

P 4 ယက္ခာ ၁၁.၇.၂၅ (အကန်မ ရွှေခါး၊ ပြည်သူများ)

— ရှေ့ဘဏ်ပုဂ္ဂန်ဆုံးမြတ်စွာ ၂၀၁၈ ခုနှစ်၊ ၂၅၀၃

၂၅၀၃ [၂၅၀၃]

— ၂၅၀၃ ၂၅၀၃

— ၂၅၀၃ ၂၅၀၃

กฎหมายการสาธารณสุขและการคุ้มครองผู้บริโภค :
ความสัมพันธ์เชิงอ่อน佳ในระบบบริการสาธารณสุข
ตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๔๐

โดย กิตติศักดิ์ ปราสาทิ

บทความมีมุ่งนำเสนอโครงสร้างทางรัฐธรรมนูญเกี่ยวกับบริการสาธารณสุขโดยหยิบยกปัญหาที่น่าสนใจทางประชุมสังคม การเมืองที่รองรับความสัมพันธ์เชิงอ่อน佳ในเรื่องสุขอามัยที่พิจารณาประกอบ และนำเสนอว่าความสัมพันธ์เชิงอ่อน佳ในระบบสาธารณสุขของไทยได้คลี่คลายจากความสัมพันธ์แบบอุดมประท่วงผู้ใหญ่กับผู้คนอย่างมาสู่ความสัมพันธ์แบบมีสิทธิหน้าที่ต่อ กัน ตามกฎหมายแล้ว โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอ่อน佳อันเป็นรากฐานของบริการสาธารณสุขในปัจจุบันได้รับการรับรองไว้ในรัฐธรรมนูญ ในรูปของสิทธิเสรีภาพพื้นฐานในเชิงร่างกายของบุคคลและการกิจพื้นฐานของรัฐในการประกันสวัสดิภาพพื้นที่ ในสังคม

ในการพิจารณาโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอ่อน佳ในระบบสาธารณสุขของไทยตามรัฐธรรมนูญนี้ ผู้เขียนได้เสนอข้อ พิจารณาประกอบการนำเสนอออกเป็น ๔ หัวข้อดังนี้

๑. หน้าที่พื้นฐานของรัฐในการคุ้มครองความปลอดภัยในเชิงร่างกาย
๒. ภารกิจของรัฐในการประกันสวัสดิภาพสังคม
๓. หน้าที่ของรัฐในการประกันการให้บริการสาธารณสุข
๔. ข้อสังเกตทางเศรษฐกิจการเมืองเกี่ยวกับการบริการสาธารณสุข

๑. หน้าที่พื้นฐานของรัฐในการคุ้มครองความปลอดภัยในเชิงร่างกาย

หลักประกันสิทธิเสรีภาพพื้นฐานพื้นฐานที่สุดในรัฐธรรมนูญคือหลักประกันว่ารัฐจะไม่แทรกแซงหรือล่วงละเมิดสิทธิเสรีภาพพื้นฐานของมนุษย์ที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้ ในกรณีรัฐธรรมนูญยอมจะงกลไกสำหรับเข้าหาด้วย การกระทำใด ๆ ของรัฐ ที่เป็นการล่วงละเมิดสิทธิเสรีภาพพื้นฐานของมนุษย์ การนั้น ๆ ย่อมไม่ชอบด้วยรัฐธรรมนูญและโดยที่รัฐธรรมนูญเป็นแห่งที่ ของกฎหมาย การล่วงละเมิดเช่นนั้นย่อมไม่มีทางจะเป็นไปโดยชอบด้วยกฎหมาย แม้จะมีกฎหมายใดให้อำนาจรัฐกระทำการ เช่นนั้นได้ หากเป็นไปโดยฝ่าฝืนต่อรัฐธรรมนูญแล้วกฎหมายนั้นย่อมขัดต่อรัฐธรรมนูญและเป็นอันใช้บังคับไม่ได้ (มาตรา ๖ แห่งรัฐธรรมนูญ) สิทธิเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญนี้ ทั้งที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้โดยตรง โดยเบริยา รวมทั้งที่เป็นคำนิจฉัยของศาล

* นบ., นบ. (ธรรมศาสตร์), Mag iur, Dr. iur (summa cum laude - Bonn) อาจารย์ประจำคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, Fellow of Society of Advanced Legal Study (London), Fellow of Alexander von Humboldt Foundation (Bonn)

รัฐธรรมนูญล้วนมีผลผูกพันองค์กรของรัฐทั้งปวงทั้งในการตรากฎหมาย ใช้มั่นคงกฎหมายและการเพื่อความกฎหมาย (มาตรา ๒๗ แห่งรัฐธรรมนูญ)

ด้วยอย่างเช่น การที่รัฐธรรมนูญบังร่องไว้ในมาตรา ๓๐ ว่าชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน ย่อมมีผลทำให้กฎหมายทั้งหลายที่ให้สิทธิชายและหญิงต่างกันไม่มีผลบังคับไปทันที อาทิเช่นสิทธิในนามของสตรีที่สมรสแล้ว หากมีกฎหมายได้กำหนดว่าต้องใช้นามของชายสามี กฎหมายนั้น ๆ ย่อมให้มั่นคงไม่ได้อีกต่อไป หรือในการที่รัฐธรรมนูญบังร่องให้บุคคลมีเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย (มาตรา ๓๑) และยอมให้จำกัดเสรีภาพได้เฉพาะกรณีฉุกเฉิน คุณซึ่ง ตรวจค้น โดยอาศัยอำนาจตามกฎหมาย ย่อมส่งผลให้การจำกัดเสรีภาพในร่างกายโดยวิธีอื่นนอกจากการจับกุม คุณซึ่ง ตรวจค้น ๓ ประการนี้ เช่นการเขียนนักโทษตามกฎหมายราชทัณฑ์ไม่ชอบด้วยรัฐธรรมนูญอีกต่อไป

ในบรรดาสิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐานของบุคคลนั้นสิทธิที่สำคัญและเป็นที่ห่วงเห็นกันที่สุดก็คือสิทธิในชีวิตร่างกาย การที่รัฐธรรมนูญบังร่องให้บุคคลมีเสรีภาพในชีวิตร่างกาย (มาตรา ๓๑) ยังมีความหมายต่อไปด้วยว่า นอกจากรัฐจะออกกฎหมายหรือการทำการอื่นใดอันเข้าข่ายเป็นการจำกัดเสรีภาพในชีวิตร่างกายเกินเลยไปกว่าที่รัฐธรรมนูญเปิดช่องไว้หรือเกินกว่าเจตนาของผู้ของรัฐธรรมนูญไม่ได้ (status negativus; status libertatis) แล้ว การบังร่องเสรีภาพในชีวิตร่างกายยังส่งผลด้านกลับที่ทำให้รัฐต้องมี “หน้าที่” ในการคุ้มครองเสรีภาพในชีวิตร่างกายของบุคคลไม่ให้ถูกล่วงละเมิดหักจากกลไกของรัฐเอง และจากรายบุคคลด้วย (status positivus; status civitatis) หากรัฐจะพยายามยกเว้นการใช้มาตรการหรือดำเนินการที่จะเป็นเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยในชีวิตร่างกายของบุคคล ทั้ง ๆ ที่รัฐอยู่ในฐานะที่กระทำการได้ก็เท่ากับรัฐปล่อยให้เสรีภาพในชีวิตร่างกายของบุคคลสูญเสียดูเหมือนหายหรือไร้ค่าไป อันเป็นการขัดต่อวัตถุประสงค์ขั้นพื้นฐานดังเดิมที่สุดของรัฐนั้นเอง และย่อมมีค่าเท่ากับว่ารัฐล่วงละเมิดสิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐานในชีวิตร่างกายเสียเอง โดยเหตุนี้เราจึงกล่าวได้ว่าการที่รัฐธรรมนูญบังร่องสิทธิเสรีภาพของราษฎรย่อมก่อให้เกิดหน้าที่ต่อกลไกและสถาบันหลักของรัฐ ทั้งฝ่ายนิติบัญญัติ ฝ่ายบริหาร และฝ่ายตุลาการที่จะต้องประกันและให้ความคุ้มครองสิทธิเสรีภาพนั้น ๆ พรวมกันไป ไม่ให้ความล่วงละเมิดไม่ว่าจะเป็นรัฐหรือจะเป็นเอกชนก็ตาม

ด้วยอย่างที่เห็นได้ชัดที่สุดเห็นจะได้แก่ กรณีสมมติว่า หากรัฐสามารถตรากฎหมายได้ความผิดอาญาฐานลักทรัพย์ หรือฐานทางเพศหรือผู้อื่น ดังนี้ แม้การตรากฎหมายได้ความผิดอาญาเช่นนั้นจะมีได้เป็นการล่วงละเมิดเสรีภาพในทรัพย์สิน หรือทำร้ายต่อชีวิตร่างกายของราษฎรโดยตรง แต่ก็เป็นการยกเลิกมาตรฐานการคุ้มครองในลักษณะที่ก่อให้เกิดความไม่มั่นคง ปลอดภัยแก่สิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐานในชีวิตร่างกายของราษฎรและดังนั้นการตรากฎหมายเช่นว่านั้นย่อมไม่ชอบด้วยรัฐธรรมนูญ

อันที่จริงหลักที่ว่าสิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐานย่อมก่อให้เกิดหน้าที่ต่อรัฐในการให้ความคุ้มครองปลอดภัยแก่สิทธิเสรีภาพนั้น ๆ นับเป็นหลักบริหารด้านทางรัฐธรรมนูญมาแต่ด้วยเดิม ดังที่เห็นเป็นแนวข้อคิดได้ดังแพร่รัฐธรรมนูญฉบับแรก ๆ ของโลก เป็นต้นมา โดยรัฐธรรมนูญเหล่านั้นมากจะระบุหน้าที่ของรัฐในการรักษาความสงบเรียบร้อยและความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของราษฎรไว้เป็นสาระสำคัญ

หลักดังกล่าวเนี้ยผูกพันอยู่กับความคิดพื้นฐานว่าด้วยสัญญาประชาคมในปลายศตวรรษที่ ๑๙ ที่ถือว่าการที่ราษฎรยอมให้รัฐเป็นผู้ทรงอำนาจปกครองและให้ความเคารพเชือฟังก์เพื่อจะได้รับความคุ้มครองความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินเป็น

การตอบแทน ดังนั้นหากรัฐไม่สามารถให้ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของราษฎรได้ราษฎร์ไม่ต้องเครียดเชือฟังผู้ถืออำนาจจัดสรุกอึกต่อไป ต่อมานี้ ในศตวรรษที่ ๑๙ แนวความคิดเรียนรู้ที่เข้มแข็งขึ้นจึงค่อย ๆ พัฒนาแนวคิดว่าด้วยสิทธิเสรีภาพ จากแนวคิดว่ารัฐมีหน้าที่คุ้มครองสิทธิเสรีภาพ มาสู่แนวคิดว่ารัฐจะก้าว่ายหรือล่วงล้ำสิทธิเสรีภาพของราษฎร์ได้ และในสมัยหลัง ๆ มนี้ เมื่อสังคมพัฒนาขึ้นข้อหนึ่น เกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมจากความเหลื่อมล้ำ ความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมมากขึ้นจึงเกิดความคิดว่ารัฐมีได้มั้ยแต่เพียงหน้าที่คุ้มครองและประกันความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และประกันความเป็นธรรม และความเสมอภาคทางกฎหมายเท่านั้น แต่ยังพึงเป็นผู้ประกันสวัสดิภาพ ความเป็นธรรมและความเท่าเทียมทางสังคมด้วย

ในระบบธุรัฐมุญของไทย การรับรองสิทธิขั้นพื้นฐานในชีวิตร่างกาย และการประกันความปลอดภัยในชีวิต ร่างกาย และทรัพย์สินปราบภัยให้เห็นได้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๐ ว่าเป็น "สิทธิ" ของประชาชน และ "หน้าที่" ของรัฐ โดยมีการระบุไว้ในหมวดสิทธิเสรีภาพของปวงชนชาวไทย และในหมวดที่ว่าด้วยแนวโน้มนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐให้รับกันอย่างชัดเจน

หนึ่งอย่างอื่นได้ รัฐธรรมนูญกำหนดให้สิทธิเสรีภาพที่ได้รับการรับรองตามรัฐธรรมนูญมีผลผูกพันองค์กรของรัฐทั้งปวง (มาตรา ๒๗) และบุคคลย่อมอ้างคัดค้านได้เมื่อความเป็นมนุษย์หรือใช้สิทธิเสรีภาพของตนได้เสื่อม และหากบุคคลใดถูกละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญบังคับไว้ บุคคลนั้นย่อมยกบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญเพื่อใช้สิทธิทางศาลหรือยกเป็นข้อต่อสู้คดีในศาลได้เสมอ (มาตรา ๒๘)

ในขณะที่รัฐธรรมนูญบังคับ "สิทธิขั้นพื้นฐานในชีวิตร่างกาย" ไว้ในมาตรา ๓ รัฐธรรมนูญก็กำหนดหน้าที่คุ้มครองสิทธิเสรีภาพไว้ในหมวดว่าด้วยแนวโน้มนโยบายของรัฐในมาตรา ๗๕ ว่า

"รัฐต้องดูแลให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย คุ้มครองสิทธิเสรีภาพของบุคคล..... รวมทั้งจัดระบบงานราชการและงานของรัฐอย่างอื่นให้มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน"

ขณะที่รัฐธรรมนูญบังคับสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และรับรองสิทธิของผู้ยากไร้ในการรับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ตามมาตรา ๕๖ รัฐธรรมนูญก็กำหนดหน้าที่ของรัฐไว้ในหมวดว่าด้วยแนวโน้มนโยบายของรัฐในมาตรา ๘๖ ว่า

"รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง"

ในมาตรา ๑๙ รัฐธรรมนูญได้รับรองสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลซึ่งรวมกันเป็นหมูชนท้องถิ่นดังเดิมในการอนุรักษ์พื้นที่ราษฎร์ประเทศนี้ และมีส่วนร่วมในการจัดการรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และในมาตรา ๙๙ รัฐธรรมนูญได้รับรองสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลในการมีส่วนร่วมกับรัฐและชุมชนในการมีส่วนร่วมกับรัฐและชุมชนในการบำรุงรักษาและได้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ และรักษาคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อม พร้อมกันนี้ในมาตรา ๗๙ รัฐธรรมนูญได้กำหนดให้รัฐมีหน้าที่คุ้มครองคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยทำหน้าที่

“ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่วนบ่ารุงรักษาและให้ประ予以น์จากทรัพยากรธรรมชาติ และความหลากหลายทางชีวภาพอย่างสมดุล ร่วมกับมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบ่ารุงรักษาและคุ้มครองคุณภาพสิ่งแวดล้อม ตามหลักการพัฒนาที่ยั่งยืน ตลอดจนควบคุมและกำจัดภัยมลพิษที่มีผลต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน”

เรายังเห็นได้ต่อไปด้วยว่า เมื่อรัฐธรรมนูญได้วาระลงสิทธิขั้นพื้นฐานแก่เด็ก เยาวชน คนชรา คนพิการหรือทุพพลภาพใน มาตรา ๔๓ - ๔๙ แล้ว รัฐธรรมนูญยังกำหนดเป็นแนวนโยบายแห่งรัฐที่จะต้องคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก หญิง คนชรา คนยากไร้ ผู้พิการ และคนด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและเพียงพอได้ในมาตรา ๘๐

หากพิเคราะห์หลักการทางรัฐธรรมนูญข้างต้นนี้ประกอบกับวากฎนทางวัฒนธรรมไทยเดิมซึ่งดังอยู่บนพื้นฐานของ สังคมแบบพึ่งพาอาศัย และความสัมพันธ์เชิงอ่อนน้อมเป็นแบบผู้ใหญ่ผู้น้อย โดยมีคุณธรรมสำคัญสำหรับผู้ใหญ่คือ หลัก พรหมวิหารโดยเน้นที่หลักเมตตากรุณาเป็นหลักนำ ประกอบกับหน้าที่ของผู้น้อยตามหลักกตัญญูกตเวทีเป็นการตอบแทน คุณธรรมของผู้ใหญ่ และต่อมาในระยะ ๑๐๐ ปีหลังมานี้ได้วางอิทธิพลความคิดทางกฎหมายและรัฐแบบสมัยใหม่ที่มีแนวโน้มถือ อ่อนน้อมเป็นใหญ่แบบสำนักกฎหมายม้านเมือง (Legal Positivism) ทำให้ความคิดอ่อนน้อมนิยมเติบโตขึ้น จนระยะ ๒๐ ปีมานี้จึง ค่อย ๆ พัฒนาเคลื่อนไปสู่การอ้างหลักกฎหมายธรรมชาติ (Natural Law) อ้างอิงสิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐาน การอ้างหลักการ ปกครองโดยกฎหมายเป็นใหญ่ (The Rule of Law) หรือหลักรัฐธรรมนูญนิยม (Constitutionalism) ที่ยึดสิทธิหน้าที่เป็น ใหญ่ ดังเราจะเห็นได้ว่าการอบรมนูญต่อวาระลงสิทธิ์ได้วับบริการสาธารณะที่ได้มาตรฐาน และสิทธิของผู้ยากไร้ได้รับ การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในมาตรา ๕๖ และกำหนดหน้าที่ของรัฐในการคุ้มครองรายชัวร์ในแต่ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นใหม่ เช่นสิทธิของเด็กและเยาวชนที่จะได้รับความคุ้มครองสวัสดิภาพตามมาตรา ๕๓ สิทธิในสวัสดิภาพของคนชราและคนพิการใน มาตรา ๕๕-๕๖ สิทธิการมีส่วนร่วมกับรัฐและทุกชนในการจัดการและรักษาสิ่งแวดล้อมในมาตรา ๕๙ ล้วนเป็นเครื่องสะท้อน รากฐานความคิดและการอบรมทางกฎหมายที่กำลังขันต่อสังคมให้ไปสู่สังคมที่ถือสิทธิหน้าที่เป็นใหญ่มากขึ้น

ในความสัมพันธ์เชิงอ่อนน้อมเป็นแบบผู้ใหญ่ผู้น้อยนั้น การดำเนินกิจการของรัฐเป็นอ่อนน้อมสิทธิขาดของผู้ปกครอง สำนึกรักษาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินและการปกป้องสิทธิเสรีภาพตามกฎหมายนั้นเป็นหน้าที่ในธรรมหรือเป็น แต่เพียงความกรุณาที่ผู้ใหญ่พึงให้แก่ผู้น้อยเท่านั้น ไม่ใช่หน้าที่ที่มีการบังคับการตามกฎหมายอย่างเข้มงวดชนิดที่รัฐในฐานะ ผู้ใหญ่ผูกพันต้องกระทำการอย่างจริงจัง อย่างไรก็ได้ หากผู้ใหญ่ละเลยหน้าที่นี้จะเกิดความโกลาหลบ้านปวนหรือวิกฤตการณ์ใน สังคมขึ้นก็อาจเป็นเหตุที่จะมีผู้ยกข้อบกพร่องต่อหน้าที่ในธรรมนั้นขึ้นอ้างเพื่อล้มล้างอำนาจก่อการ และจัดความสัมพันธ์เชิงอ่อนน้อม ให้ใหม่ก็ได้ ส่วนในความสัมพันธ์เชิงอ่อนน้อมเป็นใหม่ที่ยึดหลักสิทธิหน้าที่หรือเรียกอีกอย่างว่าถือหลักกฎหมายเป็นใหญ่ (The Rule of Law) นั้นรัฐมิได้มีฐานะเป็นผู้มีอ่อนน้อมเด็ดขาดที่สามารถทำการต่าง ๆ ได้ตามอัธยาศัย แต่ต้องผูกพันและมีหน้าที่ต้อง ปฏิบัติตามกฎหมาย หากจะเลยหรือเพิกเฉยไม่ปฏิบัติก็จะถูกบังคับให้ต้องปฏิบัติและต้องรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้น หรือหากการไม่ปฏิบัติเช่นนั้นเป็นการจงใจฝ่าฝืนหรือมองให้เกิดผลร้ายหรือเกิดเสียหายต่อผู้อื่น ผู้ด่างตัวแห่งหน้าที่ของรัฐหรือ บุคคลผู้เกี่ยวข้องอาจต้องได้รับโทษด้วย ดังนั้นหากกฎหมายไม่ได้มุ่งหมายให้รัฐต้องผูกพันถึงขนาดมีหน้าที่ที่ต้องกระทำโดย

หลักเลี้ยงมีได้ กฎหมายก็จะไม่กำหนดให้เป็นหน้าที่อย่างเคร่งครัด แต่จะกำหนดให้เป็นเพียงลักษณะของการทำ หรือควรกระทำเท่าเดียวกับหน้าที่ในธรรมแบบที่เคยมีมาแต่เดิมนั่นเอง

เพื่อประกอบความเข้าใจในการความแตกต่างระหว่างกรณีที่รัฐมีหน้าที่ต้องทำและการมีรัฐเพียงแต่มีภารกิจที่ควรกระทำ เรายังต้องการอบรมแนวคิดเมืองหลังหลักการเหล่านี้ในแง่ความล้มเหลวของงานที่ระหว่างรัฐกับราชฎรในส่วนที่เกี่ยวข้องกับภารกิจของรัฐในการประกันสวัสดิภาพสังคมและพิเคราะห์ลงไปในส่วนที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัยของราชฎรต่อไป

๒. ภารกิจของรัฐในการประกันสวัสดิภาพสังคม

เป็นที่รับกันว่าภัยธรรมชาติคุกคามชีวิตร่างกายของบุคคลมีได้มีแต่เพียงภัยธรรมชาติทางกายภาพ อันเกิดจากการทำร้ายด้วยกำลังเท่านั้น แต่ภัยธรรมชาติอันมีมาในทางเศรษฐกิจ หรือภัยทางสุขอนามัยอันมาจากโรคภัยไข้เจ็บล้วนเป็นภัยธรรมชาติสำคัญ ต่อชีวิตร่างกายของคนทุกคน ดังคนไทยโบราณมักทิ้งไว้ ใจภัย ทุพพิษภัย และโรคภัย เป็นภัยหลักสำคัญ ด้วยเหตุนี้ แนวความคิดเกี่ยวกับภารกิจสำคัญของรัฐแท้จริงมาจึงเพ่งเล็งอยู่ที่การจัดหรือบรรเทาภัยหลักทั้งหลายเหล่านี้

โดยที่บุคคลทุกคนมีโอกาสทางสังคมและมีความเข้มแข็งตั้งกัน ทั้งจากต้องหากฎหมายที่ได้ยกบังเป็นธรรมด้า ดังนั้นแต่โบราณมา ไม่ว่าในสังคมและรัฐใด ต่างก็มีอ่าวการช่วยเหลือกันแก่คนอ่อนแอ คนด้อยโอกาส และบุคคลที่ตกทุกข์ได้ยาก เป็นภารกิจสำคัญ โดยจัดให้มีการสงเคราะห์ผู้ยากไร้ในรูปแบบต่างๆ ในทุกสถานที่ต่างก็สอนให้ศาสนาหมั่นบริจาคม และมีเมตตากรุณาต่อเพื่อนมนุษย์ ดังในพุทธศาสนามีหลักเมตตาธรรมที่ถือว่าเพื่อนมนุษย์และสรรพสัตว์ต่างเป็นเพื่อนทุกๆ มีหลักพิธิธรรม ซึ่งสอนให้ผู้ปกครองต้องหมั่นบริจาคมและบรรเทาทุกข์แก่ราชฎร ในคริสต์ศาสนาที่มีคำสอนว่าด้วยหลักเพื่อนบ้านที่ดี เหล่านี้อาจถือได้ว่าต่างเป็นหลักประกันสวัสดิภาพขั้นต่ำของสังคมทั้งล้วน

ในแง่ครอบแนวคิดเกี่ยวกับภารกิจของรัฐในการประกันสวัสดิภาพสังคมในระบบกฎหมาย รัฐธรรมนูญสมัยใหม่นั้น กล่าวได้ว่ามีใช้เป็นของใหม่ หรือเป็นเรื่องของระบบรัฐสวัสดิการ อย่างที่มีบางท่านเข้าใจ ยิ่งไปกว่านั้นเรียบง่ายกล่าวต่อไปได้ว่า การประกันสวัสดิภาพสังคมยังเป็นเป้าหมายสำคัญของระบบรัฐธรรมนูญทุกรอบที่มีมาแต่เดิม ตั้งแต่ยุคสมบูรณานาฏย์สิทธิราช บุคเสรนนิยม หรือยุครัฐสวัสดิการ อย่างไรก็ได้ เรายังแบ่งแยกวิธีการหรือกลยุทธ์ในการบรรลุเป้าหมายนี้ออกเป็นสองแนวทางใหญ่ ๆ กล่าวคือ

ก) แนวคิดแบบรัฐเสรีนิยม เน้นการวางแผนหลักเกณฑ์ทางกฎหมายเป็นกรอบสิทธิหน้าที่ของบุคคลในสังคม และรักษาความสงบเรียบร้อย และความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และให้ความเป็นธรรมแก่เอกชนเป็นสาระสำคัญ ตามแนวคิดนี้ รัฐควรปล่อยให้เอกชนเป็นผู้รับผิดชอบในชีวิตความเป็นอยู่และชีวิตการของตนเอง ดำเนินธุรกิจการค้าและกิจการต่างๆ ในสังคมโดยอิสระ ปล่อยให้สังคมดำเนินไปตามหลักสัญญาต่างตอบแทนตามความสมัครใจ และหลักการเชิงขั้นที่เสริมสร้างเอกชน โดยรัฐเพียงแต่กำหนดให้เอกชนดำเนินธุรกิจการค้าภายในกรอบที่เป็นธรรมเท่านั้น รัฐไม่ควรเข้าแทรกแสวงหาประโยชน์จากการธุรกิจการค้าเสียเอง เพื่อผลสุดท้ายคือความอยู่ดีกินดีและสันติสุขในสังคม แนวความคิดนี้เป็นแนวความคิดที่ลืม棹มาในรัฐธรรมนูญแบบเสรีนิยมทั้งหลายตั้งแต่คราวนี้ที่ ๑๙ เมื่อทันมา ตัวอย่างที่ดีที่สุดสำหรับรัฐที่ยึดถือแนวคิดนี้ก็คือ

ตัวอย่างของสหรัฐอเมริกา โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับการจัดบริการสาธารณสุขนั้น อย่างไรก็ไม่มีระบบที่กำหนดให้รัฐเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขโดยแบบอังกฤษ และไม่ใช่ระบบมั่งคั่งประกันสุขภาพเป็นการทั่วไปแบบที่ปฏิบัติกันอยู่ในภาคพื้นยุโรป การรักษาสุขอนามัยในメリการนั้นถือกันว่าเป็นเสรีภาพของเอกชนและเป็นสิ่งที่เอกชนแต่ละคนต้องรับผิดชอบตนเอง ในสหรัฐ อย่างไรก็มีแต่ระบบประกันสุขภาพตามใจสมัคร เอกชนแต่ละคนจะเลือกทำประกันสุขภาพหรือไม่ทำประกันได้ตามใจชอบ สมาคมผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบการสถานพยาบาลต่างๆ ได้ร่วมกันผลักดันให้มีการจัดตั้งสถาบันประกันสุขภาพขึ้น 也就是 Blue Cross กับ Blue Shield โดยจัดประกันสุขภาพตามอัตราเบี้ยประกัน (fee-for-service-system) ผู้มีรายได้สูงและจ่ายเบี้ยประกันแพงย่อมได้รับบริการที่ดี ส่วนผู้มีรายได้ต่ำหรือรายได้ปานกลางก็มักกันไม่ซื้อประกัน อย่างไรก็ต้องจ้างมักจะเป็นผู้ประกันสุขภาพให้แก่ลูกจ้างโดยตรงกับสำนักบริการสาธารณสุข (Health Maintenance Organizations) ให้จัดบริการสาธารณสุขแก่ลูกจ้างของตนตามอัตราที่ตกลงกัน นอกจากนี้มีระบบให้บริการสาธารณสุข (Medicare) แก่ผู้เชี่ยวชาญชั้นต่ำของอายุมาให้คุ้มครองผู้ยากไร้ด้วยเท่านั้น ดังนั้นลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดย่อม หรือคนว่างงานที่ไม่ได้ทำสัญญาคุ้มครองไว้อาจไม่มีหลักประกันทางสุขภาพอนามัยเลยก็ได้

๑) แนวคิดแบบรัฐสวัสดิการ เป็นแนวความคิดที่มีมาในยุครัฐสมบูรณ์ยาลิทธิราชตั้งแต่ศตวรรษที่ ๑๙ ซึ่งถือหลักการปกคลุมแบบพ่อปกครองลูก และต่อมาก็ได้วันอิทธิพลจากแนวคิด สวัสดิการสังคม (social welfare) ซึ่งถือหลักว่า นอกจากหน้าที่รักษาความสงบเรียบร้อยและวางกรอบลิทธิหน้าที่ของราชบูรพาของหลักประกันให้ราษฎรดำเนินชีวิตอย่างอิสระ เสรีแล้ว รัฐยังมีหน้าที่ส่งเสริมและดำเนินการต่างๆ รวมทั้งใช้อำนาจแทรกแซงกลไกการแห่งรัฐโดยเสรี เพื่อประกันสวัสดิภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ได้มาตรฐาน บรรเทาความเหลื่อมล้ำทางสังคม และให้การสงเคราะห์แก่สมาชิกในสังคมที่อ่อนแอ ด้วยโอกาสและคนตกทุกข์ได้ยากที่ไม่สามารถ自理ดับคุณภาพชีวิตของตัวให้ได้มาตรฐานด้วยกำลังตนเองอีกด้วย หน้าที่ที่สำคัญของรัฐตามแนวคิดนี้จึงมีเพิ่มขึ้นจากการอบรมแนวคิดเสรีนิยมอย่างน้อย ๓ ประการ คือ

หน้าที่ประกันสวัสดิภาพขั้นต่ำ (minimum existence) โดยจัดให้มีการสังคมสงเคราะห์สำหรับผู้ยากไร้อย่างหนึ่ง กับ

หน้าที่ประกันสวัสดิภาพสังคมให้มั่นคง (social security) โดยจัดให้มีการประกันสังคมอีกอย่างหนึ่ง และ

หน้าที่บรรเทาความเหลื่อมล้ำและยกระดับสวัสดิภาพและการครองชีพให้ได้มาตรฐาน (social standard) โดยจัดให้มีบริการสาธารณสุขที่เพียงพอ และดำเนินนโยบายสังคม ดำเนินกิจการในรูปต่างๆ อีกอย่างหนึ่ง

อาจกล่าวได้ว่า รัฐมีมายใหม่ในปัจจุบันล้วนแล้วแต่ได้วันอิทธิพลจากแนวคิดรัฐสวัสดิการทั้งสิ้น จึงแตกต่างกันก็เฉพาะแต่ในแง่ความอ่อนแอกของระดับการยอมรับแนวคิดนี้ว่าอยู่ในระดับกฎหมายธรรมชาติ หรืออยู่ในระดับรัฐธรรมนูญ หรือแตกต่างกันในแง่ระดับความผูกพันและความเข้มข้นในการใช้อำนาจแทรกแซงของรัฐเท่านั้น ในส่วนที่เกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุข นั้นเราอาจเห็นได้ว่าอย่างของสหราชอาณาจักร เดนมาร์ก ฟินแลนด์ ปอร์ตุเกส และสวีเดน ซึ่งรัฐเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแบบเปล่าเป็นหลัก หรือในประเทศเยอรมัน เยลเยี่ยม ฝรั่งเศส เนเธอร์แลนด์ ออสเตรีย ซึ่งใช้ระบบประกันสุขภาพแบบ

บังคับเป็นหลัก และบางประเทศ เช่น อิตาลี สเปน กรีก ใช้ระบบผลดั้งนี้เป็นต้น เรายังอาจสรุปได้ว่าหลักประกันสวัสดิภาพ ขั้นต่ำของสังคมนี้เป็นหลักที่รับรองกันว่า เป็นสิ่งที่รัฐพึงกระทำ ไม่ว่าในยุคสมัยหรือในระบบใด ดังนั้นจึงไม่มีขอให้แต่งในประเดิมที่ว่ารัฐมีอำนาจกระทำการหรือไม่ ปัญหาน่าคิดจึงจำกัดเฉพาะประเด็นที่ว่า การประกันสวัสดิภาพขั้นต่ำในสังคมนั้นเป็นหน้าที่ของรัฐหรือไม่?

ในรัฐธรรมนูญของหลายประเทศมีการรับรองหลักการว่ารัฐ "ฟิ่ง" หรือควรประกันสวัสดิภาพขั้นต่ำของสังคมในรูปของ การจัดให้มีการสังคมสงเคราะห์ผู้ยากไร้ และประกันสวัสดิภาพผู้อ่อนแอหรือด้อยโอกาส เช่น คนว่างงาน ผู้ป่วย และคนชรา ในรูปการจัดระบบประกันสังคมให้เหมาะสม เป็นการรับรองว่ารัฐมีอำนาจแทรกแซงเพื่อจัดให้มีระบบประกันสังคมได้ทั้งนี้โดยเปิดโอกาสให้รัฐเลือกดำเนินการหรือไม่ดำเนินการได้ตามความเหมาะสม ดังเช่นที่ปรากฏอยู่ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยในปัจจุบัน เป็นต้น

แต่ในรัฐธรรมนูญของบางประเทศ เช่นประเทศไทยมันนี้ถือกันว่ารัฐไม่เพียงแต่ควรประกันสวัสดิภาพของสังคมเท่านั้น แต่ต้องมี "หน้าที่" ประกันสวัสดิภาพขั้นต่ำของพลเมือง (minimum existence) ในรูปการสงเคราะห์คนยากไร้รูปแบบต่างๆ ในແນ່ນີ້ການໄດ້ຮັບການສະເໜາຫະກຳຈຶ່ງເປັນ "ສິທີ" ອັນເພີ່ມີພື້ນໃດຂອງຜູ້ຍາກໄຣ ໄນໄຫວ່າມີເປົ້າພື້ນໃດໃນການ "ໂຄກສ" ທີ່ຈະໄດ້ຮັບຄວາມກຸຽນຈາກຈາກຮູ້ທີ່ຈະເລືອດຕ່າເນີນການທີ່ມີກີ່ດີແລ້ວແຕ່ແນວໂຍໝາຍ ອີ່ມີເປົ້າພື້ນໃດກັບການປົງປັກທີ່ກ່ຽວຂ້າງຄວາມສົນເຮັນຮ້ອຍຂອງຮູ້ ແລະໄດ້ກີ່ດີ່ຮູ້ຮ້າມນູ່ຍ່ອມມັນເຖີ່ນການ "ຄັກຕື່ອມນຸ້ມຍັນ" (Menschenwuerde ຫຼື human dignity) ເປົ້າກາງກູານຂອງຮູ້ຮ້າມນູ່ ດັ່ງທີ່ປາກງູາຍູ່ໃນມາດວາ ໑ ແລ້ວ ຮູ້ຮ້າມນູ່ຂອງເຍອມນັ້ນ ດັ່ງນັ້ນຈີ່ມີຜູ້ອືບຍັດຕ້ວຍວ່າ ໜັ້ນທີ່ສົງເຄຣາຫຼືຜູ້ຍາກໄຣນີ້ເປັນໜັ້ນທີ່ກ່ຽວຂ້າງເຂົ້າມາໃນສັງຄົມຍ່ອມມັນຈາກໜັ້ນທີ່ກ່ຽວຂ້າງຄວາມສົນເຮັນຮ້ອຍໃໝ່ ແລະກ່າຍເປັນໜັ້ນທີ່ພື້ນຖານທາງຮູ້ຮ້າມນູ່ໃນປັຈຸບັນນາຍໃຫ້ລັກການຄຸ້ມຄອງຄັກຕື່ອມນຸ້ມຍັນຕາມມາດວາ ໑ ແລ້ວ ຮູ້ຮ້າມນູ່ຂອງເຍອມນັ້ນ ນອກຈາກນີ້ຮູ້ຮ້າມນູ່ຍ່ອມມັນຍັງຮັບຮ້ອງໄວໃນມາດວາ ២០ វວຽກ ១ ດ້ວຍວ່າເຍອມນັ້ນເປັນ "ນີ້ຮູ້ສົວສົງສົວສົງ" (Sozial-Rechtsstaat) ຩີວ່າມີບັງທຳເຮັດວຽກວ່າ "ສັງຄົມນິຕິຮູ້" ອີ່ມີເປົ້າພື້ນໃດການປົງປັກໂຄກສອນໂຄງກູ້ນາຍແລະ ລັກປະກັນຄວາມມັນຄົງແລະເປັນຮອມໃນສັງຄົມເປັນໃຫຍ່ນັ້ນແອງ ດັ່ງນັ້ນຮູ້ຈີ່ມີໜັ້ນທີ່ເສີມສ້ວງຄວາມເສມວກາທ່າເທິ່ມແລະ ຄວາມຢຸດຊ່ວມໃນສັງຄົມໃຫ້ເກີດມື້ນັ້ນ ແລະເຍົວຍາ ຂົດເຫັນຜູ້ຕາກຖານທີ່ໄດ້ຍາກທົວທົກເປັນແຍ້ຍ່ອກຍັນຕຽບຕ່າງໆ ອັນໄໝຈາກປັບປຸງກັນໄດ້ ເຫັນຍ້ສົງຄາມ ກັບຈາກໂຄດີຕ່ອງຮ້າຍເວງ ຄວາມຖຸພພລກາພ ແລະຜູ້ຮັບເຄຣາຫຼືຈາກອະນຸຍາກຮ່ວມ

ໃນແນ່ນີ້ໄດ້ກ່າວມາແລ້ວນີ້ ເຮົາຈຳກ່າວໄດ້ວ່າ ຕາມຮູ້ຮ້າມນູ່ໃນປັຈຸບັນຂອງໄທຢານັ້ນ ການປະກັນສົວສົງສົວສົງໃນສັງຄົມໂດຍກ່າວໄປມີສູ່ນະເປັນແນວໂຍໝາຍແໜ່ງຮູ້ຈີ່ມີການຮັບຮ້ອງໄວໃນມາດວາ ៧៥ ແລະ ៧៥-៨៦ ແລະມັຈະໄມ້ດຶງກັນເປັນຂ້ອງຜູ້ພັນທີ່ຮູ້ຈະຕ້ອງປົງປັກໃນຮູ່ນະເປັນໜັ້ນທີ່ປະກັນສົວສົງສົວສົງໃນສັງຄົມທີ່ປະການອາຈີ່ພ້ອງຮ້ອງນັ້ນຕ່ອງຄາລີໄດ້ ແຕ່ກີ່ກ່ອໄຫ້ເກີດໜັ້ນທີ່ກ່ຽວຂ້າງຄວາມສົນເຮັນຮ້ອຍຈະຕ້ອງແດລງຕ່ອງຮູ້ສາກວ່າຈະດໍາເນີນກາຮອຍ່າງໄຣໃຫ້ເປັນໄປຕາມແນວໂຍໝາຍພື້ນຖານແໜ່ງຮູ້ກ່ອນທີ່ຈະເຂັບວິທາຮາກກາຮແຜ່ດິນ ແລະຕ້ອງຮ້າຍາພລິນໃນການດໍາເນີນານແລະວິເຄຣາທີ່ປັບປຸງມາແລະອຸປະກອດຕ່ອງຮູ້ສາກວ່າຍ່າງນ້ອຍປິລະໜຶ່ງຄັ້ງ

ອັນນີ້ ຖາກພິເຄຣາທີ່ໃນການປະວັດຕາສົກເຕີມເຈັບປັດຂ້ອທີ່ຈົງທີ່ແສດງໄດ້ເຫັນໄດ້ວ່າຮູ້ຈີ່ມີເປົ້າການປະກັນສົວສົງສົວສົງ ແກ້ປັບປຸງຫ້າວ່າຍາກມາກແພງ ບ້ານດັກຖານທີ່ປ່າງສຸຂະອະນະຍົງປະກອດ ເປົ້າການກົງລຳຄົ້ມມາດລອດ ເມື່ອພິຈານຈາກໜັ້ນທີ່ຈົງທີ່ກ່ຽວຂ້າງຄວາມສົນເຮັນຮ້ອຍໃນສັງຄົມຂອງໄທຢາ ອັນໄດ້ແກ່ການສັງຄົມສົງເຄຣາທີ່ ການປະກັນສົວສົງສົວສົງຜູ້ໃຫ້ແຮງງານ ຄົນຮາກ ແລະຄົນ

พิการซึ่งเคยเป็นเพียงแนวโน้มภายในแห่งรัฐในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับแก้ไขเพิ่มเติมเมื่อพ.ศ. ๒๕๓๗ ได้คลี่คลาย พัฒนาอย่างมาเป็นสิทธิชั้นพื้นฐานที่ได้รับการรับรองโดยรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๔๐ และได้รับการกำหนดให้มีแนวโน้มภายใน แห่งรัฐอีกชั้นหนึ่งเช่นนี้แล้ว เรายอมรับได้ว่า ความสัมพันธ์เชิงอ่อนโยนระหว่างประชาชนกับรัฐในส่วนที่เกี่ยวกับการให้บริการ สาธารณสุขและการประกันสวัสดิภาพในสังคม ได้กลไกจากความสัมพันธ์แบบอุปถัมภ์แบบเดิมเปลี่ยนมาเป็นความสัมพันธ์แบบ สิทธิหน้าที่ตามกฎหมายไปแล้ว

๗. หน้าที่ของรัฐในการประกันการให้บริการสาธารณสุข

แม้ว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยมิได้กำหนดหน้าที่ให้รัฐต้องประกันสวัสดิภาพและความมั่นคงทางสังคมอย่าง กว้างขวางเหมือนรัฐธรรมนูญของ邦ประเทศ แต่มีการกำหนดสิทธิชั้นพื้นฐานและหน้าที่ของรัฐเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขไว้อย่างชัดแจ้ง ดังที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๐ โดยรับรองไว้ในมาตรา ๕๖ ว่า

“บุคคลย่อมมีสิทธิ์เสมอ กันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้ มีสิทธิ์ได้รับการรักษา พยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ”

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพโดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้

การป้องกันและจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ”

บทบัญญัติว่าด้วยสิทธิชั้นพื้นฐานข้างต้นนี้รับรองสิทธิชั้นพื้นฐานของบุคคลทุกคนอย่างน้อย ๕ ประการคือ

- ๑) สิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และ
- ๒) สิทธิของคนยากไร้ในการได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (มาตรา ๕๖ วรรคหนึ่ง)
- ๓) สิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยรัฐต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้ (มาตรา ๕๖ วรรคสอง) และ
- ๔) สิทธิได้รับการป้องกันและจัดโรคติดต่ออันตรายโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ด้วย (มาตรา ๕๖ วรรค สาม)

จากความข้างต้นนี้ เรายอมเห็นได้ชัดเจนว่า รัฐธรรมนูญรับรองสิทธิชั้นพื้นฐานแห่งราชบูรณะและมีผลเป็นการกำหนด หน้าที่ให้รัฐต้องดำเนินการอย่างน้อย ๓ ประการคือ

หน้าที่ให้บริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน เป็นหน้าที่ที่รัฐจะต้องประกันให้ราชบูรณะได้รับโดยเสมอ กัน บริการ สาธารณสุขในที่นี้ย่อมมิได้จำกัดอยู่เฉพาะการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย แต่หมายถึงบริการสาธารณสุขตามความหมาย อย่างกว้าง นับตั้งแต่การเผยแพร่ความรู้ข้อมูลข่าวสาร การให้คำปรึกษาแนะนำ การวางแผนการป้องกัน และการส่งเสริมการ สาธารณสุขมูลฐาน การให้การรักษาพยาบาล และการดูแลสุขภาพอนามัยซึ่งมิได้จำกัดบริการเฉพาะการรักษาพยาบาลผู้ป่วยซึ่ง

เป็นบริการสาธารณะสำคัญแขนงหนึ่งเท่านั้นแต่หมายรวมไปถึงการให้บริการสาธารณะแก่บุคคลทั่วไปด้วย นอกจากนั้น มาตรฐานในที่นี้ย่อมหมายความถึงทั้งในแง่คุณภาพ และในแง่ปริมาณ กล่าวคือบริการสาธารณะต้องได้คุณภาพมาตรฐาน ตามหลักวิชา และครอบคลุมเนื้อที่ทั่วถึง สามารถเข้าถึงได้แม่ในท้องที่ห่างไกล และมีเพียงพอต่อความจำเป็นทางสาธารณะ ของแต่ละท้องถิ่นด้วย

การที่รัฐมีหน้าที่ประกันมาตรฐานการให้บริการสาธารณะไม่ได้หมายความว่า รัฐเป็นผู้มีอำนาจผูกขาดในการกำหนด มาตรฐานและวิธีการในการให้บริการสาธารณะ มาตรฐานและวิธีการในการให้บริการย่อมต้องเป็นไปตามหลักวิชา และการดูแลสุขภาพอนามัยยังคงเป็นเรื่องภาพและความรับผิดชอบของเอกชนแต่ละคน เป็นเรื่องภาพในร่างกายของบุคคลซึ่งรัฐมีหน้าที่ให้ความคุ้มครองและไม่มีอำนาจก้าวเข้าไปในเดนเสรีภาพนี้ตระหนักรู้ถึงการใช้เสรีภาพเช่นนั้นไม่กระทบต่อเสรีภาพของผู้อื่น หรือไม่กระทบต่อความสงบเรียบร้อยและความปลอดภัยของสาธารณะ รัฐมีแต่หน้าที่ประกันให้มีและกำกับให้การให้บริการสาธารณะได้มาตรฐานโดยวางแผนหรือกฎหมายทั้งกฎหมาย แต่ไม่มีอำนาจผูกขาดการให้บริการสาธารณะ หรือบังคับให้บุคคลต้องรับบริการสาธารณะตามแบบใดแบบหนึ่งโดยเฉพาะ โดยนัยนี้รัฐย่อมไม่อาจบังคับ ห้ามหรือจำกัดให้เอกชนตั้งสถานพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณะในท้องที่ได้ห้องที่หนีได้ เว้นแต่ว่าสถานบริการสาธารณะนั้น ๆ ไม่สามารถให้บริการอย่างมีมาตรฐานหรือก่อให้เกิดภัยต่อสิทธิเสรีภาพ สิทธิภาพของประชาชน ความสงบเรียบร้อยหรือความมั่นคงปลอดภัยของรัฐเท่านั้น

ในการนี้การบริการสาธารณะมีไม่เพียงพอต่อความต้องการหรือไม่มีคุณภาพ รัฐย่อมมีหน้าที่จัดให้มีบริการสาธารณะที่ได้มาตรฐานแก่ประชาชน โดยรัฐดำเนินการเองหรือส่งเสริมหรือมอบหมายให้เอกชนเข้าดำเนินการ การให้บริการสาธารณะนี้อาจเป็นการให้บริการโดยเรียกค่าตอบแทนก็ได้ “ไม่จำเป็นต้องเป็นการให้บริการแบบให้เปล่าเสมอไป” โดยรัฐทำหน้าที่กำกับดูแลให้การให้บริการสาธารณะเป็นไปตามมาตรฐานในอัตราค่าบริการที่เป็นธรรม และในกรณีจำเป็นรัฐก็อาจต้องออกเงินสนับสนุนให้การดำเนินกิจการของเอกชนหรือองค์กรผู้ให้บริการสาธารณะด้วย อย่างไรก็ตาม หากปรากฏว่ามีเอกชนหรือองค์กรนำเพียงสาธารณะประโยชน์หรือองค์กรทางศาสนาเป็นผู้ให้บริการสาธารณะอยู่แล้ว รัฐย่อมไม่ต้องทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการด้วยตนเองทั้งหมด ในกรณีเช่นนี้รัฐก็ควรจะปล่อยให้เอกชนหรือองค์กรเหล่านั้นเป็นผู้ดำเนินการ ในกรณีที่รัฐเป็นผู้เสนอให้บริการสาธารณะที่ได้มาตรฐานเสียเอง ปัญหามักอยู่ที่บริการเช่นนั้นมีไม่เพียงพอ หรือขาดคุณภาพ ดังในกรณี โรงพยาบาลของรัฐ สถานรักษายาบาลของมหาวิทยาลัยแพทย์ โรงพยาบาลจังหวัดหรือสถานอนามัยในต่างจังหวัดซึ่งมีไม่เพียงพอความต้องการของประชาชน เป็นต้น ดังนั้นรัฐจึงมีหน้าที่จัดให้มีบริการสาธารณะโดยส่งเสริมให้เอกชนที่ประกอบกิจการบริการสาธารณะเพื่อแสงไฟสำหรับในเชิงพาณิชย์เป็นผู้ให้บริการสาธารณะควบคู่ไปกับบริการของรัฐ ในบางกรณีรัฐอาจจำเป็นต้องออกเงินอุดหนุนให้มีการให้บริการสาธารณะในบางแขนงที่ไม่คุ้มค่าในเชิงพาณิชย์ด้วย เช่นการบริการสาธารณสุขแก่คนชาวนิพิการ หรือการบำบัดผู้ติดยาเสพติด เป็นต้น

การประกันมาตรฐานการให้บริการสาธารณะย่อมหมายความว่า “ไม่ว่าคนยากดีเมจนหรือคนร่ำรวยต่างมีสิทธิได้รับหลักประกันนี้เสมอ กันตามหลักความเสมอภาค (มาตรฐาน ๓๐) ปัญหาสำคัญจึงอยู่ที่ว่ารัฐจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการประกัน การให้บริการสาธารณะนี้เพียงใด จากราคา ๕๒ แห่งรัฐรวมมุญ เรายืนได้ว่ารัฐมีเพียงหน้าที่ประกันการรักษาพยาบาลโดย

"ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแก่ผู้ยากไร้เท่านั้น ส่วนการประกันการให้บริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานแก่คนทั่วไปนั้น ผู้รับบริการต้องเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายเอง รัฐมีแต่เพียงหน้าที่วางหลักเกณฑ์ทางกฎหมายเพื่อกำกับการให้บริการให้ได้มาตรฐานเท่านั้น ในกรณีทั้งกล่าวรัฐอาจเลือกวางหลักประกันมาตรฐานดังกล่าวโดยออกกฎหมายกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขและปล่อยให้การเรียกค่าตอบแทนการให้บริการเป็นไปตามกลไกตลาด หรือรัฐอาจจะเลือกให้มาตรฐานบังคับให้บุคคลทุกคนต้องทำประกันสุขภาพ และให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขเรียกเก็บค่าบริการจากบริษัทประกันสุขภาพเอาเอง หรือรัฐจะเลือกเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานแบบให้เปล่าหรือในราคาย่อมเยาดี แล้วแต่ว่าบริษัทใดจะเป็นบริษัทที่ได้มาตรฐาน ราคายุก มีประสิทธิภาพที่สุด เพราะการให้บริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานไม่ควรก่อให้เกิดการให้บริการอย่างฟุ่มเฟือย หรือความแพงเกินสมควร

