนิวงศ์, ดร.วณิ ปิ่นประทีป, คุณกรรณิการ์ บรรเทิงจิตร,
คุณสุทธินันต์ ชุณหะวัณ, คุณสมพันธ์ เตชะอธิก, คุณวิเชียร กุศลวัศ, คุณพิชัย ศรีใส, คุณดวงพร
เฮงมณขพันธ์, ทญ.เพ็ญแข ลากยัง, คุณ ปิติพร จันทรรักษ์ ณ อุทยาน, แผนงานสื่อสารสาธารณะ สปรส.

วันนี้ (10 ม.ค. 45) ผมไปนำเสนอข้อมูลเรื่องกลไกนโยบายสุขภาพแห่งชาติ ในที่ประชุมคณะทำงาน
ด้านสาธารณสุขและยาเสพติด ของพรรคประชาธิปัตย์ ตามที่ทางพรรคขอความร่วมมือมา (สปรส. ส่งประเด็นไปยัง
ประชาคมต่าง ๆ เพื่อสอบถามความเห็นประเด็นนี้)

การประชุมใช้เวลาตั้งแต่ 10.30 – 13.00 น. มีนายแพทย์ปรีชา มุสิกกุล สส. กำแพงเพชร เป็นประธาน
โดยหัวหน้าพรรค (นายชวน หลีกภัย) ร่วมรับฟังอยู่ด้วย ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลและข้อคิดเห็นกับผู้เข้าร่วม
ประชุมประมาณ 10 กว่าท่าน มีสาระสำคัญสรุปได้ดังนี้

1. พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ถ้าจะไม่แตะโครงสร้าง กสธ. ปลดปล่อยให้เป็นเรื่องการปฏิรูประบบราชการก็
เป็นเรื่องที่เข้าใจได้ แต่เป็นห่วงว่าการปฏิรูปจะเกิดจริงได้ยาก ดังนั้น พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยต้องระบุหลัก
การสำคัญ ๆ ไว้ให้ชัดเจน เช่น การแยกอำนาจระหว่างผู้จ่ายเงินกับผู้ให้บริการการแพทย์และสาธารณสุข (Percheaser –
Provider Split) เป็นต้น หรือระบุหลักการการทำงานที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขด้วยหรือไม่

2. โดยหลักการคณะทำงานได้พิจารณาแล้ว คิดว่าหลักการของการเสนอกลไกนโยบายสุขภาพ
แห่งชาตินี้ดี แต่ก็ยังมีข้อเป็นห่วงว่า

- (1) จะเป็นกลไกนโยบาย หรือกลไกที่ปรึกษา (ได้เรียนความเห็นว่าเป็นกลไกใหม่ที่อยู่
ระหว่างกลาง 2 ส่วนนี้ เป็นกลไกการเรียนรู้ร่วมกันของ 3 ฝ่าย เพื่อให้ระบบการกำหนด
นโยบายเป็นระบบเปิดต่อสาธารณะ มีการใช้วิชาการที่เพียงพอ และมีส่วนร่วมกว้างขวางมาก
กว่ารัฐทำเองฝ่ายเดียว)
- (2) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ น่าจะเป็นกลไกที่มีคุณค่า ถ้ามีการจัดการที่ดี น่าจะทำให้ได้ข้อเสนอ
นโยบาย/ยุทธศาสตร์สำคัญๆ เช่น เรื่องการแก้ปัญหาคาตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เป็นต้น
ครั้งนี้ควรให้ความสำคัญ
- (3) การให้ภาคประชาชนเติบโตอย่างเป็นธรรมชาติ โดยรัฐสนับสนุนนั้นเป็นเรื่องดี ไม่ควรจัดตั้ง
- (4) กรรมการใน คสช.
 - (4.1) เป็นห่วงในส่วน รมต.กระทรวงต่าง ๆ ที่มีมาก ถ้านายกรัฐมนตรีไม่เข้า รัฐมนตรีก็จะไม่
มา ทำให้ความหมายน้อยลง น่าจะมีกรรมการโดยตำแหน่งให้น้อย ไปเพิ่มผู้ทรงคุณวุฒิ
เพิ่มขึ้นจะดีกว่าหรือไม่
 - (4.2) ควรจะมีผู้ปฏิบัติในระบบบริการการแพทย์ฯ ร่วมเป็นกรรมการด้วยหรือไม่

ทบทวน, แปรร่าง
อ.ไพโรจน์
15 ธ.ค. 45

- (4.3) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ต้องมีระบบการได้มาที่ชัดเจนและโปร่งใส เพื่อไม่ให้มีการแต่งตั้งอย่างไม่เหมาะสม
- (5) มีความเป็นห่วงว่า กลไก คสช. อาจจะถูกทำเป็นของเล่นใหม่ ถ้าฝ่ายการเมืองใช้เป็นเวทีให้ดูเหมือนว่าได้ทำงานร่วมกับภาคประชาชน แต่ไม่ให้ความสำคัญจริง (ได้แลกเปลี่ยนข้อมูลไปว่า หากฝ่ายรัฐไม่ให้ความสำคัญ ภาคประชาชนสามารถตรวจสอบและนำเสนอต่อสาธารณะผ่านเครือข่ายต่างๆ และกลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้ ซึ่งความเป็นกลางของสำนักงานเลขาฯ มีความสำคัญมาก)