อย่างไรก็ได้ ไม่ว่าในระบบที่ปล่อยให้การให้บริการเป็นไปตามกลไกตลาดแบบเสรี หรือโดยจัดให้มีระบบประกันสุขภาพก็ตาม ลักษณะเดิมของการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานย่อมรวมถึงลักษณะที่จะได้รับการรักษาพยาบาลหรือบริการสาธารณสุขจากสถานพยาบาลเอกชนโดยไม่ถูกปฏิเสธให้บริการ หรือต้องวางแผนประกันค่าบริการล่วงหน้า การสนับสนุนให้การรักษาพยาบาลที่เกิดเป็นข่าวจนมีผู้เรียกร้องให้รัฐออกกฎหมายประกันการให้บริการแก่ผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บในการฉุกเฉินแสดงให้เห็นว่ารัฐยังไม่สามารถประกันการให้บริการที่ได้มาตรฐานแก่ประชาชน ทั้งนี้เพราะสถานพยาบาลหน้าที่และมีวัตถุประสงค์โดยตรงในการให้บริการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ส่วนค่าใช้จ่ายนั้นถ้าผู้รับบริการเป็นคนยากไร้ สถานพยาบาลก็ต้องเรียกค่าใช้จ่ายจากรัฐ หรือถ้าผู้รับบริการเป็นผู้มีรายได้พอช่วยเหลือตนเองได้รัฐก็ต้องวางแผนประกันให้สถานพยาบาลได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลหรือค่าบริการสาธารณสุข โดยไม่นับถือให้สถานพยาบาลเป็นผู้รับภาระเสี่ยงต่อการแบกภาระค่าใช้จ่ายเอาเอง หรือต้องรับภาระทางภาษามให้ผู้รับบริการชำระหนี้จนเกิดกรณีสถานพยาบาลปฏิเสธการให้บริการขึ้นในที่สุด เพื่อแก้ปัญหาในการเช่นนี้รัฐอาจจำเป็นต้องตั้งกองทุนสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยหรือบาดเจ็บฉุกเฉิน หรือจัดระบบประกันสุขภาพ หรือจัดระบบงานบุคคลธรรมในการบังคับชำระหนี้จากผู้รับบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ ในขณะเดียวกันก็ต้องปรับความรับผิดชอบระหว่างไทยต่อผู้ปฏิเสธไม่ให้บริการสาธารณสุขโดยปราศจากเหตุอันควรให้สูงขึ้นด้วย

หน้าที่ให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ยากไร้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย อาจจัดได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของหน้าที่คุ้มครองสิทธิ เสรีภาพในเชิงร่างกายแก่พลเมืองของรัฐ ซึ่งในการนี้บุคคลทั่วไปรัฐมีหน้าที่ประกันบริการสาธารณสุขให้โดยผู้รับบริการเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายเอง แต่ในกรณีผู้ยากไร้ซึ่งหมายถึงผู้ซึ่งปกติมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพตามมาตรฐานขั้นต่ำและไม่มีอยู่ในฐานะช่วยเหลือตนเองจากรายได้และทรัพย์สินที่ตนมีได้อยู่แล้ว บุคคลเหล่านี้ปกติมีแนวโน้มที่จะประสบภัยโรคภัยไข้เจ็บมากกว่าคนทั่วไป หากบุคคลเหล่านี้ได้รับความเจ็บป่วยโดยไม่ได้รับการรักษาพยาบาล ความเจ็บป่วยเหล่านั้นย่อมเป็นภัยต่อชีวิตร่างกายสูงกว่าบุคคลทั่วไป และโดยที่รัฐมีหน้าที่ให้ความคุ้มครองเสรีภาพในเชิงร่างกายอยู่แล้ว ความคุ้มครองขั้นต่ำที่รัฐจะให้ได้ในกรณีที่คนยากไร้เจ็บป่วยก็คือการให้บริการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายนั้นเอง

น่าคิดว่าสิทธิของผู้ยากไร้ที่จะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายนี้เป็นสิทธิที่ผู้ยากไร้มีต่อรัฐโดยตรงหรือมีต่อเอกชนผู้ประกอบกิจการให้บริการรักษาพยาบาลด้วย ข้อนี้เราเห็นได้ชัดว่ารัฐยอมเป็นผู้มีหน้าที่ให้บริการแก่ผู้ยากไร้โดยตรง ส่วนเอกชนผู้ประกอบกิจการให้บริการรักษาพยาบาลนั้นไม่มีหน้าที่ให้บริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายหรือไม่คิดค่าตอบแทน และรัฐไม่มีอำนาจบังคับให้เอกชนให้บริการ ดังกล่าวโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายหรือค่าตอบแทนเพราะมิฉะนั้นจะทำกับเป็นการวิธีรอนเครื่อง

ภาพทางทรัพย์สินของเอกชน อย่างไรก็ได้รู้จูกับกลุ่มคนที่ไม่ใช่เจ้าของทรัพย์สิน โดยมองหมายหรือออกกฎหมายบังคับให้เอกชนที่ประกอบกิจการรักษาพยาบาลต้องรับรักษาพยาบาลคนไข้ได้โดยรู้สึกเป็นผู้อุปถัมภ์ได้

บริการรักษาพยาบาลนี้จัดว่าเป็นบริการสาธารณะอย่างหนึ่ง ดังนั้นรัฐซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในการจัดให้ผู้ยากไร้ได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายย่อมมีหน้าที่สำคัญยิ่งในการจัดให้มีการเผยแพร่ข้อมูล ช่าวสาร และให้คำปรึกษาแนะนำแก่บุคคลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่าง ทั่วถึงและได้มาตรฐานโดยเฉพาะบุคคลผู้เข้ามาใช้เป็นผู้ยากไร้ตามที่กฎหมายรัฐธรรมนูญบ่งบอกให้เป็นผู้มีสิทธิ์รับบริการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งมีหน้าที่ให้บริการสาธารณะให้ข้อมูลช่าวสารหรือให้คำแนะนำผิดพลาดเป็นเหตุให้เกิดเสียหายแก่ผู้รับบริการ ดังนี้ส่วนราชการที่มีหน้าที่และเจ้าหน้าที่ผู้นั้นย่อมต้องรับผิดชอบและมีส่วนรับผิดชอบและมีส่วนรับผิดชอบ หรืออาจต้องรับผิดทางอาญาต่อตัวแทนหน้าที่อีกด้วย

การรักษาพยาบาลในที่นี้ย่อมครอบคลุมดังต่อไปนี้ การให้การรักษา การให้คำแนะนำทางการแพทย์ การส่งมอบทรัพย์สิน เช่น การให้ยา หรืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการรักษาพยาบาล หรือดูแลเรื่องอวัยวะ และการจ่ายเงินทดแทนหรือชดเชยค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการรักษาพยาบาล เช่น ค่าพาหนะ ค่าบริการอย่างอื่นที่มีผู้กระทำแทนรัฐ เป็นต้น

อย่างไรก็ได้ ปัญหาที่ผู้ยากไร้ได้แก่บุคคลประเภทใด ปัญหาที่ความต้องการสูงอนามัยอย่างไรจะเรียกว่าเป็นโรคภัยที่ควรได้รับการรักษาพยาบาล อาการผิดปกติทางร่างกายที่ส่อว่าอาจเป็นโรคความผิดปกติทางจิตใจหรือทางบุคคลิกภาพ ความไม่สามารถมีบุตร การติดยาเสพติด ความพิการทางพลughaph เป็นความเจ็บป่วยหรือไม่ และเนื้อหาของการรักษาพยาบาลมีประเภทและรายละเอียดต่าง ๆ อย่างไรเป็นเรื่องที่รู้สึกเป็นกูหมายเพื่อให้เกิดความแน่นอนรักเจน ทั้งนี้โดยแบ่งออกเป็น เนื้อหาการให้บริการอย่างน้อย ๒ ประเภทใหญ่ ๆ คือประเภทที่จำเป็นทันทีฐานะที่ต้องให้แก่ผู้ยากไร้ประโยชน์นี้ และประเภทที่ให้อ่านเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ให้บริการหรือกำกับดูแลการให้บริการรักษาพยาบาลมีอำนาจใช้ดุลพินิจได้ตามสมควรแก่กรณีอีกประการหนึ่ง

หน้าที่ป้องกันและจัดโรคติดต่ออันตรายแก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและหันเหดุการณ์ อาจจัดว่าเป็นหน้าที่คุ้มครองความปลอดภัยในชีวิตร่างกายของประชาชนเช่นเดียวกัน ในขณะเดียวกันก็เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาความสงบเรียบร้อยและความมั่นคงปลอดภัยในสังคมด้วยพร้อมกันไป เพราะภัยจากโรคติดต่ออันตรายย่อมเป็นภัยทั้งต่อชีวิตร่างกายของเอกชนและต่อสังคมโดยส่วนรวมด้วยพร้อมกันไป ในการป้องกันและจัดโรคติดต่ออันตรายนี้รัฐย่อมมีหน้าที่จัดให้มีองค์กรและกลไกที่จำเป็นในการนี้อย่างได้มาตรฐานทั้งทางคุณภาพและครอบคลุมเพียงพอต่อความต้องการ ดังแต่จัดการศึกษาวิจัย ติดตามเฝ้าระวัง ให้ข้อมูลเผยแพร่ และวางแผนงาน พัฒนากลไกและดำเนินมาตรการป้องกันและจัดโรคติดต่ออย่างกว้างขวาง มีประสิทธิภาพ เป็นระบบในระยะยาว

มีข้อคิดว่าหน้าที่ดังกล่าวเป็นหน้าที่ป้องกันและจัดโรคติดต่ออันตรายที่มีต่อประชาชนโดยทั่วไป หรือรวมถึงหน้าที่ป้องกันและจัดโรคติดต่ออันตรายแก่ประชาชนเฉพาะรายด้วย ตัวอย่างเช่น บุคคลใดจะเดินทางเข้าไปในเขตโรคติดต่อเช่นเขตโรคมาลาเลีย หรือโรคเท้าหัวช้ำชูกูม หรือเขตที่มีพัฒนาแห่งโรคติดต่ออยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก เช่นเขตแพร่เชื้อไวรัสบานานา และน้ำจะเกิดภัยอันตรายได้ ดังนี้บุคคลนั้น ๆ จะมีสิทธิ์เรียกร้องให้รัฐดำเนินมาตรการป้องกันหรือจัดโรคติดต่ออันตรายให้แก่

ตนโดยไม่คิดมูลค่าได้หรือไม่ ความข้อนี้หากพิเคราะห์จากวัตถุประสงค์ของการป้องกันและจัดโรคติดต่ออันตรายแก่ประชาชน ทำเป็นไปเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยในสิ่งที่ร่างกายของประชาชน ควบคู่กันไปกับการรักษาความสงบเรียบร้อยและความปลอดภัยในสังคมแล้ว ก็ย่อมตอบได้ว่า รัฐยอมมีหน้าที่วางแผนการหรือดำเนินการป้องกันหรือจัดโรคติดต่ออันตรายแก่เอกชนอย่างได้มาตรฐานโดยไม่คิดมูลค่าเสมอ โดยนัยนี้หากเป็นไปตามที่ได้ระบุไว้ในมาตราฐานที่ได้รับการจัดตั้งให้โดยง่าย เจ้าหน้าที่ของรัฐผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการให้ จะเพิกเฉยหรือหลีกเลี่ยงไม่ได้มีผลนั้นรัฐและเจ้าหน้าที่ผู้มีหน้าที่อาจต้องรับผิด แต่ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่ารัฐจะต้องปฏิบัติตามข้อเรียกวังของเอกชนทุกกรณีไป หากเป็นกรณีที่การป้องกันเป็นไปโดยยากลำบาก หรือต้องใช้เวลา ดังนั้นรัฐอาจเลือกใช้มาตรการป้องกันโดยใช้อำนาจห้ามให้เอกชน ดังกล่าวเข้าไปในเขตโรคติดต่ออันตรายก็ได้

๔. ข้อสังเกตทางเศรษฐกิจการเมืองเกี่ยวกับการบริการสาธารณสุข

ปัญหาพื้นฐานของการให้บริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน การรักษาพยาบาลผู้ยากไร้ การป้องกันและจัดโรคติดต่อ ในประเทศไทยก็คือปัญหาการจัดการไทยของรัฐและความต้องการเบื้องต้นของ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการทั้งหลายเหล่านี้ ในฐานะที่เป็น 'หน้าที่' ที่ต้องปฏิบัติ หากกลไกรัฐส่วนที่เกี่ยวข้องเพิกเฉยหรือละเลยไม่ปฏิบัติที่ด้วยดี แต่จะมีผลให้อันดับนี้บังคับการให้ต้องรับผิดชอบ และโดยที่รัฐมีหน้าที่และความผูกพันที่จะต้องคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชนนั่นเองซึ่ง ทำให้รัฐมีอ่อนน感ที่จะจัดการ จึงควรเข้าใจว่าอ่อนน感นี้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามหน้าที่ แต่ทุกวันนี้ยังมีความเข้าใจไว้ว่าการบริการสาธารณสุขเป็น 'อ่อนน感' ในการจัดการตาม 'แนวโน้มราย' ของรัฐที่ฟังปฏิบัติเท่านั้น และอ่อนน感知ทำให้ผูกติดกับหน้าที่แต่อย่างใด ดังนั้นการให้การศึกษา การพัฒนาหลักภาษาของรัฐให้การปฏิบัติหน้าที่และความรับผิดชอบเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพซึ่งยังไม่เกิดขึ้นให้เห็นได้ชัดเจน ในขณะเดียวกันทางกฎหมายตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนั้นแม้หน้าที่ให้บริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานได้เกิดมีขึ้นแล้ว แต่ในทางปฏิบัติยังขาดการผลักดันให้ล้ำหน้าของบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้เป็นไปตามกรอบรัฐธรรมนูญและยังขาดการตรวจสอบทบทวนอยู่อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งขาดการประเมินและปรับปรุงเพื่อ รองรับและสนับสนุนการตามกรอบ ทางรัฐธรรมนูญอย่างจริงจัง

การจะแก้ปัญหานี้ได้จะต้องมีการวางแผนกลไกคุ้มครองบังคับให้สิทธิของประชาชนทุกคนที่จะได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน หรือสิทธิของผู้ยากไร้ที่จะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ตลอดจนหน้าที่ของรัฐในการป้องกันและจัดโรคติดต่อ อันตรายเป็นจริงขึ้นให้ได้นี้ กลไกที่สำคัญที่สุดก็คือกลไกของรัฐธรรมนูญเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่เกิดต้องรับผิดชอบรัฐมีหน้าที่ในรายละเอียดอย่างไร และยังไม่มีการตรวจสอบทบทวนอยู่ต่อเนื่องอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นรัฐก็อาจอ้างข้อแก้ตัวได้ว่าต้องรอจนกว่าจะทราบกฎหมายกำหนดรายละเอียดให้เสร็จเสียก่อน ซึ่งย่อมเท่ากับว่า สิทธิตามรัฐธรรมนูญยังไม่มีผลจริงจังจนกว่าจะมีกฎหมายล้ำด้วยมาระบุให้ชัดเจนเสียก่อน ในกรณีนี้ความมีการวางแผนบทบัญญัติรัฐธรรมนูญไว้ให้แจ้งชัดว่า ในกรณีที่จำเป็นต้องตรากฎหมายรองรับรายละเอียดเกี่ยวกับเนื้อหาแห่งสิทธิ หน้าที่ และวิธีการในการคุ้มครองและบังคับตามสิทธิตามรัฐธรรมนูญ และยังไม่มีกฎหมายเขียนไว้ หากมีข้อพิพาทเกี่ยวกับสิทธิหน้าที่ตามรัฐธรรมนูญเกิดขึ้น ก็ให้ตกลงการรัฐธรรมนูญเป็นผู้มี

อ่านใจพิจารณาข้าม และมีอ่านใจกำหนดลักษณะที่ชัดเจนเพื่อกำหนดสิทธิหน้าที่ มาตรการ และกระบวนการในการทางปฏิบัติมา บังคับใช้ และให้มีค่าเสื่อมเป็นกฎหมายจนกว่าฝ่ายนิติบัญญัติจะบัญญัติกฎหมายมาบังคับใช้เพื่อการนี้เป็นการเดียวได้

นอกจากปัญหาจิตสำนึกของบุคลากรสาธารณสุขฝ่ายที่เป็นผู้ให้บริการ ซึ่งมักถือว่าการให้บริการสาธารณสุขเป็น “อ่านใจ” จัดการด้านสาธารณสุข ไม่ใช่ “หน้าที่” ที่จะต้องให้บริการอย่างได้มาตรฐานจนในบางกรณีเกิดภาวะเจ้าชุมมูลนายในภาคบริการสาธารณสุขแล้ว จิตสำนึกของประชาชนในการรักษาสุขอนามัยของตนเองก็มีแนวโน้มที่ควรได้รับการแก้ไขที่สำคัญ ๒ ประการคือ

ก) แนวโน้มความเชื่อทางศาสนาที่ถือว่าปัญหาสุขภาพอนามัยเป็นเรื่องของเรื่องธรรมจีงปล่อยให้การดูแลรักษาและป้องกันเป็นไปตามยถากรรมอย่างหนึ่ง กับ

ข) แนวโน้มความเชื่อแบบลัทธิบริโภคนิยมที่ถือว่าปัญหาสุขภาพอนามัยเป็นเรื่องของบริการสาธารณสุขซึ่งบุคลา

บ) ยอมได้รับการบริการจากรัฐหรือสามารถซื้อห้ามการเอาได้เมื่อจำเป็นหรือเกิดเงินป่วยขึ้น

แนวโน้มทางความคิดทั้งสองแนวนี้ก่อให้เกิดทัศนะที่ปล่อยให้การดูแลรักษาสุขอนามัยและป้องกันโรคภัยไข้เจ็บเป็นเรื่องของโลกภายนอก เป็นเรื่องนอกเหนือความรับผิดชอบของตนเอง เป็นเรื่องของรัฐ หรือของแพทย์ผู้ให้การรักษาพยาบาล หรือบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการ ไม่ใช่สิ่งที่เอกชนแต่ละคนต้องรับผิดชอบดูแลรักษาด้วยตัวเองเป็นหลัก ทำให้การศึกษาหาความรู้เรื่องสุขอนามัยและความมั่นคงในเรื่องสุขอนามัยของประชาชนไม่ได้มาตรฐานการจะแก้ปัญหาข้อนี้จำเป็นต้องทำ ความเข้าใจและเผยแพร่ความรู้ข้อมูลข่าวสารให้ทั่วถึงในหมู่ประชาชนว่า การรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานเป็น “สิทธิ” ของ ประชาชน ขณะเดียวกันก็เป็น “ความรับผิดชอบ” ของเอกชนแต่ละคนในการ ดูแลรักษาสุขอนามัยของตนเองด้วย

ปัญหาหลักในการให้บริการสาธารณสุขของไทยที่สำคัญก็คือปัญหาว่ารัฐยังไม่สามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ และ เพียงพอแก่ความต้องการในขอบเขตทั่วประเทศ บุคลากรสาธารณสุขขาดแคลนบุคลากรที่ประสบภาวะงานล้นมือขาดแคลนเอกชน มากช่วงเริ่มและแบ่งเบาภาระ แต่กว่าในหลายกรณีหรือในบางท้องที่ โดยเฉพาะในเขตเมืองใหญ่การให้บริการก็กลับเป็นไปอย่าง พุ่มเพิ่ยเกินจริง ไม่สมประสิทธิ์ ไม่ถูกจุด ไม่มีประสิทธิภาพ การให้บริการของเอกชนโดยเป็นธุรกิจที่เห็นแก่กำไรกิจการ หรือก่อให้เกิดผลร้ายทางสาธารณสุข หรือทางสังคมตามมา ปัญหาดังกล่าวเป็นผลที่เกิดความคุ้นเคยกับการขยายตัวทางเศรษฐกิจ และการกระจายรายได้ระหว่างเมืองกับชนบทที่ไม่ได้สัดส่วน ขณะเดียวกันค่าตอบแทนบุคลากรสาธารณสุขขาดแคลนมากกว่า มาตรฐาน ทำให้บุคลากรขาดแคลนโดยเฉพาะในเขตชนบทขาดกำลังใจในการทำงาน ขาดบัตร์ประจำและการพัฒนา คุณภาพการให้บริการ ปัญหาข้อนี้เป็นปัญหาที่เป็นผลมาจากการสร้างทางเศรษฐกิจที่ขาดความสมดุลระหว่างภาคเมืองกับ ชนบท กับปัญหาการขาดประสิทธิภาพการจัดการภาครัฐซึ่งเกี่ยวพันกับโครงสร้างตลาดภาคบริการ โดยเฉพาะโครงสร้างการ แข่งขันในภาคบริการสาธารณสุข การปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจในเชิงรัฐธรรมนูญเพื่อให้เกิดความสมดุลมากขึ้น จึงเป็นสิ่ง จำเป็นในเบื้องต้น โครงสร้างรัฐธรรมนูญทางเศรษฐกิจ ซึ่งในปัจจุบันนี้รัฐธรรมนูญได้กำหนดให้รัฐมีหน้าที่เฉลี่ยหรือกระจาย รายได้จากภาษีอากรไปยังส่วนภูมิภาคและส่วนห้องถังที่มีรายได้ต่ำอย่างทั่วถึงกว่าที่เป็นอยู่ (มาตรา ๒๘๔ วรรคสอง (๒) และ รัฐธรรมนูญยังคงหลักการกระจายอำนาจอันจะจัดการด้านการเงินและการภาษีอากรไปยังองค์กรส่วนส่วนห้องถังให้มากขึ้น (มาตรา ๒๘๔ วรรคแรก) ในขณะเดียวกันรัฐธรรมนูญก็กำหนดไว้ทั้งในหมวดสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน (มาตรา ๕๙ วรรคสอง)

และทั้งในหมวดแนวโน้มนายแพทย์รัฐ (มาตรา ๔๖) ในการส่งเสริมการกระจายอำนาจและหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเมื่อส่วนร่วมมากขึ้นด้วย

โดยที่การให้บริการสาธารณสุขไม่เพียงพอหรือไม่ได้มาตรฐาน ทำให้การการแข่งขันด้าน พฤติกรรมทางธุรกิจของแพทย์ ผู้ประกอบการสถานพยาบาลและอุตสาหกรรมฯ และอุปกรณ์การแพทย์ที่มุ่งแสวงหากำไรมักแสดงออกในรูปการเผยแพร่องค์ความรู้และการโฆษณาการรักษาพยาบาลที่เกินจริงหรือเกินจริง แม้ผลประโยชน์ทางธุรกิจหรือก่อให้เกิดความกังวลในสุขอนามัยจะเกิดความต้องการและตลาดเที่ยมขึ้นในหมู่ประชาชนและผู้เข้ารับการรักษาพยาบาล พฤติกรรมทางธุรกิจที่มิได้คำนึงถึงความสมเหตุผล ความนับผิดชอบต่อระบบสาธารณสุขทั้งระบบ เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งของการให้บริการสาธารณสุขที่เกินจริงในเขตเมือง แม้ว่ากรณีดังกล่าวจะเป็นกรณีให้บริการที่เกินมาตรฐาน แต่การให้บริการที่ฟุ่มเฟือยหรือแพงเกินควรก็จัดเป็นการบริการที่ไม่ได้คุณภาพอย่างหนึ่งถือได้ว่าเป็นการให้บริการสาธารณสุขที่ไม่ได้มาตรฐาน และเป็นหน้าที่ของรัฐในการแก้ไขด้วยการปรับปรุงมาตรฐานการให้บริการของรัฐ และส่งเสริมการเผยแพร่ความรู้ และให้คำปรึกษาทางสาธารณสุขที่มีคุณภาพโดยส่งเสริมการดำเนินการขององค์กรคุ้มครองผู้บริโภค พัฒนาการอบรมและกลไกทางกฎหมายและการบูรณาการให้ประชาชนได้รับความคุ้มครองดีขึ้นด้วย

อนึ่ง ปัญหาการจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขว่าจะจัดการบริหารการให้บริการอย่างไรจึงจะเหมาะสมกับโครงสร้างพื้นฐานทางรัฐธรรมนูญและทางสังคมของไทยนั้น มีทางเลือกสำคัญ ๓ ทางใหญ่ๆ คือจะจัดโครงสร้างการให้บริการแบบตลาดเสรีโดยรัฐเป็นเพียงผู้วางแผนการก้าวไปตามแบบสหรัฐเมริกา หรือแบบรัฐเป็นผู้ให้บริการเป็นหลักแบบอังกฤษ หรือรัฐวางแผนการก้าวไป การให้บริการโดยผ่านระบบบังคับประคันสุขภาพแบบเยอรมัน เป็นปัญหาการจัดการโดยแท้จริงขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะของตลาดบริการสาธารณสุขของไทย และแนวโน้มของรัฐในการจัดการ โดยจะต้องศึกษาข้อดีข้อเสียและลักษณะเฉพาะของแต่ละระบบอย่างละเอียดประกอบการพิจารณา รับฟังความเห็นของผู้มีส่วนได้เสียเกี่ยวกับอย่างทั่วถึง ไม่ใช่ปัญหาสิทธิเสรีภาพขึ้นพื้นฐานหรือปัญหาโครงสร้างที่จำเป็นต้องกำหนดไว้ในระดับรัฐธรรมนูญ จึงไม่ขออภัยโดยละเอียดในที่นี้

อย่างไรก็ตี มีข้อเสนอประกอบการพิจารณาว่า เป้าหมายที่พึงประสงค์ในการจัดการระบบสาธารณสุขที่สำคัญมีสองด้าน คือ การรักษามาตรฐานของการให้บริการ และการประกันสวัสดิภาพด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ยากไร้และการให้บริการที่ดี กับ การคุ้มครองสิทธิเสรีภาพในการประกอบกิจการและการแข่งขันโดยเสรีอีกประการหนึ่ง ดังนั้นหากเลือกการจัดระบบบริการสาธารณสุขแบบตลาดเสรีย่อมก่อให้เกิดปัญหาการบริการไม่ทั่วถึง และผู้มีรายได้ปานกลางค่อนข้างน้อยและผู้ยากไร้อาจไม่ได้รับหลักประกันการรักษาพยาบาล ส่วนการวางแผนบริการสาธารณสุขแบบรัฐให้บริการโดยใช้บประมาณแผ่นดินเป็นหลักและให้เอกชนให้บริการสาธารณสุขเสริมบริการของรัฐโดยอาศัยกลไกตลาด ก็ย่อมเกิดปัญหามิมีการแข่งขันในภาคบริการขนาดที่มีตลาดขนาดเล็ก หรือในท้องที่ที่ประชาชนมีรายได้ต่ำ และเกิดปัญหาประสิทธิภาพในการให้บริการภาครัฐ เกิดความล้าช้า หากแคลนและเกิดการพัฒนาคุณภาพได้ยาก สำหรับระบบบังคับประคันสุขภาพในหมู่ผู้มีรายได้และให้บริการแก่ผู้ยากไร้โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายโดยให้ภาคเอกชนจัดการเองแม้จะช่วยให้การบริการทั่วถึงและได้มาตรฐาน แต่ก็จะประสบปัญหาการสร้างตลาดบริการที่ไม่จำเป็น เกิดพฤติกรรมให้บริการและรับบริการโดยขาดความนับผิดชอบ และควบคุมก้าวค่าใช้จ่ายได้ยาก เป็นเหตุให้ระบบบริการสาธารณสุขแห่งนี้โดยไม่สมเหตุผล

กฎหมายการสาธารณสุขและคุ้มครองผู้บริโภค
การประชุมนิติคสสหแห่งชาติ

วันที่ 14-15 กันยายน 2534
ณ หอประชุมใหญ่ องค์การสหประชาชาติ

เมื่อพิจารณาประกอบกับรากฐานทางความคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์เชิงอันดามที่ได้เปลี่ยนแปลงไปตามรัฐธรรมนูญใหม่ จากระบบผู้ให้สูญเสียหรือระบบอุปถัมภ์มาสู่ระบบสิทธิหน้าที่ระหว่างประชาชนกับรัฐหรือภายใต้หลักกฎหมายเป็นใหญ่ ดังกล่าวแล้วข้างต้น ระบบบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมกับสภาพสังคมไทยน่าจะได้แก่ระบบบังคับประกันสุขภาพที่ประสานประสานกับการกระตุ้นให้เกิดการแข่งขันและเสริมในตลาดบริการสาธารณสุข หรือมีชนนั้นก็ได้แก่ระบบการให้บริการของรัฐที่เน้นการส่งเสริมให้เอกชนแข่งขันกันอย่างเสรีเพื่อเข้ารับภาระในการให้บริการของรัฐให้มากขึ้นอย่างใด อย่างหนึ่ง เพื่อให้เกิดผลคือ สามารถให้บริการอย่างทั่วถึง มีประสิทธิภาพ และราคาถูกอย่างแท้จริง

รายงานการศึกษา

กฎหมายการสาธารณสุขและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

**คณะกรรมการกฤษฎีกา
คณะกรรมการสวัสดิการสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภค**
คณะกรรมการสวัสดิการสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภค

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

การคุ้มครองผู้บริโภคโดยเฉพาะด้านสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญสำหรับทุกประเทศ จะเห็นได้ว่าประเทศต่างๆ โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้วจะถือว่าการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพเป็นเรื่องที่รัฐมีหน้าที่ต้องดำเนินการให้ความคุ้มครอง ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนในชาติมีสุขภาพที่ดี ตัวอย่างที่แสดงให้เห็นในเรื่องนี้ เช่น ประเทศสหราชอาณาจักร (United Kingdom) ได้ประกาศนโยบายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านต่างๆ¹ หรือในปัจจุบันนี้ ประชาคมยุโรป (European Community, EC) ให้ความสำคัญในเรื่องนี้มากโดยได้กำหนด Consumer Policy and Consumer Health Protection ซึ่ง มี Directorate General XXIV รับผิดชอบเกี่ยวกับเรื่องคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและความปลอดภัยโดยตรง และ Directorate General III (Industry) รับผิดชอบเกี่ยวกับอาหาร (food stuffs) รวมถึงการปีดฉลากอาหาร (labeling) เกี่ยวกับยา (pharmaceutical) เคมีภัณฑ์ (chemical) และผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ (medical) รวมทั้ง ความปลอดภัยในสินค้า (product safety)²

สำหรับประเทศไทย รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 3 ว่าด้วย สิทธิและเสรีภาพของมนุษย์ ในมาตรา 3 ได้บัญญัติว่า มนุษย์เป็นผู้ต้องรับสิทธิและเสรีภาพของมนุษย์ในด้านต่างๆ รวมทั้งคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค (มาตรา 57) โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้บัญญัติเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของประชาชนชาวไทยในส่วนของสุขภาพอนามัยของบุคคล (มาตรา 52) ดังนี้

มาตรา 57 สิทธิของบุคคลซึ่งเป็นผู้บริโภคยอมได้รับความคุ้มครอง ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ กฤษฎีกามาตราคานонที่ต้องบัญญัติให้มีองค์การอิสระซึ่งประกอบด้วย ตัวแทนผู้บริโภคทำหน้าที่ให้ความเห็นในการตรากฎหมาย กฎ และข้อบังคับ และความเห็นในการกำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค

¹ ดูหลักการคุ้มครองผู้บริโภค ในหน้าข้อ 1.2 ต่อไป

² <http://europa.eu.int/comm/dg24/>

ในขณะนี้ กฎหมายที่บัญญัติคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค ได้แก่ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดย พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2541 ซึ่งมีสาระสำคัญคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภคประการต่างๆ ดังจะได้กล่าวในรายละเอียดต่อไป

มาตรา 52 บุคคลยอมมีสิทธิสมอภัยในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้ มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเหตุที่จะกระทำได้

การป้องกันและจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและหันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ

บทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญมาตรานี้ มุ่งคุ้มครองสิทธิของประชาชนชาวไทยในอันที่จะได้รับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน อันเป็นสิทธิและเสรีภาพในการสังคมและเศรษฐกิจ³ ซึ่งขณะนี้ได้มีกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการประชาชนด้านสุขภาพ ทั้งทางด้านสินค้าและทางด้านบริการ และการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการในเรื่องดังกล่าวไปสู่ท้องถิ่นมากขึ้น เช่น พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 กฎหมายฉบับนี้มีสาระสำคัญเกี่ยวกับการกำหนดอำนาจหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณสุข⁴ ซึ่งการบริการสาธารณสุข ก็เป็นส่วนหนึ่งด้วย เป็นทัน

สิทธิพื้นฐานของผู้บริโภค

หากกล่าวถึงสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้บริโภค เราอาจพิจารณาได้จากนโยบายคุ้มครองผู้บริโภคที่ประธานาธิบดี Kennedy เสนอ (Kennedy's policy on consumer protection)⁵ ซึ่งอาจแบ่งออกได้เป็น 5 ประการคือ

³ raphan วิศรุตพิชญ์. สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540. สำนักพิมพ์วิญญาณ. สิงหาคม 2543, น.36

⁴ ดูหมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542

⁵ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน ขัยวัฒน์ วงศ์วัฒนาศานต์, กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค, สำนักพิมพ์วิญญาณ, มีค. 2543 และ ศึกษาเปรียบเทียบกับของประเทศไทย ปุ่นเพิ่มเติม ใน หนังสือสรุปการสัมมนารวมระหว่างไทยและญี่ปุ่น เรื่องกฎหมายเศรษฐกิจกับการพัฒนา : หัวขอ กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค, จัดโดยคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงพาณิชย์ Ministry of International Trade and Industry และ Institute of Developing Economics Japan External Trade Organization โรงแรมรีเจ้นท์ กรุงเทพ, 2-3 ธันวาคม 2542, น.225-275

กฎหมายการสาธารณสุขและการคุ้มครองผู้บริโภค
การประชุมนิติศาสตร์แห่งชาติ

14-15 กันยายน 2543
ณ หอประชุมใหญ่ องค์การสหประชาชาติ

1. สิทธิได้รับข่าวสาร (Right to be informed) การได้รับข่าวสารที่ถูกต้องและเพียงพอจะทำให้ผู้บริโภคสามารถตัดสินใจในการเลือกสินค้าและบริการได้ สิทธิได้รับข่าวสารจึงเป็นการช่วยด้วยข้อเสียเบรียบในเรื่องความรู้ที่ผู้บริโภคไม่ต่อผู้ประกอบธุรกิจ กฎหมายจึงเข้าควบคุมโฆษณา ฉลาก และการให้ข่าวสารในรูปแบบต่างๆ

2. สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกหาสินค้าและบริการ (Right to choose) การไม่มีอิสระในการเลือกหาสินค้าหรือบริการอาจมีผลเสียสาเหตุ เช่น ได้รับข้อมูลที่ผิดพลาด ซึ่งจะชักจูงกับสิทธิได้รับข่าวสาร แต่การขาดอิสระอาจเป็นเพราะผู้บริโภคไม่พึงพอใจในการต่อรองทางเศรษฐกิจที่อ่อนด้อยกว่า ทำให้จำต้องยอมรับข้อเสนอของผู้ประกอบธุรกิจ นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากการผูกขาดของผู้ประกอบธุรกิจ

3. สิทธิได้รับความปลอดภัย (right to safety) ผู้บริโภคควรได้รับความคุ้มครองในด้านความเหมาะสมของสินค้าหรือบริการที่เหมาะสมกับสภาพ และครอบคลุมรวมถึงความปลอดภัย ซึ่งแต่เดิมมองในด้านภัยภาพเป็นหลัก แต่ในปัจจุบันย่อมรวมถึงความไม่บกพร่องของสินค้าและบริการด้วย กล่าวคือสินค้าและบริการต้องให้มีขึ้นโดยไม่บกพร่อง และต้องมีมาตรฐานเพียงพอแก่การใช้งานหรือให้บริการ (right to standard goods or services)

3. สิทธิได้รับความเป็นธรรมในการทำสัญญา (right to fair contract) สัญญาจะเป็นตัวกำหนดคุณภาพ ข้อกำหนดในสัญญาจะเป็นตัวกำหนดความไม่บกพร่องในมาตรฐานสินค้าและบริการ สัญญาจะเป็นส่วนประกอบของสินค้าและบริการเกี่ยวกับเงื่อนไขและความรับผิดชอบคู่สัญญา ได้แก่ข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรมต่างๆ

4. สิทธิได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย (right to be heard) หากผู้บริโภคได้รับความเสียหายจากสินค้าหรือบริการ ผู้บริโภคต้องมีหนทางที่จะได้รับการเยียวยาความเสียหายนั้น ผู้บริโภคอยู่ในฐานะที่เสียเบรียบหลายประการ ดังนั้นกฎหมายจึงต้องกำหนดวิธีการเยียวยาแก้ไขเพื่อให้ผู้บริโภคได้รับความเป็นธรรม

กฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 และแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2541

เป็นกฎหมายที่กำหนดกรอบในการคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภคด้านต่างๆ ตามหลักการ 5 ประการข้างต้น มีการคุ้มครองผู้บริโภคในด้านการโฆษณา การคุ้มครองผู้บริโภคในด้านฉลาก และการคุ้มครองผู้บริโภคในด้านสัญญา โดยจัดให้มีสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นหน่วยงานหนึ่งของรัฐบาลสังกัดสำนักเลขานุการรัฐมนตรี สำนักนายกรัฐมนตรี มีอำนาจหน้าที่ให้ความช่วยเหลือผู้บริโภคโดยตรงและประสานการปฏิบัติงานของส่วนราชการต่างๆ เพื่อให้ความคุ้มครองผู้บริโภค รวมทั้งเป็นหน่วยงานที่ให้ผู้บริโภคได้ใช้สิทธิร้องเรียนเพื่อขอให้ได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย

กฎหมายการสาธารณสุขและการคุ้มครองผู้บริโภค
การประชุมนิติศาสตร์แห่งชาติ

14-15 กันยายน 2543
ณ หอประชุมใหญ่ องค์การสหประชาชาติ

เมื่อถูกผู้ประกอบธุรกิจละเมิดสิทธิ เพาะในบางครั้ง ผู้บริโภคไม่สามารถอาศัยกฎหมายซึ่งกำหนดความคุ้มผู้ประกอบธุรกิจในเรื่องนั้น ดำเนินการฟ้องร้องทางอาญาหรือเรียกร้องทางแพ่งได้ หรือเป็นการและเสียค่าใช้จ่ายมาก⁶

อย่างไรก็ตาม ด้วยเหตุที่การคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภคในบางเรื่อง อาจมีกฎหมายกำหนดเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวไว้โดยเฉพาะ หรือมีหน่วยงานรับผิดชอบในเรื่องดังกล่าวโดยตรงอยู่แล้ว เพื่อให้การคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้านต่างๆ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และการดำเนินการในภาคปฏิบัติไม่เกิดความซ้ำซ้อนหรือขัดแย้งกัน บทบัญญัติมาตรา 21 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2541 บัญญัติว่า

มาตรา 21 ในกรณีที่กฎหมายว่าด้วยการได้ด้วยบัญญัติเรื่องได้ไว้โดยเฉพาะแล้วให้นับด้วยกับบทบัญญัติแห่งกฎหมายว่าด้วยการนั้น และให้นับบทบัญญัติในหมวดนี้ไปให้นับด้วยกับได้เท่าที่ไม่ซ้ำหรือขัดกับบทบัญญัติดังกล่าว เว้นแต่

(1) ในกรณีที่มีความจำเป็นเพื่อประโยชน์แก่ผู้บริโภคเป็นส่วนรวม หากปรากฏว่าเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจตามกฎหมายดังกล่าวยังมิได้มีการดำเนินการหรือดำเนินการยังไม่ครบถ้วนตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น และมิได้ออกคำสั่งเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคตามกฎหมายดังกล่าวภายในกำหนดเวลาที่ได้รับหนังสือแจ้งจากคณะกรรมการเฉพาะเรื่อง หรือคณะกรรมการ⁷ ให้คณะกรรมการเฉพาะเรื่องหรือคณะกรรมการเสนอเรื่องให้นายกรัฐมนตรีพิจารณาออกคำสั่งตามความในหมวดนี้ได้

(2) ในกรณีตาม (1) ถ้ามีความจำเป็นเร่งด่วนอันมิอาจปลดอยให้เน้นชัตต่อไปได้ให้คณะกรรมการเฉพาะเรื่องหรือคณะกรรมการเสนอเรื่องให้นายกรัฐมนตรีพิจารณาออกคำสั่งตามความในหมวดนี้ได้ โดยไม่ต้องมีหนังสือแจ้งหรือรอให้ครบกำหนดเวลาสิบวันตามเงื่อนไขใน (1)

ในกรณีที่กฎหมายดังกล่าวมิได้มีบทบัญญัติให้อำนาจแก่เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจตามกฎหมายออกคำสั่งเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคตามที่บัญญัติในหมวดนี้ ให้คณะกรรมการเฉพาะเรื่องมีอำนาจออกคำสั่งตามความในหมวดนี้ เว้นแต่ ในกรณีที่กฎหมายดังกล่าวมิเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจอยู่แล้ว คณะกรรมการอาจมอบอำนาจให้เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจตามกฎหมายว่าด้วยการนั้นๆ ใช้อำนาจตามพระราชบัญญัตินี้แทนคณะกรรมการเฉพาะเรื่องได้

⁶ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักนายกรัฐมนตรี, สคบ.กับการคุ้มครองผู้บริโภค, บริษัทอฟเชิงเครือข่าย จำกัด, กันยายน 2541

⁷ หมวดว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค

⁸ พระบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ.2541 มาตรา 3 คณะกรรมการ หมายความว่า คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ประกอบกับมาตรา 9 ให้มีคณะกรรมการเฉพาะเรื่อง ได้แก่ คณะกรรมการว่าด้วยการโฆษณา คณะกรรมการว่าด้วยชลาก และคณะกรรมการว่าด้วยสัญญา

การอนุญาตให้เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจตามกฎหมายว่าด้วยการนั้นฯ ตามวรรคสองให้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา"

สำหรับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพนั้น จะเห็นได้ว่า ประเทศไทยได้มีการออกกฎหมายเพื่อคุ้มครองประชาชนด้านสุขภาพในกฎหมายต่างๆ หลายฉบับ แต่กฎหมายบางฉบับอาจมีลักษณะเป็นกฎหมายเฉพาะ เช่น พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ ซึ่งมีได้พิจารณาการคุ้มครองประชาชนในฐานะ "ผู้บริโภค" ตามความหมายของคำว่า "ผู้บริโภค" ตามนิยามในมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๒๒ แก้ไขเพิ่มเติมโดย พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๑ กล่าวคือ "...ผู้บริโภค" หมายความว่า ผู้ซื้อหรือผู้ได้รับบริการจากผู้ประกอบธุรกิจหรือผู้ซึ่งได้รับการเสนอหรือการซักซ่อนจากผู้ประกอบธุรกิจเพื่อให้ซื้อสินค้าหรือรับบริการ และหมายความรวมถึงผู้ใช้สินค้าหรือผู้ได้รับบริการจากผู้ประกอบธุรกิจโดยชอบ เมื่อมีได้เป็นผู้เสียค่าตอบแทนก็ตาม"

ดังนั้น การศึกษาในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ นอกจากศึกษาตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภคแล้ว ยังต้องศึกษาการคุ้มครองตามกฎหมายพิเศษเฉพาะเรื่องอีกด้วย

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๒๒ แก้ไขเพิ่มเติมโดย พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๑ กฎหมายฉบับนี้ให้ความคุ้มครองผู้บริโภค สรุปสาระสำคัญได้ดังต่อไปนี้

1. ควบคุมการผลิต ในกรณีที่สินค้าหรือบริการอาจเป็นอันตราย คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค มีอำนาจในการสั่งให้มีการหดสอบหรือพิสูจน์ความปลอดภัยได้ หรืออาจสั่งห้ามขายสินค้านั้นได้ (มาตรา ๓๖)
2. ควบคุมด้านฉลาก เป็นการให้ข่าวสารข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้บริโภค และให้ผู้บริโภคสามารถติดตามเพื่อเรียกร้องให้รับผิดชอบได้
3. ควบคุมด้านโฆษณา ห้ามการโฆษณาที่อาจทำให้ผู้บริโภคเข้าใจผิดหรือเป็นการหลอกลวง
4. ควบคุมสัญญา เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการทำสัญญา โดยกำหนดรูปแบบสัญญา และกำหนดลักษณะของข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม (ดู พระราชบัญญัติว่าด้วยข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม พ.ศ. ๒๕๔๐ ประกอบ)
5. การเยียวยาความเสียหาย หน่วยงานรับผิดชอบ การดำเนินคดี การเรียกร้องค่าเสียหาย หรือการขอคุ้มครองชั่วคราว

คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค มีหน้าที่ดำเนินคดีเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิของผู้บริโภคตามที่เห็นสมควร หรือเมื่อมีผู้ร้องขอ และรับรองสมาคมที่มีวัตถุประสงค์ในการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้สมาคมนั้นเมล็ดสิทธิและอำนาจพิจารณาจัดการผู้เสียหายหรือสมาชิกของสมาคมได้

แต่การดำเนินคดีเรียกร้องความเสียหายในคดีละเมิดสิทธิผู้บริโภค ไม่มีวิธีการพิเศษที่กฎหมายบัญญัติไว้ ต้องปฏิบัติเช่นเดียวกับคดีละเมิดทั่วไป ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง ซึ่งโอกาสที่ผู้เสียหายจะพิสูจน์ความบกพร่องของจำเลยซึ่งเป็นผู้ผลิตสินค้า ทำได้ยากหรือไม่มีโอกาสทำได้เลย ผู้บริโภคจึงไม่อาจใช้สิทธิทางศาลให้เกิดผลลัพธ์ใน การเยียวยาความเสียหายจากการถูกละเมิดสิทธิได้

กฎหมายว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ

พระราชบัญญัติว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ พ.ศ. 2542

กฎหมายฉบับนี้นับว่าเป็นกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคด้านราคายอดเยี่ยม สาระสำคัญมีดังต่อไปนี้
ขอบเขตการคุ้มครองผู้บริโภค

กฎหมายนี้ได้พัฒนาจากพระราชบัญญัติกำหนดราคสินค้าและป้องกันการผูกขาด พ.ศ. 2522 ซึ่งมีเจตนาเดียวกันใน การคุ้มครองประชาชนผู้บริโภค ให้ได้รับความเป็นธรรมจากการบริโภคสินค้าหรือใช้บริการใดๆ ในราคานี้เป็นธรรม ไม่ถูกเอา รัดเอาเบรียบโดยการโง่ราคากาบ่าไว้เกินกว่าเหตุ หรือได้รับสินค้าหรือการบริการที่ต่ำกว่ามาตรฐานที่ควรจะเป็น จึงนับว่า เป็นกฎหมายที่มีผลต่อการคุ้มครองผู้บริโภคโดยทั่วไปในด้านความเป็นธรรมเป็นอย่างมาก กล่าวคือ

กฎหมายได้กำหนดคำว่า "สินค้า" หมายความว่า สิ่งของที่อาจใช้ในการอุปโภคหรือบริโภค รวมทั้งเอกสารแสดงสิทธิ ในสิ่งของด้วย และคำว่า "บริการ" หมายถึง การจัดทำภาระงาน การให้ลิขสิทธิ์ การให้ใช้หรือให้ประโยชน์ในทรัพย์สินหรือ กิจการใดๆ โดยเรียกค่าตอบแทนเป็นเงิน หรือผลประโยชน์อื่น

ดังนั้น ขอบเขตของกฎหมายนี้ จึงครอบคลุมถึงสินค้าทุกชนิดที่ใช้สำหรับการอุปโภคหรือบริโภค ไม่ว่าจะเป็นสินค้า อุปกรณ์การส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย อาหาร เครื่องดื่ม และอื่นๆ ซึ่งอาจรวมถึงการบริการด้านสุขภาพได้ด้วย แต่ อย่างไรก็ตาม ในกระบวนการคุ้มครองสินค้าและบริการดังกล่าว อาจมีกฎหมายเฉพาะที่ควบคุมดูแลอยู่แล้ว เช่น กฎหมายว่าด้วย อาหาร เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง มาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม เป็นต้น ซึ่งกฎหมายว่าด้วย ราคาสินค้าและบริการ จึงเป็นกฎหมายเสริม อุดช่องว่างของผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่ไม่มีกฎหมายเฉพาะควบคุม และยังอาจเสริมกฎหมายเฉพาะในเรื่อง การควบคุมเกี่ยวกับการกำหนดราคา ได้อีกด้วย

โครงสร้างและกลไกในการควบคุมและบังคับใช้กฎหมาย

1. หน่วยงานหลักที่มีบทบาทในการบังคับใช้กฎหมายฉบับนี้คือกระทรวงพาณิชย์โดยกำหนดให้มี คณะกรรมการ กลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ (กกร.) ในส่วนกลาง (กม.) และมี คณะกรรมการส่วนจังหวัดว่าด้วยราคาสินค้าและ บริการ (กจจ.) ในส่วนภูมิภาค (ต่างจังหวัด) ซึ่งจะมีสำนักงานกกร. และ กจจ. เป็นสำนักงานเลขานุการในการดำเนินการ

2. คณะกรรมการกลางฯ (กกร.) จะมีบทบาทอ่อนน้อมในการกำหนดให้สินค้าหรือบริการใดเป็น สินค้าหรือบริการที่ ควบคุม ได้ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการรัฐมนตรี แล้วประกาศในราชกิจจานุเบกษา ทั้งนี้ต้องมีการทบทวนประกาศดังกล่าว ทุกปี

3. เมื่อได้มีประกาศให้สินค้าหรือบริการใด เป็นสินค้าหรือบริการที่ควบคุม กกร. และ กจจ. จะมีอำนาจในการ ดำเนินการท่อไปนี้ได้

- 1) กำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคได้ ได้แก่ กำหนดราคา อัตรากำไรสูงสุดต่อหน่วยสินค้า หลักเกณฑ์เงื่อนไขในการผลิต/นำเข้า/ส่งออก/ซื้อ/ขาย/เก็บรักษา การห้าม/อนุญาตส่งออก/นำเข้าในท้องที่ใดท้องที่หนึ่ง สั่งให้ปรับปรุงประสิทธิภาพในการผลิต สั่งให้จ้างหน่ายตามบริษัทและราคาก่อตัวที่กำหนด รวมทั้งกำหนดมาตรการป้องกันการกักดุน ได้
- 2) สั่งให้ผู้ผลิตต้องแจ้งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับชื่อ ราคาซื้อ/ขาย มาตรฐาน/คุณภาพ ขนาด/ปริมาณ/น้ำหนักต่อหน่วยส่วนประกอบ เป็นต้น ภายในระยะเวลาที่กำหนด
- 3) กำหนดวิธีการหรือหลักเกณฑ์ในการแสดงราคาสินค้าหรือบริการ และหลักเกณฑ์ที่ถือว่า เป็นการทำให้ราคาต่ำ/สูงเกินไป หรือเป็นบ่วนราคา ได้
- 4) สั่งการได้ เพื่อทำให้สินค้า/บริการนั้น มีเพียงพอ กับความต้องการของประชาชนผู้บริโภค
- 5) พิจารณาเรื่องร้องเรียนของประชาชน กรณีที่ได้รับความเดือดร้อนจากการกระทำที่มีผลกระทบกว้างขวางต่อราคасินค้าหรือบริการ
6. ในกรณีเจ้าเป็นเรื่องด่วน ต้องปิดลับและไม่อาจเรียกประชุมได้ทันท่วงที่ ประธาน กกร. (รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพาณิชย์) มีอำนาจออกประกาศเรื่องตามข้อ 2 ได้ ทั้งนี้ ต้องเสนอให้ กกร. ทั้งคณะพิจารณาภายใน 30 วันนับแต่วันที่ได้ออกประกาศนั้น หากเห็นชอบให้ใช้บังคับต่อไป หากไม่เห็นชอบให้ กกร. ออกคำสั่งยกเลิกประกาศนั้น
5. พนักงานเจ้าหน้าที่คือข้าราชการที่ได้รับการแต่งตั้งจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงพาณิชย์ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นข้าราชการของกระทรวงพาณิชย์ พนักงานเจ้าหน้าที่จะมีอำนาจเรียกบุคคลมาชี้แจงหรือให้ถ้อยคำ เช่นไปตรวจสอบหรือค้นในอาคารหรือสถานที่ หรือยานพาหนะ รวมทั้งจับกุมกรณีที่กระทำการผิดกฎหมายดังหน้า กก/ยีด/อาบัด/สินค้า ยานพาหนะ เอกสาร หรือหลักฐานได้ด้วย
6. ในการจับกุมผู้ประกอบการ/เจ้าของ/ผู้ครอบครองสินค้าหรือบริการที่ควบคุมที่ฝ่าฝืนหรือกระทำการใด พนักงานอัยการร้องขอต่อศาลให้สั่งให้สิบนบแก่ผู้นำจับ (25%) และผู้จับ (30%) ของเงินที่ได้จากการขายของกลาง หรือเงินค่าปรับ

บทวิเคราะห์กฎหมายว่าด้วยราคасินค้าและบริการ

1. สภาพการคุ้มครองผู้บริโภค

เมื่อพิจารณาตามหลักการคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค อาจกล่าวได้ว่า พระราชบัญญัติว่าด้วยราคасินค้าและบริการ มีส่วนในการคุ้มครองผู้บริโภคในด้านต่างๆ ดังนี้

- 1) สิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร (right to be informed) กฎหมายฉบับนี้ สามารถกำหนดผู้ประกอบกิจการหรือให้บริการ ต้องแสดงราคасินค้าหรือบริการต่อประชาชนผู้บริโภค และในบางกรณีอาจร้องขอข้อมูลจากส่วนราชการเกี่ยวกับอัตรากำไรสูงสุดต่อหน่วยสินค้า หรือหลักเกณฑ์เงื่อนไขต่างๆ ในกรณีผลิต การขาย การนำเข้า เป็นต้น ทั้งนี้ต้องไม่เป็นข้อมูลที่มีผลกระทบกับสิทธิของเจ้าของสินค้านั้นๆ ซึ่งจะมีผลให้ประชาชนมีสิทธิที่จะเลือกซื้อ/ใช้สินค้าหรือบริการได้ (right to choose)

กฎหมายการสาธารณสุขและการคุ้มครองผู้บริโภค
การประชุมนิติศาสตร์แห่งชาติ

14-15 กันยายน 2543
ณ หอประชุมใหญ่ องค์การสหประชาชาติ

2) สิทธิที่จะได้รับความเป็นธรรมในด้านราคา กฎหมายฉบับนี้คุ้มครองสิทธิด้านนี้อย่างชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นกรณีที่ผู้ประกอบจะกักดุนสินค้า หรือกำหนดราคางานสูงเกินสมควร หรือการใช้วิธีการใดๆ เพื่อให้ราคสินค้าของตนสูงขึ้นอย่างไม่เป็นเหตุเป็นผล หรือการกำหนดราคสินค้าหรือบริการที่เอาไว้ให้เกินสมควร หรือการจงใจทำให้สินค้าที่จำเป็นต่อผู้บริโภคขาดแคลนหรือไม่เพียงพอ กับความต้องการของประชาชน กฎหมายนี้มีบทบาทในการคุ้มครองประชาชนในประเด็นต่างๆ เหล่านี้ได้ จึงเป็นหลักประกันสำคัญของประชาชนได้พอดี

2. สภาพการบังคับใช้กฎหมาย

ปัจจุบันกระทรวงพาณิชย์ได้ดำเนินการประกาศสินค้าควบคุมจำนวนไม่น้อย โดยเฉพาะสินค้าที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตโดยปกติของประชาชน โดยการกำหนดราคากลางที่ห้ามจำหน่ายเกินราคา หากจำเป็นผู้ประกอบการต้องขออนุญาตเป็นครั้งๆ ไป โดยต้องแสดงต้นทุนและกำไรที่จำเป็นต้องขายราคา ซึ่งเมื่อว่าจะได้มีมาตรการการควบคุมดังกล่าว แต่ก็ยังควบคุมดูแลได้ไม่ทั่วถึง ส่วนใหญ่จะควบคุมได้เฉพาะเมืองใหญ่ที่ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารดี เช่น ในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนในเขตชนบท มีการจ่าหนายสินค้าในราคากลางที่เกินราคากลางคุ้มอยู่มาก ทั้งนี้ หนังสือแจ้งหน้าที่ของกระทรวงพาณิชย์มีอยู่อย่างจำกัด จึงเป็นเรื่องที่ยากที่จะดูแลได้อย่างทั่วถึง

นอกจากนี้ กลไกในการรับเรื่องร้องเรียนจากประชาชน ในกรณีที่เห็นว่าได้รับความเดือดร้อนจากการไม่โปร่งใส การบริการที่ไม่คุ้มค่ากับราคา ยังไม่มีกลไกการรับเรื่องร้องที่ชัดเจน โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ที่ต่างจังหวัดและในชนบท

ข้อเสนอแนะ

1. เมื่อว่าสินค้าและบริการที่ควบคุมจะเป็นสินค้าอุปโภคหรือบริโภคที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของประชาชน แต่ก็ยังเกี่ยวโยงไปถึงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพได้ไม่ชัดเจนนัก จึงน่าที่จะพิจารณานำออกกฎหมายเฉพาะอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ เช่น กฎหมายอาหาร เครื่องสำอาง มาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม สถานพยาบาล กฎหมายสาธารณสุข เป็นต้น มาประสานเข้ากับกฎหมายว่าด้วยราคสินค้าและบริการ เพื่อให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองด้านความสะอาดปลอดภัย ควบคู่ไปกับความเป็นธรรมในด้านราคาไปพร้อมกัน

2. กระทรวงพาณิชย์น่าจะพิจารณาสร้างกลไก การรับเรื่องร้องเรียนของประชาชน ที่รองรับได้อย่างรวดเร็วและทั่วถึง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ต่างจังหวัดและเขตชนบท

3. กระทรวงพาณิชย์ควรจะได้มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสินค้าหรือบริการที่ควบคุม ให้ประชาชนทราบอย่างทั่วถึง รวมทั้งมาตรฐานการต่างๆ ที่กำหนดตามอ่อนนажตามมาตรา 25 เพื่อประชาชนจะได้มีส่วนร่วมในการควบคุม และเป็นหุ้นส่วนให้กับกระทรวงพาณิชย์ด้วย

กฎหมายว่าด้วยการแข่งขันทางการค้า

พระราชบัญญัติการแข่งขันทางการค้า พ.ศ. 2542

กฎหมายฉบับนี้เป็นกฎหมายที่ควบคุมการแข่งขันอย่างเป็นธรรม เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับสินค้าและบริการที่ดีที่สุด โดยทั่วไปการให้บริการสุขภาพในประเทศไทยในปัจจุบันมี 2 ลักษณะคือ

1. การให้บริการโดยระบบสาธารณสุขของภาครัฐ ซึ่งมีลักษณะเป็นบริการสาธารณะ (Public Services) ซึ่งมีได้เป็นการประกอบธุรกิจค้าบริการแบบแสวงหาผลกำไร และในอนาคตจะต้องมีการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไปสู่ระดับท้องถิ่นตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ส่วนราชการส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ซึ่งเป็นกฎหมายประกอบรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 กำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นภายใน 4 ปี ส่วนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่พร้อมรับภาระถ่ายโอนภารกิจภายใน 4 ปี ให้ดำเนินการถ่ายโอนให้แล้วเสร็จภายใน 10 ปี โดยท้องถิ่นต้องเตรียมความพร้อมและส่วนกลางให้การสนับสนุนแนวทางด้านการบริหารและเทคนิควิชาการ ขณะเดียวกันก็มีอีกส่วนหนึ่งที่ออกนอกระบบไปจัดตั้งเป็นองค์การมหาชนและ

2. การให้บริการสุขภาพโดยระบบการค้าบริการสุขภาพของเอกชน ซึ่งเป็นการประกอบธุรกิจการค้าบริการที่แสวงหากำไรในภาคเอกชนไทย หรือเอกชนไทยร่วมลงทุนกับเอกชนต่างชาติ และในอนาคตอาจจะมีการประกอบธุรกิจการค้าบริการสุขภาพที่เป็นของเอกชนต่างชาติล้วนๆ โดยอาศัยความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ (General Agreement on Trade in Services, GATS) ขององค์การการค้าโลก (WTO)

ดังนั้น การแข่งขันให้บริการสุขภาพโดยระบบการค้าบริการของภาคเอกชนเท่านั้นที่จะตอบรับได้ พระราชบัญญัติการแข่งขันทางการค้า พ.ศ. 2542 และบทบัญญัติรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ในหมวดแนวโน้มภายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 87 ว่า

“รัฐต้องสนับสนุนระบบเศรษฐกิจแบบเสรีโดยอาศัยกลไกตลาด กำกับดูแลให้มีการแข่งขันอย่างเป็นธรรม คุ้มครองผู้บริโภค และป้องกันการผูกขาดตัดตอนหักห้ามทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งยกเลิกและเว้นการตรวจเกณฑ์ที่ควบคุมธุรกิจที่ไม่สอดคล้องกับความจำเป็นทางเศรษฐกิจ และต้องไม่ประกอบกิจการแข่งขันกับเอกชน เว้นแต่มีความจำเป็นเพื่อประโยชน์ในการรักษาความมั่นคงของรัฐ รักษาผลประโยชน์ส่วนรวม หรือการจัดให้มีการสาธารณูปโภค”

ซึ่งในการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์กฎหมายการแข่งขันทางการค้ากับการประกอบธุรกิจการค้าบริการสุขภาพของภาคเอกชนไทย และการเปิดเสรีทางการค้าบริการสุขภาพของประเทศไทย

เจตนา湿润และวัตถุประสงค์ของกฎหมายการแข่งขันทางการค้า

พระราชบัญญัติการแข่งขันทางการค้า พ.ศ. 2542 เป็นกฎหมายที่เจตนา湿润และวัตถุประสงค์เพื่อยกเลิกกฎหมายว่าด้วยการกำหนดราคาและป้องกันการผูกขาด แล้วปรับปรุงหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวกับการป้องกันการผูกขาดเพื่อนำมาเป็น

บทบัญญัติเกี่ยวกับการป้องกันการกระทำอันเป็นการผูกขาด ลดหรือจำกัดการแข่งขันในการประกอบธุรกิจอย่างเป็นระบบเพื่อส่งเสริมให้การประกอบธุรกิจเป็นไปอย่างเสรีและป้องกันมิให้เกิดการกระทำการอันไม่เป็นธรรมทางการค้า

ขอบเขตของกฎหมายว่าด้วยการแข่งขันทางการค้า

โดยที่ พราษบัญญัติการแข่งขันทางการค้า พ.ศ. 2542 เป็นกฎหมายที่ต้องการป้องกันการกระทำอันเป็นการผูกขาดและ/หรือการกระทำการอันเป็นการลดหรือจำกัดการแข่งขันทางการค้าอย่างเสรีและเป็นธรรมในการประกอบธุรกิจทั้งทางการค้าสินค้าและการค้าบริการ จึงได้กำหนดขอบเขตของกฎหมายและเนื้อหาสาระของการควบคุมป้องกันไว้ดังนี้

- จะใช้มั่งคับกับการประกอบธุรกิจในภาคเกษตรกรรม อุตสาหกรรม พานิชยกรรม การเงิน การประกันภัย และการบริการ รวมทั้งกิจการอื่นๆ ที่กำหนดโดยกฎกระทรวง ดังนั้น การประกอบธุรกิจทั้งการค้าผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการค้าบริการสุขภาพของภาคเอกชนเจื่อยุ่งยากได้การใช้มั่งคับของพราษบัญญัติการแข่งขันทางการค้าฉบับนี้
- จะใช้มั่งคับกับการประกอบธุรกิจทั้งการค้าสินค้าและการค้าบริการ การค้าสินค้า คือการค้าสิ่งของที่อาจใช้ในการอุปโภคหรือบริโภค รวมทั้งเอกสารแสดงสิทธิในสิ่งของนั้น ส่วนการค้าบริการหมายถึงการรับจัดทำงาน การให้สิทธิเดียว การให้ใช้หรือให้ประโยชน์ในทรัพย์สินหรือกิจการใดๆ โดยการเรียกค่าตอบแทนเป็นเงินหรือผลประโยชน์อื่นๆ แต่ไม่ว่าจะถึงการจ้างแรงงาน ดังนั้นพราษบัญญัติการแข่งขันทางการค้าจะใช้มั่งคับครอบคลุมถึงการประกอบธุรกิจสินค้าผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผู้บริโภคซื้อไปบริโภค และการประกอบธุรกิจการค้าบริการสุขภาพ ซึ่งผู้ประกอบโรคศิลปะ เทชกรรม พยาบาล ทันตกรรม และเทคนิคการแพทย์ เรียกค่าตอบแทนเป็นเงินหรือผลประโยชน์อื่นใดในการให้บริการสุขภาพนั้น
- จะใช้มั่งคับผู้ประกอบธุรกิจประเภทผู้จ้างนาย ผู้ผลิตเพื่อจ้างนาย ผู้ซื้อเพื่อผลิตหรือจ้างนาย ตลอดจนผู้ให้บริการในธุรกิจนั้น โดยที่ พรบ. ฉบับนี้ต้องการป้องกันการกระทำการอันเป็นการผูกขาดและ/หรือการกระทำการอันเป็นการลดหรือจำกัดการแข่งขันอย่างเสรีและเป็นธรรม จึงมุ่งให้มั่งคับควบคุมผู้ประกอบธุรกิจซึ่งมีอำนาจเหนือตลาด ซึ่งหมายถึงผู้ประกอบธุรกิจรายหนึ่งหรือหลายรายในตลาดสินค้าและ/หรือบริการใด ซึ่งมีส่วนแบ่งตลาดและยอดผิวนขายเกินเท่าที่คณะกรรมการการแข่งขันทางการค้ากำหนด จะตอกย้ำถึงให้การบังคับของกฎหมายฉบับนี้
- จะไม่ใช้มั่งคับกับการกระทำการของราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีงบประมาณ กลุ่มเกษตรกร สหกรณ์ หรือชุมชนสหกรณ์ ซึ่งมีกฎหมายรับรอง และมีวัตถุประสงค์ดำเนินการทางธุรกิจเพื่อประโยชน์ในการประกอบอาชีพของเกษตรกร ดังนั้น การจ้างนายผลิตภัณฑ์สุขภาพ และ/หรือการให้บริการสุขภาพในระบบสาธารณสุขของรัฐทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค หรือส่วนท้องถิ่น จึงไม่ตกอยู่ภายใต้การบังคับของ พรบ. ฉบับนี้

โครงสร้างและกลไกของการบังคับใช้กฎหมายการแข่งขันทางการค้า

คณะกรรมการการแข่งขันทางการค้า

พรบ.ฉบับนี้ให้จัดตั้งคณะกรรมการการแข่งขันทางการค้า ประกอบด้วย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพาณิชย์ เป็นประธานคณะกรรมการ และปลัดกระทรวงพาณิชย์เป็นรองประธานกรรมการ โดยมีปลัดกระทรวงการคลัง และผู้ทรงคุณวุฒิทางนิติศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ พาณิชยศาสตร์ การบริหารธุรกิจ หรือการบริหารราชการแผ่นดิน จำนวนไม่น้อยกว่า 8 คน แต่ไม่เกิน 12 คน เป็นกรรมการ โดยคณะกรรมการจะต้องแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิจากภาคเอกชนไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของกรรมการ และให้เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการการแข่งขันทางการค้าเป็นกรรมการและเลขานุการ ทั้งนี้ ห้ามมิให้แต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นข้าราชการการเมือง ผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมือง หรือผู้ดำรงตำแหน่งที่รับผิดชอบในการบริหารราชการเมืองเป็นกรรมการ

คณะกรรมการการแข่งขันทางการค้า มีอำนาจหน้าที่ดังนี้

1. เสนอแนะต่อรัฐมนตรีเพื่อออกกฎหมายและประกาศให้เป็นไปตาม พรบ.ฉบับนี้ และออกประกาศเพื่อวัตถุประสงค์ ๓ ประการ คือ (1) เพื่อกำหนดส่วนแบ่งตลาดและยอดเงินขายของธุรกิจใดๆ ที่ถือว่าเป็นผู้ประกอบธุรกิจที่มีอำนาจเหนืออตสาห (2) เพื่อกำหนดแบบ หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการขออนุญาตกระทำการรวมธุรกิจหรือรวมกันลดหรือจำกัดการแข่งขัน (3) เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการเก็บหรือนำสินค้าไปเป็นตัวอย่างเพื่อตรวจสอบและกำหนดหลักเกณฑ์สำหรับการดำเนินงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามกฎหมายฉบับนี้

2. สั่งการเป็นหนังสือให้ผู้ประกอบธุรกิจรับ หยุด หรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงการกระทำใน ๕ การกระทำนี้

1) ผู้ประกอบธุรกิจนั้น มีอำนาจหนีอตสาหโดยมีส่วนแบ่งตลาดเกินกว่าร้อยละ 70

2) ผู้ประกอบธุรกิจนั้น ฝ่าฝืนข้อห้ามให้กระทำการรวมธุรกิจยังก่อให้เกิดการผูกขาดหรือความไม่เป็นธรรมในการแข่งขันทางการค้า

3) ผู้ประกอบธุรกิจนั้นฝ่าฝืนข้อห้ามให้ร่วมกับผู้ประกอบธุรกิจอื่นๆ ให้กระทำการใดๆ อันเป็นการผูกขาดหรือลด/จำกัดการแข่งขันในตลาดสินค้าและบริการนั้นๆ

4) ผู้ประกอบธุรกิจนั้นฝ่าฝืนข้อห้ามให้มีความสัมพันธ์ทางธุรกิจกับผู้ประกอบธุรกิจที่อยู่นอกอาณาเขต จำกัดการดำเนินการใดๆ เพื่อให้บุคคลซึ่งอยู่ในราชอาณาจักรที่ต้องการซื้อสินค้า/บริการมาใช้ ต้องถูกจำกัดโอกาสในการเลือกซื้อสินค้าหรือบริการจากผู้ประกอบธุรกิจที่อยู่นอกอาณาเขตโดยตรง

5) ผู้ประกอบธุรกิจนั้น ฝ่าฝืนข้อห้ามให้กระทำการใดอันไม่ใช่การแข่งขันโดยเสรีอย่างเป็นธรรม และมีผลเป็นการกำลายทำให้เสียหาย ขัดขวาง กักกัน หรือจำกัดการประกอบธุรกิจของผู้ประกอบการธุรกิจนั้น หรือเพื่อมิให้ผู้อื่นประกอบธุรกิจหรือต้องล้มเลิกการประกอบธุรกิจนั้นไป

กฎหมายการสาธารณสุขและการคุ้มครองผู้บริโภค
การประชุมนิติศาสตร์แห่งชาติ

14-15 กันยายน 2543
ณ หอประชุมใหญ่ องค์การสหประชาชาติ

3. พิจารณาคำขออนุญาตการทำกิจกรรมที่ทำกิจกรรมชุมชน หรือรวมกันลด/จำกัดการแข่งขันทางการค้าและพิจารณาเรื่องร้องเรียนที่บุคคลใดอ้างว่าได้มีการฝ่าฝืน พrn.ฉบับนี้ โดยมีอำนาจเชิงบุคคลโดยมาให้ช้อเท็จจริง คำอธิบาย คำแนะนำ หรือความเห็นตลอดจนสอดส่องเร่งรัดคณะกรรมการสอบสวนการกระทำความผิดตามพrn. ฉบับนี้ และพิจารณาดำเนินคดีตามที่ผู้เสียหายร้องทุกข์ต่อคณะกรรมการเพื่อจากผู้เสียหายไม่มีสิทธิฟ้องคดีอาญาด้วยตนเอง

สำนักงานคณะกรรมการการแข่งขันทางการค้า

พrn.ฉบับนี้ให้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการการแข่งขันทางการค้าขึ้นในกรรมการค้าภายใน กระทรวงพาณิชย์ โดยมีอธิบดีกรรมการค้าภายในเป็นผู้บังคับบัญชาและรับผิดชอบในการปฏิบัติราชการของสำนักงานซึ่งมีอำนาจหน้าที่ดังนี้

1. ปฏิบัติตามประกาศ ระเบียน และมติของคณะกรรมการการแข่งขันทางการค้า คณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ หรือคณะกรรมการซึ่งคณะกรรมการแต่งตั้งมอบหมาย และดำเนินงานธุรการของคณะกรรมการและคณะกรรมการและคณะกรรมการดังกล่าว รวมทั้งกำหนดระเบียนเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติงานของสำนักงานและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ปฏิบัติตาม พrn.นี้

2. ศึกษาวิเคราะห์วิจัยเกี่ยวกับสินค้า การบริการและพฤติกรรมการประกอบธุรกิจ ตลอดจนเสนอแนะแนวทางกลวิธี และความเห็นในการป้องกันการใช้อำนาจเหนือตลาด การรวมธุรกิจ การลดและการจำกัดการแข่งขันทางการค้าต่อคณะกรรมการ

3. ติดตามความเคลื่อนไหวและสอดส่องพฤติกรรมของผู้ประกอบธุรกิจ แล้วรายงานต่อคณะกรรมการ รับเรื่องร้องเรียนและพิจารณาแก้ไขเรื่องร้องเรียนที่บุคคลใดอ้างว่าได้มีการฝ่าฝืนพrn.ฉบับนี้ เพื่อนำเสนอคณะกรรมการพิจารณา

พนักงานเจ้าหน้าที่

รัฐมนตรีผู้รักษาการณ์ตาม พrn.นี้ มีอำนาจแต่งตั้งข้าราชการให้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติการตาม พrn.นี้ โดยมีอำนาจเข้าไปในสถานที่ทำการ สถานที่ผลิต สถานที่จำหน่าย สถานที่รับซื้อ สถานที่เก็บสินค้า สถานที่ให้บริการของผู้ประกอบธุรกิจ หรือของบุคคลใด หรือสถานที่อื่นอันมีเหตุควรสงสัยว่าจะมีการฝ่าฝืน พrn.ฉบับนี้เพื่อตรวจสอบ ตรวจค้น ยึดพยานหลักฐาน หรือหัวยิลินที่อาจริบได้ หรือจับกุมผู้กระทำการผิดตาม พrn.นี้ ตลอดจนเก็บหรือนำสินค้าในบริมาณเพียงครัวไปเป็นตัวอย่างเพื่อตรวจสอบหรือตรวจวิเคราะห์ และสามารถอายัดเอกสาร บัญชี ทะเบียน หรือหลักฐานเพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบและดำเนินคดีตาม พrn.ฉบับนี้ รวมทั้งออกหนังสือเรียกบุคคลโดยมาให้ถ้อยคำหรือแจ้งข้อเท็จจริง หรือทำคำชี้แจงเป็นหนังสือ หรือให้ส่งบัญชีทะเบียนเอกสาร หรือหลักฐานใด เพื่อตรวจสอบหรือประกอบการพิจารณา

คณะกรรมการสอบสวน

คณะกรรมการการแข่งขันทางการค้าสามารถแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนขึ้นคณะหนึ่งหรือหลายคณะ ประกอบด้วยผู้ซึ่งมีความรู้และประสบการณ์ทางคดีอาญา 1 คน จากข้าราชการตำรวจ หรือข้าราชการอัยการ และข้าราชการซึ่งมีความรู้และประสบการณ์ทางเศรษฐศาสตร์ นิติศาสตร์ พาณิชยศาสตร์ เกษตรศาสตร์ หรือการบัญชี อีกไม่เกิน 4 คน

เป็นอนุกรรมการ โดยมีผู้แทนกรรมการค้าภายในเป็นอนุกรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการสอนสอนมีอำนาจหน้าที่ สืบสานและสอนสอนเกี่ยวกับการกระทำการตามพรบ.ฉบับนี้ แล้วเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการแห่งขั้นทางการค้า เพื่อพิจารณาต่อไป

คณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์

คณะกรรมการเป็นผู้แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิทางนิติศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ การบริหารธุรกิจ หรือการบริหารราชการแผ่นดิน จำนวนไม่เกิน 7 คน เป็นกรรมการ ซึ่งจะเป็นผู้เลือกกรรมการพิจารณา อุทธรณ์คนหนึ่งเป็นประธานกรรมการ และให้อธิบดีกรมการค้าภายในแต่งตั้งข้าราชการของกรมการค้าภายในเป็นเลขานุการ และผู้ช่วยเลขานุการ คณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์มีอำนาจหน้าที่พิจารณาในด้วยการอุทธรณ์ตามบทบัญญัติตาม พรบ. ฉบับนี้

บทวิเคราะห์กฎหมาย

1. กฎหมายการแห่งขั้นทางการค้าตาม พรบ.ฉบับนี้ ถือเป็นการปฏิบัติตามแนวโน้มภายพัฒนาประเทศแห่งรัฐ ตามบทบัญญัติ มาตรา 87 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พรบ. 2540 ว่า “รัฐต้องสนับสนุนระบบเศรษฐกิจแบบเสรีโดย อาศัยกลไกตลาด กำกับดูแลให้มีการแห่งขั้นอย่างเป็นธรรม คุ้มครองผู้บริโภค และป้องกันการผูกขาดตัดตอนหักห้าม ตรวจสอบและห้าม...” จึงเป็นประโยชน์ต่อการเสริมสร้างระบบการแห่งขั้นทางการค้าอย่างเสรีและเป็นธรรม โดยเฉพาะการแห่งขั้น ประกอบธุรกิจการค้าผลิตภัณฑ์สุขภาพและการค้าบริการสุขภาพระหว่างประเทศ ด้วยกันเองภายในประเทศ ซึ่งผลประโยชน์ย่อมตกอยู่กับประชาชนผู้บริโภคสินค้าและบริการสุขภาพ ให้ผู้บริโภคได้มีโอกาสเลือกซื้อสินค้าและบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานคุณภาพสูงขึ้นในราคากลาง เนื่องจากมีการแห่งขั้นทางการค้ามากขึ้น

ข้อเสนอแนะ ประเทศไทยควรจะใช้ประโยชน์จากกฎหมายการแห่งขั้นทางการค้าตาม พรบ.ฉบับนี้ ในการสร้าง เสริมศักยภาพ สมรรถนะเชื่อถือความสามารถและความเข้มแข็งในการแห่งขั้นของภาคเอกชนไทยภายในประเทศเสียก่อน ที่จะ เปิดเสรีทางการค้าสินค้าและบริการสุขภาพตามข้อตกลง GATS ขององค์การการค้าโลก

2. อย่างไรก็ตี เมื่อวิเคราะห์กฎหมายการแห่งขั้นทางการค้าที่ล้มเหลวเรื่องของการเปิดเสรีทางการค้าสินค้าและ บริการสุขภาพของประเทศไทยให้กับต่างประเทศตามข้อผูกพันขององค์การการค้าโลกแล้วพบว่า พรบ.การแห่งขั้นทางการค้า พ.ศ. 2542 ได้อื้ออ่านวยต่อการเปิดเสรีทางการค้าที่ให้ต่างประเทศที่เป็นสมาชิก WTO เข้ามาแห่งขั้นทางการค้าสินค้าและ บริการสุขภาพกับเอกชนไทย ซึ่งยังมีศักยภาพและความพร้อมในการแห่งขั้นที่ไม่เท่าเทียมกับเอกชนต่างชาติ ดังนี้ การเปิด เสรีทางการค้าบริการสุขภาพตามข้อตกลง GATS ของ WTO จึงมีข้อควรระวังและข้อวิจารณ์ที่เกี่ยวกับผลกระทบจากการ เปิดเสรีทางการค้าดังกล่าว เนื่องจากการเปิดเสรีแห่งขั้นทางการค้าโดยผู้แห่งขั้นที่มีศักยภาพและสมรรถนะเชื่อถือความสามารถ ใน การแห่งขั้นไม่เท่าเทียมกันย่อมทำให้ประเทศไทยเป็นฝ่ายเสียเปรียบและนำไปสู่การแห่งขั้นทางการค้าที่เสรีแต่ไม่เป็นธรรม ซึ่งขัดกับบทบัญญัติตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2542 มาตรา 87 ดังที่กล่าวแล้วข้างต้น

3. ภายใต้หัวตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าและบริการ (GATS) ของ WTO ประเทศสมาชิกต้องดำเนินการเปิดเสรี การค้าบริการทั้งหมด 12 สาขา ซึ่งมีการค้าบริการสุขภาพรวมอยู่ด้วย โดยให้เลือกเจรจาเปิดเสรี 4 รูปแบบ ซึ่งแต่ละรูปแบบ จะมีองค์ประกอบต่างชาติหรือระหว่างประเทศ (International element) เข้ามาเกี่ยวข้องกับการค้าบริการสุขภาพ ดังนี้

1) Cross Border Supply (CB) คือการให้บริการข้ามพรมแดนโดยผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่างอยู่คนละ ประเทศ แต่สามารถซื้อขายบริการกันได้ โดยผ่านสื่อต่างๆ เช่น บริการด้านการสื่อสาร บริการพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ บริการโอนเงินข้ามประเทศ เป็นต้น

2) Consumption Abroad (CA) คือการค้าบริการที่เกิดขึ้นโดยผู้ซื้อบริการจากประเทศสมาชิก WTO เข้าไปเชื้อ บริการภายนอกประเทศสมาชิกได้โดยไม่มีอุปสรรคกีดกันทางการค้า เช่น ชาวยุโรปเดินทางเข้ามาในประเทศไทยเพื่อซื้อ บริการสุขภาพ เป็นต้น

3) Commercial Presence (CP) คือการค้าบริการที่เกิดขึ้นโดยการเปิดตลาดให้ผู้ประกอบการจากประเทศ สมาชิก WTO เข้าไปจัดตั้งธุรกิจเพื่อประกอบกิจการค้าบริการสุขภาพในอีกประเทศสมาชิกหนึ่งได้โดยเสรี เช่น นิติบุคคล สร้างโรงพยาบาลเข้ามาจัดตั้งบริษัทประกอบธุรกิจการค้าบริการสุขภาพในประเทศไทย เป็นต้น

4) Presence of Natural Person (PN) คือการให้บริการโดยบุคคลธรรมดากับประเทศสมาชิก WTO ที่เข้าไป ประกอบวิชาชีพบริการสุขภาพในอีกประเทศสมาชิกหนึ่งได้โดยเสรี เช่น แพทย์ชาวอังกฤษเดินทางเข้ามาในประเทศไทยเพื่อ ประกอบวิชาชีพให้บริการตรวจรักษาโรค เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่ยังไม่ต้องเปิดเสรีแบบเต็มที่ทันทีเช่นประเทศอุตสาหกรรมตะวันตก แต่จัดอยู่ ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาที่สามารถพิจารณาว่าดำเนินการเจรจาเปิดเสรีการค้าบริการแบบมีเงื่อนไข หรืออาจจะไม่ผูกพันในการเปิดตลาดบริการบางรูปแบบได้ (Progressive Liberalization) ในปัจจุบันถึงแม้ว่าบริการสุขภาพของประเทศไทยบาง ประเภท บางสาขา ได้พัฒนามีคุณภาพสามารถแข่งขันกับต่างประเทศได้ในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังมีอีกหลายสาขาหลายประเภทที่ ประเทศไทยยังไม่พร้อมที่จะแข่งขัน และการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพนั้น ย่อมมีผลกระทบต่อระบบการสาธารณสุขของ ชาติอย่างมากทั้งผลดีและผลเสีย เช่น เกิดการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และสุขภาพอ่อนๆ เนื่องจากปัญหาสมองไฟล เพราะผู้ประกอบวิชาชีพไปทำงานในต่างประเทศ ชาติต่างชาติเข้ามายังคงวิชาชีพอย่างงานคนไทย ผู้ป่วยต่างชาติเข้ามารับ บริการสุขภาพทำรายได้เข้าประเทศ แต่อาจเกิดความขาดแคลนการเข้าถึงบริการสุขภาพของไทยผู้ด้อยโอกาสที่ยากจน และ ต้องจ่ายค่าบริการสุขภาพในราคาที่สูงขึ้น มีการนำยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยี วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์มากขึ้นอาจทำให้ บริการแพงขึ้น แม้จะมีการพัฒนาทางการแพทย์มากขึ้นก็ตาม เป็นต้น ดังนั้น ประเทศไทยจึงควรเปิดเสรีทางการค้าบริการ สุขภาพเต็มที่เฉพาะรูปแบบ Consumption Abroad (CA) ที่ให้ชาติต่างชาติเข้ามาซื้อบริการสุขภาพในประเทศไทย ส่วนรูป แบบ Consumer Presence (CP) ควรจะผูกพันแบบมีเงื่อนไขโดยอนุญาตให้นิติบุคคลต่างชาติเข้ามาลงทุนทางอ้อมโดยการ ซื้อหุ้นหรือลงทุนทางตรงร่วมกับภาคเอกชนไทยในสัดส่วนก่อหุ้นไม่เกินร้อยละ 49 และไม่ควรผูกพันแบบ Cross Border Supply (CB) ซึ่งเป็นรูปแบบการค้าบริการสุขภาพข้ามพรมแดนโดยเสรี และรูปแบบ Presence of Natural Supply (PN)

อนุญาตให้บุคคลธรรมด้าต่างชาติเข้ามาประกอบธุรกิจการค้าบริการสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งจะต้องแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติการประกอบกิจการของคนต่างด้าว พ.ศ. 2542 โดยบรรจุเพิ่มเติมการทำกิจกรรมบริการทางสุขภาพลงในบัญชีรายการธุรกิจที่คนไทยยังไม่มีความพร้อมที่จะแข่งขันในการประกอบกิจการกับคนต่างด้าว ซึ่งอยู่ในบัญชีท้าย พระราชบัญญัติฉบับนี้

กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคด้านสินค้าและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

กฎหมายในกลุ่มนี้ได้แก่ พระราชบัญญัติฯ 2510 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติมทุกฉบับ พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและปรสุทัพ พ.ศ. 2518 พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2531 ฯลฯ กฎหมายกลุ่มนี้เป็นกฎหมายที่กำหนดกลไกในการควบคุมคุณภาพของสินค้าและผลิตภัณฑ์ดังกล่าว ถือได้ว่าเป็นกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคเฉพาะด้าน เนื่องจากส่วนใหญ่

กฎหมายในกลุ่มนี้ กำหนดโครงสร้างการจัดระเบียบควบคุมคุณภาพของสินค้าและผลิตภัณฑ์สุขภาพไว้ในลักษณะเดียวกันดังต่อไปนี้

ผู้อนุญาต

กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคที่เกี่ยวกับสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพดังกล่าวจะกำหนดตัวผู้อนุญาตไว้โดยหมายถึงเลขที่การคณะกรรมการอาหารและยา หรือผู้ที่เลขานุการคณะกรรมการอาหารและยาของกฎหมายบางฉบับ เช่น พระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510 จะกำหนดให้ผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นผู้อนุญาตสำหรับการอนุญาตขายยาในเขตจังหวัดของตนด้วย

เมื่อพิจารณาโครงสร้างของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งเป็นส่วนราชการในสังกัดราชการบริหารส่วนกลาง ไม่มีส่วนราชการที่อยู่ในส่วนภูมิภาคที่จะปฏิบัติงานในเรื่องนี้โดยเฉพาะ ต้องอาศัยบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งมีต้นสังกัดคือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น งานที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ ทั้งก่อนหรือหลังการอนุญาต จึงมีลักษณะที่เรียกว่า “งานฝ่าย” ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด บุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งมีภาระกิจหลักของตนเองอยู่แล้ว ย่อมไม่มีกำลังใจหรืออยากจะปฏิบัติงานที่ไม่ใช่ภาระกิจของตนอย่างแน่นอน

อนึ่ง แม้กฎหมายบางฉบับ จะกำหนดให้ผู้ว่าราชการจังหวัดมีอำนาจเป็นผู้อนุญาตด้วยก็ตาม แต่หากพิจารณาบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ว่าราชการจังหวัด ซึ่งเป็นข้าราชการสังกัดกระทรวงมหาดไทย ซึ่งมีหน้าที่บำรุงดูแลรักษา ให้ประชาชนในเขตจังหวัดที่ตนรับผิดชอบแล้ว จะเห็นได้ว่าภาระกิจของผู้ว่าราชการจังหวัดมีมากมาย การที่กฎหมายกำหนดให้มีหน้าที่เป็นผู้อนุญาตด้วยนั้น ในทางปฏิบัติผู้ว่าราชการจังหวัดก็คงมอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการแทนเช่นกัน

กฎหมายการสาธารณสุขและการคุ้มครองผู้บริโภค
การประชุมนิติศาสตร์แห่งชาติ

14-15 กันยายน 2543
ณ หอประชุมใหญ่ องค์การสหประชาชาติ

ฉบับนี้ เพื่อให้การคุ้มครองผู้บริโภคที่เกี่ยวกับสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพยิ่ง ๆ ขึ้น สมควรที่จะปรับปรุงแก้ไขกฎหมายในส่วนของ “ผู้อนุญาต” โดยให้มีการกระจายอำนาจให้แก่ราชการบริหารส่วนห้องถังถั่นโดยตรง เพื่อให้เป็นองค์กรในการควบคุมดูแลและบังคับใช้กฎหมายในเขตห้องถังถั่นของตน

พนักงานเจ้าหน้าที่

กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคที่เกี่ยวกับสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ กำหนดให้มี “พนักงานเจ้าหน้าที่” เพื่อควบคุมและตรวจสอบการปฏิบัติการให้เป็นไปตามกฎหมาย ซึ่งพนักงานเจ้าหน้าที่นี้จะหมายถึงบุคคลผู้ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งให้ปฏิบัติการตามกฎหมาย

ในทางปฏิบัติรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจะแต่งตั้งข้าราชการทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องให้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ เช่น ในส่วนภูมิภาคจะแต่งตั้งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอฯลฯ ในส่วนห้องถังถั่นจะแต่งตั้งข้าราชการกรุงเทพมหานครฯลฯ เป็นต้น แต่การแต่งตั้งหรือมอบหมายภารกิจให้พนักงานเจ้าหน้าที่ปฏิบัตินั้น ในบางครั้งไม่ได้มอบให้ในทุกๆ เรื่อง เช่น การแต่งตั้งข้าราชการกรุงเทพมหานคร เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายว่าด้วยอาหาร จำกัดให้ทำหน้าที่เฉพาะในสถานที่เก็บและจำหน่ายอาหาร ไม่ครอบคลุมถึงสถานที่ผลิตอาหาร ไม่ครอบคลุมถึงการดำเนินคดีกับผู้กระทำการผิดกฎหมายด้วย ทำให้พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้รับมอบหรือได้รับการแต่งตั้งมีความรู้สึกว่า กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้มอบอำนาจเพื่อให้ราชการส่วนห้องถังถั่นสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือมุ่งหมายให้เกิดผลตามเจตนาของกฎหมายอย่างแท้จริง เข้าข่ายลักษณะเป็นการมอบงานให้ทำโดยไม่จริงใจ หวังในผลการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ห้องถัง

ฉบับนี้ เพื่อให้การคุ้มครองผู้บริโภคที่เกี่ยวกับสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพยิ่ง ๆ ขึ้น สมควรที่กระทรวงสาธารณสุข จะแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ของส่วนราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเจ้าหน้าที่ส่วนห้องถังถั่นให้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ เพื่อทำหน้าที่ควบคุมและตรวจสอบการปฏิบัติการให้เป็นไปตามกฎหมาย ทั้งนี้จะต้องมอบหมายภารกิจให้พนักงานเจ้าหน้าที่ ดังกล่าวเช่นเดียวกับที่ได้มอบหมายให้พนักงานเจ้าหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

สภาพนั้งคั่งทางกฎหมาย

กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคที่เกี่ยวกับสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ จะมีบทบัญญัติควบคุมในด้านการขาย กล่าวคือหากประสงค์จะมีการโฆษณาการขาย จะต้องมีการขออนุญาต มีการตรวจสอบติดตามกำกับดูแลการโฆษณาทางสื่อต่างๆ แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่สินค้าหรือผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพส่วนใหญ่ ผู้ประกอบการจะจำหน่ายสินค้าโดยใช้วิธีการทางการตลาดที่เข้าถึงผู้บริโภคในลักษณะการขายที่เรียกว่า ระบบการขายตรง (Direct Sale) ซึ่งเป็นการทำการตลาดในลักษณะเชิงรุก กล่าวคือจะใช้วิธีรวมเครือข่ายผู้ขายตรง เข้าสู่ระบบแล้วใช้วิธีการหลอกลวงหรือให้ข้อมูลที่อ่อนแอกินความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวสินค้า เพื่อให้ผู้ขายตรงป้อนออกต่อผู้บริโภคทำให้หลงเชื่อและหลงรื้อสิ่งลินค้าตามคำกล่าวอ้าง ทางราชการ

พยายามที่จะหาหลักฐานเพื่อใช้ดำเนินคดีตามกฎหมายแต่ก็ไม่สามารถทำได้ เพราะระบบการขายตรง เป็นการขายในมวลหมู่สมาชิก ไม่มีกฎหมายควบคุมการขายในลักษณะดังกล่าว

ฉะนั้น เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้บริโภค จึงควรที่จะมีการปั้นปรุงกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคที่เกี่ยวกับสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ ด้วยการกำหนดให้การดำเนินธุรกิจการขายตรงเกี่ยวกับสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ จะต้องมีการขออนุญาตหรือมีการจดแจ้งต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และในขณะเดียวกัน จะต้องกำหนดหน้าที่ของผู้ขายตรงในการเบิดเผยหรือให้ข้อมูลแก่ผู้ซื้ออย่างถูกต้อง สมบูรณ์ ไม่อวดเกินความจริง สื่อโฆษณา ที่จะนำมาเผยแพร่แก่ผู้ซื้อ จะต้องได้รับการตรวจสอบจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ก่อน เป็นต้น

อย่างไรก็ได้ เนื่องจากปัญหาระบบการขายตรงนี้ มีให้มีประเด็นปัญหาเฉพาะสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นปัญหาเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการอื่น ๆ ด้วย รัฐบาลจึงได้พยายามที่จะออกกฎหมายเฉพาะเพื่อควบคุมธุรกิจการขายตรงและตลาดแบบตรง เพื่อให้ครอบคลุมสินค้าและบริการทุกประเภท ขณะนี้อยู่ในระหว่างการพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

การเยียวยาแก้ไขให้กับผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหาย

กฎหมายที่เกี่ยวกับสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ ได้มีบทบัญญัติให้การคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ปлом ผลิตภัณฑ์ผิดมาตรฐาน และผลิตภัณฑ์ที่เสื่อมคุณภาพและมีบทลงโทษแก่ผู้ผลิต ที่จะใจผลิตสินค้าปлом ผิดมาตรฐาน หรือเสื่อมคุณภาพไว้ ซึ่งมาตรการดังกล่าวเป็นมาตรการในการลงโทษทางอาญาแก่ผู้ผลิต มีใช้มาตรการในการเยียวยาแก้ไขให้กับผู้บริโภคที่ต้องบริโภคสินค้าปлом สินค้าผิดมาตรฐาน หรือสินค้าเสื่อมคุณภาพ

นอกจากนี้ ยังมีกรณีที่ผู้บริโภคได้รับความเสียหาย เนื่องจากการบริโภคสินค้าที่ผู้ผลิตได้ผลิตขึ้น ซึ่งตามระบบกฎหมายคอมมอนลอว์ หรือระบบประมวลกฎหมาย ต่างก็ถือหลักเดียวกันว่าผู้ผลิตไม่จำเป็นต้องรับผิด ในความเสียหายที่เกิดขึ้นจากผลิตภัณฑ์ที่ตนผลิตขึ้น เพราะพุทธิการณ์ของผู้ผลิต ไม่ใช่เป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้บริโภค เนื่องจากในขณะที่ผลิตสินค้าไม่มีอันตรายใดที่จะเห็นได้จากข้อกพร่องของสินค้า

อย่างไรก็ตาม เมื่อสังคมพัฒนามากขึ้น แนวคิดในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคได้เปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือสังคมเริ่มตระหนักรู้ว่า ผู้ผลิตควรจะมีส่วนรับผิดชอบต่อผู้บริโภค เพราะผู้ผลิตเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์โดยตรง เมื่อผู้ซื้อผลิตภัณฑ์นั้นนำไปใช้แล้วเกิดอันตรายขึ้น ผู้ผลิตจะอ้างการไม่มีนิติสัมพันธ์กับผู้บริโภค ไม่เป็นข้อแก้ตัวเพื่อให้หลุดพ้นจากความรับผิดໄ้ได้

แนวคิดในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคดังกล่าว ได้เกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศสวีเดนและวิสเซนการ์ในปัจจุบัน ประเทศต่าง ๆ เช่น อังกฤษ เยอรมัน ฯลฯ แต่สำหรับประเทศไทยเรานั้น การที่ผู้บริโภคจะฟ้องให้ผู้ผลิตรับผิดในผลิตภัณฑ์ที่ตนผลิตขึ้นนั้น เป็นเรื่องที่ค่อนข้างจะทำได้ยาก เพราะไม่มีกฎหมายบัญญัติไว้โดยเฉพาะ ต้องพึ่งตามหลักกฎหมายที่ว่าไป คือประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ว่าด้วยละเมิด ซึ่งก็คงมีผลให้ศาลยกฟ้อง เพราะผู้ผลิตจะอ้างการไม่มีนิติสัมพันธ์กับผู้บริโภคมาเป็นข้อแก้ตัว

ฉบับนี้ เพื่อให้การคุ้มครองผู้บริโภคเป็นในลักษณะครบวงจร ควรที่จะมีการปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย เพื่อบัญญัติให้ผู้ผลิต ต้องรับผิดชอบผู้บริโภคในการเสียหายเนื่องจากการบริโภคสินค้าที่ผู้ผลิตได้ผลิตขึ้นด้วย

พระราชบัญญัติควบคุมการนำสัตว์และจำหน่ายเนื้อสัตว์ พ.ศ.๒๕๔๘

กฎหมายฉบับนี้เป็นกฎหมายที่จัดเข้าในกลุ่มนี้ได้ แต่มีลักษณะพิเศษที่สินค้าที่ต้องการควบคุมเป็นเนื้อสัตว์ ซึ่งต้องควบคุมไปถึงกรรมวิธีการนำสัตว์ด้วย และเป็นกฎหมายที่มีได้อยู่ภายใต้อำนาจของกระทรวงสาธารณสุข โครงสร้างของกฎหมายจึงมีรูปแบบที่ต่างออกไป และมีขั้นตอนที่ слับซับซ้อนเพิ่มขึ้น ดังจะได้นำมาพิจารณาดังต่อไปนี้

พระราชบัญญัติควบคุมการนำและจำหน่ายเนื้อสัตว์ พ.ศ.๒๕๔๘ เป็นการปรับปรุงกฎหมายที่มีอยู่เดิม โดยยกเลิกพระราชบัญญัติควบคุมการนำและจำหน่ายเนื้อสัตว์ พ.ศ.๒๕๐๒ และ ฉบับที่ ๒ พ.ศ.๒๕๐๔ เพื่อแก้ไขปัญหาภาระขาดแคลนเนื้อสัตว์สำหรับบริโภค ส่งผลให้ราคานีโอสัตว์ปรับตัวสูงขึ้น โดยส่งเสริม สนับสนุนให้เป็นการค้าแบบเสรีไม่ให้มีการผูกขาด

สาระสำคัญของกฎหมาย

1. กำหนดว่าสัตว์ที่อยู่ในข่ายการควบคุมตามกฎหมายนี้ คือ โค กระบือ แพะ แกะ สุกร และสัตว์อื่นที่กำหนดในกฎกระทรวง (ไก่ เม็ด และห่าน) โดยสัตว์อื่นดังกล่าวจะอยู่ในข่ายการควบคุมตามกฎหมายต่อเมื่อมีการตราพระราชบัญญัติกำหนดพื้นที่ใช้มังคบเสียก่อน

2. เป็นกฎหมายที่มุ่งควบคุมการนำสัตว์และจำหน่ายเนื้อสัตว์โดย กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการในเรื่อง

- 1) ออกใบอนุญาตการจัดตั้งโรงพักสัตว์ และโรงนำสัตว์
- 2) การดูแลรักษาความสะอาดเรียบร้อยในโรงพักสัตว์และโรงนำสัตว์ โดยไม่ก่อเหตุร้าย
- 3) การนำสัตว์ โดยผ่านการตรวจสอบจากพนักงานตรวจโรคสัตว์ และพนักงานเจ้าหน้าที่
- 4) การจำหน่ายเนื้อสัตว์ที่ผ่านการตรวจวัสดุร่วงแล้วจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

3. ม่องค์กร/เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมาย คือ

1) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย รักษาการตามกฎหมาย และออกกฎหมาย