3. มีบางท่านเป็นห่วงว่าหาก พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติออกมาแล้ว แต่การปฏิรูปโครงสร้าง กสช. การกระจายอำนาจด้านสุขภาพไม่ขยับไปถึงไหน หรือไปทิศทาง หรือการที่รัฐบาลกำลังจัดทำ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถ้ามีอะไรไปในทางที่ไม่สอดคล้องกัน จะทำอย่างไร จะทำให้การปฏิรูประบบสุขภาพไม่สำเร็จหรือไม่ (ได้เสนอความเห็นไปว่า กลไก คสช. น่าจะเป็นผู้ดูแลผลักดันต่อไปอย่างจริงจังได้มากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เพราะในปัจจุบันไม่มีกลไกที่ 3 ภาคส่วนมาทำงานร่วมกัน รัฐจึงทำฝ่ายเดียว)

ท้ายที่สุด ได้ขอบคุณและฝากทางพรรคประชาธิปัตย์ว่าหากเห็นดีเห็นงามกับร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ก็ช่วยผลักดันด้วย เพราะเรื่องนี้เป็นเรื่องของทุกภาคส่วน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

อัมพล จินดาวัฒนะ

(นายแพทย์อัมพล จินดาวัฒนะ)

ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
National Health System Reform Office



[108]

ที่ สวรส.สปรศ. ว. 006 / 2545

9 มกราคม 2545

เรื่อง ขอรียนเชิญเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ
เรียน นพ.อำพล จินดาวัฒนะ
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. กำหนดการสัมมนาฯ จำนวน 1 ฉบับ
2. ใบตอบรับการเข้าร่วมสัมมนา จำนวน 1 ฉบับ

ตามที่ สปรศ. ได้รับข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นต่อกรอบความคิดการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ จากภาคี
ต่างๆ ในฐานะฝ่ายเลขานุการ จึงได้ร่วมกับคณะทำงานสังเคราะห์ข้อเสนอต่างๆ ร่วมกับข้อมูลทางวิชาการและปรับปรุงร่างกรอบ
ความคิดฯ ส่งให้คณะอนุกรรมการร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ใช้เป็นเอกสารตั้งต้นในการร่าง พ.ร.บ. นั้น

บัดนี้ คณะอนุกรรมการร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมี นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ เป็นประธานได้มีการ
ประชุมเพื่อทำการร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติแล้ว โดยได้มีการตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจขึ้นเพื่อจัดทำโครงร่าง ด้วยการนำ
ประเด็นจากกรอบความคิดมาตรวจสอบกับความเห็นจากภาคี ความเห็นทางวิชาการ และความเห็นด้านกฎหมาย นอกจากนี้ยัง
ได้มีการสืบค้นกฎหมายสาธารณสุขของต่างประเทศ เพื่อนำมาเปรียบเทียบและมีการประมวลกฎหมายด้านสาธารณสุขของ
ประเทศไทยเพื่อศึกษาไปพร้อมๆ กันด้วย ซึ่งขณะนี้คณะทำงานได้พิจารณารายละเอียดในหมวดต่างๆ และยกร่างสาระสำคัญที่
จะเขียนไว้ในกฎหมาย รวม 12 หมวด เรียบร้อยแล้ว ดังนั้นเพื่อให้ร่าง พ.ร.บ. ดังกล่าวมีความสมบูรณ์ ครบถ้วนตาม
หลักการและแนวคิดที่ควรจะเป็น เพื่อคณะทำงานยกร่างฯ จะได้นำไปปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นต่อไป สปรศ. ในฐานะฝ่าย
เลขานุการ จึงจะจัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ขึ้น ระหว่างวันที่ 8-10 กุมภาพันธ์
2545 ณ โรงแรมโรสกาเด็นท์ เอไพรม รีสอร์ท อ.สามพราน จ.นครปฐม ดังกำหนดการประชุมที่ส่งมาด้วย 1

จึงขอเรียนเชิญท่านในฐานะ ผู้มีความรู้และประสบการณ์ เกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพและการจัดทำ
กฎหมาย เข้าร่วมประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะ ต่อกลไกนโยบายสุขภาพแห่งชาติ ตามวัน เวลา
และสถานที่ข้างต้นด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

อัมพล จินดาวัฒนะ

(นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ)

ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

แผนงานบริหารทั่วไป

โทร. 0-25902309

โทรสาร 0-25902311

ทกม
- ๕๑
อัมพล
15๕๓.45

กำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

วันที่ 8-10 กุมภาพันธ์ 2545 เวลา 09.00-16.00 น.