2) คณะกรรมการควบคุมการนำสัตว์และจำหน่ายเนื้อสัตว์ ให้คำแนะนำรัฐมนตรีในการออกกฎหมายที่กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการเกี่ยวกับการประกอบกิจการโรงนำสัตว์ โรงพักสัตว์ และการนำสัตว์ ให้ความเห็นชอบในการออกประกาศหรือระเบียน และพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์คำสั่งของอธิบดี/ผู้ชี้อธิบดีมอนหมาย

3) อธิบดีกรมการปกครอง พิจารณาออกใบอนุญาต/ออกคำสั่งไม่อนุญาตจัดตั้งโรงนำสัตว์ โรงพักสัตว์ และการนำสัตว์ ออกหนังสือเตือนให้ผู้รับใบอนุญาตปฏิบัติให้ถูกต้องตามกฎหมาย ออกคำสั่งพักใช้/เพิกถอนใบอนุญาต

4) ผู้ชี้อธิบดีกรมการปกครอง ให้อำนาจอธิบดีชั้นต้นตามที่ได้รับมอบหมาย

5) พนักงานตรวจโรคสัตว์ ตรวจพิสูจน์โรคในสัตว์หรือเนื้อสัตว์
6) พนักงานเจ้าหน้าที่ ออกใบแทนใบอนุญาต รับแจ้งและออกใบรับแจ้งจำนวนสัตว์ที่จะฆ่า วันเวลา และชื่อโรงฆ่าสัตว์พร้อมจับชาระค่าอากรการฆ่าสัตว์จากผู้ประสงค์จะฆ่าสัตว์ อนุญาตนำสัตว์ออกจากโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลสัตว์ สั่งดการฆ่าสัตว์และแยกสัตว์ไว้ตรวจพิสูจน์ ทำลายเนื้อสัตว์ ในกรณีที่พนักงานตรวจโรคสัตว์เห็นว่าไม่เหมาะสมที่จะใช้เนื้อสัตว์เป็นอาหาร ประทับตราไว้รองที่เนื้อสัตว์ให้เจ้าหน้าที่ได้

4. ข้อยกเว้นการปฏิบัติให้ฆ่าสัตวนอกโรงพยาบาลได้ (ยังต้องปฏิบัติตามกฎหมายทั่วไปนี้)

- 1) การฆ่าสัตว์ซึ่งต้องฆ่า ณ ที่ใดที่หนึ่งโดยเฉพาะ ตามพิธีกรรมทางศาสนา
- 2) การฆ่าสัตว์ในห้องที่ซึ่งผู้ว่าราชการจังหวัดแห่งห้องที่นั้นประกาศเป็นครัวครัวว่าเป็นห้องที่กันดาร และจ้าเป็นต้องฆ่าสัตว์ในห้องที่นั้น
- 3) การฆ่าสัตว์ในกรณีที่มีเหตุสมควรเป็นพิเศษ

5. มีกำหนดลักษณะบทเฉพาะกาลให้โรงพยาบาลให้ฆ่าสัตว์ โรงพยาบาลที่ได้ดำเนินการตามมาตรา ๕ แห่ง พ.ร.บ.ควบคุมการฆ่าสัตว์และจ้าหน่ายเนื้อสัตว์ พ.ศ.๒๕๐๒ อยู่แล้ว ให้ถือว่ามีการขอรับใบอนุญาต และได้รับใบอนุญาตตามกฎหมายฉบับนี้ด้วย โดยให้อธิบดีหรือผู้ซึ่งอธิบดีมอนามายเป็นผู้ออกใบอนุญาตให้

6. บทกำหนดโทษผู้ที่ฝ่าฝืนกฎหมาย ตั้งแต่จ้าคุกไม่เกินสามเดือนถึงหนึ่งปี ปรับไม่เกิน ๒,๕๐๐-๕,๐๐๐ บาท หรือทั้งจ้าทั้งปรับ และยังมีโทษปรับคิดตามจำนวนสัตว์เป็นรายตัวตั้งแต่ตัวละ ๕๐๐ - ๕,๐๐๐ บาท อีกด้วย

บทวิเคราะห์กฎหมาย

1. เหตุผลสำคัญในการปั้นปูรุ่งแก้ไขกฎหมายที่เปลี่ยนแปลงจากเดิม คือ ส่งเสริมการค้าสัตว์แบบเสรี เพื่อแก้ปัญหาเนื้อสัตว์ราคาแพง ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพโดยตรง กล่าวคือเป็นการออกกฎหมายแก้ปัญหาทางเศรษฐกิจ แต่เพิ่มความเสี่ยงให้ประชาชนบริโภคเนื้อสัตว์ที่มาจากแหล่งต่างๆที่ยากต่อการควบคุม คุณภาพเนื้อสัตว์ไม่ให้มีผลต่อสุขภาพอนามัย เดิมการฆ่าสัตว์และจ้าหน่ายเนื้อสัตว์จะถูกควบคุมให้ดำเนินการเฉพาะในเขตพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งเท่านั้น ไม่สามารถข้ามเขตได้ ดังนั้นหากมีโรงพยาบาลสัตว์เกิดขึ้นและส่งผลถึงคุณภาพของเนื้อสัตว์ การระบบก็จะอยู่ในวงจำกัดในแต่ละเขตเท่านั้น ปัจจุบันการควบคุมเนื้อสัตว์ไม่ให้ข้ามเขตก่อให้เกิดผลตามวัตถุประสงค์ คือ ราคานีโอสัตว์ถูกควบคุมโดยกลไกทางการตลาด ตามหลักอุปสงค์อุปทาน แต่มักเกิดโรงพยาบาลสัตว์ที่แพร่กระจายมาสู่คนอยู่เสมอๆ ตัวอย่างเช่น การระบบของโรคแอนแทรคซ์ โรคชัลโมเนลโลซิส (จากเชื้อชัลโมเนลล่า กลุ่มที่ไม่ใช่ไฟฟอยด์) เป็นต้น

2. การบังคับใช้กฎหมายของเจ้าหน้าที่ กล่าวได้ว่าการบังคับใช้กฎหมายนี้ค่อนข้างสับสนกว่าในกฎหมายฉบับอื่นๆ กล่าวคือ

1) ผู้ที่มีอำนาจออกใบอนุญาต การออกคำสั่งไม่อนุญาต การออกคำสั่งพักใช้ใบอนุญาต การออกคำสั่งเพิกถอนใบอนุญาต และการออกหนังสือเตือนให้ปฏิบัติตามกฎหมาย ได้แก่อธิบดีกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย และผู้ซึ่งอธิบดี

มองหมาย ซึ่งแล้วแต่ว่าจะมองหมายให้ผู้ใดมีอำนาจนั้นในเรื่องใด ในส่วนกรุงเทพมหานคร อธิบดีกรมการปกครองมอบ (ตามประกาศกรมการปกครอง เรื่อง การมอบอำนาจหน้าที่ในการดำเนินการตามพระราชบัญญัติควบคุมการฆ่าสัตว์และจับหน่ายเนื้อสัตว์ พ.ศ.2535 ลงวันที่ 8 กันยายน 2536 ให้กรุงเทพมหานครมีอำนาจออกใบอนุญาตเฉพาะ กรณีโรงฆ่าสัตว์ที่ เปิดดำเนินการก่อนที่กฎหมายฉบับปัจจุบันแก้ไขมีผลบังคับใช้ สำหรับการออกใบอนุญาตโรงฆ่าสัตว์และโรงพักสัตว์ที่เป็นรายใหม่ รวมทั้งค่าสั่งไม่อนุญาตยังเป็นของอธิบดีกรมการปกครอง นอกเหนือนี้ยังได้มอบให้กรุงเทพมหานครสามารถออกคำสั่งพักใช้ /เพิกถอนใบอนุญาต รวมตลอดถึงการออกหนังสือเตือนให้ปฏิบัติตามกฎหมายด้วย ซึ่งการมอบอำนาจดังกล่าวไม่ได้ระบุว่าที่มอบให้กรุงเทพมหานครหมายถึงมอบให้ใคร (ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร สาขาวรรณกรุงเทพมหานคร ปลัดกรุงเทพมหานคร หรือให้พิจารณาร่วมกัน) ต้องมีการตีความ

2) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ให้กับราชการบริหารส่วนท้องถิ่นตามประกาศกระทรวงมหาดไทย เรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติควบคุมการฆ่าสัตว์และจับหน่ายเนื้อสัตว์ พ.ศ.2535 ลงวันที่ 26 มกราคม 2541 ได้แต่งตั้งผู้บิหารราชการส่วนท้องถิ่นและผู้ชี้ผู้บิหารราชการส่วนท้องถิ่นแต่งตั้งเองอิก ให้ทำหน้าที่พนักงานเจ้าหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติการในเรื่องการควบคุมการฆ่าสัตว์และจับหน่ายเนื้อสัตว์อีกหนาหน้าที่ตั้งแต่อนุญาตให้นำสัตว์ออกจากโรงพักสัตว์ โรงฆ่าสัตว์ การสั่งหยุดการฆ่าสัตว์ การทำลายเนื้อสัตว์ ฯลฯ ทำให้มีผู้เกี่ยวข้องจำนวนมากและอาจแตกต่างกันในแต่ละท้องที่

3) พนักงานตรวจโรคสัตว์มีบทบาทเพียงแค่ตรวจโรคสัตว์และให้ความเห็นแก่พนักงานเจ้าหน้าที่เท่านั้น และในกฎหมายนี้พนักงานตรวจโรคสัตว์ยังหมายถึง สัตวแพทย์ หรือบุคคลอื่นที่อธิบดีแต่งตั้ง ซึ่งในความเป็นจริงไม่ได้กล่าวถึง "นายสัตวแพทย์" ที่เป็นผู้มีความรู้ความสามารถมากกว่า

4) เจ้าหน้าที่ตามกฎหมายดังกล่าวไม่มีแบบบัตรประจำตัว และเนื่องจากมีความหลากหลายในแต่ละท้องที่ ตามแต่ผู้บิหารท้องถิ่นจะแต่งตั้งหรือมอบหมายให้ปฏิบัติ อาจทำให้เกิดความยุ่งยาก เสี่ยงต่อการปลอมแปลงการออกหนังสือรับรองเนื้อสัตว์ได้ การมีบัตรประจำตัวในการนี้ดังกล่าวจะช่วยให้การปลอมแปลงกระทำได้ยากขึ้น

5) การมีบุคคลหลายฝ่ายที่แตกต่างกันในแต่ละท้องที่มาปฏิบัติการตามกฎหมายในเรื่องเดียวกันที่มีความหลากหลายในวิธีการ จะทำให้เกิดความเป็นเอกภาพในการดำเนินการควบคุมการฆ่าและจับหน่ายเนื้อสัตว์ที่ปลอดภัยสำหรับประชาชนได้ยาก ส่งผลให้การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของกฎหมายนี้ย่อทอยอนได้ทุกเมื่อ ประชาชนไม่มีหลักประกันที่ชัดเจนว่าจะได้รับความปลอดภัยจากการบริโภคเนื้อสัตว์

3. มีสัตว์บางประเภทไม่อยู่ในข่ายการควบคุม เนื่องจากมีเฉพาะ โค กระบือ แพะ แกะ สุกร ไก่ เป็ด และห่านเท่านั้นที่อยู่ภายใต้บังคับของกฎหมายนี้ สัตว์ที่ยังเป็นที่นิยมในการบริโภคของประชาชนในบางพื้นที่ เช่น กระต่าย สุนัข งู กบ กางหนิด ฯลฯ แม้จะเป็นส่วนน้อย แต่ก็สมควรจะได้มีมาตรการในการคุ้มครองประชาชนที่บริโภคเนื้อดังกล่าวด้วย

4. กระบวนการอนุญาตตามกฎหมายก่อให้เกิดโรงฆ่าสัตว์เตือน กฎหมายห้ามกำหนดหลักเกณฑ์ที่ค่อนข้างเข้มงวด และเกี่ยวข้องกับหน่วยงานหลายหน่วยที่จะต้องพิจารณาร่วมกันและเสียความเห็นให้อธิบดีกรมการปกครองออกใบอนุญาต จึงทำให้โรงฆ่าสัตว์ที่ได้รับใบอนุญาตถูกต้องมีเป็นจำนวนน้อย และที่ไม่สามารถปฏิบัติตามกฎหมายได้ ก็ยังคงเปิด

ดำเนินการต่อไป หากมีการย่อขยายในการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ ประชาชนผู้บังคับใช้คงไม่พ้นต้องได้รับผลกระทบในความไม่ปลอดภัยจากเนื้อสัตว์ที่บังคับใช้เสมอ

5. การกำหนดรายละเอียดในกฎหมายหรือระเบียบปฏิบัติของเจ้าหน้าที่เพิ่มเติมเพื่อเฝ้าระวังและติดตามการฆ่าสัตว์ในโรงฆ่าสัตว์ เช่น การรายงานสถิติจำนวนและประเภทของสัตว์ที่ขออนุญาตฆ่าในโรงฆ่าสัตว์ในพื้นที่ต่าง ๆ และสถิติที่ฆ่าจริงในโรงฆ่าสัตว์ที่ได้รับใบอนุญาต รายงานการวิเคราะห์คุณภาพน้ำทึบของระบบบำบัดน้ำเสีย รายงานการตรวจสอบสัตว์ของพนักงานตรวจโรคสัตว์ รายงานการตรวจเผยแพร่เนื้อสัตว์ที่ผ่านการตรวจวันรองจากพนักงานเจ้าหน้าที่แล้ว ฯลฯ เหล่านี้ล้วนเป็นประโยชน์ต่อการกำกับดูแลและเฝ้าระวังการฆ่าสัตว์และจ้างหน่ายเนื้อสัตว์ให้ประชาชนได้รับความปลอดภัย

กลุ่มกฎหมายคุ้มครองผู้บังคับใช้ด้านบริการสุขภาพ

งานบริการด้านสุขภาพ เป็นงานที่ปฏิบัติโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ และบุคลากรอื่นทางด้านสาธารณสุข ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพของมนุษย์ โดยการนำความรู้ที่ผ่านการศึกษาอบรมและฝึกฝนมา มาให้บริการทางด้านสุขภาพ อันมีลักษณะเป็นวิชาชีพ (Profession) ที่ต้องมีการอบรมธรรมเนียม และจริยธรรมเป็นที่ตั้งและการที่จะให้บรรลุความมุ่งหมายดังกล่าว ก็จะต้องมีกฎหมายและองค์กรควบคุมดูแล โดยบุคคลในวิชาชีพเดียวกัน เพราะลักษณะงานเป็นลิ้งที่ประชาชนโดยทั่วไปไม่อาจตรวจสอบได้ โดยเฉพาะการแพทย์สมัยใหม่ที่ได้รับมาจากการทดลองต่างๆ ซึ่งเป็นการนำความรู้และวิทยาศาสตร์สมัยใหม่มาประยุกต์ใช้ หวานันทั่วไปจึงไม่อาจทราบรายละเอียดได้ทั้งหมด

สำหรับกฎหมายเกี่ยวกับวิชาชีพนับแรก ประกาศให้มีอยู่ พ.ศ. 2466 วัตถุประสงค์ของกฎหมายก็เพื่อคุ้มครองการประกอบวิชาชีพกับคุ้มครองประชาชนด้วย ดังปรากฏข้อความในคำประกาศที่ว่า

“มีพระบรมราชโองการในพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ศรีสินทรมหาวชิราธิคุณ พระมหาเกล้าเจ้าอยู่หัว ดำรัสเนื้อเกล้าฯ ว่า

โดยที่การประกอบโรคศิลปะย่อมมีอิทธิพลอันสำคัญแก่สวัสดิภาพของประชาชน

โดยที่ ณ กาลบัดนี้ในกรุงสยามยังไม่มีระเบียบมั่งคับควบคุมการประกอบกิจ เช่นนี้ ปล่อยให้มีหลากหลายจากความคุ้มครองจากอันตรายอันเกิดแต่การประกอบกิจแห่งผู้ที่ไร้ความรู้และมีได้ ฝึกหัดและโดยที่ทรงพระราชนิรันดร์สมควรควบคุมวางแผนเมื่อบังคับและเลื่อนฐานะแห่งการเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะให้สูงยิ่งขึ้นไป จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติไว้ดังต่อไปนี้...

พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 นี้ได้ใช้มั่งคับจนถึงปี พ.ศ. 2479 จึงได้ยกเลิกไปโดยได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 แทน และกฎหมายฉบับนี้มีการแก้ไขเพิ่มเติมเป็นระยะ จนกระทั่งถึงปี พ.ศ. 2542 จึงได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ ฉบับใหม่ อนึ่ง เป็นที่น่าสังเกตว่าความหมายของคำว่า “โรคศิลปะ” ตามที่บัญญัติในกฎหมายเดิมมีขอบเขตกว้างขวาง โดยรวมวิชาชีพหลายสาขาไว้ในความหมายของคำว่า “โรคศิลปะ” ดังปรากฏในบทนิยามที่ว่า

“โรคศิลปะ” หมายความว่า กิจการใด ๆ อันกระทำโดยตรงต่อร่างกายของมนุษย์โดยการบ่นบัดซึ่งรวมตลอดถึงการตรวจและการป้องกันโรคในสาขาวิชาต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ คือ เวชกรรม ทันตกรรม ഗาลีกรรม การพยาบาล การผดุงครรภ์ กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์

จากกฎหมายควบคุมการประกอบโรคศิลปะซึ่งมีลักษณะทั่วไป ในเวลาต่อมาได้มีการ แยกกฎหมายควบคุมวิชาชีพเกี่ยวกับแพทย์ออกมานอกมา คือ

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม โดยประกาศใช้ครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2511 และได้ยกเลิกในปี พ.ศ. 2525 โดยได้ประกาศพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ใช้มั่งคับแทน กฎหมายฉบับนี้เป็นการแยกการประกอบวิชาชีพเวชกรรมออกจากสาขาวิชาของโรคศิลปะ และได้นิยามความหมายของคำว่า “วิชาชีพเวชกรรม” ไว้ดังนี้

มาตรา 4 แห่ง พ.ร.บ. วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525

“วิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบ่นบัดโรค การป้องกันโรค การผดุงครรภ์ การปรับถ่ายด้วยเลนส์ล้มผัส การแทงเข็ม หรือการฝังเข็มเพื่อบ่นบัดโรค หรือเพื่อรับความรู้สึกและหมายความรวมถึงการกระทำการทางคลินิก ใช้รังสี การฉีดยาหรือสารการสอดใส่ตัดตูก ฯ เข้าไปในร่างกายเพื่อการคุ้มกันนิด การเสริมสร้าง หรือการบุรุงร่างกายด้วย”

“โรค” หมายความว่า ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ความผิดปกติของร่างกาย หรือจิตใจและหมายความรวมถึงอาการที่เกิดจากภาวะดังกล่าวด้วย

หลังจากที่ได้แยกวิชาชีพเวชกรรมออกจากสาขาวิชาโรคศิลปะ ในเวลาต่อมา ก็มีการแยกวิชาชีพ อื่น ๆ ออกมาร่วมคือ พระราชนักุณฑิวิชาชีพพยาบาลและการพดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 (แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2540) พระราชนักุณฑิวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537 พระราชนักุณฑิเภสัชกรรม พ.ศ. 2537

นอกจากกฎหมาย ดังกล่าวมาแล้ว ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมยังต้องคำนึงถึงกฎหมายควบคุมสถานพยาบาล ด้วย ถ้าหากมีการตั้งและดำเนินการเกี่ยวกับสถานพยาบาล ซึ่งกฎหมายที่ให้มั่นคงแต่เดิมคือ พระราชนักุณฑิสถานพยาบาล พ.ศ. 2504 แต่เนื่องจากกฎหมายฉบับนี้ได้ใช้มานานแล้ว และมีความไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป จึงมีการ เสนอกฎหมายฉบับใหม่ขึ้น และประกาศใช้เมื่อปี พ.ศ. 2541

ดังนั้นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพที่สำคัญ ๆ จึงได้แก่

1. พระราชนักุณฑิการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542
2. พระราชนักุณฑิวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525
3. พระราชนักุณฑิวิชาชีพการพยาบาลและการพดุงครรภ์ พ.ศ. 2540
4. พระราชนักุณฑิวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537
5. พระราชนักุณฑิวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537
6. พระราชนักุณฑิสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542

ดังกล่าว มาแล้วว่า กฎหมายฉบับนี้ เป็นกฎหมายดั้งเดิม ที่ออกมานานเพื่อควบคุมกิจกรรมใด ๆ ที่กระทำการโดยตรงต่อ ร่างกายมนุษย์ ไม่ว่าในสาขากำไร แต่ต่อมาเมื่อมีพระราชนักุณฑิควบคุมเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรม พยาบาล เภสัชกรรม ทันตกรรม ออกมายโดยเฉพาะ พระราชนักุณฑิควบคุมการประกอบโรคศิลปะจึงไม่ได้ครอบคลุมในส่วนที่นั้น แต่ในเวลาต่อมา ก็มีสาขาใหม่ ๆ เกิดขึ้นดังจะกล่าวต่อไป ปัจจุบันกฎหมายฉบับนี้ ดูแลโดยกองควบคุมการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข

สำหรับนิยาม “การประกอบโรคศิลปะ” ตามกฎหมายที่ประกาศใช้ใหม่ (พ.ศ. 2542) ได้กำหนดไว้ว่า หมายถึง การ ประกอบวิชาชีพที่กระทำหรือมุ่งหมายจะกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกัน โรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ การพดุงครรภ์ แต่ไม่รวมถึงการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่น ตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น ๆ

ในกฎหมายฉบับนี้ยังได้นิยามการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในสาขາอื่น ๆ ด้วย ดังนี้

“การแพทย์แผนไทย” หมายความว่า การประกอบโรคศิลปะตามความรู้หรือตำราแบบไทยที่ถ่ายทอด และพัฒนาสืบทอกันมา หรือตามการศึกษาจากสถานศึกษาที่คณะกรรมการรับรอง

“เวชกรรมไทย” หมายความว่า การตรวจ การวินิจฉัย การบำบัดหรือการป้องกันโรคด้วยกรรมวิธีการ แพทย์แผนไทย

"กลั่นกรองไทย" หมายความว่า การกระทำในการเตรียมยา การผลิตยา การประดิษฐ์ยา การเลือกยา การควบคุมและการประกันคุณภาพยา การป้องยาและการจ่ายยาตามใบสั่งของผู้ประกันโรคคือปัจจัยการแพทย์แผนไทย และการจัดจ้าน่ายาตามกฎหมายว่าด้วยยา ทั้งนี้ ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

"การพัฒนารากไทย" หมายความว่า การตรวจ การบำบัด การแนะนำ และการส่งเสริมสุขภาพภูมิปัญญา วรรณ การป้องกันความผิดปกติในระบบทั้งครรภ์และระยะคลอด การทำความสะอาด การทำคลอด การดูแลและส่งเสริมสุขภาพมารดาและทาร์ในระยะหลังคลอด ทั้งนี้ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

"การแพทย์แผนไทยประยุกต์" หมายความว่า การประกอบโรคคือปัจจามการศึกษาจากสถานศึกษาที่คณะกรรมการการรับรอง และใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อการวินิจฉัยและการบำบัดโรคตามที่กำหนดในกฎหมาย

"กายภาพบำบัด" หมายความว่า การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจประเมิน การวินิจฉัยและการบำบัดความบกพร่องของร่างกายซึ่งเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การแก้ไขและการพื้นฟูความเสื่อมสภาพความพิการของร่างกายและจิตใจด้วยวิธีการทำงานกายภาพบำบัด หรือการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่รับรู้และประมวลผลในเบื้องต้นเพื่อปรับปรุงการทำงานของร่างกายบำบัด

"เทคโนโลยีการแพทย์" หมายความว่า การกระทำใด ๆ เพื่อให้ได้สิ่งตัวอย่างและการดำเนินการโดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเพื่อการวินิจฉัย การติดตามการบำบัด การพยากรณ์โรค การป้องกันโรค การประเมินภาวะทางสุขภาพ หรือการวิจัย

จะเห็นได้ว่าแม้การประกอบวิชาชีพในหลายสาขาจะได้แยกตัวออกและมีกฎหมายดูแลโดยเฉพาะดังกล่าวแล้ว แต่บทบาทที่กองควบคุมการประกอบโรคคือปัจจัยด้านคุณภาพการประกอบโรคคือปัจจัยมีอยู่ไม่น้อย โดยเฉพาะการจับกุมผู้ที่ประกอบวิชาชีพโดยไม่ได้รับอนุญาต ซึ่งยังคงมีอยู่จำนวนมากและเป็นการก่ออันตรายกับประชาชน เพราะประเทศไทยมีอาจจัดตราจสอบได้

นอกจากนี้ กองควบคุมการประกอบโรคคือปัจจัยมีหน้าที่ดูแลสถานพยาบาลเอกชนที่ขอจัดตั้งขึ้น ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ซึ่งนอกจากการสอดส่องดูแลเกี่ยวกับมาตรฐานการให้บริการแล้ว ตามพระราชบัญญัติ สถานพยาบาลฉบับใหม่นี้ ยังกำหนด เรื่องสิทธิผู้ป่วยให้บัดเจน รวมถึงการคิดค่ารักษาพยาบาลในราคาน้ำเงินที่เหมาะสมด้วยซึ่งจะเห็นได้ว่า กองควบคุมการประกอบโรคคือปัจจัยมีบทบาทอย่างมากที่จะดูแลและบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพ

อนึ่ง ตามพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคคือปัจจัย พ.ศ. 2542 (มาตรา 8) ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการการประกอบโรคคือปัจจัย ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการการกำกับดูแล กรรมการและกรรมการอื่นดังต่อไปนี้

1. กรรมการซึ่งเป็นผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุขจำนวนสี่คน กระทรวงกลาโหม ทบวงมหาวิทยาลัย แพทยสภา ทันตแพทยสภา สถาบันพยาบาล และสถาบันการแพทย์แผนไทย แห่งละหมาดคน และผู้แทนจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาต่าง ๆ ตามพระราชบัญญัตินี้ สาขะละสองคน และ

2. กรรมการซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนไม่เกินห้าคน
ให้ผู้อำนวยการกองการป้องกันโรคศิลปะ เป็นกรรมการและเลขานุการ

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525

โดยความมุ่งหมายของ กฎหมายฉบับนี้เป็นเพื่อควบคุมการป้องกันวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ให้อยู่ในกรอบของกฎหมาย และจริยธรรม โดยมีองค์กร "แพทยสภา" ทำหน้าที่ดูแลเรื่องในอนุญาตการป้องกันวิชาชีพ องค์กรแพทย์สามารถเป็นนิติบุคคลเอกสารไม่ได้เป็นส่วนของราชการได้ แต่อย่างไรได้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

กรรมการแพทย์สภาป้องกันด้วยบุคคล 2 ประเภทคือ

(1) กรรมการโดยตำแหน่งอันได้แก่ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมอนามัย เจ้ากรมการแพทย์ทหารบก เจ้ากรมการแพทย์ทารเรื้อ เจ้ากรมการแพทย์ทารอากาศ นายแพทย์ใหญ่กรรมตัวราช คณะกรรมการแพทย์และผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์

(2) กรรมการที่ได้รับเลือกตั้งจากสมาชิก จำนวนเท่ากับกรรมการโดยตำแหน่ง

สำหรับตำแหน่งนายแพทย์สภามากจากการเลือกตั้งในกรรมการดังกล่าว และนายแพทย์สภากำจัดเลือกเช่น และกรรมการตำแหน่งอื่น ๆ ส่วนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขนั้น จะมีตำแหน่งเป็นสภานายกพิเศษเป็นการกำกับดูแลโดยทั้ง ๆ ไปเท่านั้น

ดังกล่าวมาแล้วว่า ความหมายของกฎหมายตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ที่กำหนดให้มีองค์กรแพทย์สาขาขึ้นก็ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ "ควบคุมการประพฤติของผู้ป้องกันวิชาชีพเวชกรรม ให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม" และเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว 医師สภาจะได้กำหนดข้อบังคับขึ้นคือ ข้อบังคับว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 เพื่อให้แพทย์ได้ทราบ และถือปฏิบัติในแนวเดียวกัน โดยในหมวด 1 ได้วางเป็นหลักทั่วไปไว้ว่า

ข้อ 1 ผู้ป้องกันวิชาชีพเวชกรรมยอมต่อรองตนให้สมควรในสังคมโดยธรรมและควรพ่อกฎหมายของบ้านเมือง

ข้อ 2 ผู้ป้องกันวิชาชีพเวชกรรมยอมไม่ประพฤติหรือกระทำการใด ๆ อันอาจเป็นเหตุให้เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ

ข้อ 3 ผู้ป้องกันวิชาชีพเวชกรรมยอมป้องกันวิชาชีพด้วยเจตนาดี โดยไม่คำนึงถึงฐานะ เรื่องชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคมหรือลักษณะเมือง

อนึ่ง แม้จะมีพระราชบัญญัติควบคุมการป้องกันวิชาชีพเวชกรรม และมีองค์กรแพทย์สภากำกับดูแลเกี่ยวกับการป้องกันวิชาชีพของแพทย์ก็ตามแต่ในความเป็นจริง การบังคับใช้พระราชบัญญัติดังกล่าว เพื่อคุ้มครองผู้รับบริการด้านสุขภาพ ก็ยังไม่บรรลุความมุ่งหมายเท่าที่ควร ทั้งนี้เนื่องมาจาก

1. กระบวนการพิจารณาคดีของแพทยสภา มีความล่าช้า กล่าวคือเมื่อแพทยสภาได้รับเรื่องการกล่าวหาหรือการกล่าวโทษว่าแพทย์ผู้ใดประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพ เลขานิธิการแพทยสภาจะเสนอเรื่องต่อประธานอนุกรรมการจริยธรรมชุดใดชุดหนึ่ง เพื่อแสวงหาข้อเท็จจริง หลังจากนั้นจึงจะทำรายงานพร้อมทั้งความเห็นเสนอคณะกรรมการแพทยสภาเพื่อพิจารณา

เนื่องด้วยกระบวนการได้รับรายงานและความเห็นจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะกรรมการแพทยสภา อาจลงมติอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- (1) ให้คดียังไม่มีผลทางกฎหมายแห่งวิชาชีพเวชกรรมทำข้อเท็จจริงเพิ่มเติมเสนอให้คณะกรรมการพิจารณา
- (2) ให้คดียังไม่มีผลทางกฎหมายการสอนสานทำ การสอบสวนในกรณีที่เห็นว่าข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษนั้นมีมูล
- (3) ให้ยกข้อกล่าวหา หรือข้อกล่าวโทษในกรณีที่เห็นว่าข้อกล่าวหา หรือข้อกล่าวโทษ นั้นไม่มีมูล

ในกรณีตาม (2) เมื่อคณะกรรมการสอนสานทำ การสอบสวนสอบสวนเสร็จจะเสนอความเห็นแก่คณะกรรมการแพทยสภา เพื่อชี้ขาดลงโทษอย่างใดอย่างหนึ่งคือ ว่ากล่าวตักเตือน ภาคทัณฑ์ พักใช้ใบอนุญาตมีกำหนดเวลา ตามที่เห็นสมควรแต่ไม่เกินสองปี หรือเพิกถอนใบอนุญาต

จากที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่ากระบวนการพิจารณาไม่หลายขั้นตอน ข้อที่น่าสังเกตและคิดว่าเป็นปัญหาน่าห่วงปฏิบัติ คือเมื่อคณะกรรมการสอนสานสอนสอบสวนเสร็จ จะต้องเสนอความเห็นให้คณะกรรมการแพทยสภาเพื่อชี้ขาดว่าจะลงโทษหรือไม่ หรือจะลงโทษประการใด ขั้นตอนตรงนี้ที่มีจุดอ่อนก็คือ กรรมการแพทยสภามีจำนวนมาก และกรรมการที่เป็นโดยตัวแทนก็มักส่งตัวแทนมาประชุม การตัดตามเรื่องจึงขาดความต่อเนื่อง บางครั้งจึงมีการลงมติไปโดยขาดการคึกคักข้อเท็จจริงให้ถ่องแท้ อีกประการหนึ่งการพิจารณาของกรรมการแพทยสภาจะพิจารณาจากล้านวน มีได้ซักถามโดยตรงเหมือนอนุกรรมการสอบสวน

2. ความเข้าใจในบทบาทของแพทยสภา ดังกล่าวมาแล้วว่าหน้าที่โดยตรงของแพทยสภาก็คือเป็นสภากองวิชาชีพที่ custody สอดส่องดูแลให้การปฏิบัติงานของแพทย์อยู่ในกรอบที่ถูกต้องของกฎหมายและจริยธรรมเป็นการดูแลกันเอง ถ้าผิดก็ต้องพิจารณาระบุ แต่ในสังคมไทย ซึ่งมีความคิดในระบบอุปถัมภ์ จะรู้สึกว่าพวกเดียวกัน อาชีพเดียวกันต้องช่วยกัน แพทย์ส่วนหนึ่งยังมีความเข้าใจเช่นนี้ แม้ๆที่เป็นกรรมการแพทยสภา ความคิดเช่นนี้ ถ้ายังมีอยู่จะทำให้เกิดการช่วยเหลือกันโดยไม่ถูกต้อง ซึ่งถ้าเป็นเช่นนั้นประชาชนผู้ได้รับความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ย่อมไม่ได้รับความคุ้มครอง

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2540

พระราชบัญญัตินี้ แก้ไขใหม่จากพระราชบัญญัติวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 หลักการของกฎหมายฉบับนี้เป็นเช่นเดียวกันกับหลักการของพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม กล่าวคือ มีจุดมุ่งหมายเพื่อควบคุมการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้เป็นไปโดยถูกต้อง ภายในการอบรมกฎหมายและจริยธรรม โดยมีองค์กร "สภากองพยาบาล" ทำหน้าที่ดังกล่าว

สำหรับความหมายของ "วิชาชีพการพยาบาลและการพดุงครรภ์" ในพระราชบัญญัตินี้ ได้ให้ความหมายไว้ว่า

"การพยาบาล หมายถึง การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการดูแลและช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การพัฒนาสุภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล"

"การพดุงครรภ์ หมายถึง การกระทำเกี่ยวกับการดูแล และช่วยเหลือหญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอด และหารักแรกลคลอด รวมถึงการตรวจ การทำความสะอาด การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความผิดปกติในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพดุงครรภ์"

ปัญหาที่เกิดจากการบังคับใช้พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาล และการพดุงครรภ์ ในส่วนที่เกี่ยวกับความเข้าใจในบทบาทของสาขาวิชาชีพ และการดำเนินงานของสาขาวิชาชีพนั้นจะไม่เกิดปัญหาหากการบังคับใช้พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม แต่กลับเป็นปัญหาในกรณีนี้ และมีผลกระทบต่อการด้านสุขภาพของประชาชนดังนี้

1. ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพพยาบาลฯ ได้กำหนดลักษณะงานของพยาบาลไว้ว่า คือการดูแลผู้ป่วย การพัฒนาสุภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล ปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติคือบทบาทของพยาบาลในด้านที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยมีเพียงใดหรือเป็นเพียงผู้กระทำการตามคำสั่งของแพทย์โดยไม่อาจโต้แย้งได้ บางกรณีแพทย์ได้สั่งให้ฉีดยา ซึ่งพยาบาลที่ทำหน้าที่มานาน ย่อมรู้ว่า ปริมาณยานี้มากไป อาจเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ถ้าพยาบาลทักท้วง แต่แพทย์ยืนยันให้ทำการตามคำสั่ง พยาบาลจะต้องปฏิบัติหรือไม่ ถ้าปฏิบัติไปตามที่แพทย์สั่ง และเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย พยาบาลจะต้องร่วมรับผิดชอบหรือไม่ หรือพยาบาลจะต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เพราะพยาบาลเองก็คือผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งโดยนิยามที่ก่อร่างกายแล้ว การประกอบวิชาชีพของพยาบาลจะต้องอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาลด้วยในประเด็นนี้หากพิจารณาจากนิยามและความเป็นวิชาชีพของพยาบาล ผู้เขียนเห็นว่า ถ้าหากพยาบาลรู้ว่าการฉีดยา การให้ยาแก่ผู้ป่วยในปริมาณที่แพทย์สั่งนั้น จะก่ออันตรายต่อผู้ป่วยโดยหน้าที่แห่งวิชาชีพพยาบาล ควรอยู่ในฐานะที่จะทักท้วงหรือไม่ทำการตามได้ปัญหาเหล่านี้ เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นเสมอ โดยเฉพาะแพทย์บางท่านที่ยังขาดประสบการณ์หรือนิยมให้ยกเว้นกันความจำเป็น ปัญหาเหล่านี้หากได้มีการยินยอมคุยกัน และกำหนดแนวทางปฏิบัติในระดับองค์กรสาขาวิชาชีพ ก็คงจะช่วยแก้ไขความขัดแย้งในการทำงานได้ และที่สำคัญความปลอดภัยจะเกิดกับประชาชนที่เป็นผู้ป่วย

2. โดยที่บทบาทของพยาบาลคือการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค หากไม่มีแพทย์ พยาบาลย่อมทำหน้าที่ได้ในขอบเขตที่จำกัด ปัญหาที่เกิดขึ้นเสมออีกกรณีหนึ่งก็คือ เมื่อพยาบาลรับผู้ป่วยไว้และดูแลในเบื้องต้นแล้ว ติดต่อแพทย์แต่แพทย์ไม่ได้หรือไม่มาพยาบาลจะทำอย่างไร รวมทั้งกรณีที่เป็นผู้ป่วยในและมีเหตุที่จะต้องตามด้วยแพทย์มาตรฐานและผู้ป่วย แต่ตามแล้วไม่มาหรือสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ การปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ในกรณีเช่นนี้ จะถูกต้องหรือไม่ และถ้าเกิดอันตรายขึ้นแก่ผู้ป่วย พยาบาลจะต้องร่วมรับผิดชอบหรือไม่ การบันทึกในเวชระเบียบว่า ตามแพทย์แล้วก็ครั้ง เเล้วได้ ตามแล้วมาหรือไม่ ควรเป็นบันทึกของพยาบาลที่จะกระทำได้ เพราะเป็นการบันทึกตามความเป็นจริง

3. การขาดแคลนของแพทย์ในบางสาขา เช่น วิสัยทัศน์แพทย์ และให้พยาบาลทำหน้าที่แทน พยาบาลจะกระทำได้หรือไม่ในขอบเขตเพียงใดในเรื่องนี้ ตามกฎหมายที่ของกระทรวงสาธารณสุข และมติของราชวิทยาลัยวิสัยทัศน์ ก็ยังไม่ตรงกันนัก กล่าวคือ ตามมติของราชวิทยาลัยวิสัยทัศน์เห็นว่า การรับความรู้สึกทางไข้สันหลัง พยาบาลจะกระทำมิได้มีว่ากรณีใดแม้แต่การเติมยา ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขเห็นว่าวิสัยทัศน์แพทย์ไม่เพียงพอ จึงอนุญาตให้พยาบาลกระทำการได้ในบางกรณี ซึ่งเรื่องเหล่านี้ สมควรจะได้รับการพิจารณาและแก้ไข เพื่อมิให้เกิดปัญหาแก่ประชาชนผู้รับบริการ

พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537

หลักการของพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรมที่แยกออกจากพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ก็โดยวัตถุประสงค์เช่นเดียวกับพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม คือมุ่งที่จะให้มีการควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมให้กระทำการอย่างถูกต้องภายในการของกฎหมายและจริยธรรม ส่วนปัญหาเกี่ยวกับระบบยาซึ่งเป็นเรื่องที่มีผลต่อสุขภาพโดยตรง มีพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510 กำหนดอย่างตามที่ได้กล่าวมาแล้ว

สำหรับบทบาทของเภสัชกรในส่วนที่เกี่ยวกับงานบริการด้านสุขภาพนั้น เมื่อมีกฎหมายที่กำหนดพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรมกำหนดอยู่ แต่ในทางปฏิบัติการทำหน้าที่ของเภสัชกรกับแพทย์ ก็ยังมีปัญหางานประจำ ซึ่งหลายกรณีมีผลกระทบต่อบริการทางด้านสุขภาพโดยตรง กล่าวคือ

บทบาทของเภสัชกรในการจ่ายยา โดยทั่วไปเภสัชกรจะจ่ายยาตามที่แพทย์สั่ง ปัญหาที่เคยเกิดขึ้นก็คือ กรณีที่แพทย์เขียนเชื่อสายมือที่อ่านยาก ทำให้เภสัชกรจ่ายยาผิดไป และเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย ใจจะต้องรับผิดชอบในกรณีดังกล่าว แพทย์ที่เป็นเจ้าของลายมืออันก่อให้เกิดความเข้าใจผิดหรือเภสัชกรที่ควรจะได้สอบถามกลับไปหากไม่แน่ใจในเชือยที่เขียนด้วยลายมือที่อ่านยาก ในเรื่องเช่นนี้ศาลอังกฤษเคยตัดสินให้รับผิดร่วมกัน ส่วนใจจะต้องชดใช้ค่าเสียหายมากน้อยกว่ากัน ยอมชี้อุยกับข้อเท็จจริงในเรื่องนั้น ๆ

ปัญหาที่เกิดขึ้นอีกประการหนึ่งและผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยก็คือกรณีที่แพทย์สั่งยาเกินความจำเป็นหรือสั่งยาในสัดส่วนที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เภสัชกรจะหักหัวงหรือปฏิเสธการจ่ายยาได้หรือไม่ ในเรื่องนี้เป็นปัญหานักกฎหมายว่า โดยบทบาทของเภสัชกรตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรมจะเป็นวิชาชีพอิสระที่สามารถใช้ความรู้เฉพาะในวิชาชีพปฏิเสธคำสั่งของแพทย์ได้หรือไม่ หรือเป็นเพียงผู้ที่จะต้องทำตามคำสั่งแพทย์ ในเรื่องนี้ผู้เขียนเห็นว่าเภสัชกรควรที่จะใช้ดุลพินิจเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เห็นว่าถูกต้องได้เพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชน เพราะเป็นการใช้ความรู้ในศาสตร์ที่ตนได้ศึกษา

พระราชบัญญัติพัฒน์พัฒน์ พ.ศ. 2537

โดยความมุ่งหมายของพระราชบัญญัตินี้เป็นที่เขียนเดียวกับพระราชบัญญัติวิชาชีพอื่น ๆ คือกำหนดขึ้นเพื่อดูแลการประกอบวิชาชีพพัฒน์พัฒน์ให้เป็นไปในแนวทางที่ถูกต้อง โดยมี "หันตแพทย์สภาก" ทำหน้าที่ดูแลและเข้าเดียวกับองค์แพทย์สภาก

ปัญหานอกจากปัญหานักที่กระบวนการให้บริการด้านสุขภาพก็คือ แนวทางการรักษาและการคิดค่าบริการที่สูงขึ้นมาก งานหันตกรรมจึงกลายเป็นงานที่ประชาชนผู้มีรายได้น้อยเข้าไม่ถึง กลายเป็นปัญหาสุขภาพกายและปัญหานักสุขภาพจิต จากการศึกษา

กฎหมายการสาธารณสุขและการคุ้มครองผู้บริโภค
การประชุมนิติศาสตร์แห่งชาติ

14-15 กันยายน 2543
ณ หอประชุมใหญ่ องค์การสหประชาชาติ

ของเจริญวัณ และของอาจ ชาลีกา เกี่ยวกับความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครต่องานทันตกรรมในปัญหาทันตสุขภาพจิตพบว่า ประชาชนจะไปรับบริการทันตกรรมเพื่อรักษาฟัน เมื่อมีปัญหาของสุขภาพฟันของปากและความจำเป็นบังคับมากกว่าผู้ที่ไปรับบริการเพรเวชนใจดูแลสุขภาพฟันของตนเองในอัตรา 13:5 (วารสารสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ฉบับ 3 พ.ศ. 2542)

แม้ว่าจะมีการวางแผนการด้านทันตกรรมจะมีอยู่โดยทั่วไป แต่แนวทางการรักษาทางทันตกรรมยังแตกต่างกันไป จากรายงานวิจัยของเจริญวัณและของอาจ ชาลีกา พบว่าผู้รับบริการมีอาการปวด ซึ่งเป็นผลจากการทำฟันร้อยละ 40 คลินิกพื้นบ้านแห่งก็เปิดกิจการเพื่อเสริมความงามมาเงินจากบุคคลผู้มีฐานะต่ำมากกว่าที่จะดูแลสุขภาพฟันให้ประชาชนโดยส่วนรวม อนึ่งทันตแพทย์ส่วนซึ่งมีหน้าที่โดยตรงที่จะดูแลเรื่องเหล่านี้ตามอ่านใจที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537 จึงได้ตั้งอนุกรรมการจัดทำแผนการรักษาทางทันตกรรม (Clinical Practice Guidelines (CPG)) โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ

- (1) แนวทางการรักษาทางทันตกรรมระดับองค์กรวิชาชีพ/สถาบันการศึกษา
- (2) แนวทางการรักษาทางทันตกรรมระดับหน่วยงาน

พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

โดยที่สถานพยาบาลเป็นสถานที่ที่ให้บริการทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีกฎหมายดูแลและควบคุม กฎหมายควบคุมสถานพยาบาลฉบับแรก ให้มีบังคับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2484 แต่ครั้นนั้นใช้มีบังคับเฉพาะจังหวัดพะเยาและชนบุรีเท่านั้น จนกระทั่งปี พ.ศ. 2493 จึงได้ขยายไปทั่วราชอาณาจักร และต่อมาได้มีการปรับปรุงแก้ไข จนมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2504 แทน

โดยภาพรวมของพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2504 ได้กำหนดขึ้นเพื่อดูแลและควบคุมเกี่ยวกับลักษณะของสถานพยาบาลการตั้ง การขออนุญาต คุณสมบัติของผู้ขอตั้งและผู้ดำเนินการคือมุ่งควบคุมเกี่ยวกับสถานที่และการดำเนินงาน แต่ในเวลาต่อมาได้เกิดมีปัญหาจนเป็นข่าวว่า สถานพยาบาลหลายแห่งจัดตั้งขึ้นอย่างไม่ได้มาตรฐาน บางแห่งก็คิดค่ารักษาพยาบาลแพงมาก โดยที่ผู้รับบริการไม่มีสิทธิได้รับรู้มาก่อน บางแห่งก็ปฏิเสธการรับผู้ป่วยทั้งๆ ที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งการละเมิดสิทธิผู้ป่วยในการนี้อีกด้วย ปัญหาต่างๆ เหล่านี้นำมาซึ่งการสัมมนาและประชุมเพื่อปรับปรุงกฎหมายสถานพยาบาลให้ดีขึ้น จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2541 จึงได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสถานพยาบาลฉบับใหม่นี้ นอกจากจะกำหนดกฎหมายที่เกี่ยวกับการขอตั้งสถานพยาบาล และกฎหมายที่เกี่ยวกับลักษณะสถานพยาบาลเหมือนกฎหมายฉบับก่อนแล้ว สิ่งที่เพิ่มมาใหม่ในกฎหมายอันเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้ใช้บริการทางด้านสุขภาพก็คือ

1. เรื่องสิทธิผู้ป่วย สิทธิของผู้ป่วยเป็นหลักสำคัญที่ผู้ใช้บริการทางด้านสุขภาพพึงจะได้รับ ในพระราชบัญญัติสถานพยาบาลที่ประกาศใช้ครั้งล่าสุดนี้ ได้กำหนดให้สถานพยาบาลต้องปฏิบัติประการให้ผู้ใช้บริการทราบ (มาตรา 32,33) สิทธิผู้ป่วยที่กำหนดไว้มีดังนี้

- 1) ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ

2) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เทื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลักษณะการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย

3) ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจซัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรับด่วนหรือจำเป็น

4) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรับด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยทันทีตามความจำเป็นแก้กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

5) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบเชื่อ สรุป และประมวลของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

6) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มิได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการ และสถานบริการได้

7) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัดเว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

8) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองใน การทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

9) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น

10) บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ผู้ดูแลพ่อแม่ ทางกายหรือจิตซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

2. เรื่องค่ารักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเอกชนเรียกจากผู้ป่วยเป็นอีกปัญหานึงที่กระบวนการต่อผู้ใช้บริการทางด้านสุขภาพอย่างมาก โดยเฉพาะในระยะหลังที่ เรื่องของความเจ็บป่วยกล้ายเป็นช่องทางทำกำไรในเชิงธุรกิจ ในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 จึงได้กำหนดให้สถานพยาบาลต้องแสดงรายละเอียดในส่วนนี้ให้ผู้ใช้บริการทราบ ไม่ว่าจะเป็นอัตราค่ารักษาพยาบาล หรือค่าบริการอื่นๆ และผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลจะเรียกเก็บหรือยินยอมให้มีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล หรือค่าบริการอื่นเกินอัตราที่ได้แสดงไว้มิได้ การบริการผู้ป่วยจะต้องให้บริการตามสิทธิที่ได้แสดงไว้ (มาตรา 32,33)

3. การรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน บอยครั้งที่มีข่าวปรากฏอกร่างกายพยาบาลเอกชนปฏิเสธการรับผู้ป่วยทั้งๆ ที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน การปฏิเสธดังกล่าวแม้จะถือเป็นความผิดอาญา แต่ก็เป็นเพียงความผิดลหุโทษ (ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 374) ในพระราชบัญญัติสถานพยาบาลฉบับนี้ จึงได้กำหนดเรื่องดังกล่าวให้ชัดเจนขึ้น โดยกำหนดโทษจำคุกไว้ไม่เกิน 2 ปี และปรับไม่เกินสิบมีนบาท หรือห้าร้อยบาท หรือห้าร้อยบาทปั้น

การกำหนดสภาพนั้นคับดังกล่าว เป็นการปวนสถานพยาบาลเอกชน มิให้ปฏิเสธผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพอันตรายและจำเป็นจะต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยฉุกเฉิน และเมื่อให้การช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยแล้ว ถ้ามีความจำเป็นต้องส่งต่อ หรือผู้

ปัจจุบันมีความประสงค์จะไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอื่น ผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล หรือผู้ดำเนินการต้องจัดการให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่นตามความเหมาะสม (มาตรา 36)

4. การโฆษณาข้อความเท็จหรืออื้อ vad เกินความจริง อีกปัญหาหนึ่งที่มักจะเกิดขึ้นกับประชาชนผู้รับบริการด้านสุขภาพ คือ ความเข้าใจจากการโฆษณาอื้อ vad ว่าสามารถจะรักษาหรือบันดาลอาการที่เป็นอยู่ให้หายได้ ซึ่งหลายกรณีเป็นการกล่าวอ้างเกินความจริง ทำให้ประชาชนผู้ป่วยไปรับบริการหลงผิด ในเรื่องนี้พระราชบัญญัติสถานพยาบาลได้กำหนดข้อห้ามไว้ มิให้ผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการโฆษณาหรือประกาศหรืออ่านให้ฟังอื้อ vad หรือประกาศด้วยประการใดๆ ซึ่งซ่อ หดัด หรือกิจการของสถานพยาบาล หรือคุณธรรม หรือความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเพื่อชักชวนให้มีผู้มาขอรับบริการจากสถานพยาบาลของตน โดยใช้ข้อความอันเป็นเท็จหรืออื้อ vad เกินความจริง หรือน่าจะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการของสถานพยาบาล (มาตรา 38)

อันเนื่องแม่พระราชบัญญัติสถานพยาบาลฉบับนี้ ได้วางหลักเกณฑ์ทั่วไปของการให้บริการด้านสุขภาพเป็นไปโดยถูกต้องเพื่อคุ้มครองผู้มาขอรับบริการ แต่ก็เป็นที่น่าสังเกตว่าบทบัญญัติบางมาตราในพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวมิอาจจะใช้บังคับได้ตามเจตนาของกฎหมาย ดังเช่น บทบัญญัติในมาตรา 34 ที่ให้ผู้ดำเนินการมีหน้าที่และความรับผิดชอบในการควบคุมดูแลให้ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายวิชาชีพ กรณีเช่นนี้จะควบคุมถึงปัญหาทุรเวชปฏิบัติ (Malpractice) ของแพทย์ด้วยได้อย่างไร

นอกจากนี้ยังมีข้อสังเกตว่า กฎหมายฉบับนี้ไม่ใช้บังคับกับสถานพยาบาลของรัฐ (มาตรา 5) ทำให้เกิดข้อสงสัยจากผู้ที่เกี่ยวข้องว่า ผู้ใช้บริการจะได้รับความคุ้มครองเมื่อต้องไปใช้บริการจากหน่วยงานของรัฐมากน้อยเพียงใด ในเรื่องนี้ผู้เขียนมีความเห็นว่า หน่วยงานของรัฐเป็นบริการสาธารณะ ที่จะต้องให้บริการประชาชนทุกคนอยู่แล้ว ในขณะเดียวกันบุคลากรในสถานพยาบาลของรัฐก็อยู่ภายใต้กฎหมายของบ้านเมืองที่ดูแลอยู่แล้ว การปฏิบัติหน้าที่โดยมีชอบ ก็อาจถูกพิจารณาลงโทษตามประมวลกฎหมายอาญาและทางวินัยอยู่แล้ว ส่วนในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหาย ก็อาจใช้สิทธิฟ้องเรียกค่าเสียหายตามพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ โดยฟ้องเรียกค่าเสียหายจากหน่วยงานของรัฐได้โดยตรง

กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข

กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข ได้แก่ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 กฎหมายฉบับนี้เป็นกฎหมายที่บัญญัติถึงการจัดระเบียบกิจการต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยรวม ซึ่งการจัดระเบียบในกิจการดังกล่าวเกี่ยวเนื่องการคุ้มครองผู้บริโภคอยู่ด้วย ดังจะน่ามาพิจารณาในทัวร์ต่อไปนี้

ขอบเขตการคุ้มครองผู้บริโภคตาม พรบ.การสาธารณสุข พ.ศ.2535

โดยที่พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 เป็นกฎหมายที่ต้องการคุ้มครองด้านสาธารณสุขลิงแวดล้อมที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน ทั้งทางตรงและทางอ้อม จึงเนื้อหาสาระในการควบคุม ดังนี้

1. จacobคุณดูแลกิจกรรมอาหาร สถานที่จำหน่ายอาหารและสถานที่สะสมอาหารในด้านสุขลักษณะของการให้บริการด้านอาหาร ที่อาหารต้องสะอาดปราศจากสิ่งสกปรกและการปนเปื้อนเชื้อโรค สถานที่บริการ ห้องครัว สถานที่รับประทาน ห้องน้ำห้องล้วม ต้องสะอาดเป็นระเบียบ เช่น ตลาดสด ร้านอาหาร ร้านขายของชำ เป็นต้น
2. จacobคุณดูแลการจ้างหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณสุข ในแต่การใช้ที่หรือทางสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณสุขโดยส่วนรวม และควบคุมสุขลักษณะของการขายสินค้าประเภทอาหารและเครื่องดื่ม เพื่อมิให้เกิดความสกปรกจนเป็นเหตุให้มีการแพร่ของโรคติดต่อที่เกิดจากอาหาร เช่น หานเร แฟลลอย ตามที่หรือทางสาธารณสุข
3. จacobคุณดูแลกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งเกิดจากการประมงกิจการนั้นๆ ไม่ว่าจะเป็นอันตรายจากมลพิษ ของเสีย ฝุ่นละออง เช่น เถ้า เสียง แสง รังสี ความร้อน ความสั่นสะเทือน ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพของคนงานและผู้อยู่อาศัยใกล้เคียง รวมทั้งสุขลักษณะของการให้บริการด้วย เช่น กิจการที่เกี่ยวกับการเลี้ยงสัตว์ การซ้อมเครื่องยนต์ การผลิตอาหาร การบริการแต่งผม โรงแรม อาบอบนวด การทำผลิตภัณฑ์จากไม้ หรือโลหะ หินดินทราย รวมทั้งผลิตภัณฑ์ปัตตาเลี่ยม เป็นต้น
4. จacobคุณดูแลการกำจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยในชุมชน มิให้เป็นเป็นแหล่งแพร่ระบาดของโรคติดต่อ
5. ในกรณีที่เกิดเหตุร้าย อันหมายถึง ภัยธรรมชาติ ที่อาจเป็นเหตุให้เสื่อมหรืออาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพของคนข้างเคียง กฎหมายฉบับนี้ให้ผู้ที่ก่อเหตุร้ายคุ้มครองนั้น ต้องรับผิดชอบรักษาความปลอดภัย (right to safety) กล่าวคือ ผู้บริโภคจะได้รับสินค้าอาหาร และ บริการที่สะอาดปลอดภัย จากกิจการต่างๆ ที่กฎหมายกำหนดให้ต้องควบคุม รวมทั้งสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองกรณีที่ผู้ใดกระทำการให้เกิดเหตุร้าย

โครงการสร้างและกลไกในการบังคับใช้ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535

พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 เป็นพระราชบัญญัติที่มีลักษณะการกระจายอำนาจให้แก่ราชการส่วนท้องถิ่นในการบังคับใช้กฎหมายเป็นสำคัญ กล่าวคือ

ราชการส่วนท้องถิ่น (กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา เทศบาล องค์กรบริหารส่วนจังหวัด และองค์กรบริหารส่วนต่างๆ) จะเป็นองค์กรหลักในการควบคุมดูแลและบังคับใช้กฎหมาย ทั้งนี้ กฎหมายได้กระจายอำนาจในการบังคับใช้ให้แก่ราชการส่วนท้องถิ่น โดย

1. ให้มีอำนาจออกข้อกำหนดของท้องถิ่นหรือข้อบัญญัติของท้องถิ่นได้เอง โดยสภาพท้องถิ่น ดังนั้น จึงสามารถกำหนดโดยที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัจจุบันของแต่ละท้องถิ่นได้ และสามารถปรับเปลี่ยนได้รวดเร็วทันกาล

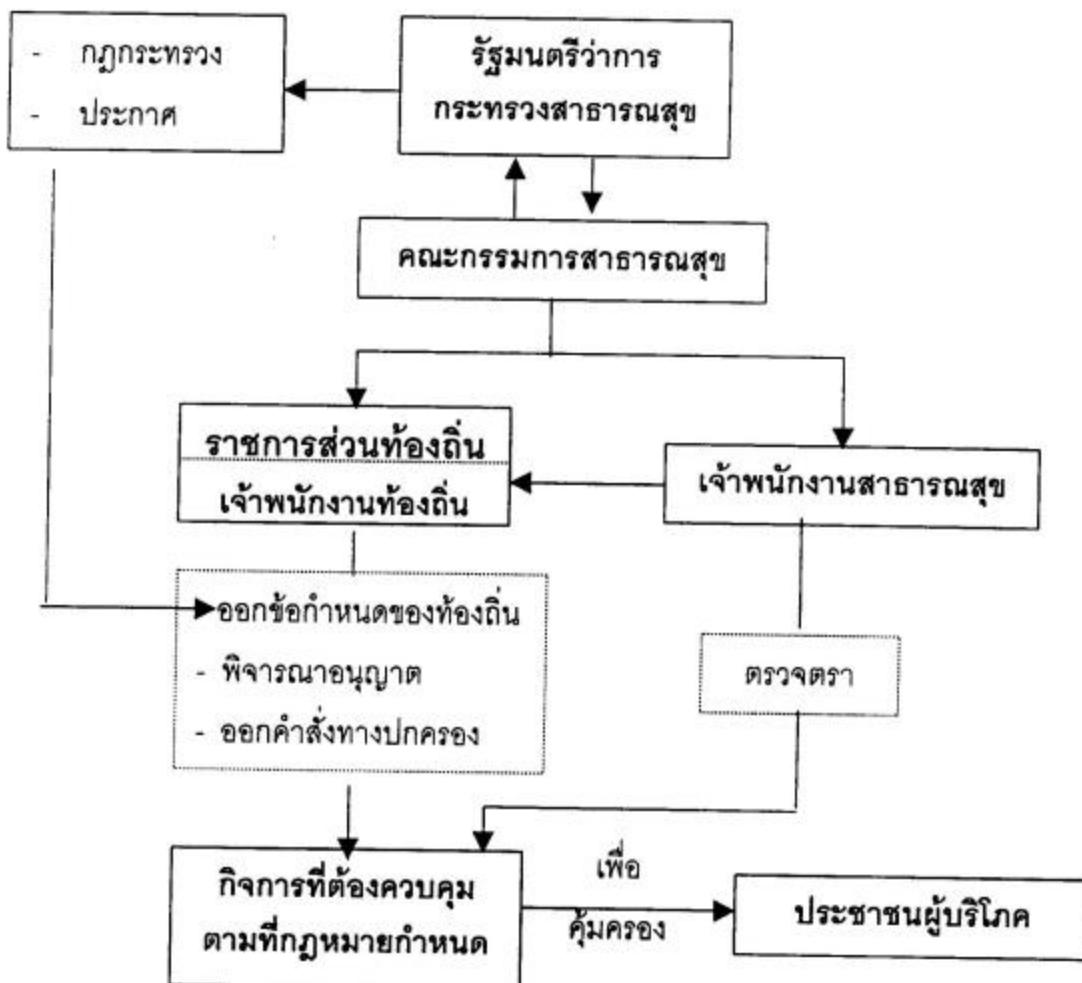
2. ให้เจ้าพนักงานท้องถิ่น (ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ปลัดเมืองพัทยา นายกเทศมนตรี อบจ. ประธานกรรมการบริหาร อบต.) มีอำนาจในการพิจารณาอนุญาตกิจกรรมต่างๆ ที่กฎหมายกำหนดให้ต้องควบคุมได้ มีอำนาจในการออกคำสั่งกรณีที่มีการฝ่าฝืนพระราชบัญญัติหรือข้อกำหนดของท้องถิ่นได้ รวมทั้งออกคำสั่งให้หยุด พักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตได้ แล้วแต่กรณี นอกจากนี้ยังมีอำนาจในการเปรียบเทียบคดีในบางความผิดอีกด้วย

ราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาค จะมีบทบาทในการวางแผนหลักเกณฑ์มาตรฐานกลาง เพื่อให้ราชการส่วนท้องถิ่นนำไปบังคับใช้ และให้สนับสนุนช่วยเหลือและสอดส่องดูแลการปฏิบัติหน้าที่ของราชการส่วนท้องถิ่น โดยกำหนดให้

1. มีเจ้าพนักงานสาธารณสุข เป็นเจ้าพนักงานสาขาวิชาการ (ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค) ซึ่งมีบทบาทในการช่วยเหลือเจ้าพนักงานท้องถิ่น โดยให้คำปรึกษาแนะนำ เสนอข้อวินิจฉัยทางวิชาการด้านสุขลักษณะ และมีอำนาจในการตรวจสอบและดำเนินการฝ่าฝืนกฎหมายหรือข้อกำหนดของท้องถิ่น มีหน้าที่ต้องแจ้งให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นออกคำสั่งตามอำนาจหน้าที่โดยไม่ชักช้า

2. ในส่วนกลางจะมี คณะกรรมการสาธารณสุข ริบประกอบด้วยทวัหน้าส่วนราชการต่างๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข กรมการปกครอง กรมตำรวจ กรมสวัสดิการคุ้มครองแรงงาน กรมวิชาการเกษตร สำนักงานนโยบายและแผนสิ่งแวดล้อม ปลัดกรุงเทพมหานคร โดยมีอิทธิพลต่อการอนามัยเป็นและงานด้านสุขลักษณะ ให้คำปรึกษาแนะนำ รวมทั้งสอดส่องดูแลราชการส่วนท้องถิ่น เจ้าพนักงานท้องถิ่น เจ้าพนักงานสาธารณสุข ให้มีการปฏิบัติให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการเสนอแนะให้ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ออกกฎหมาย ประกาศกระทรวง แล้วแต่กรณีตามกฎหมายกำหนด เพื่อเป็นมาตรฐานหลักเกณฑ์กลางซึ่งจะมีผลให้ราชการส่วนท้องถิ่นต้องนำไปบังคับใช้ในเขตท้องถิ่นเดียว และถ้าข้อกำหนดของท้องถิ่นขัดแย้งกับข้อกำหนดในกฎหมาย ให้ใช้ตามกฎหมายแทน อย่างไรก็ตาม ราชการส่วนท้องถิ่นอาจขออนุมัติจากรัฐมนตรี ไม่ใช้บังคับดังกล่าว ได้ถ้าเห็นว่า ข้อกำหนดดังกล่าวไม่สอดคล้องหรือไม่อาจบังคับใช้ได้ในเขตท้องถิ่นตน ทั้งนี้ ต้องได้รับความเห็นชอบของคณะกรรมการสาธารณสุขและโดยอนุมัติของรัฐมนตรี

หมายเหตุ: แสดงกลไกการบังใช้ตามกฎหมายสาธารณสุข



บทวิเคราะห์พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535

ความครอบคลุมของกฎหมาย

กฎหมายการสาธารณสุข จะควบคุมกิจการที่เกี่ยวกับการให้บริการอาหารในด้านสุขาภิบาลของการปูรุ่งเรือง การผลิต การจ่าหน่าย ซึ่งเป็นการป้องกันการปนเปื้อนของสิ่งสกปรกในอาหาร อันได้แก่ ตลาด ร้านอาหาร ร้านขายของชำ ห้างรี แฟลล์อย สถานที่ผลิตอาหารทั้งขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ (ในการนี้ที่เป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ที่ 5/2538) ซึ่งจะมีผลต่อการคุ้มครองผู้บริโภคได้ทางหนึ่ง และอาจเชื่อมต่อกับ พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522 ซึ่งจะมีสาระสำคัญเกี่ยวกับการควบคุมตัวผลิตภัณฑ์อาหาร ส่วนกระบวนการผลิตจะเน้นควบคุม เคพะสถานที่ผลิตที่เป็นขนาดโรงงานตามกฎหมายจริงงานเท่านั้น

ประสิทธิผลการบังคับใช้กฎหมาย

1. เมื่อจากการบังคับใช้กฎหมายนี้ เป็นอำนาจของราชการส่วนท้องถิ่นและเจ้าพนักงานท้องถิ่น สภาพการบังคับใช้ จึงเปรียบเทียบกับภาระของราชการส่วนท้องถิ่น และความรู้ความสามารถเข้าใจรวมทั้งทัศนคติของเจ้าพนักงานท้องถิ่นหรือผู้บริหารส่วน ท้องถิ่น กล่าวคือ

1) ในเขตกรุงเทพมหานครจะมีการควบคุมดูแลและบังคับใช้กฎหมายมากกว่าในเขตเทศบาล ส่วนในเขต อบต. หรืออบจ. ยังขาดบุคลากรด้านสาธารณสุข โดยส่วนรวมจึงยังไม่มีการบังคับใช้กฎหมายมากนัก

2) เจ้าพนักงานท้องถิ่นหรือผู้บริหารส่วนท้องถิ่น มักจะปฏิเสธการบังคับใช้กฎหมายด้วยความเชื่อว่า บังคับใช้กฎหมายแล้ว จะทำให้เสียค่าใช้จ่าย จำกัดความซัดเย้งประชาชน โดยไม่เข้าใจว่า การบังคับใช้กฎหมายเป็นการคุ้มครอง ผลประโยชน์ของสาธารณชน

3) ราชการส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ จะเน้นเรื่องรายได้จากค่าธรรมเนียมใบอนุญาตของกิจการต่างๆ ที่ต้องขออนุญาต จากเจ้าพนักงานท้องถิ่น โดยมิได้พิจารณาปัญหาด้านสุขาภิบาลของการปูรุ่งเรืองนั้นๆ ดังนั้น โดยสภาพทั่วไปดูเหมือนจะมีการควบคุมด้วยการบังคับให้ผู้ประกอบกิจการต่างๆ ขออนุญาต แต่โดยข้อเท็จจริงจะเน้นเพียงการเรียกอาค่า ธรรมเนียมจากผู้ประกอบกิจการเท่านั้น

2. ในเขตท้องถิ่นที่มีการบังคับใช้ตามกฎหมาย จะมีปัญหาเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินคดี กล่าวคือเมื่อปรากฏว่า มีฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย หรือกรณีที่เจ้าพนักงานท้องถิ่นได้ออกคำสั่งให้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไม่แก้ไขตามคำสั่ง เจ้าพนักงานท้องถิ่นจะดำเนินการเบริ่นเตี้ยบปรับตามความผิดที่อยู่ในกรอบอำนาจ คือความผิดที่มีโทษปรับสถานเดียว หรือมีโทษจำคุกไม่เกิน 1 เดือนหรือปรับไม่เกิน 2,000 บาทหรือทั้งจำทั้งปรับ ส่วนความผิดที่มีโทษสูงกว่านั้น จะต้องส่งให้ คณะกรรมการเบริ่นเตี้ยบคดี ซึ่งมีปัญหาว่าไม่สามารถดำเนินการได้ทัน โดยเฉพาะในเขตต่างจังหวัดที่ต้องเป็นผู้ว่าราชการจังหวัด อัยการจังหวัด และผู้บังคับการตัวราชจังหวัดโดยมิได้กำหนดให้มีผู้แทนได้ ทำให้การเบริ่นเตี้ยบปรับเป็นไปได้ช้าและไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ผู้กระทำความผิดจึงไม่ค่อยสนใจ

กฎหมายการสาธารณสุขและการคุ้มครองผู้บริโภค
การประชุมนิติศาสตร์แห่งชาติ

14-15 กันยายน 2543
ณ หอประชุมใหญ่ องค์การสหประชาชาติ

นอกจากนี้ การณ์ที่ผู้กระทำความผิดไม่ยินยอมเลี้ยงคำปรับ เจ้าหนังงานท้องถิ่นก็จะต้องร้องทุกข์ต่อพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีทางศาล ปรากฏว่าจะมีปัญหาในขั้นตอนการสืบสวนสอบสวนของพนักงานตำรวจ เพราะเห็นว่าเรื่องความผิดตามกฎหมายสาธารณะเป็นเรื่องเล็กน้อยไม่สำคัญ หรือเพรา่มีคดีความอื่นทางอาชญาภาพอยู่แล้ว ทำให้กระบวนการดำเนินคดีในขั้นตอนของตำรวจเป็นไปอย่างล่าช้ามาก

3. อายุไรีกตาม ข้อเด่นของกฎหมายฉบับนี้ ที่ให้ ราชการส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีขอบเขตพื้นที่รับผิดชอบโดยเฉพาะ และเป็นองค์กรที่มาจากประชาชนมีบทบาทในการควบคุมและคุ้มครองผู้บริโภค ในระยะยาวน่าจะเป็นองค์กรของประชาชน ที่สามารถดูแลปัญหาด้านสุขลักษณะของสถานที่ประกอบอาหาร เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ ได้ ทั้งนี้ เพราะราชการส่วนท้องถิ่นสามารถกำหนดกฎหมายหรือหลักเกณฑ์ด้านสุขลักษณะ ให้เป็น ข้อกำหนดของท้องถิ่น ที่ สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่จริงของแต่ละท้องถิ่นได้ ปัญหานี้อยู่ที่ความรู้ความเข้าใจและทัศนคติของเจ้าหนังงานท้องถิ่นที่จะประยุกต์ใช้กฎหมายนี้มาคุ้มครองผู้บริโภคในเขตท้องถิ่นได้อย่างเป็นจริง

4. ประชาชนโดยทั่วไป ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครอง และยังไม่มีส่วนร่วมกับราชการส่วนท้องถิ่นในการควบคุมกิจการต่างๆ โดยสภาพปัจจุบันไม่มีแรงกดดันต่อราชการส่วนท้องถิ่นและเจ้าหนังงานท้องถิ่น(ซึ่งมาจาก การเลือกตั้งของประชาชน) ในการฝ่ากฎหมายมาใช้บังคับ เพื่อการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนเท่าที่ควร

ข้อเสนอแนะ

1. ต้องพัฒนาความรู้ ปรับเปลี่ยนวิธีคิดและทัศนคติของเจ้าหนังงานทุกระดับ ให้เข้าใจบทบาทอันหน้าที่และความรับผิดชอบต่อประชาชนในการคุ้มครองสุขภาพตามกฎหมายสาธารณะที่ถูกต้อง

2. ต้องเสริมสร้างบทบาทของประชาชนผู้บริโภคในแต่ละท้องถิ่น ให้เข้าใจสิทธิหน้าที่ในการพิทักษ์ประโยชน์ผู้บริโภค รวมทั้งการเข้าร่วมกับราชการส่วนท้องถิ่น โดยวิธีการร้องเรียนหรือเสนอข้อคิดเห็นหรือสอบถามความต้องการ ต่อผู้บริหารส่วนท้องถิ่น โดยราชการส่วนท้องถิ่นน่าจะจัดตั้ง “ศูนย์รับเรื่องราวทุกข์” สำหรับประชาชน

3. กระบวนการบังคับใช้กฎหมาย ควรจะได้มีการบททวนปรับปรุงกลไกในการเปรียบเทียบคดีและการสืบสวนสอบสวน กล่าวคือ ในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อให้เป็นกลไกที่สามารถดำเนินการอย่างรวดเร็ว ส่วนคณะกรรมการเบรียบเทียบในเขตต่างจังหวัด ซึ่งมีราชการส่วนท้องถิ่นระดับเทศบาล และ อบต. จำนวนมาก จึงควรปรับเปลี่ยนให้มีกลไกระดับท้องถิ่นประกอบด้วย ฝ่ายปกครองที่มีอำนาจควบคุมดูแลท้องถิ่น เช่น อำเภอ กับประธานสภาท้องถิ่น และนายกเทศมนตรี หรือประธานกรรมการบริหาร ร่วมเป็นคณะกรรมการ เป็นต้น

ส่วนกรณีสืบสวนสอบสวน เห็นว่าความอ่อน懦าจให้เจ้าหนังงานในส่วนของราชการส่วนท้องถิ่นเป็นผู้มีอำนาจดำเนินการสอบสวนได้เอง เพื่อจัดทำเป็นสำเนาของพนักงานอัยการพิจารณาสั่งฟ้องต่อไป ซึ่งจะทำให้กระบวนการดำเนินการคดีเป็นไปอย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น

4. นอกจากนี้ สำหรับท่านด้วยเกี่ยวกับคดีความผิดตามกฎหมายสาธารณสุข น่าจะมีการพัฒนาการกำหนดโทษเป็นการลงโทษทางลังคม เช่น ลงโทษให้ผู้กระทำผิดทำประโยชน์สาธารณะ หรือการประจำชื่อบุคคลหรือสถานประกอบการที่กระทำความผิดให้สาธารณชนทราบ เป็นต้น

5. คณะกรรมการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจไปสู่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ควรต้องเร่งการถ่ายโอนบุคลากรจากส่วนภูมิภาคไปสู่ส่วนท้องถิ่นตามพระราชบัญญัติกำหนดและขั้นตอนการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 มาตรา 12(5) อย่างเป็นระบบและเจาะจง เนื่องเพื่อเสริมสร้างศักยภาพการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายการสาธารณสุขและกฎหมายอื่นได้อย่างเป็นจริง

บทสรุป

รายงานนี้เป็นรายงานลับๆ ที่ชี้ให้เห็นว่า กฎหมายด้านงานสาธารณสุขหลายฉบับมีลักษณะเป็นกฎหมายที่คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ แต่มีอิทธิพลมาจากกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคทั่วๆ ไปมิได้มุ่งเน้นไปที่สินค้าและบริการประเภทใดประเภทหนึ่งโดยเฉพาะ หลักการในการคุ้มครองผู้บริโภคก็ยังขาดความสมบูรณ์ทำให้ต้องมีกฎหมายหลายฉบับออกใช้บังคับ เป็นส่วนๆ เป็นเรื่องๆ เช่น พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 คุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค 5 ประการ แต่มิได้คุ้มครองผู้บริโภคด้านราคายุติธรรม การควบคุมภาคลินค์จึงต้องมีกฎหมายอีกฉบับหนึ่ง คือ พ.ร.บ.ว่าด้วยภาคลินค์และบริการ พ.ศ.2542 และที่น่าสังเกต ศินค้าที่เป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น ยา ไม่เคยได้รับการประกาศเป็นสินค้าควบคุม และ สำหรับกฎหมายเกี่ยวกับยาเองก็มิได้มีบทบัญญัติการควบคุมภาคลินค์ไว้ด้วย

บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันได้วางรองการคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภคไว้ในมาตรา 57 ซึ่งนับว่าการคุ้มครองดังกล่าวเป็นเรื่องสำคัญ โดยบทบัญญัติในมาตรานี้ได้กำหนดให้มีกฎหมายรับรองไว้อีกฉบับหนึ่ง โดยให้องค์กรอิสระทำหน้าที่ให้ความเห็นในการตรากฎหมาย กฎหมาย และข้อบังคับ และความเห็นในการกำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค แต่กฎหมายในเรื่องนี้ยังไม่ปรากฏ

มาตรา 57 ในรัฐธรรมนูญน่าจะเป็นเป้าหมายสำคัญที่จะร่างกฎหมายให้คุ้มครองผู้บริโภคได้ทุกด้านและครบวงจร อยู่ในกฎหมายฉบับเดียว โดยสามารถที่จะให้องค์กรอิสระที่กฎหมายกำหนดทำหน้าที่ผลักดันมาตรการต่างๆ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

องค์กรอนามัยโลกได้ให้คำนิยามครั้งล่าสุดไว้ว่า สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทางสังคม รวมตลอดถึงสุขภาวะทางจิตวิญญาณ(Spiritual well being)ด้วย

นพ.ประเวศ วงศ์ ได้อธิบายสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณไว้ ดังนี้

"หมายถึงสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสูงสุด เช่น การเลี้ยงสละ การมีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระผู้เป็นเจ้า เป็นต้น ความสุขทางจิตวิญญาณ เป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน(Self transcending) จึงมีความ

เป็นอิสระ มีความพ่อนคลาย เบาสบาย มีความบิดแบ่งชั้นทั่วไป มีความสุขอันประณีต และล้ำลึก หรือความสุขอันเป็นพิพิธ
สมัยอย่างยิ่ง สุขภาพดีอย่างยิ่ง มีผลดีต่อสุขภาพ ทางกาย ทางจิต และทางสังคม

สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นยอดที่ส่งผลกระทบอย่างแรงต่อสุขภาพอีก 3 มิติ ถ้าขาดสุขภาวะทางจิตวิญญาณ
มนุษย์จะไม่พบความสุขที่แท้จริง และขาดความสมบูรณ์ในตัวเอง เมื่อขาดความสมบูรณ์ในตัวเอง ก็จะรู้สึกขาดหรือพร่องอยู่
เรื่อยไป ต้องไปหาอะไรเติม เช่น ยาเสพย์ติด ความทุมเพ้อຍ หรือ ความรุนแรง เกิดจากโรคพร่องเพราะมุขย์ขาดความ
สมบูรณ์ในตัวเอง เนื่องจากพัฒนาการในช่วงที่ผ่านมาติดอยู่ที่ระดับต่ำเท่านั้น คือ ระดับทางวัตถุ ทราบได้ที่ยังไม่ยกระดับการ
พัฒนาไปถึงการพัฒนาการทางจิตวิญญาณแล้ว ใช่ว่าไม่สามารถแก้ปัญหาการขาดสุขภาวะได้

สำหรับการคุ้มครองผู้บริโภคนั้น เจตจำนงของกฎหมายปัจจุบันนี้คือ การคุ้มครองผู้บริโภคใน 3 เรื่องใหญ่คือ

1. มีให้ผู้บริโภคถูกอาเจริญ จากผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการด้านราคาและคุณภาพของสินค้าหรือบริการ เพรา
ปัจจุบันผู้ผลิต ผู้ให้บริการ มีเทคโนโลยีตลอดจนหัวพยากรณ์ต่างๆ หนึ่งกว่าผู้บริโภคมาก ผู้บริโภคอยู่ในฐานะอ่อนแอกว่าผู้
ผลิตและผู้ให้บริการมาก การนำหลักกฎหมายโบราณเรื่อง ผู้ซื้อต้องระวัง มาใช้ไม่เหมาะสมกับสภาพสังคมในปัจจุบัน

2. ให้ผู้บริโภคได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ นั้นคือ กระบวนการผลิตสินค้าหรือบริการ
ควรได้รับการควบคุม เพราะกระบวนการผลิตต้องกล่าว มีความสะอาดขั้นตอนและใช้เทคโนโลยีที่มีลักษณะจำเพาะ

3. ให้ผู้บริโภคได้รับความเป็นธรรมจากการได้รับการชดใช้ความเสียหาย จากการใช้สินค้าหรือบริการ นั้นคือ
ต้องมีกระบวนการยุติธรรมที่คล่องตัวที่จะทำให้กระบวนการทางกฎหมายหรือทางศาลมีประสิทธิภาพ

เพราะฉะนั้นกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคจึงต้องทำให้เกิดคุณภาพระหว่างผลประโยชน์ของผู้บริโภคกับผล
ประโยชน์ของผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการ การเกิดคุณภาพดังกล่าว ย่อมนำไปสู่สุขภาวะที่สมบูรณ์ในทุกทางได้ นั้นคือ การมีสุข
ภาพดีของสังคม

นอกจากนี้ การนำไปสู่สุขภาวะที่สมบูรณ์ในทุกทางได้ จะต้องให้ทุกคนเข้าใจระบบสุขภาพที่เชื่อมโยงอยู่
กับวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล และต้องให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพเกิดขึ้นในคนกลุ่มใหญ่ของสังคม
ให้ได้ร่วมกันต้องมีการสร้างสภาพแวดล้อมในการอบครัว ชุมชน เมืองและระดับประเทศ ให้สอดคล้องกับการมีสุขภาพดี ลิ่ง
เหล่านี้จะทำให้เกิดขึ้นได้โดยการปฏิรูประบบสุขภาพ ให้ทั่วถึงในประชาชนทุกกลุ่ม และการปฏิรูประบบสุขภาพจะเกิดขึ้น
โดยการส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือ ส่งเสริมให้ประชาชนแต่ละคนเข้าใจว่า สุขภาพไม่หมายถึงความเจ็บป่วย แต่รวมถึงวิถีชีวิตที่
เกี่ยวข้องกับขนบธรรมเนียมประเพณี พฤติกรรมต่างๆ สภาพทางเศรษฐกิจ สังคม ศาสนา ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพคือ การ
ทำให้เกิดการอุปถัมภ์ด้านสังคมสมเรียบร้อย จิตใจสงบสุขเยือกเย็น ไม่ผุ้งช้ำน ไม่มีความอยากหรือความต้องการไม่สิ้นสุด
เพียงแค่นั้น การส่งเสริมสุขภาพนอกจากการกระทำของบุคคลแต่ละคนแล้ว ชุมชนต้องร่วมด้วยตลอดจนองค์กรทุกองค์
การต้องกำหนดเป็นนโยบายสุขภาพด้วย จึงจะผลักดันให้เกิดความสำเร็จได้ และสุดท้ายในระดับประเทศ ต้องใช้กฎหมาย
เป็นเครื่องมือกำหนดเป็นนโยบาย ให้เกิดการปฏิรูปได้

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค ควรเป็นส่วนหนึ่งของกฎหมายปฏิรูประบบสุขภาพด้วย

(ร่าง)

คำสั่งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

ที่ /๒๕๔๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

ตามที่คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการประชุม ครั้งที่ ๑/๒๕๔๓ เมื่อวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๔๓ มีมติเห็นชอบให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานเพื่อทำหน้าที่ดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ของการปฏิรูประบบสุขภาพ นั้น

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุด ตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้อาศัยอำนาจความในข้อ ๖ ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๓ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

คณะกรรมการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

๑. องค์ประกอบ

๑.๑ นายไพรожน์ นิงสาณนท์	ประธานอนุกรรมการ
๑.๒ นายวัฒนา รัตนวิจิตร	รองประธานอนุกรรมการ
๑.๓ ศาสตราจารย์นวรัศก์ อุวรรณโณ	รองประธานอนุกรรมการ
๑.๔ นายสมศักดิ์ ชุมหรรษ์	รองประธานอนุกรรมการ
๑.๕ ศาสตราจารย์วิวัฒน์ อึ้งประพันธ์	อนุกรรมการ
๑.๖ นายสุรพล นิติไกรพจน์	อนุกรรมการ
๑.๗ ดร.กิตติพงษ์ กิตยารักษ์ ✓	อนุกรรมการ
๑.๘ ดร.กิตติศักดิ์ ปรา垦 ✓	อนุกรรมการ
๑.๙ รศ. แสง บุญเจลิมวิภาส ✓	อนุกรรมการ
๑.๑๐ รศ. ดร.ทวีกิรติ มีนะกนิษฐ์	อนุกรรมการ
๑.๑๑ รศ. นรนร์ ใจหาญ	อนุกรรมการ
๑.๑๒ นางสาวศรีสว่าง พ้ววงศ์แพกย์ ✓	อนุกรรมการ
๑.๑๓ นางกาญจนารัตน์ สีวิโรจน์ ✓	อนุกรรมการ
๑.๑๔ นายชาญเชาว์ ไชยานุกิจ ✓	อนุกรรมการ
๑.๑๕ นางรื่องร薇 เกคุผล ✓	อนุกรรมการ
๑.๑๖ นายวิพุช พูลเจริญ ✓	อนุกรรมการ
๑.๑๗ นายสุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ ✓	อนุกรรมการ
๑.๑๘ นายพลดิษ พันประทีป ✓	อนุกรรมการ

๑.๑๕ นายอัมพล จินดาวัฒน์ ✓

๑.๒๐ นายวัฒชัย วิศิษฐานนท์ ✓

อนุกรรมการและเลขานุการ

อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๑๑๖๐๖

๔. อำนาจหน้าที่

๒.๑ จัดทำแผนงาน และแผนปฏิบัติการ เพื่อการ ยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

๒.๒ ดำเนินการและประสานงานเพื่อยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติให้เสร็จ

ภายในเวลาไม่เกิน 18 เดือน เพื่อเสนอต่อ กองคณะกรรมการปฎิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

๑๑๖๒ พ.พ.๑
๑๕๘

๒.๓ ประสานงานกับกองคณะกรรมการชุดอื่นอย่างใกล้ชิดเพื่อนำประเด็น องค์ความรู้ และข้อเสนอแนะต่าง ๆ มาใช้เป็นปัจจัยนำเข้าสำหรับการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และนำประเด็นสำคัญ ๆ ในร่างพระราชบัญญัติ ไปสู่การรับฟังความคิดเห็น สร้างความเข้าใจ และสร้างการยอมรับและการผลักดันให้กฎหมาย ผ่านกระบวนการทางรัฐสภา

๒.๔ ให้ข้อเสนอแนะที่จำเป็นต่อกองคณะกรรมการปฎิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

เพื่อการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติและการปฎิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

๒.๕ ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการปฎิรูประบบสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

คณะทำงานยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

1. องค์ประกอบ

1. 1 นายอัมพล จินดาวัฒน์	ประธานคณะทำงาน
1.2 นายธรัชต์ พุ่มพวง ✗	คณะทำงาน
1.3 นางปิยธิศา เจริญธรรม ✗	คณะทำงาน
1.4 นางจันทิมา ธนาสว่างกุล ✗	คณะทำงาน
1.5 นางสาวอุทัยวรรณ แจ่มสุธี ✗	คณะทำงาน
1.6 นางสาวศุภมาส เสนะเวส ✗	คณะทำงาน
1.7 นางสาวนวลอนันต์ นนท์เกตุ	คณะทำงาน
1.8 นายวัฒชัย วิศิษฐานนท์	คณะทำงานและเลขานุการ
1.9 นางปิติพร จันทร์หัต ณ อุยธยา	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
1.10 นางสุทธิกาญจน์ ชุมน้ำสุทธิวัฒน์	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่

พ.ศ. 2543

(นายชวน หลีกภัย)

นายกรัฐมนตรี

1. 0. នូវទី

សារព័ត៌មាន

និច្ចុយ → ដោលសារព័ត៌មាន
និច្ចុយ នៃ សារព័ត៌មាន

①

(គិតជាប្រព័ន្ធសាស្ត្រ)

គិតជា

ប្រព័ន្ធសាស្ត្រ



នៅក្នុង គ្រប់គ្រង

សារព័ត៌មាន

2. 0. ភេទ

→ និច្ចុយនៃការគិតជាប្រព័ន្ធសាស្ត្រ

- ឯករាជ្យ និច្ចុយ → និច្ចុយ និង ការគិតជាប្រព័ន្ធសាស្ត្រ *
- ① គិតជាប្រព័ន្ធសាស្ត្រ និង ការគិតជាប្រព័ន្ធសាស្ត្រ
 - ② ការគិតជាប្រព័ន្ធសាស្ត្រ និង ការគិតជាប្រព័ន្ធសាស្ត្រ
 - ③ សារព័ត៌មាន និង ការគិតជាប្រព័ន្ធសាស្ត្រ និង ការគិតជាប្រព័ន្ធសាស្ត្រ
 - ④ សារព័ត៌មាន និង ការគិតជាប្រព័ន្ធសាស្ត្រ និង ការគិតជាប្រព័ន្ធសាស្ត្រ

* និច្ចុយនៃការគិតជាប្រព័ន្ធសាស្ត្រ *

→ រាយការ និង ការគិតជាប្រព័ន្ធសាស្ត្រ (រាយការណាមីន)

និច្ចុយ និង ការគិតជាប្រព័ន្ធសាស្ត្រ

និច្ចុយ និង ការគិតជាប្រព័ន្ធសាស្ត្រ

*

→ ការគិតជាប្រព័ន្ធសាស្ត្រ និង ការគិតជាប្រព័ន្ធសាស្ត្រ

3. 0. ០៧/១៥

ការគិតជាប្រព័ន្ធសាស្ត្រ

និច្ចុយ និង ការគិតជាប្រព័ន្ធសាស្ត្រ

① "សំគាល់"

I
WHO និង ការគិតជាប្រព័ន្ធសាស្ត្រ ?

II
និច្ចុយ និង ការគិតជាប្រព័ន្ធសាស្ត្រ

② និច្ចុយ និង ការគិតជាប្រព័ន្ធសាស្ត្រ

(1) និច្ចុយ និង ការគិតជាប្រព័ន្ធសាស្ត្រ

(2) និច្ចុយ និង ការគិតជាប្រព័ន្ធសាស្ត្រ

(3) និច្ចុយ និង ការគិតជាប្រព័ន្ធសាស្ត្រ

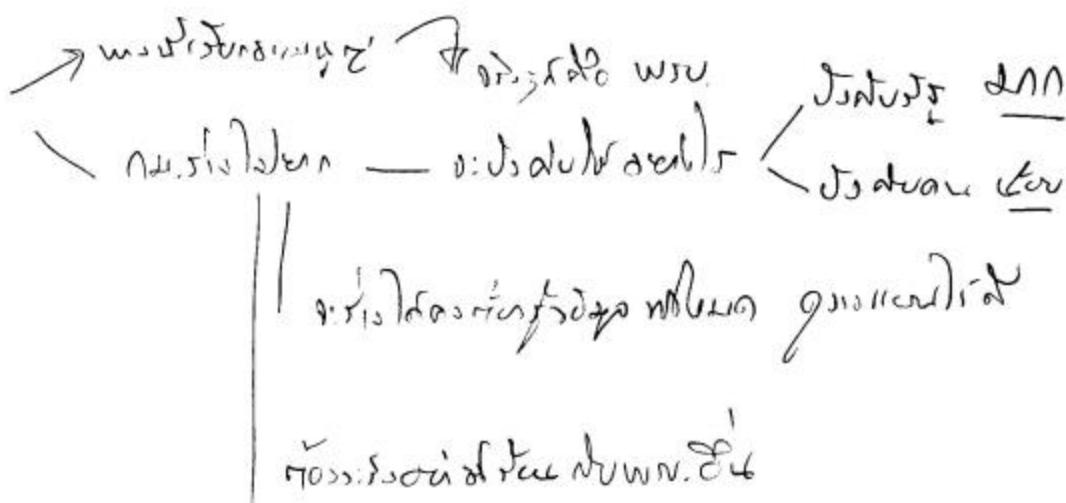
(4) និច្ចុយ និង ការគិតជាប្រព័ន្ធសាស្ត្រ

និច្ចុយ និង ការគិតជាប្រព័ន្ធសាស្ត្រ

និច្ចុយ និង ការគិតជាប្រព័ន្ធសាស្ត្រ

Answers

WSU, 2011-2012 term 2nd year (P)

Q 1122 *Ans

□ Ans. → Justice for all is a form of natural justice

i.e. procedural

- Natural Justice / procedural justice

- Procedure || Substantive Justice indicates
procedural justice is more

□ Ans Q No. 43 Ques - Constitutional fundamental rights

Ans *

- Constitutional fundamental rights: the material of law
- Min/ds. subjective theory or obj. theory of fundamental rights in India, education aspects
 - provide basic right
- misinterpretation → sense of controversy in National movement and colonial era (e.g. SC)
- constitutional protection of fundamental rights
- own, existing constitutions of different nations
- misunderstanding of fundamental rights

பால் - நிறைவேற்றும் மூன்றாவது பால் குழுக்கள்
கால்துவங்களைப் பொறுத்து நிர்வாயிக்கின்றன
அதிகாரம் போன்றது

நான் பாலினால் விவரிதி செய்யப்படுகின்றது
② ①
① அந்தால் விவரிதி செய்யப்படுகின்றது
② நான் நிர்வாயிக்கின்றன

- நீண்ட * 1. திருச்சுறை நினைவுகள் → திருச்சுறை திருச்சுறை
ஏற்கும் செய்யும் கூடும் முறை
2. ஒன்றியாக கீழ் பல்லி நினைவுகள்
திருச்சுறை நினைவுகளிலிருந்து வேறு
3. மின்சார நினைவுகள். நினைவுகளை
ஏற்கும் முறை நினைவுகள் நினைவுகளை

நீஞ் 1. நினைவுகளை
2. நினைவுகளை நினைவுகளை நினைவுகளை
3. நினைவுகளை நினைவுகளை நினைவுகளை
நினைவுகளை நினைவுகளை நினைவுகளை
நினைவுகளை நினைவுகளை நினைவுகளை
நினைவுகளை நினைவுகளை நினைவுகளை

மயாக்கி * ① அன்றை செய்திமிகு விளைவைப் போன்ற நினைவுகளை நினைவுகளை
மின்சார நினைவுகளை நினைவுகளை

(இல்லாம்பால்)

W.V. தல் → விளைவை போன்ற நினைவுகளை

விளைவை → விளைவை போன்ற நினைவுகளை
நினைவுகளை நினைவுகளை

③ மாநிலத்தின் நினைவுகள் *
நினைவுகள் ① மாநிலத்தின் நினைவுகள்
② நினைவுகள் ③
→ நினைவுகள் → நினைவுகள்
நினைவுகள் → நினைவுகள்

พ.ศ.๒๕๔๖

๑๙๗๘๖

กิจกรรมสุขภาพ

สำนักงานเขตพัฒนาฯ

กำหนดการประชุมระดมสมองผู้กร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

วันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๔๓ เวลา ๑๓.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมสำนักงานปฎิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

เวลา ๑๓.๓๐ น. - ๑๓.๔๕ น.

สรุปความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการประชุมโดย นายแพทย์ไพบูลย์ นิงสาสน์ท

เวลา ๑๓.๔๕ น. - ๑๔.๐๐ น.

วีดีทัศน์ “ทำไม่ดีองปฏิรูประบบสุขภาพ”

เวลา ๑๔.๐๐ น. - ๑๔.๑๐ น.

นำเสนอความจำเป็น ทิศทาง และยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

เวลา ๑๔.๑๐ น. - ๑๔.๒๐ น.

โดย นายแพทย์อิมพาล จินดาวัฒนะ หลักการ เป้าหมาย กลไก และประเด็นสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

เวลา ๑๔.๒๐ น. - ๑๖.๓๐ น.