ณ โรงแรมโรสกาเด็นท์ เอไพรม์ รีสอร์ท อ.สามพราน จ.นครปฐม

8 กุมภาพันธ์ 2545

- เวลา 10.00 – 10.15 น. กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการประชุมเชิงปฏิบัติการ
โดย นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์
ประธานคณะกรรมการร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ
- เวลา 10.15 – 11.00 น. นำเสนอ หลักการและเหตุผลของหมวดต่างๆ ในโครงการ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ
โดย เลขานุการคณะกรรมการร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ
- เวลา 11.00 – 11.30 น. นำเสนอร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ หมวดที่ 1 ความมุ่งหมายและหลักการ
โดย คณะทำงานยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ
- เวลา 11.30 – 12.00 น. อภิปราย รับฟัง ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม
- เวลา 13.00 – 17.00 น. นำเสนอร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติและ อภิปราย รับฟัง ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
หมวดที่ 2 กลไกนโยบายสุขภาพแห่งชาติ
หมวดที่ 3 สิทธิหน้าที่ด้านสุขภาพ
โดย คณะทำงานยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ
- เวลา 17.00 – 19.00 น. พักรับประทานอาหารเย็น
- เวลา 19.00 – 21.00 น. นำเสนอร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ หมวดที่ 4 ความมั่นคงด้านสุขภาพและอภิปราย
รับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
โดย คณะทำงานยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

9 กุมภาพันธ์ 2545

- เวลา 09.00 – 12.00 น. นำเสนอร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ และอภิปรายรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
หมวดที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ
หมวดที่ 6 การป้องกันควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ
หมวดที่ 7 การบริการสุขภาพและการควบคุมคุณภาพ
- เวลา 13.00 – 17.00 น. นำเสนอร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ และอภิปราย รับฟัง ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
หมวดที่ 8 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
หมวดที่ 9 ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
หมวดที่ 10 องค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
โดย คณะทำงานยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

เวลา 19.00 – 21.00 น. นำเสนอร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ และอภิปราย รับฟัง ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
 หมวดที่ 11 กำลังคนด้านสุขภาพ
 หมวดที่ 12 การเงินการคลังด้านสุขภาพ
 โดย คณะทำงานยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

10 กุมภาพันธ์ 2545

เวลา 09.00 – 10.30 น. ประมวลข้อเสนอแนะต่างๆ จากที่ประชุม
 เวลา 10.30 - 11.30 น. อภิปรายทั่วไปและสรุปงานที่ต้องทำต่อไป
 เวลา 11.30 – 12.00 น. ปิดการประชุม
 โดย นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์

หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่าง เวลา 10.30 – 10.45 น. และ 15.00 – 15.15 น.
 รับประทานอาหารกลางวัน เวลา 12.00 – 13.00 น.
 รับประทานอาหารเย็นเวลา เวลา 18.00 – 19.00 น.

ใบตอบรับเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติเพื่อพิจารณาร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

วันที่ 8-10 กุมภาพันธ์ 2545

ณ โรงแรมโรสกาเด็นท์ เอไพรม รีสอร์ท สามพราน นครปฐม

.....

1. ข้อมูลผู้เข้าร่วมประชุม

นาย/นาง/นางสาว/.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน/ที่อยู่.....

.....

โทรศัพท์.....

โทรสาร.....

E - mail.....

2. การเข้าร่วมประชุม

☐ ยินดีเข้าร่วมประชุมฯ

☐ เข้าได้ตลอดการประชุม ☐ เข้าได้เฉพาะวันที่

☐ ไม่สามารถเข้าร่วมสัมมนาฯ

3. การเข้าพัก

☐ ต้องการจองห้องพัก ณ โรงแรม โรสกาเด็นท์ เอไพรม รีสอร์ท

☐ ห้องเดี่ยวเข้าพักในวันที่..... กุมภาพันธ์ 2545

ออกจากห้องพักวันที่..... กุมภาพันธ์ 2545

☐ ห้องคู่ เข้าพักในวันที่..... กุมภาพันธ์ 2545

ออกจากห้องพักวันที่..... กุมภาพันธ์ 2545

ขอพักคู่กับ.....

☐ ไม่ต้องการจองห้องพัก

หมายเหตุ ☐ รับประทานอาหารมังสวิรัต

1. กรุณาส่งใบตอบรับกลับ ภายในวันที่ 31 มกราคม 2545 ทางไปรษณีย์ หรือทางโทรสาร (02) 5902311
2. หากต้องการทราบรายละเอียดเพิ่มเติมกรุณาติดต่อสอบถามได้ที่ คุณปิติพร จันทรรัตน์ ณ อยุธยา หรือ คุณศิริธร อรไชย สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) โทรศัพท์ (02) 5902309, 5902304