โดย นายแพทย์อุติวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ เสนอระดมสมอง “จะยกร่างพระราชบัญญัติกันอย่างไรเพื่อเจิดจรัส ให้ประชาชนสูงสุดต่ำมน้ำหน้า” นำการเสวนา โดย ดร.กิตติพงษ์ กิตยารักษ์ และ นายแพทย์อุติวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ

① ฟังบรรยาย

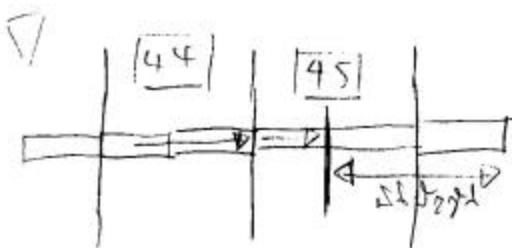
② จด/เขียน/ตอบสนับ

③ จด/เขียน/ตอบสนับ

④ จด/เขียน/ตอบสนับ

⑤ จด/เขียน/ตอบสนับ

⑥ จด/เขียน/ตอบสนับ





“ภูมิปัญญาประชากม...สู่สุขภาพประชาติไทย”

การประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 3 [60]

ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค วันที่ 15-17 สิงหาคม 2543

พ้องร่วมกัน: I อย่างเดียวคงดี / แต่ยังคงไว้ *

ยังคงไว้ก็คงดี / คงดี / คงดี rigid

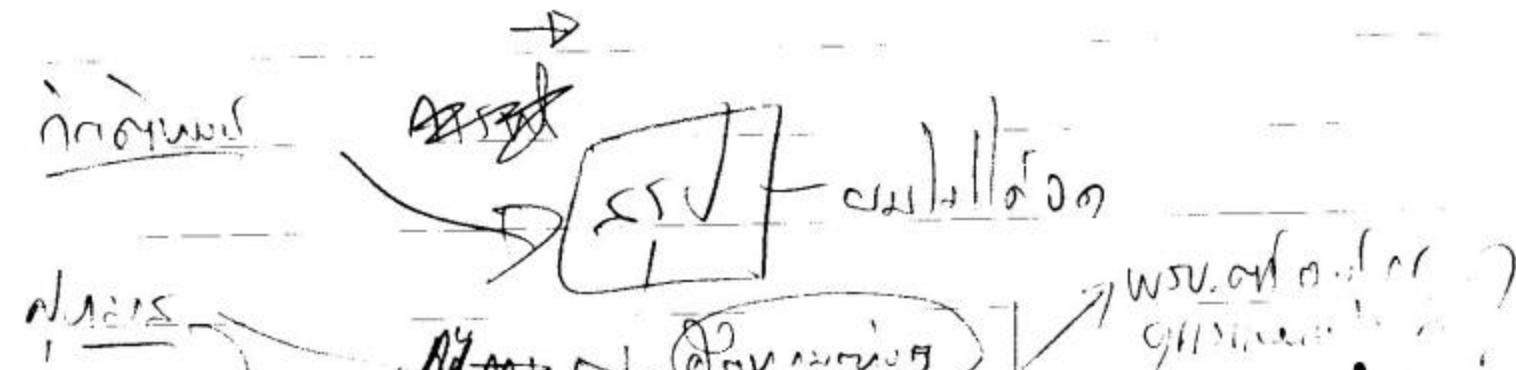
คงดี

* II ไม่ดีก็คงดี ทั้ง ⇒ ไม่ดีก็ package
ดีก็คงดี ก็คง authority ที่ดี คงดี
receive ดีก็คงดี คงดี ก็คงดี

คงดี ก็คงดี คงดี ก็คงดี

คงดี ก็คงดี คงดี ก็คงดี

III ไม่ดีก็คงดี ที่: 07026 รองรับความต้องการ
น้ำท่า คงดี คงดี คงดี คงดี คงดี คงดี





“ภูมิปัญญาประชากม...สู่สุขภาพประชาชาติไทย”

[61]

การประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 3

ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค วันที่ 15-17 สิงหาคม 2543

วันที่ 15 สิงหาคม

พิธีเปิดและปาฐกถา

การนำเสนอผลงาน

ฟังเสียง

คิด

(1) เรื่องความต้องการของประเทศไทย

(2) กับมนต์เสน่ห์แห่งประเทศไทย

(3) งาน: พล.อ. ทักษิณ ธรรมรงค์



สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
National Health System Reform Office

ที่ สวรส.สปรส. ว.301 / 2543



11 กันยายน 2543

เรื่อง ขอเชิญประชุมสมอองสู่การยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

เรียน นพ.อําพล จินดาวัฒนา

หัวเรื่อง สรุประรายงานการปรึกษาหารือเกี่ยวกับการทำางานของคณะกรรมการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ

ถึงที่ส่งมาด้วย 1. กำหนดการประชุม ระดมสมอองฯ

จำนวน 1 ฉบับ

2. แผนที่ดังสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

จำนวน 1 ฉบับ

3. เอกสารร่างหลักการ/เป้าหมาย และประเด็นสำคัญในการปฏิรูป

ระบบสุขภาพและในการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 1 ฉบับ

ตามที่ได้มีการหารือเกี่ยวกับการทำางานของคณะกรรมการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพ
แห่งชาติ เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2543 และมีการเสนอให้ขัดเวทีปรึกษาหารือในครุ่นนักกฎหมายนี้

บัดนี้สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพได้ดำเนินการแล้ว จึงขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมประชุม
สมอองสู่การยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ในวันที่ 2 ตุลาคม 2543 เวลา 13.30 – 16.30 น. ณ ห้องประชุม¹
สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ อาคารด้านทิศเหนือส่วนสุขภาพ ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข ถนน
ดิวนันท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาเข้าร่วมประชุมดัง วัน เวลา และสถานที่ข้างต้นด้วย
จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

อําพล จินดาวัฒนา

(นายแพทย์อําพล จินดาวัฒนา)

ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

แผนงานบริหารทั่วไป

– ๒๖๘
– ๔๗

โทร.590-2309

โทรสาร.590-2311

อําพล
12/๙.๔๓

รายชื่อ ผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมองสู่การยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

ชื่อ - สกุล	หน่วยงาน	โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ	E - mail
1. พว.ไพรเจน นิงสาณนท์	928 ช. 21 ถ.พระราม 6 ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400	215-3832			
2. นายวัฒนา รัตนภิจิตร	51 ช.ราชวิถี 4 ถ.ราชวิถี เมตตาภูษาไท กรุงเทพฯ 10400 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ถ.พระอาทิตย์ ท่าข้างวังหน้า เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200	246-3145 221-5306	226-3611		
3. ดร.นรนทร์ศักดิ์ อุวรรณโนย	สถาบันพระปักเกล้า อาคารศูนย์ศิริมนตรีชั้น 5 สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) 47/101 ม.4 ถ.ติวนันท์ ต.คลองชลประมูล ช.เมือง จ.นนทบุรี 11000	527-7815, 7828	527-7824		
4. ดร.กิตติพงษ์ กิตยาภักดิ์	ผอ.สำนักงานกฎหมายอาญา สถาบันกฎหมายอาญา สสน.อัยการสูงสุด ชั้น 8 อาคารสสน.อัยการสูงสุด ถ.รัชดาภิเษก ลาดยาว จ.ธุลีกร กรุงเทพฯ 10900	541-2965, 2770-9 ต่อ 1829	512-1213		Kkritta@mozart.inet.co.th
5. ดร.กิตติศักดิ์ ปราภติ	คณบดีคณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200	613-2135	224-9421	(01) 854-1728	Trokati@alpha.tu.co.th
6. นายธรัตน์ ทุมพวง	สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ถ.พระอาทิตย์ ท่าข้างวังหน้า เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200	221-5306 ต่อ 209	224-1349		
7. ศ.พ.วิชัย จังประพันธ์	43-397 ถ.พระราม 2 แขวงจอมทอง เขตจอมทอง กรุงเทพฯ 10150	427-1249	427-8970		
8. ศ.ดร.สุรพงษ์ นิติไกรพจน์	คณบดีคณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200	613-2155, 2103	224-9421		

ชื่อ - สกุล	หน่วยงาน	โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ	E - mail
9. ดร.คร.แสง บุญเฉลิมวิภาส	คณบดีคณะมนตรีมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200	613-2121	224-9421		
10. ดร.ดร.ประเสริฐ โนวิวิจุล	คณบดีคณะอุปัชฌาย์มหาวิทยาลัย แขวงวังใหม่ เขตป้อมปราบศรีเมือง กรุงเทพฯ 10330	218-2038	218-2018		
11. ดร.ทวีเกียรติ มีนาภนิชร์	คณบดีคณะมนตรีมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200	613-2159	224-9421		
12. ดร.ดร.ณรงค์ ใจหาญ	คณบดีคณะมนตรีมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200	613-2109, 2128	224-9421		
13. พยายชาญเชาว์ ไชยานุกิจ	สถาบันกฎหมายอาญา สำนักงานอัยการสูงสุด ถ.รัชดาภิเษก แขวงคลองเตยฯ เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10900	541-2965	512-1213		Kkitta@mozart.inet.co.th
14. คุณปิยธิดา เจริญธรรมชาติ	สถาบันกฎหมายอาญา สำนักงานอัยการสูงสุด ถ.รัชดาภิเษก แขวงคลองเตยฯ เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10900	541-2965	512-1213		Kkitta@mozart.inet.co.th
15. คุณอุทัยวรรณ แจ่มสุธี	สถาบันกฎหมายอาญา สำนักงานอัยการสูงสุด ถ.รัชดาภิเษก แขวงคลองเตยฯ เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10900	541-2965	512-1213		Kkitta@mozart.inet.co.th
16. คุณกาญจนารัตน์ สุวิโรจน์ ๒๐๐๑๘๖๓๙, ฝ.ป.ป.๑๐๕๘	ศาลปกครอง อาคารอิมแพ็คทาวเวอร์ เลขที่ 195 ถ.สุทธิได้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120	670-1313, 1200-63 ต่อ 2034	670-1328		
17. คุณทวีเกียรติ รัตนชัยชาญ	สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ถ.พระอาทิตย์ ท่าช้างวังหน้า เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200	623-6377	226-3611		
18. พต.ดร.มานิตย์ จุมปา	คณบดีคณะอุปัชฌาย์มหาวิทยาลัย แขวงวังใหม่ เขตป้อมปราบศรีเมือง กรุงเทพฯ 10330	218-2020	218-2018		

ชื่อ - สกุล	หน่วยงาน	โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ	E - mail
19. คุณเรืองรี เกตุผล	มูลนิธิอาเซีย อาคารคิวเอนซ์คอนแวนด์ชั้น เลขที่ 38 ถ.คอนแวนด์ กม. 10500	233-1644-7	237-7011	(01) 302-1870	
20. คุณศรีสว่าง พ่วงศ์แพทย์	43/3 ช. อัครพัฒน์ สุขุมวิท 43 กรุงเทพฯ 10110	391-6864	391-6864		
21. พศ.ดร.นราดี พฤกษ์พงศาดี	คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์ เชียงใหม่ กรุงเทพฯ 10200	613-2107	224-9421		
22. คุณศุภมาส เสนะเวส	ห้องหุ้นส่วนจำกัด ปัจจุบัน โปรดักชั่น 302/550 อาคาร 2 ชั้น 1 บ้านสวนชื่อคง ลาดพร้าว 71 จังหวัดกรุงเทพฯ 10310	931-2344,3544	931-3546		
23. คุณจันทินา ธนาสว่างกุล	สำนักงานที่ปรึกษากฎหมาย สำนักงานอัยการสูงสุด ต.หน้าหัวเมย เชียงใหม่ กรุงเทพฯ 10200	222-8121-9 ต่อ 420 223-7925	226-5700, 224-1477	(01) 668-4782	
24. คุณสัตยา อรุณารี	สำนักงานคดีทรัพย์สินทางปัญญาและการค้าระหว่าง ประเทศ ถ.ศรีอยุธยา แขวงพญาไท เชียงใหม่ กรุงเทพฯ 10400	246-3076,3771,1837	246-2622	(01)682-5428 (161) 183-339	
25. นพ.วิพุธ พุฒเจริญ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ต.ดิوانนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000	951-1286 ต่อ 117	951-1295		wiput@hsint.hsri.or.th
26. นพ.อ๊มพ์ จินดาภรณ์	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 2 อาคาร大臣พิคเน็ตสานสุขภาพ ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข ต.ดิวนนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000	590-2319	590-2311	(01) 813-8867	amphon@hsro.or.th

ชื่อ - สกุล	หน่วยงาน	โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ	E - mail
27. นพ.สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ	อาคาร 1 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000	590-1122, 1113	591-8513	(01) 869-3034	suwit@health.moph.go.th
28. นพ.พลดेव พันปะทีป	สถาบันชุมชนห้องถินเพ็ชรนา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ อาคาร 2 693 ถ.บำรุงเมือง ป้อมปราบ กท. 10100	621-7810, 226-6373 223-6713	621-8042-3	(01) 854-0151	
29. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัตน์	สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข ถ.ติวนานท์ นนทบุรี 11000	590-1387, 1393 591-8195	590-1393		somsak@health.moph.go.th
30. นพ.สุรเชษฐ์ สถิตินิภานย์	กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000	590-1655	591-8591		

(ร่างที่ ๒) ข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับต้น (PCC)

นำเสนอด้วย นพ.บวรีดา แต้อารักษ์

บทสรุปนี้ได้จากการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย การสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทั่วประเทศและสาธารณชน นักวิชาการ และประชาชน ทั้ง ในส่วนกลางและภูมิภาค รวมทั้งการฟังમภษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว และการทบทวนประสิทธิภาพการจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้นในประเทศไทยแล้ว ได้แก่ สนธิสัญญาฯ อสสส. เลี้ยง สวีเดน และสหราชอาณาจักร ประเทศกำลังพัฒนา ได้แก่ มาเลเซีย ลิงค์ปอร์ เกาหลีได้ ได้ดังนี้

ผลกระทบศึกษา สรุปดังนี้

๑. จากการทบทวนสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่า ระบบบริการสุขภาพในอนาคต ควรพัฒนาบริการสุขภาพในระดับต้น (Primary Care) ให้มีความเข้มแข็งและครอบคลุมประชาชนมากขึ้น เพราะบริการสุขภาพระดับต้นสามารถให้บริการในลักษณะผสมผสานและองค์รวมได้ดีที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาด้านสุขภาพในอนาคต เช่น โรคเรื้อรังและโรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ที่นับวันจะทวีความสำคัญมากขึ้น นอกจากนี้ ต้นทุนในการจัดสถานบริการสุขภาพระดับต้นไม่สูงมาก เมื่อเทียบกับการจัดบริการขั้นสูง การปฏิรูประบบสุขภาพควรจัดให้สถานบริการสุขภาพระดับต้นทำหน้าที่เป็นต้นแบบของกระบวนการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ (Gate Keeper) โดยประชาชนต้องมาใช้บริการก่อนไปสู่สถานบริการในระดับที่สูงขึ้น

๒. จากการสำรวจความคิดเห็น พบว่า การจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว ส่วนใหญ่เห็นว่าควรจัดให้คนไทยทุกคนมีผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว โดยเริ่มดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวในทันที

สำหรับหน่วยงานหรือองค์กร ที่ควรจะเป็นสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวในเขตชนบท คือ สถานีอนามัย รองลงมาเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน ส่วนในเขตเมือง คือ ศูนย์บริการสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีคลินิกแพทย์ และโรงพยาบาลชุมชนด้วย

ผู้ให้บริการเป็นแพทย์, พยาบาล, พนักงานอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุข

ควรให้ประชาชนมาเข้าลงทะเบียนไว้กับสถานพยาบาลใกล้บ้าน แต่รู้ด้วยมีการพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐานทัดเทียมกัน จัดระบบที่ทำให้ประชาชนสะดวกที่สุดรวมทั้งต้อง

พัฒนาคุณภาพบริการและศักยภาพผู้ให้บริการ จัดระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบประกันสุขภาพ ระบบการเงิน การกระจายอำนาจ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนควบคู่กันไป

3. จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิต่อระบบบริการสุขภาพระดับต้น พนดังนี้

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

ผู้ทรงคุณวุฒิได้แสดงความเห็นใน 2 ลักษณะคือ ลักษณะแรก ต้องมีการพัฒนาระบบอื่น ๆ ควบคู่กันไปด้วย คือ ต้องคำนึงถึงทุกมิติที่เกี่ยวกับสุขภาพ การกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นจัดบริการที่ครบวงจร การประกันสุขภาพให้ครอบคลุมคนไทยทุกคน การพัฒนาคุณภาพบริการ รวมทั้งศักยภาพผู้ให้บริการ การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและดูแลสถานบริการ ลักษณะที่ 2 คือ ต้องมีการสร้างสังคมให้เข้มแข็งก่อน จึงค่อยมีการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว เพราะว่าสังคมเข้มแข็ง จะทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ และไม่ป่วยง่าย จะได้ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลน้อยลง รวมทั้งมองว่าการสร้างสุขภาพเป็นหน้าที่ของคนไทยทุกคน

3.2 ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

จะต้องทำงานเป็นทีมสุขภาพที่เป็นสวัสดิการ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าน้ำที่สาธารณสุข บุคลากรสาขาอื่น ๆ ที่นักสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งควรเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการสุขภาพระดับต้น อาทิ อาสาสมัครสาธารณสุข อาสา กศน. เป็นต้น

3.3 การเขียนทะเบียนเป็นสมาชิกของสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการเขียนทะเบียนกับสถานบริการสุขภาพระดับต้น ซึ่งอาจให้ประชาชนเลือกได้โดยอิสระ แต่ต้องเป็นสถานบริการที่มีระบบควบคุมและตรวจสอบคุณภาพได้ หรือรู้ว่าจะจัดสถานบริการให้ประชาชนเขียนทะเบียนตามเกตพื้นที่ แต่ก็มีความเห็นบางส่วนที่ยังไม่อยากให้มีการเขียนทะเบียน ด้วยเหตุผลเรื่องการจำกัดศักยภาพของประชาชนและอาจทำให้เกิดการผูกขาด ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ

3.4 การคุ้มครองสิทธิของประชาชนในการรับบริการที่สถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

- 1) ให้มีการกำหนดมาตรฐานการจัดบริการและให้กลไกทางสังคมในการตรวจสอบด้วย
- 2) ปรับปรุงกลไกทางการเงิน เพื่อให้ประชาชนทุกระดับสามารถเข้าถึงบริการได้
- 3) การพัฒนาระบบการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation)

ให้ควบคู่กับให้ประชาชนเลือกเขียนทะเบียนกับสถานบริการ จะกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการ

4) ออกกฎหมายที่จะคุ้มครองสิทธิ์ความปลอดภัยของผู้รับบริการ จากสถานบริการที่ไม่มีกฎหมายรองรับ เช่น หมอนพื้นบ้าน

5) สร้างเสริมให้ประชาชนตระหนักรถึงสิทธิประโยชน์ตนเอง และเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลและตรวจสอบสถานบริการ

· 3.5 ระบบการเชื่อมโยงและส่งต่อของสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

ระบบการเชื่อมโยงและส่งต่อของสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว มี 2 ลักษณะ โดยลักษณะแรกควรจัดในลักษณะที่เป็นเครือข่ายของสถานบริการที่หลากหลายทั้ง ของรัฐและเอกชน โดยให้มีการสร้างระบบสนับสนุนและระบบส่งต่อภายในเครือข่าย และระหว่าง เครือข่ายในกรณีที่จำเป็น ส่วนลักษณะที่สอง เสนอให้มีการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการด้วย กระบวนการจัดสรรและสนับสนุนงบประมาณ ซึ่งมีลักษณะเป็น Contractor กับสถานบริการใน ระดับที่สูงกว่า

3.6 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

การมีส่วนร่วมของชุมชน ใน การจัดบริการของสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว มี 2 ลักษณะคือ ร่วมตรวจสอบและควบคุมคุณภาพในการให้บริการโดยใช้กลไกต่าง ๆ เช่น กลไกทางการเงิน และการเข้ามาร่วมจัดบริการ โดยประชาชนเป็นอาสาสมัครเข้ามาดูแลสุขภาพของคนในชุมชน พร้อมกันนี้ต้องให้สถานบริการสุขภาพระดับต้นรุกเข้าไปช่วยเหลือชุมชนด้วย แทนที่จะให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมกับรัฐฝ่ายเดียว

4. การสังเคราะห์ระบบบริการสุขภาพระดับต้นในประเทศพัฒนา และประเทศกำลังพัฒนา พบดังนี้

4.1 ในประเทศพัฒนาแล้ว (กรณีศึกษา 4 ประเทศ คือ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย สวีเดน และสหราชอาณาจักร) ภาคเอกชนเป็นผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้นในรูปแบบ คลินิกแพทย์เวชปฏิบัติ โดยมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว เป็นผู้ให้บริการหลัก ซึ่งบริการจะเป็นการรักษาพยาบาลมากกว่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การควบคุมคุณภาพบริการสุขภาพระดับต้น ใช้กลไกทางการเงินและมาตรการอื่น ๆ เช่น การกำหนดมาตรฐานบริการ เป็นต้น มีการแยกผู้ซื้อบริการออกจากผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้นขัดเจน สถานบริการสุขภาพระดับต้นเป็นด้านแรกของการเข้าสู่บริการสุขภาพมีการขึ้นทะเบียน (ประเทศไทยและสหราชอาณาจักรและสหรัฐอเมริกา) และมีระบบส่งต่อเป็นกลไกในการเชื่อมโยงขัดเจน สำหรับระบบการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการ มีทั้งแบบร่วมจ่ายและจ่ายตามปริมาณบริการ

4.2 ในประเทศไทยกำลังพัฒนา (กรณีศึกษา 4 ประเทศไทย มาเลเซีย สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ได้ทัน) ภาครัฐเป็นผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้นในทุกๆ แห่ง สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข โดยมีทั้งแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและบุคลากรสุขภาพด้านอื่น ๆ เป็นผู้ให้บริการซึ่งบริการจะเน้นนักการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมคุณภาพบริการสุขภาพระดับต้น ใช้กลไกทางการเงินและมาตรการอื่น ๆ เช่น การกำหนดมาตรฐานบริการ เป็นต้น ไม่มีการแยกผู้ซื้อบริการออกจากผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้น สถานบริการสุขภาพระดับต้น ไม่ได้มีบทบาทเป็นตัวกลางของ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ขาดเจน ไม่มีการขึ้นทะเบียน และระบบส่งต่ออย่างไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร สำหรับระบบการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการ มีทั้งแบบรัฐสวัสดิการ การร่วมจ่ายและจ่ายเองตามปริมาณบริการในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

4.3 จุดเด่นที่น่าจะนำมาประยุกต์ใช้กับประเทศไทย มีดังนี้

- 1) ใช้คลินิกแพทย์ภาคเอกชนร่วมเป็นผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้น
- 2) ใช้กลไกทางการเงิน การกำหนดมาตรฐานบริการและองค์กรอิสระในการควบคุมคุณภาพบริการสุขภาพระดับต้น
- 3) มีการแยกผู้ซื้อบริการและผู้จัดบริการ ออกจากกันขาดเจน
- 4) มีการขึ้นทะเบียน (ประเทศไทยนิรภายนอก อนาคตเมืองไทย)
- 5) ผู้ให้บริการหลักคือ 医師เวชปฏิบัติทั่วไป
- 6) มีการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพของรัฐ เป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation)

ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทยและต่างประเทศ การสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นักวิชาการ และประชาชน การต้มภายนผู้ทรงคุณวุฒิ และการประชุมระดมสมอง 2 ครั้ง ได้นำมาซึ่งประเด็นและข้อเสนอเพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นในการปฏิรูประบบสุขภาพและข้อเสนอสาธารณะดังนี้

1. คำจำกัดความ ระบบบริการสุขภาพระดับต้น หมายถึง ตัวแทนของระบบบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้าน ใกล้ชุมชน และใกล้ชิดประชาชน
2. ระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่พึงประสงค์

2.1 เป็นระบบที่จัดบริการในลักษณะบูรณาการ เปิดเสรีฯ เป็นองค์รวม โดยคำนึงถึงมิติต้านจิตใจ สังคม และวัฒนธรรม และสอดคล้องกับระบบวิถีชีวิตของคนในทุนชน

2.2 มีคุณภาพ เป็นที่เชื่อมั่น ศรัทธา และยอมรับ โดยที่ประชาชนสามารถไปใช้บริการได้สะดวก มีเครือข่ายที่หลากหลาย ให้เลือกได้ ทั้งแผนปัจจุบันและระบบบริการทางเลือก อีน ๆ รวมทั้งต้องมีระบบการเขื่อมโยงกับระบบการดูแลสุขภาพของตนเอง ทุนชน ระบบบริการขั้นสูง ระบบบริการอุกเฉินและระบบบริการสังคมอีน ๆ

2.3 ต้องมีการกำหนดชุด "การบริการขั้นพื้นฐาน" (Basic Essential Package) ที่ชัดเจน ทั้งนี้เพื่อความชัดเจนของระบบ และเพื่อการบริหารจัดการด้านการคลังที่มีประสิทธิภาพ

3. หลักการทั่วไปที่จะสนับสนุนระบบบริการสุขภาพระดับต้น

3.1 การปรับแนวคิดเรื่องสุขภาพ

ต้องปรับการมองเรื่องสุขภาพว่าหมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ คือเป็นสุขภาพแบบองค์รวมซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับระบบอื่น เช่น การศึกษา วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี ฯลฯ

3.2 ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในระดับปัจจุบัน ครอบครัว และชุมชน โดยการสร้างองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และสร้างระบบเขื่อมต่อกับระบบบริการระดับต้น

4. เงื่อนไขที่จำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้น

4.1 การสร้างหลักประกันสุขภาพ 100%

เพื่อให้เกิดเอกภาพในเรื่องการเงินที่จะสร้างเงื่อนไขให้อื้อต่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับต้น

4.2 กำหนดเงื่อนไขในระบบประกันสุขภาพ

4.2.1 หลักประกันสุขภาพทุกระบบต้องครอบคลุมบริการทั้งสิ่งเสริม

สุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และพื้นฟูสภาพ ต้องกำหนดให้ผู้มีสิทธิ์ใช้บริการผ่านสถานบริการสุขภาพระดับต้นก่อน โดยมีข้อยกเว้นสำหรับกรณีอุกเฉิน หรือกรณีเดินทางไปต่างประเทศที่ห้ามนี้จะต้องมีการเลือกลงทะเบียน (Selective Registration) กับสถานบริการที่ใกล้บ้านหรือใกล้ที่ทำงาน ซึ่งจะทำให้ประชาชนได้รับบริการที่สะดวก ต่อเนื่อง มีข้อมูลครบถ้วน และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการ

4.2.2 กลไกการจ่ายเงินเพื่อบริการสุขภาพระดับต้นให้เป็นลักษณะเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมด หรือเหมาจ่ายรายหัวในบริการรักษาพยาบาลและพื้นฟูสภาพ แต่จ่ายตามรายบริการ (Fee for Service) สำหรับบริการที่ผู้รับบริการต้องเสียค่าใช้จ่ายส่วนตัวและป้องกันโรค

4.2.3 กลไกและระบบการจ่ายเงิน จะต้องช่วยสร้างแรงจูงใจให้เกิดความนิยมบริการสุขภาพระดับต้น และเกิดการกระจายทรัพยากร และกำลังคนด้านสุขภาพอย่างเป็นธรรม เช่น อัตราการจ่ายที่ใกล้เคียงหรือต่ำกว่าบริการเฉพาะทาง หรืออัตราการจ่ายที่เพิ่มขึ้นในพื้นที่ห่างไกล/ทุรกันดาร รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งและประสิทธิภาพของระบบเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย

4.2.4 ให้มีระบบที่ผู้มีสิทธิ์มีส่วนร่วมจ่าย (Co-payment) สำหรับบริการรักษาพยาบาลตามความเหมาะสม เพื่อป้องกันมิให้เกิดการใช้บริการเกินความจำเป็น ทั้งนี้ให้ยกเว้นแก่ผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล

4.3 การพัฒนาทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับบริการสุขภาพระดับต้น

4.3.1 องค์ความรู้ ต้องมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นอย่างจริงจัง เพื่อนำไปสู่การปฏิรูปบนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่ถูกต้อง ทั้งนี้ควรเป็นภาระของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับองค์กรภาคีต่าง ๆ

4.3.2 กำลังคนด้านสุขภาพ

1) ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นจะต้องทำงานเป็นทีมสุขภาพที่เป็น multidisciplinary personnel ซึ่งประกอบด้วย แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้ให้บริการหลัก บุคลากรสาขาอื่น เช่น นักลังคอมสังเคราะห์ อาสาสมัคร ร่วมเป็นทีมสุขภาพ ตามลักษณะของพื้นที่

2) ระบบการพัฒนากำลังคน

(2.1) หลักสูตรการเรียนการสอนทางการแพทย์และสาธารณสุข ในทุกสถาบันการศึกษา ต้องเน้นการผลิตบุคลากรเพื่อบริการสุขภาพระดับต้น โดยให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม รวมทั้งการผสมผสานศาสตร์สาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ

(2.2) มีระบบการศึกษาต่อเนื่องของผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น ที่ขัดเจน มีการรับรองคุณภาพมาตรฐาน

4.3.3 พัฒนาระบบบริหารจัดการยา/เวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ ให้สถานบริการสุขภาพระดับต้นมีบัญชียาที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และมีระบบการร่วมกันจัดหายาที่มีประสิทธิภาพ โดยอาจได้รับยาจากสถานบริการสุขภาพระดับต้น หรือแยกไปรับยาจากร้านขายยาที่ขึ้นทะเบียนได้

4.3.4 สถานบริการ ต้องเป็นสถานบริการที่ใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน มีความลับสนธิสัมพันธ์กับบุคคล และความต้องการทำให้มีมาตรฐานสถานบริการที่เท่าเทียมกัน และมีระบบการรับรองคุณภาพมาตรฐานด้วย

4.4 องค์กรการจัดการ

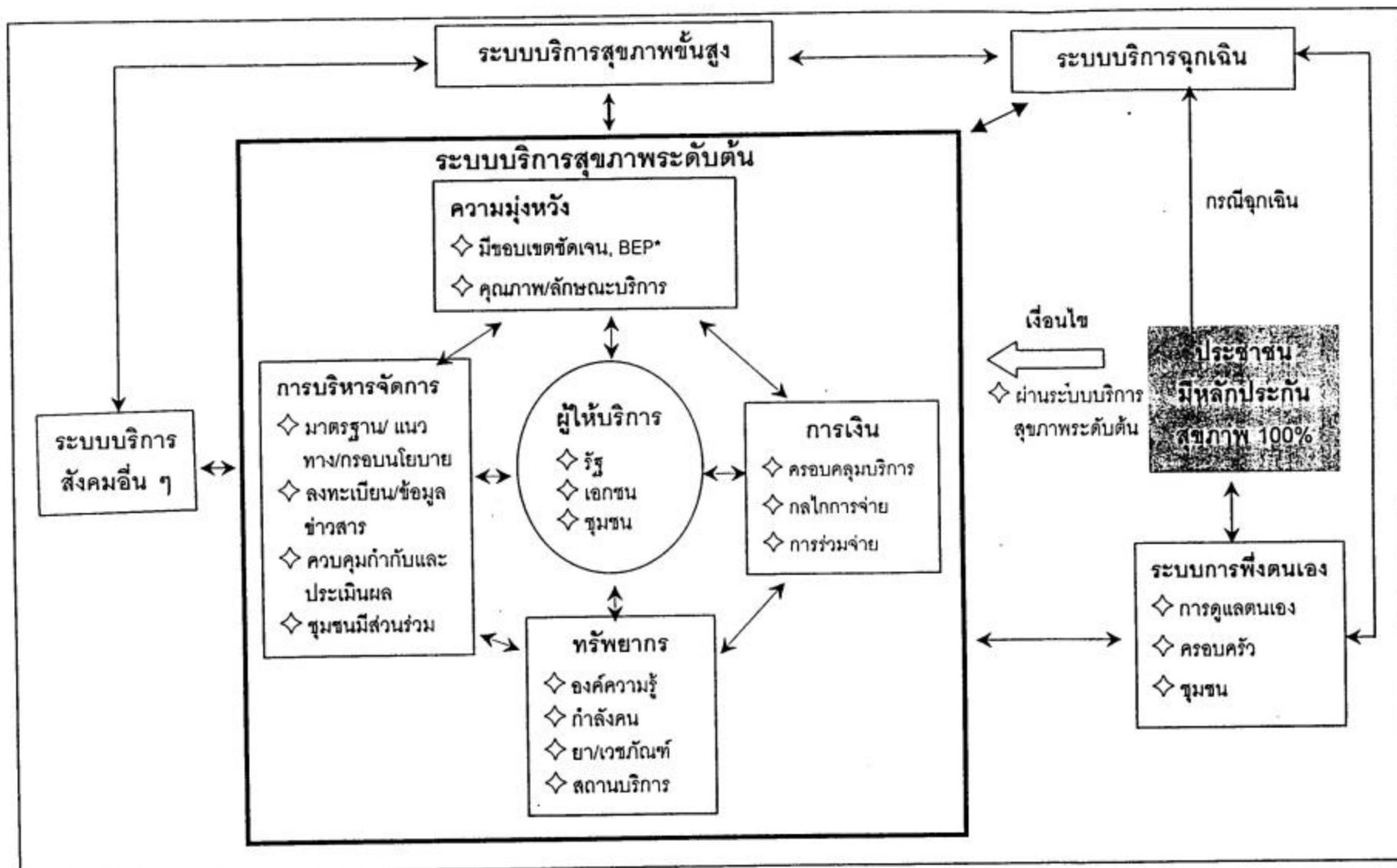
4.4.1 มีองค์กร/กลไกระดับชาติ ซึ่งอาจเป็นส่วนหนึ่งของสภากาแฟแห่งชาติ เพื่อ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้น ทำหน้าที่ในการกำหนดกรอบนโยบายและมาตรฐานระบบบริการสุขภาพระดับต้น เพื่อ กำหนดเงื่อนไขในหลักประกันสุขภาพทุกรูปแบบ การจัดให้มีระบบการเลือกเข้าลงทะเบียนกับผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น การจัดระบบแฟ้มประวัติสุขภาพของประชาชน การจัดการระบบส่งต่อ การพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลการจัดบริการสุขภาพระดับต้น

4.4.2 การมีส่วนร่วมของประชาชน/ชุมชน/องค์กรปกครองท้องถิ่น บริการสุขภาพระดับต้น จะต้องให้ชุมชน/องค์กรปกครองท้องถิ่นเป็นผู้ดูแล (ในกรณีสถานบริการภาครัฐ) หรือกำกับ (ในกรณีสถานบริการภาคเอกชน)

จากประเด็นและข้อเสนอเพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่พึงประสงค์ของไทย สามารถสรุปเป็นแผนภูมิได้ดังนี้

แผนภูมิความเชื่อมโยงการจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้น

[74]



* BEP = Basic Essential Package : ชุดบริการขั้นพื้นฐาน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

เพื่อให้สามารถนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่ดีเด่นมากขึ้น รวมทั้งสามารถนำไปสู่การปฏิรูปได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพของสังคมไทย จึงควรทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ดังนี้

1. ทำการสำรวจและรับฟังความคิดเห็นประชาชนภาคต่างๆ ต่อข้อเสนอการจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้น เพื่อให้มีการปรับปรุงข้อเสนอที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง
2. ศึกษาวิเคราะห์ความจำเป็นในการแก้ไขกฎหมาย กฎระเบียบต่างๆ ที่จะเอื้อต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้น เช่น พ.ร.บ.ประกันสังคม
3. ทำการวิจัยเพื่อพัฒนาชุดบริการรับพื้นฐานที่เหมาะสม ชัดเจนและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน
4. พัฒนารูปแบบและระบบข้อมูลที่เหมาะสมในการให้ประชาชนมาเขียนทะเบียนกับสถานบริการสุขภาพระดับต้น
5. ศึกษาวิจัยและทดลองใช้กลไกทางการเงินเป็นเงื่อนไขในการจัดบริการสุขภาพระดับต้น อาทิเช่น การจัดสรรงบประมาณรูปแบบต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในบริการสุขภาพระดับต้น
6. ทำการวิจัยและพัฒnarูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้น โดยศึกษาเต็มพื้นที่ อาทิเช่น ระดับจังหวัด หรือระดับเขต
7. ศึกษาวิจัยหลักสูตรการเรียนการสอนทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในทุกสถาบันการศึกษา เพื่อให้ข้อเสนอในการปฏิรูปเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพระดับต้น รวมทั้งระบบการศึกษาต่อและการรับรองมาตรฐานผู้ให้บริการ
8. ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบมาตรฐานสถานพยาบาลระดับต้น รวมทั้งระบบการรับรองมาตรฐาน

**(ร่างที่ ๒) ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ”
ในการปฏิรูประบบสุขภาพ และ การร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ**

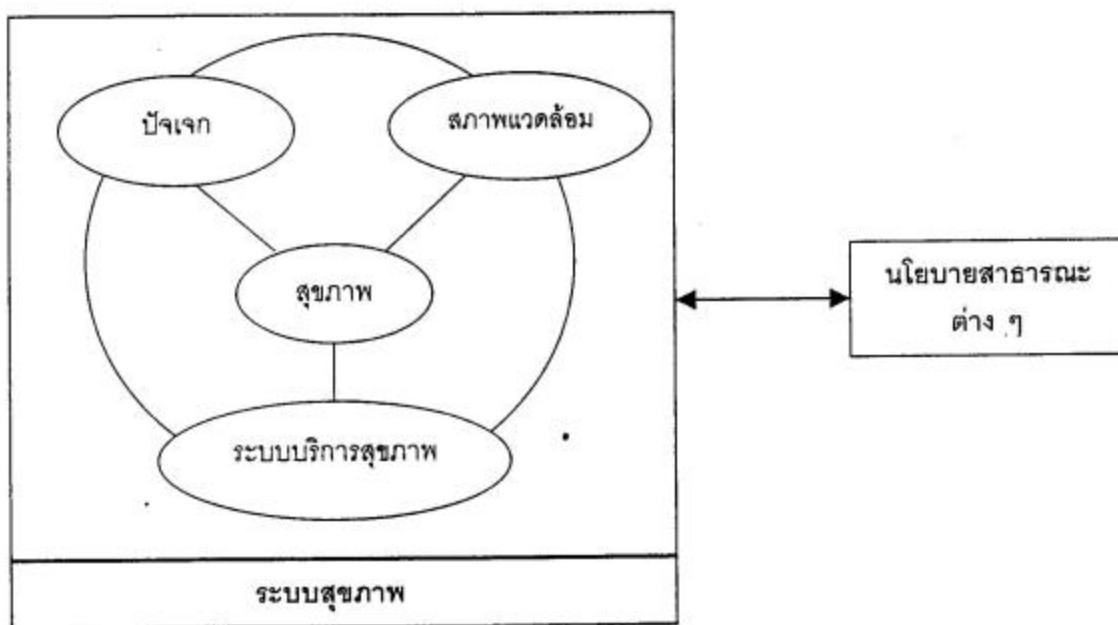
เสนอโดย นพ.ปัตพงษ์ เกษมบูรณ์

๑. กรอบแนวคิด

สุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงพลวัตกับปัจจัยทั้งด้านปัจเจกบุคคล (กรรมพันธุ์ พฤติกรรม จิต-วิญญาณ) และสภาพแวดล้อม เช่น ทางเศรษฐกิจ สังคม ภัยภาพ ชีวภาพ รวมทั้งระบบบริการสุขภาพ การดำเนินกิจการต่าง ๆ ของรัฐ ซึ่งมีผลกระทบต่อปัจเจกบุคคลและสภาพแวดล้อม จึงส่งผลกระทบต่อ สุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม

ดังนั้น เป้าหมายการปฏิรูประบบสุขภาพที่จะมุ่งสร้างระบบที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจะ ประสบความสำเร็จได้ ส่วนสำคัญส่วนหนึ่งจึงอยู่ที่การตัดสินใจในการดำเนินกิจการต่างๆ ของรัฐ ซึ่ง รวมเรียกว่า “นโยบายสาธารณะ” (ภาพที่ ๑)

ภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดเรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ



๒. นิยามศัพท์

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) หมายถึง นโยบายสาธารณะที่ แสดงความห่วงใยในเรื่องสุขภาพอย่างชัดเจนและพร้อมจะรับผิดชอบต่อผลกระทบด้านสุขภาพอัน อาจเกิดจากนโยบายนั้น ๆ

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จึงเป็นนโยบายที่มุ่งสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ทำให้ผลเมืองมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่สร้างเสริมสุขภาพ"

ด้วยย่างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เช่น การขึ้นภาษีบุหรี่เพื่อลดการสูบบุหรี่ การสร้างถนนสีช่องทางเพื่อลดอุบัติเหตุ การลดภาษีแก่ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุ

3. ขอบเขตของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (ภาพที่ 2)

อันที่จริงอาจกล่าวได้ว่า นโยบายสาธารณะทุกเรื่องล้วนมีผลต่อสุขภาพทั้งล้วน แต่เพื่อให้ง่ายแก่การพิจารณาจัดเป็นกลุ่ม ๆ ดังนี้

3.1 นโยบายด้านสังคม เช่น การศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม การเมือง การปกครอง การรักษาความมั่นคง นโยบายเกี่ยวกับเด็ก ศตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และชนกลุ่มน้อยต่าง ๆ นโยบายสาธารณะ นโยบายการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และนโยบายที่เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร/สื่อสารมวลชน

3.2 นโยบายด้านเศรษฐกิจ เช่น นโยบายเศรษฐกิจ混ภาค นโยบายด้านภาษีอากร การพัฒนาอุตสาหกรรม เกษตรกรรม การค้า การคุณภาพชั้นสูง เป็นต้น

3.3 นโยบายด้านอื่น ๆ เช่น นโยบายพัฒนาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี การพัฒนารักษาทรัพยากรธรรมชาติ การควบคุมมลภาวะ การพลังงาน การต่างประเทศ เป็นต้น

ภาพที่ 2 ขอบเขตของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

คน : คุณภาพ ศักยภาพ ผลิตภาพ สุขภาพ มุขยภาพ
การเมือง การปกครอง และกฎหมาย
เศรษฐกิจ พานิชย์ เกษตร อุตสาหกรรม และต่างประเทศ
การศึกษา สังคม วัฒนธรรม และศาสนา
สาธารณสุข
การจราจร และขนส่ง
วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี ลิ่งแวดล้อม โทรคมนาคม พลังงาน และทรัพยากรอนุรักษ์
ระบบ : เศconomic เอกภาพ เศรษฐภาพ (ดุลยภาพ) มีส่วนร่วม มุ่งพัฒนาให้ดีขึ้น

4. ประเภทและมาตรการของนโยบายสาธารณะ

นโยบายสาธารณะอาจมีได้ 2 กลุ่ม และ 4 มาตรการ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประเภทและมาตรการของนโยบายสาธารณะ

กลุ่มนโยบาย	มาตรการ			
	กฎหมาย	เศรษฐกิจ	การให้ความรู้	วิชาการเทคโนโลยี
1. เกี่ยวกับการจัดการทรัพยากร (Distributive and Redistributive policies)	+	++++	++	++
2. เกี่ยวกับการควบคุมกำกับกิจกรรมต่าง ๆ (Regulatory policies)	++++	+	++	++

ตัวอย่างของนโยบายเกี่ยวกับการจัดการทรัพยากร เช่น นโยบายงบประมาณ นโยบายภาษี นโยบายการอุดหนุน

ตัวอย่างของนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมกำกับ เช่น นโยบายการกระจายอำนาจ นโยบายการจัดตั้งองค์กรมหาชน นโยบายปฏิรูประบบราชการ

นโยบายสาธารณะในเรื่องหนึ่ง ๆ นั้น อาจมีทั้งที่เกี่ยวกับการจัดการทรัพยากรและการควบคุม กำกับรวมกันอยู่ และอาจสามารถเลือกใช้มาตรการผสมผสานทั้ง 4 มาตรการก็ได้

5. ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” ในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ

5.1 การเคลื่อนไหวสังคม

เพื่อให้ “สุขภาพ” เป็น “วาระแห่งชาติ (National agenda)” ซึ่งจะทำให้ทุกคนทุกฝ่ายหันมาสนใจและร่วมกันสนับสนุนระบบที่จะเสริมสร้างสุขภาพ (All for Health)

การดำเนินการในส่วนนี้อาจทำได้โดยการใช้สื่อสาธารณะ รวมทั้งการจัดเวทีและการประชุม ต่างๆ เช่น การประชุม “ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ”，การประชุมประจำปี ส华ส.ทศูนย์ประชุม ในเทคโนโลยี เป็นต้น โดยจะต้องจับประเด็นวิกฤตระบบสุขภาพที่สัมพันธ์เข้มงวดกับปัจจัยต่าง ๆ

ในโอกาสที่จะมีการเลือกตั้งครั้งใหญ่ ควรจะเคลื่อนไหวให้ประเด็นสุขภาพ และ “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” อยู่ใน “วาระแห่งชาติ” ที่จะเสนอให้พร้อมการเมืองต่างๆ ประกาศก่อนการเลือกตั้งว่าเป็นนโยบายที่จะดำเนินการ (commitment) ก่อนการเลือกตั้ง และมีระบบการตรวจสอบผลที่เกิดขึ้นและแจ้งต่อสาธารณะด้วย

5.2 การจัดตั้งกลไกระดับชาติ

เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายและเกิดความยั่งยืนในการดำเนินการ ควรจะจัดตั้งกลไกระดับชาติในการดูเรื่องสุขภาพในภาพรวม กลไกนี้ควรจะเป็น องค์กรอิสระ ที่ ทำงานเชิงรุกด้านนโยบาย โดยอาจเรียกว่า “สภาสุขภาพแห่งชาติ (National Health Council)” โดยมีภาระหน้าที่ ดังนี้

1. กำหนดนโยบาย จัดทำมาตรฐาน ตัวชี้วัด และติดตามกำกับดูแลการดำเนินการตามนโยบายและมาตรฐาน
2. กำหนด National Health Goals and Targets ที่ชัดเจนและเน้นความร่วมมือกับหน่วยงานทั้งภายในและนอกภาคสาธารณสุข (Intersectoral collaboration)
3. จัดทำรายงานหรือเอกสารวิชาการ Annual Health Reports เสนอต่อรัฐบาล รัฐสภา สาธารณะ ประชาชนทั่วไป วงการวิชาชีพแพทย์ และภาคสาธารณสุขและผู้ที่มีหน้าที่กำหนดนโยบายทั้งในภาคสาธารณสุขและนอกภาคสาธารณสุข ดังเช่น “รายงานของลาล่องเด” ที่เสนอต่อรัฐบาลแคนาดา
4. กำหนดหลักเกณฑ์ เมื่อไหร่ต่างๆ ที่จะสนับสนุนให้เกิด “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ”

กลไกระดับชาตินี้ จะเป็นผู้กำหนดให้มีและทำงานเรื่องโยงกับองค์กรอิสระที่จะทำงานในส่วนที่เกี่ยวกับ “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” เช่น สถาบันพัฒนาการศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพ สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น

๖. ข้อเสนอสารบัญญัติใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

๖.๑ กำหนดหลักการและแนวคิดที่ชัดเจน โดยเฉพาะในนิยามศัพท์ของคำว่า “สุขภาพ” เพื่อชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพกับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมต่าง ๆ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะ

๖.๒ กำหนดข้อความที่แสดงเจตนารณ์อย่างชัดเจนในการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบโครงสร้างที่สนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

๖.๓ กำหนดหลักการให้เป็นหน้าที่ของรัฐและองค์กรทุกฝ่ายที่จะต้องร่วมกันสนับสนุนการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและมีหน้าที่ที่จะต้องรับผิดชอบต่อผลกระทบด้านสุขภาพจากการดำเนินกิจกรรมของตน

๖.๔ กำหนดเงื่อนไขให้มีการศึกษาและจัดทำกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment-HIA) ก่อนการดำเนินการในโครงการลงทุนขนาดใหญ่ รวมทั้งจากนโยบายสำคัญๆ ของรัฐ และให้มีระบบการติดตามผลต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ พร้อมกับการดำเนินการปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้ลุล่วง

๖.๕ กำหนดศิทธิของประชาชนที่จะมีทางเลือกและเข้าถึงทางเลือกที่จะสร้างเสริมสุขภาพ และสิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและดำเนินการในเรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ รวมทั้งการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

๖.๖ กำหนดให้มีกลไกระดับชาติ เช่น สถาบันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Council)

๖.๗ กำหนดกลไกระดับปฏิบัติที่จำเป็นในการสนับสนุนการดำเนินงานที่เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เช่น สถาบันพัฒนาการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันข้อมูลข่าวสารเพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบายสุขภาพ (National Institute of Health Intelligence)

๗. ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัย

๗.๑ วิจัยพัฒนาวิธีการและกระบวนการในการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับ ๒ ประเด็น คือ

๗.๑.๑ วิธีการศึกษาหรือระบุปัญหาสุขภาพ โดยมีทางเลือกต่าง ๆ เช่น ใช้ข้อมูลอุบัติ-การณ์หรือความทุกข์ของโรค อัตราตาย ความสูญเสียรวม เช่น DALY, YPLL

๗.๑.๒ วิธีการจัดลำดับความสำคัญ มีทางเลือกในการจัดลำดับความสำคัญแบบต่างๆ เช่น การกำหนดเกณฑ์ของความรุนแรงของปัญหา การคาดการณ์แนวโน้มปัญหาในอนาคต ประสิทธิ-

ผลของวิธีแก้ปัญหาที่มีอยู่ในปัจจุบันและอนาคต การจัดลำดับความสำคัญจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิด สภาพ 10/90 (ปัญหาที่มีน้ำหนักร้อยละ 90 ได้ทรัพยากร้อยละ 10)

7.2 วิจัยพัฒนาการสร้าง/สนับสนุนบทบาทของสาธารณะในการตัดสินใจนโยบายสาธารณะ และศึกษาผลกระทบ การมีส่วนร่วมของสาธารณะในการกำหนดนโยบายสาธารณะมีกำหนดให้ในรัฐธรรมนูญ และมีความสำคัญของความยั่งยืนของนโยบายสาธารณะนั้นๆ ดังนั้นจึงต้องเร่งพัฒนากรอบวิธี และกระบวนการที่จะพัฒนาศักยภาพและอื้อต่อการมีส่วนร่วมของสาธารณะ

7.3 วิจัยพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเฉพาะเรื่อง เช่น เรื่องสื่อสารมวลชน การสร้าง ความเข้มแข็งทางสังคม การพัฒนาเศรษฐกิจแบบนิเวศ การพัฒนาเทคโนโลยี การกระจายรายได้ การ แก้ปัญหาความยากจน และการบังคับใช้กฎหมาย

7.4 วิจัยและพัฒนาเงื่อนไข ระบบ กลไก ในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพเพื่อนำไปสู่การ สร้างระบบ/กลไกที่จะประกันว่า HIA มีการดำเนินการอย่างรอบด้าน โปร่งใส และมองผลกระทบระยะยาว ทั้ง นี้ อาจศึกษาเทียบเคียงจากการประเมินผลกระทบด้านสภาพแวดล้อมด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์. รายงานการศึกษาทบทวนความรู้เรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ.
สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2543.
2. ออนุพงษ์ ฤทธิยาภุจ. รายงานการศึกษาทบทวนความรู้เรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ.
สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2543.

**หลักการ เป้าหมาย กลไก และประเด็นสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ
และการร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ**
(ร่างที่ 6 – ปรับปรุง 11 กันยายน 2543)

เอกสารนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็น working paper ที่คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพและอนุกรรมการฯ ทุกชุด จะได้ร่วมกันปรับปรุง/พัฒนาอย่างต่อเนื่อง และนำไปพิจารณาในกระบวนการค่าเฉลี่ยการปฏิรูประบบสุขภาพ และในการร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เอกสารนี้จัดทำโดยผ่านกระบวนการระดมสมองหลายครั้ง และจะมีการพัฒนาปรับปรุงอยู่ตลอดเวลา ความคิดเห็นจากการระดมสมองทุกครั้งและจากทุกฝ่าย จะได้รับการนำเสนอเพื่อปรับปรุง/พัฒnar่างเอกสารนี้

1. ที่มา ประเด็นที่สรุปมานำเสนอ ได้จากการสรุปประเด็นสำคัญ จาก

1.1 ผลการประชุมที่สำคัญ เช่น

- (1) การประชุมปฏิรูประบบบริการสุขภาพ วันที่ 13-15 ธันวาคม 2542 ที่ศูนย์ไปเทศฯ
- (2) การเสวนา “ปฏิรูประบบสุขภาพ” วันที่ 25-26 ธันวาคม 2542 โรงแรมเมอร์เดีย พัทยา ชลบุรี
- (3) การประชุมภาคีปฏิรูประบบสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 3 มีนาคม 2543)
- (4) การประชุม “ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ” วันที่ 3 พฤษภาคม 2543 โรงแรมสยามชีฟ
- (5) การประชุมกลุ่มย่อย ภายใต้กลไกของ สปرس./สวรส.
- (6) การประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) วันที่ 9 สิงหาคม 2543
- (7) การประชุมประจำปีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 3 วันที่ 15-17 สิงหาคม 2543

1.2 เอกสารที่พิมพ์ต่างๆ ที่สำคัญ เช่น กฎหมายที่สำคัญ (รัฐธรรมนูญ พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ และกฎหมายอื่นๆ) สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์ (ต.นพ.ประเวศ วงศ์) รวมผู้ทางต้นเพื่อสุขภาพคนไทย (สปرس.) ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย (นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์) รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ (คณะกรรมการการสาธารณสุขวุฒิสภา) และแผนการปฏิรูประบบบริหารภาครัฐตามมติ ค.ร.ม.

1.3 เอกสารสรุปข้อตกลงเพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้สำคัญ 15 ประเด็นในการค่าเฉลี่ย การเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ

1.4 เอกสารนี้ ค่าเฉลี่ยการปรับปรุงตลอดเวลาโดยได้รับความคิดเห็นจากการประชุมระดมสมองทุกครั้ง และความเห็นจากทุกท่านทุกฝ่ายที่ส่งเข้ามา

2. หลักการ/กลไก/เป้าหมายของการปฏิรูประบบสุขภาพและ (ร่าง) พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

หลักการ/กลไก/เป้าหมายทั้งหมดนี้ ไม่ mutually exclusive และอาจไม่ครอบคลุมทั้งหมด แต่มีความเชื่อมโยงกัน ได้แก่:-

2.1 หลักการพื้นฐานของการปฏิรูป การปฏิรูปวางแผนอยู่บนหลักการพื้นฐาน 3 ประการ คือ

2.1.1 ความเป็นองค์รวม (Holistic) มุ่งสร้างสัมมาทิชานสุขภาพ ให้เกิดการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งในมิติทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ นอกเหนือนี้จะมุ่งพัฒนาทั้งระบบบริการสุขภาพที่ใช้เทคโนโลยี ทันสมัยและภูมิปัญญาท้องถิ่น

2.1.2 สิทธิและการมีส่วนร่วม (Right and Participation) มุ่งเน้นพัฒนาบทบาทที่เหมาะสมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาสุขภาพ ทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรชุมชน ครอบครัว และบุคคล โดยคำนึงถึงสิทธิในด้านสุขภาพของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ

2.1.3 การพัฒนาด้วยปัญญา (Wisdom based development) มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพทางสติปัญญา พัฒนาองค์ความรู้ เพื่อให้การปฏิรูประบบสุขภาพ วางอยู่บนพื้นฐานทางวิชาการ ที่เป็นไปตามหลักวิทยาศาสตร์และมีข้อมูลสนับสนุนที่ชัดเจน

2.2 หลักการพื้นฐาน 3 ประการ มุ่งสู่การบรรลุเป้าหมาย 3 ระดับ คือ

2.2.1 เป้าหมายขั้นต้น

- (1) พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติประการใช้ภายในกรกฎาคม 2546

- (2) การเคลื่อนไหวสังคมเพื่อสนับสนุนการปฏิรูปตลอด 3 ปี และภายหลัง พ.ร.บ.สุขภาพประการใช้

2.2.2 เป้าหมายขั้นกลาง ได้แก่ :-

- (1) ระบบที่สังคมร่วมกันสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีส่วนร่วมจากทุกสาขา และทุกระดับ มีการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และมีโครงสร้าง/กลไกที่จะทำงานระบบฯ ยาวอย่างต่อเนื่อง

- (2) ระบบการควบคุมป้องกันโรคที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งทั้งการควบคุมโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ มุ่งการสร้างระบบและกลไกที่ค้องตัว มีศักยภาพสูงด้านวิชาการ และสามารถตอบสนองอย่างรวดเร็ว ทันเหตุการณ์ ในการแก้ไขปัญหาโรคต่างๆ ได้ ทั้งนี้จะต้องมีระบบ/กลไกทั้งในระดับชาติ และท้องถิ่น

- (3) ระบบบริการสุขภาพ ทั้งในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษายานยา และพัฒนาสุขภาพ โดยเป็นระบบที่มีความเสมอภาค มีคุณภาพดี มีประสิทธิภาพสูง มีความสามารถพึงคนเองได้ มีความโปร่งใสตรวจสอบได้ และมีระบบการคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นธรรม

- (3.1) ความเสมอภาค (Equity) มุ่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีความเสมอภาคในการเข้าถึง/ได้รับบริการสุขภาพ และความเสมอภาคในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ

- (3.2) คุณภาพและการตอบสนองความต้องการของประชาชน (Quality/Responsiveness) มุ่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน เอาประชาชนเป็นศูนย์กลาง และตอบสนองต่อความต้องการ/ปัญหา ของแต่ละชุมชน/ครอบครัว/ปัจเจกได้

- (3.3) ประสิทธิภาพ (Efficiency) มุ่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพเชิงรุก ที่จะสร้างสุขภาพมากกว่าระบบดั้งเดิมที่ค่อยซ่อนสุขภาพ มุ่งการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและคุ้มค่า รวมทั้งสร้างองค์กร/กลไกที่ค้องตัวและมีประสิทธิภาพในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

- (3.4) ความสามารถในการพึ่งตนเอง (Self-reliance) มุ่งเน้นการพึ่งตนเอง พัฒนาเทคโนโลยี และศักยภาพของคนเอง พัฒนาภูมิปัญญาแผนไทย ลดการพึ่งพาการนำเข้า รวมถึงพัฒนาศักยภาพในการแข่งขันอุตสาหกรรมสุขภาพด้วย

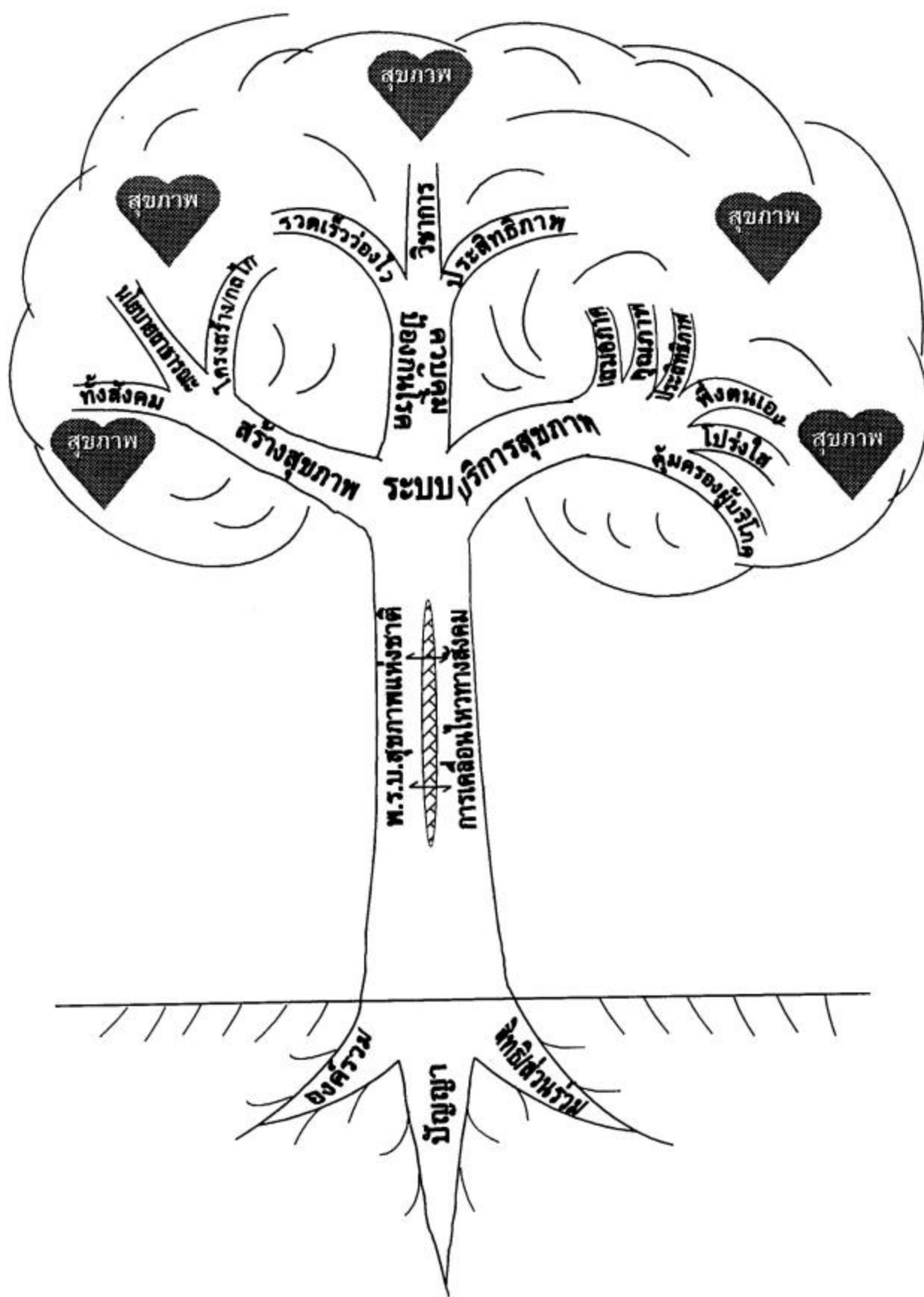
- (3.5) ความโปร่งใส ตรวจสอบได้ (Accountability/Transparency) มุ่งสร้างระบบและกลไก เพื่อให้เกิดความโปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้ โดยองค์กรที่เกี่ยวข้องรวมทั้งสาธารณะ

- (3.6) การคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer Protection) มุ่งสร้างระบบที่พัฒนาศักยภาพของประชาชน/ผู้บริโภค ให้รู้ทัน/ตรวจสอบได้ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม ในการได้รับบริการ/บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ

2.2.3 เป้าหมายขั้นปลาย คือสุขภาวะของคนไทยทุกคน (สุขภาพ)

2.3 กลไกสำคัญ กลไกสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ ได้แก่ คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.-สปรส./อนุกรรมการ/และคณะทำงาน) และภาคีปฏิรูประบบสุขภาพพร้อมทั้งสังคมทั้งมวล

หลักการ/เป้าหมาย/กลไก ดังกล่าว สามารถแสดงได้ดังภาพ



3. ประเด็น และคำถ้ามสำคัญในแต่ละประเด็น

3.1 คำนิยามศัพท์ต่างๆ เช่น สุขภาพ ระบบสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ หลักประกันสุขภาพ ชุดบริการสุขภาพที่จำเป็น (Basic Essential Package-BEP) การเจ็บป่วยถึงขั้นล้มเหลว (Catastrophic Illnesses-Cl) นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) เป็นต้น

3.2 เจตกรรมของร่าง พ.ร.บ.

3.2.1 นำหลักการพื้นฐาน/กลไก/เป้าหมายในข้อ 2 มาเขียนบรรจุไว้

3.2.2 หลักการบางข้ออาจเขียนในลักษณะที่เป็นภาษาภาษาไทย เช่น เรื่อง Equity/ Participatory อาจเขียนเป็น "สิทธิ" และ "หน้าที่"

3.3 ประเด็นด้านนโยบาย

3.3.1 ความมีนโยบาย/แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพแห่งชาติหรือไม่/ลักษณะใด

3.3.2 กลไกและกระบวนการกำกับดูแลนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

(1) ความมีหรือไม่/ลักษณะใด

- สภาพการสุขภาพแห่งชาติ เป็นอิสระ รายงานตรงต่อรัฐสภา
- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้สภาพที่บริษัทฯ เตรียมสูงและลังค์แห่งชาติ ที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ
- ลักษณะอื่นๆ

(2) องค์ประกอบของกรรมการ/บทบาท/หน้าที่/อำนาจ

(3) สำนักงานเลขานุการกิจ

(4) การนำนโยบาย/แผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ

3.4 การสร้างเสริมสุขภาพ

มุ่งเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมและพฤติกรรมที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ให้มีคุณภาพซึ่งทั้งที่รวมทั้งการสร้างระบบและกลไกที่จะให้สังคมทั้งสังคมมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพ มีความคล่องตัว และมีความยั่งยืน

3.4.1 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy)

(1) การศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพในการอนุมัติโครงการลงทุนขนาดใหญ่ ในการกำหนดนโยบายส่งเสริมการลงทุน และในการออกกฎหมายอื่นๆ

(2) นโยบายด้านเศรษฐกิจที่เกี่ยวกับสุขภาพ (เช่น นโยบายงบประมาณ นโยบายภาษี นโยบายเงินกู้ นโยบายเดินอุดหนุนต่างๆ) เป็นต้น

(3) นโยบายสาธารณะอื่นๆ ที่กระทบต่อสุขภาพ เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นโยบายการปกครอง นโยบายการจัดการสิ่งแวดล้อม นโยบายแรงงาน นโยบายคุณภาพ นโยบายกีฬาเพื่อสุขภาพ นโยบายการสื่อสาร นโยบายการสื่อสารมวลชน นโยบายการศาสนา นโยบายการศึกษาและวัฒนธรรม เป็นต้น

(4) นโยบายทางการเงินของระบบสุขภาพ เช่น กลไกการจ่ายเงินที่จะสร้างแรงจูงใจให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ

3.4.2 กลไก/โครงสร้างที่จะช่วย รวมทั้งเงื่อนไขการทำงาน เช่น "สำนักงานกองทุนส่งเสริมสุขภาพ"

"สถาบันรับรองการประเมินผลผลกระทบด้านสุขภาพของโครงการลงทุนขนาดใหญ่"

3.5 ระบบการควบคุมป้องกันโรค

มุ่งเน้นการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการควบคุมป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ และสามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพทุกชนิด ทั้งปัญหาเฉียบพลัน ปัญหาระยะยาว ปัญหาระดับต่อ/ไม่ติดต่อ ปัญหาจาก

พุทธิกรรมและสภาพแวดล้อม รวมทั้งการปฏิรูปโครงสร้างกลไก/ระบบที่คล่องตัว/ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ

3.5.1 ระบบการเฝ้าระวัง การควบคุม และป้องกันปัญหาสุขภาพ (ห้องโรคติดต่อ, ไม่ติดต่อและปัญหาสุขภาพอื่นๆ) ที่มีประสิทธิภาพ ไปร่วมกับ ควรจะเป็นอย่างไร

3.5.2 โครงสร้าง/กลไกระดับชาติ ที่จะดำเนินการให้เกิดระบบที่คล่องตัว มีประสิทธิภาพ และมีความยั่งยืน ควรจะเป็นเช่นไร และมีการจัดการด้านกำลังคน องค์ความรู้และการเงินอย่างไร

(1) เป็นหน่วยราชการ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

(2) เป็นหน่วยงานอิสระ

3.6 ระบบบริการสุขภาพ

มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่ใกล้บ้าน ให้บริการสมมสมานอย่างเบ็ดเสร็จ มุ่งบริการเชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพ และสามารถครอบคลุมทั่วถึงทุกครัวเรือน โดยเชื่อมโยงกับระบบการดูแลสุขภาพของตนเอง ระบบการดูแลที่บ้าน และการดูแลโดยชุมชน รวมทั้งระบบบริการชั้นสูง อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้จะต้องพัฒนาระบบบริการฉุกเฉิน ให้รวดเร็ว แม่นยำ และไม่มีอุบัติเหตุทางการเงิน

3.6.1 จะพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของตนเอง/ครอบครัว และชุมชนได้อย่างไร

3.6.2 รูปแบบระบบบริการในระดับต่างๆ จะเป็นอย่างไร และเชื่อมโยงกับ 3.6.1 อย่างไร

3.6.3 ระบบบริการสุขภาพในยามฉุกเฉินจะต้องพัฒนาอย่างไร จึงจะเข้าถึงได้ง่าย ทันเวลา แม่นยำ และไม่มีอุบัติเหตุทางการเงิน

3.6.4 ระบบบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ เด็ก ศูรี และผู้ต้องออกอาสาฯ ควรจะมีการพัฒนาอย่างไร จึงจะมีประสิทธิภาพและเสมอภาคที่สุด

3.6.5 ความสัมพันธ์ระหว่างระบบบริการภาครัฐ/เอกชน จะเป็นอย่างไร

3.6.6 จะจัดการระบบโครงสร้างความเป็นเจ้าของ (Structure of ownership) ของสถานบริการสุขภาพภาครัฐอย่างไร ภายใต้ระบบการกระจายอำนาจตามรัฐธรรมนูญ

3.6.7 ระบบการจัดการด้านการเงินของระบบบริการสุขภาพจะเป็นเช่นไร และมีบทบาทในการจัดระบบบริการสุขภาพที่ต้องการได้อย่างไร

3.6.8 บริการสุขภาพทางเลือกต่างๆ (Alternative Medicines) จะเข้ามามีส่วนร่วมในระบบบริการทั้งระบบอย่างไร

3.6.9 ครอบครัว/ชุมชน จะเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา/กำกับดูแลระบบบริการ/สถานบริการอย่างไร

3.6.10 จะกระจายทรัพยากร (สถานบริการ ยา อุปกรณ์ กำลังคน และองค์ความรู้) อย่างไรให้ทั่วถึง และเกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

3.6.11 จะพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างไร จึงจะมีประสิทธิภาพสูงสุด และเป็นที่พอใจของประชาชน

3.6.12 จะต้องมีองค์กรดูแลระบบบริการสุขภาพในระดับชาติ แยกต่างหากจากสภากาชาดไทยหรือไม่ หากต้องมี จะมีองค์ประกอบ/โครงสร้าง และการดำเนินงานอย่างไร

3.7 การพัฒนาระบบการแพทย์ทางเลือก (อาจเรียกว่าเป็นการแพทย์สมมสมาน โดยรวมแพทย์แผนไทย แผนจีน อายุรเวชา และการแพทย์พื้นบ้านต่างๆ)

3.7.1 ระบบการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

3.7.2 ระบบการตรวจสอบ/ติดตาม คุณครองผู้บริโภค

3.7.3 การมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ

3.7.4 จะต้องมีองค์กรระดับชาติดูแลเป็นการเฉพาะหรือไม่ และสถานะจะเป็นอย่างไร

- เป็นกลไกภายใต้สภากาชาดสุขภาพแห่งชาติ
- เป็นกลไกอิสระ

3.8 ระบบการเงินของบริการสุขภาพ (Health Care Finance) โดยเฉพาะเรื่องหลักประกันการจ่ายค่าบริการสุขภาพ

- 3.8.1 ควรท้องมี Universal Coverage (UC) หรือไม่
- 3.8.2 UC ควร cover BEP หรือ CI หรือทั้งสองเรื่อง จะให้ครอบคลุมทั้งเรื่องสิ่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งการรักษาและพื้นฟูสุภาพได้อย่างไร และจะครอบคลุมระบบการแพทย์ทางเลือกด้วยหรือไม่อย่างไร
- 3.8.3 UC ควรจะอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นระบบเดียวหรือมีหลายระบบแต่มีเอกภาพในเรื่องสิทธิประโยชน์ เมื่อประกันค่าใช้จ่าย และกลไกการจ่ายเงิน
- 3.8.4 BEP และ/หรือ CI ควรมีขอบเขตอย่างไร และมีวิธีการ/กลไกการกำหนดขอบเขตดังกล่าวอย่างไร
- 3.8.5 แหล่งเงินของ UC จะมาจากไหน อย่างไร
- 3.8.6 กลไกการจ่ายเงินภายใต้ UC จะเป็นอย่างไร (Capitation, case basis, Fee for services หรือระบบผสมและจะผสมอย่างไร)
- 3.8.7 วิธีการ/ขั้นตอนในการปฏิรูประบบประกันสุขภาพที่มีอยู่หลายระบบในปัจจุบัน ไปสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติระบบเดียว หรือหลายระบบที่มีเอกภาพในเรื่องสิทธิประโยชน์ เมื่อประกันค่าใช้จ่ายและกลไกการจ่ายเงินจะห้ามอย่างไร
- 3.8.8 ความมีกลไกระดับชาติมาตรฐานแล้วระบบการเงินของบริการสุขภาพและการประกันสุขภาพหรือไม่อย่างไร
- (1) เป็นคณะกรรมการภายใต้สภากาชาดสุขภาพแห่งชาติ
 - (2) เป็นคณะกรรมการอิสระ
 - (3) เลขานุการกิจเป็นอย่างไร – ต้องจัดตั้งสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติหรือไม่

3.9 การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ

- 3.9.1 ระบบการ monitor ความพึงพอใจของประชาชน ทั้งในภาพรวมและในระดับสถานบริการ ควรเป็นอย่างไร
- 3.9.2 การกำหนดเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพบริการสุขภาพ
- 3.9.3 กระบวนการพัฒนา และการประเมินการบรรลุตามเกณฑ์
- 3.9.4 แนวทางในการบรรลุการครอบคลุมสถานบริการด้วยระบบคุณภาพ
- 3.9.5 กลไก/โครงสร้างการดำเนินการ
 - สถาบันภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
 - สถาบันภายใต้สภากาชาดสุขภาพแห่งชาติ
 - สถาบันที่เป็นองค์กรอิสระ
- 3.9.6 กลไกสนับสนุนทางการเงินต่อระบบคุณภาพ และความเชื่อมโยงกับระบบการเงินของบริการสุขภาพ
- 3.10 การพัฒนาวิชาการ (ระบบงานวิจัย) เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ
- 3.10.1 สถาบันวิชาการต่างๆ ที่สร้างองค์ความรู้ เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เช่น NIH, TRF, HSRI สถาบันวิชาการภายในการทรง/สถาบันศึกษา และสถาบันวิชาการที่เป็นองค์กรเอกชน จะมีการพัฒนาอย่างไร มีบทบาทอย่างไร และจะเชื่อมโยงกันอย่างไร

- 3.10.2 จะมีระบบการสนับสนุนทางการเงินในการพัฒนาสถาบันต่างๆ รวมทั้งให้เกิดความเชื่อมโยงของเครือข่ายสถาบันต่างๆ เพื่อนำไปสู่ระบบการสร้างองค์ความรู้ที่เป็นเอกภาพและมีประสิทธิภาพได้อย่างไร
- 3.10.3 กระบวนการเชื่อมโยงความรู้กับการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนโยบาย/แผน/กฎหมาย/มาตรฐาน การปฏิบัติจะเป็นอย่างไร

3.11 การพัฒนาเทคโนโลยี

- 3.11.1 การพัฒนาระบบการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และระบบที่จะสนับสนุนการกระจายเทคโนโลยีสุขภาพ
- 3.11.2 การจัดทำมาตรฐานการนำบัตรรักษาโรค และระบบการนำมาตรฐานไปใช้
- 3.11.3 ความเชื่อมโยงระหว่างการประเมินเทคโนโลยีกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และหลักประกันด้านสุขภาพ รวมทั้งกลไกการจ่ายเงิน
- 3.11.4 การสนับสนุนการวิจัยพัฒนาเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาอุตสาหกรรมด้านสุขภาพ โดยเฉพาะยา ชีววัตถุ และอุปกรณ์การแพทย์
- 3.11.5 กลไก/โครงสร้างองค์กรที่จำเป็น รวมทั้งแหล่งเงินสนับสนุน เช่น
- สถาบันประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ
 - สถาบันวิจัย/พัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพ

3.12 การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

- 3.12.1 การวางแผนกำลังคน (ประเภท/จำนวน/กระจาย)
- 3.12.2 การผลิต/นำเข้า/ส่งออก กำลังคน
- 3.12.3 การพัฒนากำลังคนระหว่างประจำการ
- บทบาทขององค์กรวิชาชีพ } - เชื่อมโยงกับระบบบริการ (กระจายอำนาจ)
 - การศึกษาต่อเนื่อง } - เชื่อมโยงกับการค้าระหว่างประเทศ
 - ความเชื่อมโยงกับการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพและการ re-licensing
- 3.12.4 การจัดทำ/ท่องร่อง อัตราค่าบริการวิชาชีพ
- 3.12.5 ความมีกลไก/องค์กรดูแลเรื่องการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพหรือไม่
- ภายใต้สภากาชาดสุขภาพแห่งชาติ
 - อิสระ
 - บทบาทขององค์กรวิชาชีพ

3.13 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

- 3.13.1 ระบบการเฝ้าระวังตรวจสอบการลงทะเบียนสิทธิผู้บริโภค
- 3.13.2 ระบบการร้องทุกข์/ໃต่สวนการลงทะเบียนสิทธิผู้บริโภค
- 3.13.3 ระบบการซักเชยญผู้เสียหาย
- 3.13.4 การสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้บริโภค และบทบาทขององค์กรวิชาชีพ/องค์กรรัฐ ทั้งส่วนกลางและท้องถิ่น
- 3.13.5 กลไก/โครงสร้างในเรื่องคุ้มครองผู้บริโภค

กลไกเดิม – กองรศ./อย./องค์กรเอกชน
กลไกใหม่ เช่น กลไกเรื่องการชดเชยผู้เสียหาย

3.14 บทบาทของนักเชก/ครอบครัว/ชุมชนและองค์กรชุมชน

- 3.14.1 บทบาทในการดูแลและให้บริการสุขภาพ
- 3.14.2 บทบาทในการกำกับดูแลระบบ/สถาบันบริการสุขภาพ

- 3.14.3 บทบาทในการจัดการด้านการเงินการคลังของระบบบริการสุขภาพ
- 3.15 ระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
- 3.15.1 ระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่จะเอื้อต่อการพัฒนาระบบสุขภาพบนพื้นฐานของปัญญาใน
ระยะยาว ควรจะเป็นอย่างไร
 - 3.15.2 ควรจะมีองค์กรที่ดูแลระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่คล่องตัวและเป็นอิสระ (เช่นเดียวกับ
National Centre for Health Statistics ของสหรัฐอเมริกา) หรือไม่ ถ้ามีควรเป็นลักษณะใด
- 3.16 สื่อสารมวลชนกับการปฏิรูประบบสุขภาพ
- 3.16.1 สถานการณ์ของการใช้สื่อสารมวลชนเพื่อประโยชน์ต่อการสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแล
สุขภาพของคนไทยตลอดจนการใช้สื่อสารมวลชนที่อาจเกิดผลลบต่อระบบสุขภาพ
 - 3.16.2 จุดแข็ง จุดอ่อนของสื่อสารมวลชนด้านสุขภาพ
 - 3.16.3 ควรจะมีการพัฒนาสื่อสารมวลชนอย่างไร เพื่อจะสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพ การควบคุม
ป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพของคนไทย
-

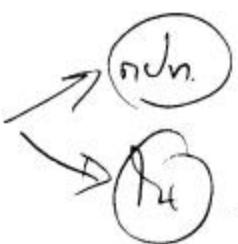
ନାରୀ/ଦୁର୍ମାତ୍ରା
ଯେତାଙ୍କ ୩ ମୁ

ଜୀବ.

କରେଣ୍ଟିମ୍ବୁ/ନେଚ୍ର

ପାଇସିଲିନ୍ଗ୍ରେଜ୍

ଧୂମର୍ବ୍ଦ



ଉତ୍ତରାହ୍ୱା

ସାମାଜିକ

ଉତ୍ତରାହ୍ୱା

ପାଇସିଲିନ୍ଗ୍ରେଜ୍

ସିଲ୍ସ
ଅନ୍ଦୁ

ନାରୀ P4

(1) សະ 2.3/11.1 កំរង 7

[90]

ពិរុសនកម្មរដ្ឋបាល



ໄດ້ອະໄຮຈາກការសំណងនរោត្តប័ជាតិ
ម៉ែន 3 ពុធរាជការ 2543

ចំណាំ ដោយ សារធានប្រព័ន្ធប្រព័ន្ធសុខភាព(សປន.)

សង្កែសង្គនិត សារប័ណ្ណវិទ្យរបបសារណសុខ (សវរស.)

ได้อะไรจากการสัมมนาระดับชาติ เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2543

สืบเนื่องจากสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขโดย การสนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุข โดยจัดให้มีการสัมมนาระดับชาติเรื่อง “ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ” ขึ้นเมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2543 ณ โรงแรมสยามชิตี้ กรุงเทพฯ มีผู้เข้าร่วมสัมมนา รวม 168 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารประเทศ สมาชิกกุฎិสภา สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร สื่อมวลชน ผู้นำชุมชนและผู้ทรงคุณวุฒิ

การสัมมนาในภาคเช้าเป็นการสัมมนาเรื่อง “ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ” มี ศ.นพ. ประเวศ วงศ์ เป็นผู้ดำเนินการสัมมนา ให้เวลาสัมมนารวม 3 ชั่วโมง 15 นาที มีผู้อภิปากย 26 ท่าน ผู้ ชุมการถ่ายทอดสดทางโทรทัศน์ของ อ.ส.ม.ท. โทรเข้าไปแสดงความคิดเห็น 24 ท่าน

สรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมมนาปรากฏตามเอกสารที่แนบ 1

การสัมมนาภาคบ่าย เป็นการสัมมนากลุ่มย่อยกลุ่มละ 10 ท่าน จำนวน 11 กลุ่มใช้เวลา 2 ชั่วโมง โดยสัมมนาในหัวข้อ “จะร่วมกันสร้างระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการได้อย่างไร” สรุป ประเด็นสำคัญได้ดังปรากฏตามเอกสารที่แนบ 2

และท้ายการสัมมนา คุณโสภณ สุภาพงษ์ สมาชิกกุฎិสภา กล่าวสรุปปีกการประชุมมีสาระ สำคัญปรากฏตามเอกสารที่แนบ 3

จะทำอะไรต่อไป

การสัมมนาข้างต้น เป็นการเริ่มจุดประกายความคิด เพื่อเรียนรู้ประสบการณ์ ร่วมคิด รูปถก ดันการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างกว้างขวาง ประเด็นที่ได้จากการสัมมนา จะนำไปสู่การขยายผลให้ เกิดการพูดคุย ปรึกษาหารือ เพื่อขยายวงให้กว้างออกไป และนำไปสู่การศึกษา วิเคราะห์ สรุป องค์ความรู้ให้คุณชัด เพื่อนำสาระสำคัญบรรจุในพรบ.สุขภาพแห่งชาติที่จะจัดร่างขึ้นในอนาคตต่อไป

ทั้งนี้เมื่อวันที่ 9 พฤษภาคม 2543 ครม.ได้ให้ความเห็นชอบ ระบุรายละเอียดรายรัฐมนตรีว่า ด้วยคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) เพื่อจัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติขึ้นมา ทำหน้าที่ผลักดันและดำเนินการให้เกิด พรบ.สุขภาพแห่งชาติ และเกิดการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างเป็น รูปธรรม โดยมีเวลาทำงานไม่เกิน 3 ปี จากนั้นที่มีการประชุมคณะกรรมการครั้งแรก คปรส.มีสำนักงาน ปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) ทำหน้าที่เป็นองค์กรเลขานุการ

จากนี้ไปก็จะมีกิจกรรมที่ทำงานร่วมกับประชาชนและสื่อมวลชนอย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง ตามลำดับ

เอกสารแนบ 1

**สรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมมนาภาคเช้า
“ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ”**

เวลา 9.45 น. – 13.00 น.

สภาพทั่วไปของสภาวะสุขภาพ และระบบสุขภาพ ที่อยากรหัน

1. ทำอย่างไรให้คนมีชีวิตอย่างมีความสุขให้นานที่สุด
2. ต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพทั้งกาย จิต และวิญญาณและสังคม
3. ต้องเน้นการป้องกันโรค การสร้างสุขภาพ ซึ่งต้องให้ความสำคัญกับเรื่องของการดำเนินชีวิตดีชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะบทบาทของทุ่มชน / หมู่บ้าน
4. ระดมความร่วมมือจากทุกฝ่ายมาช่วยกันรับผิดชอบดูแล (All for Health : Total Reform Strategy)
5. ต้องถือว่าบริการสุขภาพ/การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชน ระบบประกันการมีสุขภาพดีที่ครอบคลุมประชาชนทุกคนอย่างทั่วถึง จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องการให้เกิดหลักประกันในการมีสุขภาพดี อาจประกอบด้วย
 - สิ่งแวดล้อมที่ดี
 - เข้าถึงบริการ
 - ลิฟธิในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
6. อยากรหันระบบที่ดี ไม่ใช่มองว่าเป็นเพียงความรับผิดชอบของประชาชนแต่ละคนเท่านั้น
7. ต้องมีการคุ้มครองให้มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี ทั้งสิ่งแวดล้อมที่ลดปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพ ลดความเครียดทางจิตใจ และลดการสร้างเจตคติ ค่านิยมที่ไม่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี
8. อยากรหันคนไทยต้องมีหน้าที่ดูแลสุขภาพตนเอง (เขียนไว้ในกฎหมายโดยได้ใหม)
9. อยากรหันคนไทยมองชีวิตให้ยาวนาน ลดทัศนคติการเสี่ยงกับสิ่งที่ไม่จำเป็น มีค่านิยมที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ
10. ไม่อยากให้เรื่องสุขภาพอยู่ในมือของผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น (demedicalisation)
11. ต้องมีธรรมาภิบาลเพื่อสร้างสุขภาพที่ดี
 - 11.1. อยากรหันมีระบบที่จัดการเรื่องสุขภาพต่างจากเรื่องอื่นๆ – โดยเฉพาะน่าจะต่างจากระบบธุรกิจ
 - 11.2. ต้องมีการจัดการเรื่องทรัพยากรที่จะนำมาใช้เพื่อสุขภาพ (ให้ใช้ทรัพยากรของสังคมที่มีอยู่จำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด)

12. เป้าหมายหรือจุดเน้นในรายละเอียดบางด้าน เช่น ชีวิตปลอดภัยจากสารพิษ / สารเคมี อย่างเห็นแพทย์/พยาบาล/เครื่องมือครบชุด : 100 คน, มี สอง ทุกหมู่บ้าน และมีการซ่อมเหลือผู้มีรายได้ น้อย, คนงาน, ผู้พิการ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ มาตรการ และบทบาทของส่วนต่างๆ

1. ส่งเสริมการเรียนรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนโดยผ่านวัด, โรงเรียน, สื่อมวลชน

2. รัฐบาลต้องมีบทบาทเข้ามามากแล้วจัดการในเรื่องสำคัญๆ เช่น

- ระดมความร่วมมือในการแก้ปัญหาจากภาคส่วนต่างๆ ในสังคม

← พ.อ.เอกชน, อาสาสมัคร, ชุมชน

- รัฐต้องลงทุนอย่างจริงจัง โดยเน้นการสร้างสุขภาพ

← จัดระบบการเงิน รัฐลงทุนด้วย, ให้ชุมชนมีส่วนร่วมจัดการกองทุน,

บ่าเจกต้องมีส่วนรับผิดชอบ ช่วยออกเงินด้วย

- ต้องมีการปรับปรุงระบบภาษี เพื่อหารเงินมาให้เพียงพอสำหรับระบบสุขภาพ

- มีนโยบายชัดเจนที่จะช่วยคนยากจน ผู้ด้อยโอกาสในสังคม

3. ต้องมีการกระจายอำนาจเพื่อการแก้ปัญหา โดยเฉพาะการสร้างความเข้มแข็งและอำนาจแก่องค์กรท้องถิ่น เช่น อบต. เป็นต้น เพื่อการประสานและระดมความร่วมมือจากทุกฝ่าย

4. ต้องพัฒนาด้านอื่นๆ เพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดีและป้องกันการเจ็บป่วยโดยไม่จำเป็น โดยเฉพาะการเมือง เพื่อให้สังคมได้มีกลไกที่มีคุณภาพมาตรฐานแล้วความเป็นอยู่ที่ดีในภาพรวม นอกจากนี้ จะต้องพัฒนาด้านอื่นๆ ควบคู่กันไปได้แก่

4.1 เน้นพัฒนาชนบทไม่ให้เข้มแข็ง ไม่ต้องเคลื่อนย้ายมาเข้าเมือง

4.2 ดูแลเรื่องลิ้งแวดล้อมให้สะอาด ปลอดภัย

4.3 เน้นเรื่องวิถีชีวิตที่สร้างสุขภาพดี วัฒนธรรมเพื่อสุขภาพ รู้จักเลือกรับวัฒนธรรมต่างประเทศ

ประเทศ

4.4 พัฒนาการเกษตรแบบพึ่งตนเอง

4.5 พัฒนาระบบอุดหนากรรรมเพื่อเพิ่มความปลอดภัยทั้งกับคนทำงาน และกับประชาชน

ภายนอก

5. ควรมีหลักประกันการมีสุขภาพดีวนหน้า (ระบบประกันการมีสุขภาพดีด้วยหน้า) ที่จะให้หลักประกันพื้นฐานที่ดีให้กับคนไทยอย่างทั่วถึง โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ทางการเงิน ผสมผสานกับการกำหนดมาตรการโดยใช้ความรู้ทางวิชาการ ร่วมกับการระดมการมีส่วนร่วมจากผู้มีอำนาจซื้อ ซึ่งอาจครอบคลุมเรื่อง ต่อไปนี้

5.1 มีการประกัน/ประกันสิทธิของประชาชนในเรื่องสุขภาพ รวมทั้งการให้ข้อมูลวิชาการอย่างถูกต้อง ไม่บิดเบือนเพื่อประโยชน์ทางการค้า

5.2 สิทธิในการรับรู้ทั้งเรื่องของระบบและเรื่องของสุขภาพ/ความเจ็บป่วยของตนเอง

5.3 ผู้สูงอายุได้รับหลักประกันว่าจะได้รับการรักษาพิเศษ

6. อย่างเห็นจะด้วยในระบบบริการที่ดีขึ้น เช่น

- มีสถานบริการเบื้องต้นที่ไม่ใช่โรงพยาบาล, มีหน้า/พยาบาลประจำครอบครัว

- มีทางเลือกในการไปรับบริการไม่ใช่ที่เดียว, มีการให้สมุนไพร, การแพทย์แผนไทย – ไม่ผูกขาดโดยแผนปัจจุบันเท่านั้น

- มีผู้ให้บริการที่มีสถานะหลากหลาย (เช่น ราษฎร์ / ในกำกับรัฐ , เอกชน , ชุมชน)

- ชุมชนอาจตั้งสถานบริการสุขภาพของชุมชนเอง

- มีระบบมาตรฐานคุณกำกับให้มีมาตรฐานคุณภาพในการจัดบริการ

- ราษฎร์ให้บริการไม่มีวันหยุด (24 ชม.), ไม่ดุ, ไม่ว่า, ไม่มีมาตรฐาน, สร้างแรงจูงใจแก่บุคลากร โดยเฉพาะที่ทำงานในพื้นที่ห่างไกล

- มีระบบที่จะให้เข้าถึงยาจำเป็นโดยมีราคาไม่แพง (โดยเฉพาะภัยได้แนวโน้มนโยบายเปิดเสรีทางการค้า)

- ห้ามมีระบบจ่ายค่าตอบแทนแพทย์โดยผูกพันกับการให้เบอร์เติน์ของบริการที่แพทย์สั่งให้ เป็นต้น

7. อย่างเห็นชอบที่เข้ามาสืบเรื่องสุขภาพอย่างมีคุณภาพ เพื่อช่วยสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพที่ดีกับประชาชน/สังคม แต่ต้องมีการควบคุมดูแลการโฆษณาต่างๆ ด้วย รวมทั้งไม่ให้มีการให้ข้อมูลที่บิดเบือนเพื่อข้อมูลเชิงพาณิชย์

8. ต้องมีการดูแลจัดการฝ่ายระบบกฎหมายเพื่อมาช่วยดูแลให้คนไทยมีสุขภาพดี

9. ยุทธศาสตร์ในการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูป เช่น

- ต้องสร้างความตื่นตัวของสังคมให้การสร้างระบบที่ดีขึ้น สื่อมวลชนจะมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง (อย่างให้มีการแสดงประชามติ)

- ต้องมีการหาความร่วมมือจากฝ่ายการเมือง ให้การเมืองเข้ามามีส่วนร่วม

- ต้องมีการสร้างความรู้ที่พอเพียง

- ต้องกำหนดเป้าหมายและเงื่อนเวลาให้ชัดเจน

- ใช้มาตรการทางภาษีเพื่อควบคุมจำกัดการใช้สิ่งต่างๆ ที่มีประโยชน์ (หรือไม่มีประโยชน์)

แต่ให้มาก เช่น บุหรี่ เหล้า เป็นต้น และอย่างให้รวมเรื่องยาฆ่าแมลงด้วย

- ร่าง พรบ.ที่จะร่าง ต้องเน้นการจัดระบบ / ระบบที่ดีเพื่อสุขภาพ ไม่ใช่กฎหมาย กม.ที่จะกำหนดว่าประชาชนต้องทำอย่างนั้น อย่างนี้ และควรกำหนดเงื่อนไข / มาตรการสำคัญๆ ในภาพรวมด้วย

10. สงเสริมให้มีการศึกษาวิจัย เช่น เรียนรู้จากบทเรียนของประเทศอื่นๆ สร้างความรู้ความสามารถในการวิจัย เรียนรู้เพิ่มเติม เรียนรู้จากภูมิปัญญาชาวบ้าน เป็นต้น

11. ความมีแผน/มาตรการที่จะแก้ปัญหาสุขภาพประชากรกลุ่มต่างๆ แยกกันให้ชัดเจนขึ้น เช่นเน้นเรื่องสิ่งแวดล้อมในแผนที่เกี่ยวกับคนงาน เป็นต้น

12. ต้องสร้างกลไกที่มีประสิทธิภาพและศักยภาพในการบริหารจัดการ รวมทั้งกลไกใหม่ๆ บางอย่างเช่น กลไกการพัฒนาระบบการแพทย์ทางเลือก กลไกที่มาตรฐานแล้วเรื่องการใช้เงินเพื่อสุขภาพ เป็นต้น

13. สงเสริมการแพทย์แผนไทย การใช้สมุนไพร ให้ประเทศพึงพาคนเองให้ได้ในการผลิตยา โดยมีกรอบกฎหมายที่ชัดเจน แยกจากแนวคิด ระบบการผลิตยาแผนปัจจุบัน

14. มาตรการเฉพาะด้านอื่นๆ เช่น

14.1 สงเสริมการกีฬาเพื่อการสร้างสุขภาพ ไม่ใช่เพื่อการแข่งขันสร้างความเป็นเลิศ

14.2 สงเสริมเวชศาสตร์พื้นบ้าน ร่วมกับการสงเสริมผู้พิการให้ช่วยคนเอง

14.3 สอนเด็กให้มีความรู้/บทบาทในการดูแลตัวเองที่ปฏิบัติในชีวิตจริงได้

14.4 เรื่องงานอาชีวอนามัยต้องได้รับการดูแลอย่างจริงจัง โดยร่วมมือระหว่างกระทรวงต่างๆ อย่างจริงจัง

14.5 สุขภาพ/การควบคุมป้องกันโรคชายแดน

14.6 ควบคุมกำกับเรื่องมาตรฐานอาหารเพื่อการให้สงเสริมสุขภาพ

**สรุปการประชุมระดมความคิดเห็นจากกลุ่มย่อย
การประชุมสัมมนาระดับชาติ “ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ”
เวลา 13.00 – 15.30 น.**

1. ยุทธศาสตร์หลักในการปฏิรูประบบสุขภาพ

ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ

1. เป็นระบบสุขภาพ ที่เปลี่ยนจากซ้อมสุขภาพ มาเป็นการสร้างสุขภาพ เน้นการป้องกันมาก กว่าการรักษา
2. เป็นระบบสุขภาพที่มีทางเลือกที่หลากหลาย สอดคล้องกับวัฒนธรรมของลั่งคนไทย
3. เป็นระบบที่คนไทยทุกคนมีสิทธิในการมีสุขภาพดี
4. เป็นระบบสุขภาพที่คนไทยทุกคน มีสิทธิในการเข้าถึงบริการและข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข อย่างเท่าเทียมและเสมอภาค

ยุทธศาสตร์ในการปฏิรูป

1. การปรับวิธีคิดและมุ่งมองด้านสุขภาพ คือ การแยกแยะระหว่างระบบสุขภาพกับระบบสาธารณสุข
 - สนับสนุนให้บุคลากรด้านสาธารณสุขทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกให้มากขึ้น
 - องค์กรหลักต้องสามารถทำงานเชิงรุกได้โดยเฉพาะต้องพิจารณาดูมุ่งมองด้านสุขภาพใน เชิงลึกเกี่ยวกับเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น มาตรฐานความปลอดภัยในอุตสาหกรรม สาเหตุ ของอุบัติเหตุ / อุบัติภัยต่าง ๆ ปัญหาเพดพิด เป็นต้น
 - สนับสนุนให้เกิดวัฒนธรรมของการส่งเสริมสุขภาพด้วยกระบวนการใช้ยาและเทคโนโลยีที่ เหมาะสม
2. การมีหลักประกันสุขภาพโดยด้านหน้า ต้องสร้างระบบที่ทำให้คนไทยทุกคนมีหลักประกัน สุขภาพ, มีมาตรฐานการให้รับบริการขั้นพื้นฐาน สำหรับผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ควรมีส่วนร่วมในการ รับภาระ, ในกรณีที่ระบบการประกันสุขภาพระบบเดียว ยังทำไม่ได้ ควรต้องมีระบบที่เป็นพื้นฐานขั้นต่ำ
3. ระบบการให้บริการด้านสุขภาพ ต้องมีการปรับเปลี่ยน โดย
 - มีระบบการกระจายอำนาจ ศูนย์การบริหารส่วนท้องถิ่น
 - มีความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน ประชาชน และองค์กรในสังคม เป็นเครือข่ายการ จัดบริการในพื้นที่ ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งของรัฐและของเอกชน ให้มีประโยชน์สูงสุด และมีหลักประกันในเรื่องของคุณภาพของการให้บริการ
 - มีนโยบายการกระจายระบบการบริการด้านสุขภาพ ไปสู่ประชาชนในภาคเกษตรกรรม และต่อประชาชนผู้ด้อยโอกาส กลุ่มอื่น ๆ ให้มากขึ้น

- การบริการด้านสุขภาพ ควรส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น ประสบการณ์และการแพทย์แผนไทย, การแพทย์พื้นฐานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน และการมีการแก้ไขกฎหมายให้อื้อต่อการเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น

- องค์กรรัฐส่วนกลาง ต้องมีหน้าที่ในการประกันคุณภาพและมาตรฐานการบริการ

วิธีการ

1. สร้างความตื่นตัวในหมู่ประชาชน ดูประกายความคิดในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลตนเอง เช่น การจัดให้มีสังคมของชุมชนหรือกลุ่มออมทรัพย์เพื่อเป็นสวัสดิการของคนในชุมชน

2. การปรับเปลี่ยนระบบการบริหารจัดการ รัฐควรจัดงบประมาณให้ชุมชนจัดการและสร้างกลไกระดับชุมชน เพื่อร่วมตัดสินใจในการใช้เงินงบประมาณ ตลอดจนการจัดบริการด้านสาธารณสุขโดยชุมชนเอง เช่น ร้านยาในชุมชน คลินิกชุมชน และการแพทย์พื้นบ้าน

3. การปรับโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นกระทรวงที่เป็นศูนย์กลางที่สมดุลย์

4. รัฐ และเอกชน จะต้องร่วมกันกระตุ้นให้ประชาชนรู้ถึงสิทธิที่จะมีสุขภาพดี เพื่อให้เกิดพลังซึ่งเป็นหัวหน้าที่และสิทธิของประชาชนที่จะมีสุขภาพดีและต้องส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ เพื่อสุขภาวะที่ดี โดยใช้สื่อต่าง ๆ ให้เป็นประโยชน์ และร่วมกันสร้างกระแสของการเคลื่อนไหวปฏิรูปสุขภาพร่วมกัน

5. สนับสนุนการสร้างเครือข่ายทรัพยากรในชุมชนให้มากขึ้น สนับสนุนการสร้าง District Health Board ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

6. ต้องมี พรบ. สุขภาพแห่งชาติ ฉบับจะเป็นกลไกที่จะนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ และการสร้างระบบที่ดีในระยะยาว กฎหมายที่เขียนต้องไม่ก่อวังวนเกินไป จนเป็นแต่หลักการหรือคำขอ แต่ต้องมีแนวทางในการนำไปปฏิบัติได้ ต้องเป็นรูปแบบกฎหมายแบบใหม่ที่วางแผนในการปฏิบัติ วางแผนในระยะยาว แต่ต้องระวัง มิให้ลະเลียในแต่รายละเอียด

7. ต้องมีการปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสาธารณสุข

8. ต้องมี Healthy Public Policy

2. เรายากเห็นหน่วยงานอะไรใหม่ ๆ ในระบบสุขภาพของประเทศไทย

- เสนอให้มีการจัดตั้งหน่วยงาน ที่ดูแลด้านสิทธิของประชาชนในเรื่องสุขภาพ ดูแลผู้ด้อยโอกาสและหน่วยงานด้านการสื่อสารในด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วยบุคลากรด้านสาธารณสุขอีก ๑ (มิใช่เฉพาะแพทย์อย่างเดียว)

- ให้มีองค์กรสาธารณสุขภาคประชาชน ซึ่งจะประกอบไปด้วยภาครัฐ เอกชนและชุมชน รวมกัน มีความสนใจที่คล้ายคลึงกัน สองเสริมให้มีการสร้างเครือข่ายภาคประชาชนเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง และเป็นพลังในการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ หรือมีหน่วยงานกลางในการประสานระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงอื่นๆ

- สถานบริการสาธารณสุข ควรปรับไปสู่รูปแบบองค์กรมหานคร
- ควรมีคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ที่ไม่มาจากภาระแต่งตั้งโดยรัฐบาล

3. การปฏิรูประบบสุขภาพรัฐบาลควรทำอะไรบ้าง

3.1 ต้องพัฒนาศักยภาพการจัดการ โดยการส่งเสริมการเรียนรู้ ระหว่างชุมชน จัดให้มีเวทีพูดคุย เรื่องสุขภาพในชุมชน สงเสริมให้มีการเริ่มสร้างความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้นำชุมชน เพื่อการขยายผลไปสู่ประชาชนในระดับภาคทุกๆ จังหวัด

3.2 รัฐควรปรับเปลี่ยนวิธีการพัฒนาประเทศตามแบบที่ทำอยู่ในปัจจุบัน มาเป็นการพัฒนาคน พัฒนาเศรษฐกิจแบบพึ่งตนเอง โดยเน้นนโยบายในการสร้างสุขภาพ และป้องกันโรค มากกว่า การรักษาพยาบาล และการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน ให้มากกว่าการรักษาด้วยเช่นกัน

3.4 ต้องมีแผนแม่บทในการปฏิรูประบบสุขภาพ อาจจัดตั้งเป็นองค์กรที่ลักษณะ 3 ประการ คือ

- เป็นองค์กรที่สะท้อนความต้องการ และปัญหาที่ต้องการให้แก้ไขได้อย่างแท้จริง
- เป็นหน่วยงานทางวิชาการที่มีอิสระและมีทุนศึกษาวิจัย
- เป็นหน่วยงานที่มีระบบการตรวจสอบ ที่มีมาตรฐานน่าเชื่อถือ และสามารถตรวจสอบองค์กรที่ทำงานด้านบริการสุขภาพ ได้ทั้งของภาครัฐและเอกชน และการมีหน้าที่ในการคุ้มครองผู้บริโภค ดูแลสิทธิของผู้บริโภคและควรเป็นหน่วยงานที่แยกออกจากภาครัฐ มีความเป็นอิสระในการทำงาน และเอกสาร และการมีหน้าที่ในการคุ้มครองผู้บริโภค ดูแลสิทธิของผู้บริโภคและควรเป็นหน่วยงานที่แยกออกจากภาครัฐ มีความเป็นอิสระในการทำงาน

3.5 ต้องมีการปรับปรุงกฎหมายและองค์กร เพื่อรองรับการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ จากกฎหมายเดิม ในขณะเดียวกันต้องมีการปรับปรุงกลไกในการบังคับใช้กฎหมายด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น สารและยาที่ใส่ในอาหารสัตว์, ดอกไม้และสารเคมี, สารพิษในพืชผลทางการเกษตร ตลอดจนการควบคุมคุณภาพของสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การปรับปรุงในด้านกฎหมาย ควรครอบคลุมถึงการควบคุมด้านคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ ในขณะเดียวกัน ดำเนินกิจกรรมการอาหารและยา (อย.) ต้องปรับบทบาทในการคุ้มครองผู้บริโภคมากขึ้น เช่น ไม่ควรเห็นแก่ผู้ประกอบการมากจนเกินไป เช่น กล้าที่จะประกาศ ผู้ประกอบการที่ทำผิดกฎหมาย ให้จราจรสั่น

3.6 มีการปฏิรูปการศึกษาในกลุ่มของบุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ควรศึกษาเรื่องทางด้าน Social Medicine มากขึ้น และส่งเสริมการศึกษาแพทย์ทางเลือกมากขึ้น ในขณะเดียวกันการประสานการปฏิรูปการศึกษาและการปฏิรูประบบสุขภาพให้เป็นเรื่องเดียวกัน เมื่อจากนั้นเรื่องที่เชื่อมโยงกับการปรับเปลี่ยนวิธีของคน

3.8 ในด้านของการประกันสุขภาพ รัฐควรจัดให้มีระบบประกันสุขภาพระบบที่ยั่งยืนโดยเฉพาะ
ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและเอกชน ในขณะเดียวกันควรปฏิรูปสถานพยาบาลในระดับต่าง ๆ
ให้เข้ามามีส่วนร่วมในหลักประกันสุขภาพด้วยในทุกระดับ

3.9 ใน การปฏิรูประบบสุขภาพรัฐควรมีนโยบาย ในการปรับบทบาทของภาครัฐประจำใจ
พยาบาลและภาครัฐประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้มีบทบาทในการทำงานเชิงรุกมากยิ่งขึ้น

3.10 ควรมีคณะกรรมการติดตาม สุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย รัฐมนตรีจากหลาย ๆ กระทรวง มา
รวมกันเป็นคณะกรรมการติดตามสุขภาพ และกำหนดนโยบายที่เกี่ยวกับสุขภาพ

4. ในการปฏิรูประบบสุขภาพ พรรคการเมืองควรทำอะไรบ้าง

พรรคการเมืองควรมีนโยบายด้านสุขภาพที่ชัดเจน โดยเน้นการปฏิรูประบบสุขภาพ ให้ความ
สำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ตลอดจนให้การสนับสนุนกิจกรรมเชิงสุขภาพ ในขณะ
เดียวกันต้องให้ความรู้แก่ สมาชิกของพรรคการเมืองให้เข้าใจถึงความหมายของคำว่าสุขภาพ ที่นอก
เหนือ จาก โรงพยาบาล, สถานอนามัย โดยเฉพาะเกี่ยวกับงานอาชีวอนามัย และสนับสนุนนโยบาย
ทางภาษีที่ชัดเจนในการเสริมสร้างสุขภาพ และควรผลักดันให้มีกฎหมาย ควบคุมการโฆษณา ผลิต
ภัณฑ์เสริมความงามอย่างจริงจัง พรรคการเมืองควรขยายผลการปฏิรูปในประเด็นต่างๆ ออกไปและ
เรียนโครงสร้างการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน โดยเฉพาะประเด็นเรื่องการอยู่ดีมีสุขของประชาชน
ในขณะเดียวกัน ต้องพัฒนาระบบวิธีคิดให้เปลี่ยนทิศนคติจาก Pro – Rich เป็น Pro – Poor

5. ในการปฏิรูประบบสุขภาพ ภาคธุรกิจเอกชนควรทำอะไรบ้าง

5.1 ภาคธุรกิจบริการสุขภาพ ได้แก่ สินค้าที่มีผลกระทบต่อสุขภาพต้องมีส่วนจ่ายให้กับ
เรื่องสุขภาพ เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมได้ แต่ต้องอยู่ภายใต้กฎหมาย และเงื่อนไขที่เป็นธรรมต่อประชาชน
มีคุณธรรม จริยธรรมในการดำเนินธุรกิจด้านสุขภาพ ในขณะเดียวกัน ไม่นำการบริการสุขภาพมาหา
กำไรทางการค้า ให้มีมาตรการไม่อนุญาตให้โรงพยาบาลเอกชนเข้าติดคลาดหุ้น ทิ้งຢูในตลาดหุ้นแล้วให้
ออกจากตลาดหุ้น

5.2 ภาคธุรกิจทั่วไป ได้แก่ การมีความรับผิดชอบในการจัดให้มีระบบสุขภาพ ป้องกันความ
ปลอดภัยและหลักประกันด้านสุขภาพของพนักงาน สรงเสริมการรักษาสิ่งแวดล้อม ร่วมกับสร้างกระแส
ในการสร้างเสริมสุขภาพในหมู่ประชาชน มีนโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และ
ชุมชนในพื้นที่ใกล้เคียงที่ดำเนินธุรกิจ ดูแลบุคลากรและพนักงานให้มีสุขภาพดีและสนใจในการสร้าง
เสริมสุขภาพ 在การดำเนินธุรกิจให้คำนึงถึงเรื่องสุขภาพ และการคืนกำไรให้แก่สังคม

6. ในการปฏิรูประบบสุขภาพ ประชาชนควรทำอะไรบ้าง

ประชาชนต้องปรับเปลี่ยนวิธีคิดและพัฒนาตนเอง พึงตระหนักรู้ถึงความต้องการดูแลสุขภาพตนเอง
เป็นหน้าที่ ต้องปลูกจิตสำนึกให้มีความตระหนักรู้ถึงการดูแลสุขภาพ สนับสนุนให้ประชาชนทุกคน เข้า
มา มีบทบาท และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และรู้คุณค่าของการมีส่วนร่วม เช่น ชื่อบัตรสุขภาพ ใน
กรณีประชาชนที่ยากจนจริง ๆ รัฐควรต้องให้ความช่วยเหลือเกื้อjos

ประชาชนความมีองค์กร และขบวนการคุ้มครองผู้บุกรุกเพื่อพิทักษ์รักษาสิทธิของประชาชนในด้านสุขภาพและความมีศูนย์ประสานงาน ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในระดับจังหวัด ที่มีองค์ประกอบ และร่วมกันทำงาน แบบพหุภาคี

7. ในการปฏิรูประบบสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรทำอะไรบ้าง

7.1 อบจ., อบต. เป็นองค์กรที่มีบทบาทสำคัญในการนำความรู้ด้านสุขภาพมาสู่ชุมชน ในพrn. การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นขององค์กรส่วนท้องถิ่น จะมีบทบาทในการบริหารจัดการเกี่ยวกับงานด้านสุขภาพมากขึ้น ความมีการศึกษา รูปแบบของการบริหารจัดการ ด้านการจัดบริการสุขภาพ ขององค์กรบริหารส่วนตำบลของแต่ละแห่ง ในขณะเดียวกันความมีบุคลากรทางด้านสาธารณสุข หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข เข้าไปเป็นองค์ประกอบของกรรมการ อบต. รูปแบบขององค์ประกอบ และการบริหารของ อบต. แต่ละแห่งอาจจะมีความหลากหลาย ซึ่งจะให้อ่ายกับความเหมาะสมในแต่ละที่นั่น ที่แต่ต้องมีระบบกำกับ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและต่อคล่องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ

7.2 เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และองค์กรท้องถิ่น ควรให้เข้ามามีส่วนร่วมในระบบบริการให้มากขึ้น องค์กรท้องถิ่นจะมีบทบาทในการดูแลการให้บริการได้ดียิ่งขึ้น เพราะบริหารจัดการโดยองค์กรท้องถิ่นและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเป็นลักษณะของ Civil Society โดยประสานกับกลุ่มคนต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อร่วมกันผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพ

7.3 สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน ควรโอนไปอยู่กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขณะเดียวกันความมีแพทย์ประจำอยู่ในระดับตำบล

8. ในการปฏิรูประบบสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ควรทำอะไรบ้าง

8.1 กระทรวงสาธารณสุข ควรเป็นแกนนำในการดำเนินการเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ และขยายเครือข่าย เรื่องประสาน ความร่วมมือกับองค์กรอื่น ๆ นอกกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนภาคเอกชน ในการสร้างเสริมสุขภาพในเชิงรุก ในขณะเดียวกัน กระทรวงสาธารณสุข ควรปรับลดขนาดลงให้มีความกระหัดระวัง และคุณนโยบายหลัก ๆ ในด้านปฏิรูประบบสุขภาพ เรื่องทางวิชาการ ส่วนเรื่องการบริการ ควรจะให้หน่วยงานอื่นที่มีใช้กระทรวงเป็นผู้ทำ

8.2 นโยบายการส่งเสริมประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ควรพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างมีบูรณาการ เป็นเป้าหมายที่สำคัญ โดยเน้นนโยบายด้านการป้องกันมากกว่าการรักษา

8.3 รัฐควรต้องจัดให้มีบุคลากรทางด้านสาธารณสุข อย่างเพียงพอในการดูแลสุขภาพของประชาชน และในขณะเดียวกัน ต้องเน้นในการปรับกระบวนการทักษะใหม่ของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ให้ทำงานเชิงรุกในการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้สถานีอนามัยเป็นสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจ ควรส่งเสริมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่เกี่ยวน้อยให้มีบทบาทหนุนเสริมซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความขาดแคลนบุคลากร เช่นกัน

8.4 ปรับระบบวิธีการ จัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ ควรแยกระบบการจัดหายาและระบบการส่งจ่ายยาออกจากกันอย่างชัดเจน เพื่อป้องกันการทุจริต ในขณะเดียวกันควรต้องปรับ วิธีการการเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลให้ไปร่วมใส่

8.5 ระบบการประกันสุขภาพ โดยเฉพาะผู้มีบัตรสวัสดิการและการประกันสุขภาพ ควรให้มีมาตรฐาน เป็นแบบเดียวกัน

8.6 ควรมีองค์กรทางด้านประชาสัมคมร่วมตรวจสอบการทำงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เพื่อความโปร่งใส

9. ในการปฏิรูประบบสุขภาพ กระทรวง ทบวง กรม อื่น ๆ ควรทำอย่างไร

-ควรประสานแผนงานโครงการและงบประมาณระหว่างกระทรวง ทบวง กรมต่าง ๆ เพื่อลดความซ้ำซ้อน พัฒนาระบบบริการโดยเฉพาะงานอาชีวอนามัย ในโรงงาน สถานประกอบการให้มีคุณภาพมากขึ้นเพื่อให้คนขายขอนได้ใช้บริการสุขภาพในระบบโรงงานมากขึ้น ไม่ต้องไปพึงสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียว

-ควรจะต้องมีการปฏิรูประบบราชการควบคู่ไปกับการปฏิรูประบบสุขภาพ

-ความรู้ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพควรให้ความรู้ผ่านระบบโรงเรียน เพื่อให้เด็กนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในครอบครัวของตน เองได้

-ศักยภาพครองต้องเข้ามาควบคุมการทำงานของรัฐ และในขณะเดียวกันเปิดช่องให้ เอกชนและประชาชนมีปาก มีเสียงในการมีส่วนในการเสนอนโยบายของรัฐ

10. ในการปฏิรูประบบสุขภาพ องค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) ควรทำอะไรบ้าง

-องค์กร NGO ควรต้องปรับบทบาทของตนเอง ในการแสวงหาความรู้ในด้านสุขภาพ ถ่ายทอดสู่ชุมชน และให้เข้าใจพื้นฐานในการดูแลสุขภาพตนเองและสนับสนุน การรวมตัวของประชาชนในชุมชน ให้พึงตนเองในเรื่องการดูแลสุขภาพและความมีบทบาทในการช่วยกันรณรงค์ให้ประชาชนสนใจดูแลสุขภาพในด้านต่าง ๆ สนับสนุนให้ประชาชนได้มีการจัดทำที่ในการพูดคุยเรื่องสุขภาพ

-NGO ควรประสานงานองค์กร NGO อื่น ๆ เพื่อเข้าร่วมกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ และพร้อมที่จะปรับบทบาทของตนเอง จากลักษณะงานอาสาสมัคร มาเป็นการสนับสนุนบทบาทอื่น ๆ ด้วย

-ส่งเสริมให้มีการสร้างความสัมพันธ์กับ NGO ต่างประเทศ และดึงทรัพยากรจากต่างประเทศ มาสนับสนุนทำงานในประเทศไทย

11. ในการปฏิรูประบบสุขภาพ องค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุขควรทำอะไรบ้าง

-องค์กรวิชาชีพต้องเป็นผู้นำในการปฏิรูประบบสุขภาพ และพร้อมที่จะปฏิรูปตัวเอง เช่น การกระจายอำนาจทางวิชาชีพ เป็นต้น ควรเพิ่มบทบาทของบุคลากร วิชาชีพอื่นเพื่อมีส่วนในการให้บริการทางการแพทย์ โดยมีกฎหมายรองรับในการให้การรักษาผู้ป่วย เช่น พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักสาธารณสุข นักจิตวิทยาและการแพทย์ทางเลือกสาขาอื่น ๆ

- รวมพลังองค์กรวิชาชีพต่าง ๆ ทั้งในและนอกภาคสาธารณสุขในการปฏิรูประบบสุขภาพ และมีการทำงานร่วมกันในแนวร่วม สงเสริมการมีส่วนร่วมในการคิด สร้างสรรค์ เพื่อเป็นทีมสุขภาพ ที่เข้มแข็ง และความมีกองทุนสนับสนุนและเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรวิชาชีพ

12. ในการปฏิรูประบบสุขภาพ วุฒิสมาชิกควรทำอะไรบ้าง

-ให้กำหนดที่ดินรัฐธรรมนูญให้สมบูรณ์ ออกกฎหมาย, กลั่นกรองกฎหมาย, กำกับดูแล รัฐบาลและสส. ผลักดันกฎหมาย พรบ. สุขภาพแห่งชาติ และดูแลให้มีกฎหมายที่ดี มีความครอบคลุม

-ต้องทำงานร่วมกับกลุ่ม เป็น civic group ที่มีความหลากหลายที่มีพลังในสังคม ทำให้ การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

-ปรับกฎหมายและระเบียนให้สามารถดำเนินการได้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในระดับกฎ กระทรวง ว่าต้องมีลักษณะที่เอื้อต่อการปฏิรูป โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของสังคมตลอดจนควบคุม และกำกับรัฐบาลให้ทำงานอย่างที่ได้วางไว้

13. ในการปฏิรูประบบสุขภาพ สื่อมวลชนควรมีบทบาทอย่างไร

13.1 ช่วยสนับสนุนให้มีการเผยแพร่และสร้างกระแสสังคมหมุนการปฏิรูป มีระบบ และกระบวนการทางการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ประชาชน สนับสนุนสื่อโฆษณา ที่เข้าใจด้านสุขภาพ เช่น การโฆษณาไม่ให้สูบบุหรี่ และความมีการจุดประกายในเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วม ของทุกคน

13.2 สงเสริมสื่อที่มีจริยธรรม สื่อมวลชนควรมีการตรวจสอบกันเอง และสนับสนุนสื่อมวลชน ที่มีศักยภาพทุก ๆ สาขา มาเป็นพันธมิตร และช่วยแสดงความคิดเห็น

13.3 สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการนำเสนอข้อมูล หรือประสบการณ์ความทุกข์ ยากของประชาชน เช่น จส. 100, ร่วมด้วยช่วยกัน ซึ่งจะปรับเปลี่ยนจากผู้ฟังเป็นฝ่ายรับ มาเป็นผู้เสนอ ช่วยด้วยตนเอง ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่เป็นจริง และมีประโยชน์ในการระดมการมีส่วนร่วมของประชาชน

13.4 สนับสนุนสื่อหลัก ๆ ประเภท เพื่อเป็นช่องทางในการนำข่าวสารด้านสุขภาพไปสู่ประชาชน ข้อมูลที่ให้ควรจะง่ายต่อการเข้าใจ สื่อโทรทัศน์ จะมีบทบาทมาก สามารถเข้าถึงคนได้ทุกคน ไม่จำเป็นต้องอ่านออกเสียงได้ สื่อวิทยุท้องถิ่น ตามมาตรฐาน 48 ตามรัฐธรรมนูญใหม่ การจัดสรรคลื่นความถี่ ควรให้มีด้านสุขภาพ ควบคู่ไปด้วย ควรสนับสนุนสื่อเพื่อทุกคน โดยทุกคน โดยรัฐอาจลงทุนเป็นเครื่องมือ และทุกคนเป็นผู้บริหาร โดยเป็นทุกคนที่อาจจะไม่ใช่ทุกคนลักษณะพื้นที่ แต่เป็นทุกคนที่มีความสนใจในเรื่องที่คล้าย ๆ กัน มีลักษณะร่วมกัน เช่น จส. 100

13.5 ควรสนับสนุน ให้มีการใช้สื่อมวลชนในทางสื่อสารทางวิชาการกับคนส่วนใหญ่ โดยนำประเด็นด้านสุขภาพ ผนวกเข้าไปในการนำเสนอ เช่น เกมโชว์, นสพ., ละครทีวี

เอกสารแนบ 3

สรุปปิดท้ายการสัมมนาระดับชาติ
เรื่อง ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ
โดย นายสิงห์ สุภพงษ์ สมาชิกวุฒิสภา

ขอขอบคุณท่านผู้อ่านที่ให้เวลาและเวลาอ่านนี้ ทุกท่านได้บอกร่วมประชุมของประเพณีต่าง ๆ กันไปหมดแล้ว อย่างที่อาจารย์บรรยายได้พูดนั้นแหล่ครับว่า “ไม่ว่าจะพูดในประเพณีไหน ก็คงถูกต้องทั้งสิ้น เมื่อเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องก้าว ครอบคลุมทุกเรื่องก็เหลือว่าจะสามารถประกอบกันเข้ามาได้อย่างไร

ประเพณีแรกที่ผมอยากรีียนคือ (1) คงต้องประกอบประเพณีต่าง ๆ เข้ามาสู่ พรบ. สุขภาพแห่งชาติ นำสิ่งเหล่านี้เข้ามาอยู่ในนั้นให้ได้ และ (2) พรบ.สุขภาพนี้จะเน้นที่ไหน เพราะว่าจะลงไปทำทุกประเพณีคงไม่ได้ จะเน้นที่ปลายเหตุ หรือที่ต้นเหตุ ตรงนี้เป็นเรื่องสำคัญมาก ถ้าเน้นที่ปลายเหตุ ก็เหมือนว่า ผู้ถูกทำร้ายกำลังจะมาดูว่า จะช่วยเหลือกันได้อย่างไร และถ้าถูกทำร้ายมากขึ้น เราจะช่วยเหลือกันได้มากขึ้น อย่างไร ในประเพณีนี้ ท่านอาจารย์เสน่ห์ จามริก ได้เดือนเอาไว้บอกว่า ถ้าเราเน้นที่ปลายเหตุก็จะไม่จบ เรายังต้องเน้นที่ต้นเหตุ อาจารย์ใช้คำว่า กลุ่มคนที่มีบทบาทสำคัญในการปฏิรูปคือ บุคคลชุดเดียวที่ก่อปัญหา ที่ทำให้เราต้องปฏิรูป ผู้มีคิดว่าประเพณีสำคัญมาก เพราะฉะนั้น ควรเน้นที่ต้นเหตุ ต้องเน้นว่าต้นเหตุของปัญหาที่สำคัญมาจากไหน จากกระบวนการของสังคมและเศรษฐกิจ กระบวนการนันได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างมาก ไม่ว่าจะทางกาย ทางใจ ทางจิตวิญญาณ ทางสังคม จึงควรเป็นประเพณีที่ต้องเน้นดังที่ อาจารย์สอน และอาจารย์วัญสรวงได้พูดถึงไว้บ้างแล้ว

ประเพณีที่สอง จะเน้นที่สุขภาพอะไร สุขภาพที่มุกติดกับแพทย์หรือชาวบ้าน ถ้ามุกติดไว้กับแพทย์ 医師 ก็จะพูดถึงสุขภาพในวิถีของแพทย์ ในความเห็นทั้งหมด เห็นได้ชัดว่าต้องกลับไปเน้นที่วิถีชีวิตของชาวบ้าน ถ้าเน้นที่วิถีชีวิตของชาวบ้าน การเน้นกระบวนการร่วมสุขร่วมทุกข์ค่อนข้างสำคัญ ควรจะเป็นผู้ร่วมสุขร่วมทุกข์กับชาวบ้าน ตัวอย่างเช่น ปัญหาความทุกข์ที่คุณสมศักดิ์ โภศัยสุข ได้พูดถึงความทุกข์ของแรงงาน ผู้ดูโทรทัศน์เมื่อสองคืนก่อน วันแรงงานแห่งชาติ ต้องขอประทานโทษ ผู้ที่มีอำนาจทางแรงงานก็มาออกมากล่าว เขาจะให้ความเป็นธรรมกับทั้งสองฝ่าย ตอนนี้ประเทศไทยไม่มีเงิน ต้องรอประมาณปี 2545 นั้นคือ การขออภัยว่าทำไมถึงไม่ทำ

ถ้าเรากำหนดเป็นตัวอย่างสักหน่อยว่า ถ้าเมื่อไรมีแรงงานตกงาน 5 เปอร์เซ็นต์ คนกระหวงแรงงานก็จะต้องถูกปลดออก 5 เปอร์เซ็นต์ด้วย อย่างนี้คงจะเป็นความทุกข์ร่วมกัน ถ้าเมื่อไร คนงานที่ลงงาน หอบ้ามีค่าใช้จ่ายในการประกันสุขภาพ 250 บาทต่อคนต่อปี คนกระหวงแรงงานก็ได้เท่ากับ 250 บาทต่อคนต่อปี รวมทั้งอธิบดีด้วย อันนี้ก็จะคิดมากขึ้นว่าพอไหม

ผมว่ากระบวนการของการเข้าชีวิตของชาวบ้านเป็นตัวตั้ง เข้าสุขภาพของชาวบ้านเป็นตัวตั้ง เนื่องจากความหวังของชาวบ้านเป็นตัวตั้ง แล้วมีกระบวนการของการมาร่วมสุขร่วมทุกข์ จะเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิดการผลักดันที่สมดุลในการแก้ปัญหาไปตลอดทาง

ประเด็นที่สาม ผมคิดว่า อาจารย์หมอประเวศได้นิยามว่าสุขภาพคือ สุขภาวะ หรือสุขภาพทางด้านจิตวิญญาณ จิตใจ ดุษสภาพทางสังคม และสุขภาพกาย แต่พบว่า เมื่อพูดไปแล้ว ก็จะไปจบที่สุขภาพกาย เช่น ผู้ดีคนนั้นก็จะทำให้ไม่ได้ภาคีต่างๆ มาเข้าร่วม เพราะฉะนั้นการเน้นเรื่องสุขภาพ ต้องเน้นเรื่องสุขภาพที่รวมเรื่องของจิตวิญญาณ จิตใจ สังคม และสุขภาพกาย เพราะเป็นสุขภาพที่ต่อเนื่องกัน

ดังนั้น เรื่องของสุขภาพ โดยสรุปต้องเน้นเรื่องการที่ทำให้คนปกติ ได้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และมีสุขภาพจิตใจและจิตวิญญาณที่จะช่วยเหลือคนที่อ่อนแอกว่า ก็จะได้สุขภาพที่ดีสังคม เพราะฉะนั้นคุณค่าทางด้านจิตวิญญาณในเรื่องเหล่านี้เป็นเรื่องสำคัญที่สุดที่จะต้องสร้างขึ้นมาในสังคม ถ้าเข้าใจสิ่งนี้ ภาคีทางศาสนาจะเข้ามา ไม่ได้หมายถึงเพียงแค่วัด ภาคีทางศาสนา มีความสำคัญอย่างที่พระอาจารย์สุวินได้กล่าวไปแล้วเมื่อเข้านี้

โดยสรุปแล้ว ผมคิดว่า พรบ.นี้ จากที่ฟัง มาทั้งหมดคงจะต้องเน้นที่ต้นเหตุ โดยต้องเน้นสุขภาพชีวิตของชาวบ้าน และต้องรู้ว่าคุณค่าทางจิตวิญญาณเป็นสุขภาพที่สำคัญที่สุดในเชิงมนุษย์ ที่จะสร้างสุขภาพของสังคมและสร้างสุขภาพภายนอกคด เกิดคุณค่าในสังคมที่จะช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน รวมไปถึงระบบเศรษฐกิจที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ไม่ใช่ระบบเศรษฐกิจที่แยกซึ้งกันดังที่ผ่านทุกวันนี้

บันทึก

รายงาน ระบบสุขภาพประชาชาติ

ข้อเสนอการปฏิรูประบบสีบเนื่องจาก
รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540

โดย

คณะกรรมการโครงการศึกษาแผนงานสุขภาพประชาชาติ

มกราคม 2543

คำนำ

คณะกรรมการบริการสาธารณสุขวุฒิสภาได้มีการประชุมปรึกษาหารือห้องจากที่ประเทศไทยได้ประกาศใช้ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 และมีความเห็นว่ามีประเด็นทางด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องอยู่ใน รัฐธรรมนูญฉบับใหม่หลายประเด็น สมควรจะได้วันการวิเคราะห์ให้ชัดเจน ซึ่งอาจจะนำไปสู่การออกเป็นกฎหมายต่อไป ในขณะเดียวกันการวิเคราะห์ดังกล่าวอาจช่วยให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพอนามัย ของประชาชน อันอาจทำให้เห็นประเด็นสำคัญที่จำเป็นที่จะต้องได้วันการปั้นปูรุ่งเปลี่ยนแปลงกว้างขวางกว่าเพียงเท่าที่ ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญดังกล่าวข้างต้น จึงได้มีมติแต่งตั้งคณะกรรมการศึกษาแผนงานสาธารณสุขประจำชาติขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปั้นปูรุ่งและพัฒนาที่สำคัญฯ ซึ่งจำเป็นจะต้องมีการดำเนินการเพื่อ ให้สอดคล้องกับหลักการตามรัฐธรรมนูญทั้งที่เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพโดยตรงและโดยอ้อม รวมทั้งเพื่อให้เกิดระบบ สาธารณสุขที่จะเอื้อประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็น ธรรมทั่วถึง ซึ่งข้อเสนอแนะดังกล่าวจะนำไปสู่การจัดทำร่างกฎหมายหรือแผนพัฒนาสุขภาพที่มองอย่างรอบด้านต่อไป

คณะกรรมการได้ตั้งเป้าหมายว่าจะจัดทำเอกสารทางวิชาการที่จะแสดงให้เห็นถึงสิ่งต่างๆ ที่จำเป็นจะต้องมีการ พัฒนาหรือปั้นปูรุ่งเปลี่ยนแปลงในลักษณะต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการปั้นปูรุ่งโครงสร้างองค์กรที่มีอยู่ การจัดตั้งกลไก หรือองค์กรใหม่ๆ ขึ้นในระบบ การปั้นปูรุ่งนวัธกรรมการทำงาน การสร้างการมีส่วนร่วมจากฝ่ายต่างๆ รวมทั้งการออก กฎหมาย หรือการมีนโยบายหรือแผนที่ชัดเจนในบางจุดบางด้านที่มีความสำคัญ ทั้งนี้โดยจะวิเคราะห์เริ่มต้นจาก เจตนาرمณในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 และข้อเสนอแนะ ข้อวิเคราะห์ เกี่ยวกับความจำเป็นและ แนวทางในการปฏิรูประบบสาธารณสุข ที่ได้มีการดำเนินการอยู่ทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย ซึ่งในที่สุดได้ เสร็จสิ้นเป็นเอกสารตามที่ปรากฏ ซึ่งได้นำเสนอภาพที่พึงประสงค์ในส่วนต่างๆ 8 ด้าน ได้แก่ เจตนาرمณและหลักการ หลักประกันและสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน การสร้างสุขภาพและความคุ้มครอง ระบบบริการ ทรัพยากรและการ ลงทุนในระบบสุขภาพ กลไกการตรวจสอบและคุ้มครองด้านสุขภาพ การบริหารจัดการข้อมูลและความรู้เพื่อสุขภาพ และบทบาทรัฐและการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ซึ่งในแต่ละด้านดังกล่าวจะได้วิเคราะห์ถึงความหมายที่จะมีต่อระบบ สุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน รวมทั้งรูปธรรมที่อาจจะได้ดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามภาพที่พึงประสงค์ในแต่ละด้าน รวม ทั้งประเด็นที่อาจนำไปสู่การออกกฎหมาย

การนำเสนอโดยแบ่งเป็นหมวดฯ ทั้ง 8 หมวด ด้านหนึ่งก็ได้โดยเจตนาที่จะสะท้อนความคิดเบื้องต้นของ กรรมการบริการสาธารณสุข วุฒิสภา ที่ประสงค์จะให้ได้แนวทางสำหรับผู้เกี่ยวข้องในการจัดทำร่างกฎหมายซึ่งอาจจะเป็น ร่างกฎหมายที่แสดงภาพรวมของระบบสุขภาพเพื่อประชาชนไทย ทั้งนี้โดยมีนัยยะว่ากฎหมายดังกล่าวอาจมีทั้งสิ้น 8 หมวดใหญ่ โดยเนื้อหาสาระในแต่ละหมวดอาจพิจารณาให้ประโยชน์ทั้งจากส่วนที่เป็นภาพอันพึงประสงค์หรือด้วยร่าง รูปธรรมและประเด็นทางกฎหมายที่ได้เสนอไว้ในเอกสารนี้

คณะกรรมการหัวหน้าเนื้อหาสาระในเอกสารฉบับนี้จะนำไปสู่การพิจารณาให้ประโยชน์ได้อย่างกว้างขวาง ทั้งเพื่อการพิจารณาจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพประชาชาติ ซึ่งอาจเป็นกฎหมายแม่บทสำหรับระบบสุขภาพของประเทศไทย หรือนำไปสู่การตัดสินใจทางการเมือง ในการพัฒนาองค์กร จัดทำนโยบาย การจัดสรรงบประมาณหรือการปฏิรูป ปรับปรุงองค์กรและกลไกที่มีอยู่ รวมทั้งการแก้ไขปรับปรุงกฎหมาย กฎหมาย เมือง หรือหลักเกณฑ์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดกลไกที่มีศักยภาพและประสิทธิภาพ และเครื่องมือ รวมทั้งกระบวนการต่างๆ ที่จะเอื้อประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยในระยะยาวต่อไป

คณะกรรมการศึกษาแผนงานสาธารณะสุขประชาชาติ

สุขภาพดีเป็นสภาวะอันพึงประสงค์ของมนุษย์ทุกคน แม้ไม่สามารถมีอายุยืนยาวได้ตลอดไป แต่การที่สามารถจะมีสุขภาพดีตลอดอายุขัยที่มีอยู่และมีอายุยืนตามพัฒนาการของสังคมและของประชากรโดยรวมดูจะเป็นเป้าหมายสำคัญของชีวิตที่นับวันผู้คนจะเห็นความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ และในอนาคตอาจให้ความสำคัญมากกว่าการมีทรัพย์สินเงินทองจำนวนมาก การมีสุขภาพดีไม่อาจจะเกิดขึ้นได้จากการมีร่างกายที่แข็งแรงแต่กำเนิด การมีพฤติกรรมสุขภาพดี การมีโอกาสไปทาง模เมื่อเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังต้องประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพดี ไม่ใช่จะเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต หรือที่มีผลต่อความรู้และสติปัญญา ในขณะเดียวกันโอกาสที่จะไปทาง模หรือให้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยก็ไม่ควรถูกลดทอนลง เพราะข้อเสียเบรียบในสังคม เช่น การอยู่ในที่ห่างไกล หรือขาดทุนทรัพย์ในการจ่ายค่าบริการที่จำเป็น การมีสุขภาพดีจึงไม่อาจจะเกิดขึ้นได้โดยอาศัยแต่ปัจจัยส่วนบุคคล ของแต่ละคน แต่ขึ้นกับการสร้างระบบ การสร้างกลไกและตัวกากในสังคมเพื่อเอื้อต่อการมีสุขภาพดี และให้การดูแลเมื่อสุขภาพเสียได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา

ระบบสุขภาพของคนไทยได้เปลี่ยนแปลงและพัฒนามาตามลำดับ สร้างให้คนไทยมีอายุยืนยาวมากขึ้น เด็กเกิดใหม่มีโอกาส sốngมากขึ้น ประชากรโดยรวมก็มีอัตราตายลดลง แต่ในขณะเดียวกันคนไทยก็พบกับปัญหาใหม่ๆ ที่ท้าทายสติปัญญาที่จะต้องร่วมกันหารือมาตรการ หรือปรับปรุงระบบที่มีอยู่ให้ดีขึ้น อาจจะสรุปโดยก้าวๆ ถึงปัญหาสุขภาพที่คนไทยส่วนใหญ่เผชิญอยู่ทุกวันนี้ ที่สำคัญได้แก่

1. ประชาชนไทยเจ็บป่วยโดยไม่จำเป็นหรือโดยสาเหตุที่ป้องกันได้อยู่เป็นจำนวนมาก “ไม่ใช่เป็นการตายและพิการจากอุบัติเหตุจราจร การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ การตายจากโรคมะเร็ง ซึ่งโรคเหล่านี้จำนวนไม่น้อยป้องกันและหลีกเลี่ยงได้ด้วยการปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อมและอาหารการกิน

2. เมื่อเจ็บป่วยต้องพึ่งบุคลากรทางการแพทย์ แม้สถานบริการและบุคลากรจะมีมากขึ้นและเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ว่าจะเป็นคนจนที่ต้องรอนาน คนมีเงินที่ต้องใช้จ่ายเงินมากหรือแม้กระทั่งเจ็บป่วยหรือเสียเงินกับการรักษาที่ไม่จำเป็น หรือไม่พอใจกับบริการที่ได้ แม้กระทั่งผู้มีการประกันสุขภาพก็ยังไม่พอใจหรือไม่แน่ใจในคุณภาพของบริการที่ได้รับ บุคลากรผู้ให้บริการเองก็มีความทุกษ์ เกิดความเครียดหั้งจากการที่ต้องเผชิญกับความคาดหวังที่เปลี่ยนแปลงไปของคนไข้ ของญาติ และของสังคม พร้อมกับความเครียดของระบบบริหารจัดการไม่ใช่เป็นภาคครัวหรือในภาคเอกชน

3. การใช้จ่ายเงินเพื่อสุขภาพของคนไทยโดยรวมก็เพื่อสุขภาพของคนไทยโดยรวมก็เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในภาพรวมเพิ่มขึ้นเรื่องว่าการเพิ่มของรายได้ประชาชาติ ในระดับครัวเรือนนั้น ครอบครัวที่ยากจนใช้จ่ายเงินเพื่อสุขภาพแต่ละปีเป็นสัดส่วนสูงมากเมื่อเทียบกับรายได้ของตนและเรายังพบเป็นครอบครัวและประชากรที่ต้องแบกรับความเจ็บป่วยให้ไม่กล้าไปทาง模หรือโรงพยาบาล เพราะไม่สามารถที่จะรับภาระค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้น แม้จะรับบริการที่โรงพยาบาลแล้ว

พร้อมๆ กับการเพิ่มปัญหาสุขภาพแบบใหม่ๆ และปัญหาการใช้จ่ายและการรับบริการ สังคมไทยเปลี่ยนแปลง ในทางเศรษฐกิจ การเมือง และวัฒนธรรม รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ส่งผลให้ความสัมพันธ์ของกลุ่มต่างๆ ในสังคมเปลี่ยนแปลงไป ความคาดหวังของประชาชนเปลี่ยนไป การรับรู้ การเปรียบเทียบและเรียนรู้จากต่างประเทศ รวมทั้งความตื่นตัวทางการเมือง นำไปสู่การร่วง谷ติกาใหม่ในสังคมในลักษณะต่างๆ กัน และที่สำคัญมากคือรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งกำหนดหลักการและแนวทางที่สำคัญที่เกี่ยวเนื่องกับการจัดระบบในสังคมทั้งที่เกี่ยวข้องโดยตรงและเกี่ยวข้องโดยอ้อมกับเรื่องสุขภาพอนามัยของประชาชน ครอบคลุมบทบาทหน้าที่และสิทธิของปัจเจก รวมทั้งหน้าที่ความรับผิดชอบภาครัฐ เป็นกรอบนำไปสู่ความจำเป็นที่จะต้องร่วงกรอบติกาและวางแผนราชการของระบบต่างๆ ในสังคมที่มาใหม่ รวมทั้งนำไปสู่ความจำเป็นและเหตุผลในการต้องออกแบบและวางแผนราชการ รวมทั้งปรับปรุงโครงสร้าง กลไก และกระบวนการทำงาน รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มนบุคคล และสถาบันต่างๆ ในสังคมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพที่มาใหม่ ซึ่งมีอิทธิพลต่อสุขภาพปัจจุบัน 3 ด้านใหญ่ที่คุณไทยประสบอยู่ในปัจจุบัน ทำให้เห็นความจำเป็นที่จะต้องกำหนดหลักการและรายละเอียดในส่วนต่างๆ ของระบบสุขภาพให้ชัดเจนขึ้น ได้แก่

การกำหนดเจตนาภารณ์ของระบบสุขภาพให้ชัดเจนว่าจะเป็นไปเพื่อการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ และการที่ทุกฝ่ายจะต้องมีส่วนร่วมกัน ไม่ใช่เพียงการรอฟังหรือสนับสนุน ก็ต้องมีการร่วมมือกัน ไม่ใช่เพียงการรับฟังแต่ต้องร่วมกันเพื่อสร้างหลักประกันให้คุณไทยได้มีสิทธิอย่างมีสุขภาพดี ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมเมื่อเข้าป่วยหรือเมื่อมีความต้องการบริการ และได้รับข้อมูลความรู้ต่างๆ ร่วมกันต่อไป

การพูดถึงหลักประกันสุขภาพของคนไทย ในลักษณะต่างๆ ที่ชัดเจนซึ่งครอบคลุมถึงนัยยะของสิทธิในเรื่องสุขภาพอนามัย และการที่ทุกฝ่ายจะต้องร่วมกันเพื่อสร้างหลักประกันให้คุณไทยได้มีสิทธิอย่างมีสุขภาพดี ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมเมื่อเข้าป่วยหรือเมื่อมีความต้องการบริการ และได้รับข้อมูลความรู้ต่างๆ ร่วมกันต่อไป

การพูดถึงความรับผิดชอบของฝ่ายต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ในส่วนกลาง ในระดับท้องถิ่น รวมทั้งภาคเอกชน ในลักษณะของปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน หรือประชาคมลักษณะต่างๆ หรือภาคธุรกิจ และองค์กรสาธารณสุข ประโยชน์ ที่จะต้องร่วมกันแสดงบทบาทต่างๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การจัดระบบบริการ รวมทั้งความรับผิดชอบในเรื่องการเงินและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

การพูดถึงความจำเป็นในการที่จะต้องจัดตั้งกลไกสำคัญ ขึ้นมาในระบบสุขภาพ เพื่อกำหนดที่หลักๆ ในระบบ ตั้งแต่กำหนดนโยบาย การดูแลเรื่องการใช้จ่ายเงินเพื่อสุขภาพ การตรวจสอบและประเมินมาตรฐานในลักษณะต่างๆ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ การให้ข้อมูลความรู้แก่ประชาชน การสร้างความรู้และการวิจัยเพื่อการพัฒนา เทคโนโลยีและพัฒนาระบบ การกำหนดดูแลการแพทย์ร่วมกัน ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งทางการแพทย์อย่างเหมาะสม เป็นต้น

รายละเอียดในหมวดต่างๆ หัว 8 หมวดต่อไปนี้จะครอบคลุมเนื้อหาที่จะขยายให้เกิดการปฏิวัติเรื่องวางแผนราชการของระบบสุขภาพในลักษณะต่างๆ หัวหมวดดังกล่าวมาแล้ว โดยครอบคลุมเป็นรายละเอียดหลักการสำคัญใน 2 หมวดแรกกว่าด้วยเจตนาภารณ์ หลักการ และหลักประกันกับสิทธิสุขภาพของประชาชน

ต่อด้วยกิจกรรมหลักๆ ในการพัฒนาสุขภาพอนามัย ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมโรค การบริการทางการแพทย์ การใช้ทรัพยากรและการลงทุนเพื่อสุขภาพ การตรวจสอบและการคุ้มครองเพื่อสุขภาพประชาชน และการสร้างความรู้และปัญญาในระบบสุขภาพ ในหมวดที่ 3-7 และสูปด้วยการพูดถึงบทบาทของรัฐและการกระจายอำนาจในหมวดที่ 8 โดยเป็นการนำเสนอทั้งในส่วนของภาคอันดับประสังค์ เชื่อมต่อกับระบบที่เป็นอยู่ พัฒนาเสนอวุฒิธรรมในทางปฏิบัติ และข้อเสนอเกี่ยวกับการจัดทำเป็นข้อกำหนดทางกฎหมายในส่วนที่เหมาะสม

หมวดที่ 1 ความมุ่งหมาย เจตนาการณ์ และหลักการสำคัญ

ก) ความมุ่งหมายและเจตนาการณ์ของระบบสุขภาพไทย

ระบบสุขภาพแห่งชาติต้องเป็นไปเพื่อพัฒนาคนไทยทุกคนให้มีสุขภาวะทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมแซมสุขภาพ สุขภาพดีจึงเป็นสิทธิและความรับผิดชอบของคนไทยทุกคน รัฐมีหน้าที่ในการสร้างนโยบายและระบบเพื่อให้เกิดหลักประกันทางสุขภาพอย่างทั่วถึง และเคารพในค่าดีคุ้มของความเป็นมนุษย์ โดยรัฐ องค์กรปกครองท้องถิ่น เอกชน และคนไทยทุกคนตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีหน้าที่ร่วมกันให้เกิดระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมพัฒนาคุณค่าของศาสนา วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น และภูมิปัญญาไทย ที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี

ข) หลักการสำคัญของระบบสุขภาพ

1. เป็นระบบสุขภาพเพื่อทุกคน และทุกคนมีหน้าที่เสริมสร้างสุขภาพของตนเอง (HFA, AFH)
2. ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง ของสมาชิกในครอบครัว ของชุมชน (participatory)
3. ระบบสุขภาพมีความเสมอภาค โดยคนไทยทุกคนสามารถบรรลุสุขภาพดี เข้าถึงบริการโดยเสมอภาคกัน เมื่อมีความต้องการสุขภาพ (equity)
4. การลงทุน และใช้ทรัพยากรในระบบสุขภาพ มีประสิทธิภาพ คุ้มค่า และให้ผลตอบแทนสุขภาพดี (macroeconomic efficiency)
5. ระบบบริการสุขภาพ มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ เพียงพอและทั่วถึง เข้าถึงสะดวก (quality, standards, efficiency, adequacy, wide coverage and accessible)
6. ระบบบริการสุขภาพมีลักษณะสมมูล ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน, แผนไทย และแผนอื่นๆ (integrative)

หมวด 2 สิทธิ หน้าที่ ความเสมอภาคและหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพของประชาชน

คุณลักษณะที่พึงประสงค์

สุขภาพดีเป็นสิทธิของทุกคน การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขึ้นที่นฐานของประชาชนคนไทย รัฐพึงสร้างหลักประกันเพื่อความเสมอภาคของบุคคลในการได้รับสิทธิการมีสุขภาพดีโดยไม่เลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมแก่บุคคล เพวะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องฐานทางเศรษฐกิจ สังคม สภาพทางกาย เพศ อายุ และถิ่นที่อยู่อาศัย ซึ่งสิทธิในการมีสุขภาพดีนี้ไม่ใช่เฉพาะการที่ปัจเจกบุคคลมีสิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยแล้วเท่านั้น หากแต่หมายถึงการที่บุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวมมีสิทธิที่จะมีชีวิตร่วมกันอย่างปลอดภัย มีความสุขและมีหลักประกันนับถ้วงต่ออยู่ในครรภ์มาตราถึงเชิงตากอน โดยสิทธิของการมีสุขภาพดีจะครอบคลุมประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้ เป็นอย่างน้อย

1. การมีสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และทางกายภาพที่เกื้อกูลต่อการมีสุขภาวะที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยให้มีความสมดุลระหว่างสิทธิอันพึงได้ของบุคคลและความเป็นอยู่ดีของชุมชน และสังคมโดยส่วนรวม

2. ทางในครรภ์ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ เพื่อให้สามารถเติบโตและมีพัฒนาการที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม ปัญญา และทางจิตวิญญาณ

3. หญิงมีครรภ์ได้รับความรู้ ความเข้าใจ และการสนับสนุนให้สามารถดูแลตนเอง รวมทั้งได้รับความช่วยเหลือในยามที่ต้องการ เพื่อให้มีความปลอดภัย และมีสุขภาพแข็งแรงทั้งก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด

4. เด็กและเยาวชนเติบโตอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมที่อบอุ่น ปลดจากปัญหายาเสพติด ปัญหาสุขภาพจิต อาชญากรรมและความรุนแรง และสามารถเรียนรู้และพัฒนาให้มีทักษะชีวิต ชีดความสามารถและความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองและของสังคมได้

5. ประชาชนทุกคนดำเนินชีวิตอยู่โดยมีปัจจัยสี่ที่เพียงพอ สะอาด ปลอดภัย สามารถมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี และได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ อย่างเพียงพอที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัย

6. เมื่อเจ็บป่วย ประชาชนทุกคนมีความอุ่นใจ เพราะได้รับบริการสุขภาพอย่างเสมอภาค ทั้งถึง สะเดว เป็นบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ เป็นบริการที่มีน้ำใจ ใส่ใจกับความทุกษ และเคารพในศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ทั้งนี้ การให้บริการสุขภาพจะต้องไม่เก้อให้เกิดการทางเศรษฐกิจกับผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยและญาติต้องได้รับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องอย่างเพียงพอจนสามารถร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาลได้ และกระบวนการการได้ กระบวนการการได้ ที่กระบวนการต่อร่างกายสุขภาพและชีวิตของผู้รับบริการได้

7. สังคมควรพินิจพิจารณาด้วยโอกาส หรือผู้ที่อยู่ในสถานะเดียวกัน เช่น ผู้สูงอายุ ชนกลุ่มน้อย ผู้พิการ และยากไร้ โดยให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลให้บุคคลเหล่านี้ได้มีสุขภาพดีได้รับการดูแลรักษาในยามเจ็บป่วย โดยไม่เดือดร้อนจากภาระค่าใช้จ่ายและสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเอง รวมทั้งสังคมจะต้องเปิดโอกาสให้บุคคลและชุมชนรวมทั้งองค์กรที่เกี่ยวข้องเหล่านี้สามารถทางathamถึงสิทธิของตนได้อย่างชوبธรรม

8. ในบ้านปลายของชีวิตบุคคลพึงมีสิทธิในการตายอย่างมีคุณค่า และมีคุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ โดยมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม และไม่เป็นการทำทางเศรษฐกิจ ทั้งแก่บุคคลหรือแก่สังคมโดยรวม

9. หลังการตาย ผู้ตายควรได้รับการปฏิบัติต่ออย่างเคารพในจารีตประเพณี และวัฒนธรรมของครอบครัวและญาติ การส่งเสริมให้สามารถนำอวัยวะผู้ตายมาศึกษาวิจัย หรือใช้ช่วยเหลือผู้อื่นในการศึกษาดูสิ่งของครอบครัวและเครือญาติของผู้ตาย และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงหากำไร

10. การใช้เทคโนโลยีที่แทรกแซงกระบวนการเกิด ดำรงอยู่ พัฒนาการ การถ่ายทอด และการผลิตข้าทางชีววิทยา โดยเฉพาะที่ยังไม่มีการติดตามประเมินผลในระยะยาว จะต้องเคารพในสิทธิของส่วนรวม และความรับผิดชอบต่อสาธารณะ มากกว่าเพื่อสิทธิของปัจเจก

11. ประชาชนคนไทยมีหน้าที่ในฐานะพลเมืองที่จะต้องแสดงบทบาทต่อการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพ โดยนอกจากจะต้องเลือกปฏิบัติให้มีสิทธิที่เกื้อกูลต่อสุขภาวะของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคมแล้ว ยังต้องมีหน้าที่ในการตรวจสอบ ร้องเรียน เมื่อพบปัญหา รวมทั้งมีหน้าที่ในการทางathamถึงสิทธิที่จะร่วมในการตัดสินใจและการบริหารระบบสุขภาพในทุกระดับ

ความหมายต่อการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพที่เป็นอยู่

ระบบสุขภาพที่เป็นอยู่

1. สุขภาวะของคนไทยยังห่างไกลอุดมคติอีกมาก แม้บางสิ่งจะดีขึ้น เช่น คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวขึ้น โรคติดต่อทรายชนิดหมดไป หลายชนิดลดน้อยลงไปมาก ปัญหาการขาดสารอาหารลดลง ประชาชนมีสัมฤทธิ์สุขลักษณะใช้ มีน้ำสะอาดดีมากเพียงพอขึ้น บริการด้านสุขภาพกระจายทั่วถึงมากขึ้น เป็นต้น แต่ในทางตรงกันข้าม คนไทยต้องประสบทุกขภาวะมากยิ่งขึ้นด้วยเหมือนกัน คนไทยต้องเจ็บป่วย ล้มตาย อย่างไม่สมควรจากอุบัติเหตุ อาชญากรรม ความทุนแรง ผลกระทบ สารพิษตกค้าง โรคเอดส์ ยาเสพติด ปัญหาด้านสุขภาพจิต โรคไม่ติดต่อ โรคเรื้อรัง และปัญหาที่ลืมเนื่องมาจากการดูแลรักษาอย่างมาก

2. ในขณะเดียวกันระบบบริการด้านสุขภาพ ซึ่งมีสมมติฐานตั้งอยู่ที่การทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี กลับมีปัญหาความผิดปกติมาก many โดยระบบบริการดังกล่าวมุ่งเน้นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ คือช่องสุขภาพเสี้ยเป็นลำดับ ละเลยการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบบริการขาดประสิทธิภาพ ใช้จ่ายเงินมากแต่ผลตอบแทนด้านสุขภาพต่ำ ขาดคุณภาพ

และมาตรฐาน รวมทั้งมีความไม่เป็นธรรมอยู่โดยทั่วไป จนกล่าวได้ว่าระบบบริการมีความพิกัดพิการถึงระดับที่จะต้องมีการปฏิรูปเป็นการด่วน

3. เนื่องจากเรื่องสุขภาพมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับระบบต่างๆ อย่างกว้างขวาง “ไม่ว่าจะเป็นระบบการเมือง เศรษฐกิจ ระบบสังคม ระบบอาหาร ระบบสิ่งแวดล้อม ระบบยา ระบบวัฒนธรรม และอื่นๆ อีกมาก มีให้มีความหมายแบบฯ อยู่กับระบบสุขภาพ โรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล หยุกยา เทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์ เพียงเท่านั้น ดังนั้น การจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีโดยถาวรห้าได้จริง จะเป็นต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพอย่าง องค์รวม เป็นระบบ และเป็นรูปธรรม

การสร้างให้สุขภาพดีเป็นสิทธิของทุกคนจะเป็นต้องมีการปรับระบบที่เป็นอยู่ทุกด้านประการ ดือ

1. จำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยจะต้องเน้นระบบเชิงรุกในการสร้างสุขภาพมากกว่าการเน้นหักที่ การซ่อมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

2. การปฏิรูประบบสุขภาพจะต้องใช้มาตรการและกลไกทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนโครงสร้าง (Structural Reform) ระบบ (System Reform) และกระบวนการ (Process Reform) เพื่อให้เหตุปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายนอกและภายในระบบบริการสุขภาพ เป็นไปเพื่อประกันสิทธิของมีสุขภาพดีของทุกคน ไม่ใช่การปรับเปลี่ยนเล็ก ๆ น้อย ๆ ในรายละเอียดของระบบบริการสุขภาพเท่านั้น แต่เป็นการ “ยกเครื่อง” ระบบสุขภาพใหม่ทั้งหมด

3. การทำให้เกิด “สุขภาพดีถาวรห้า” หรือ Health For All นั้น จำเป็นต้องมีการทำให้กิจการในทุกภาคส่วน ของสังคมเป็นไปเพื่อสุขภาพด้วย หรือ All For Health สุขภาพดีและการมีหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพ (Health security) ไม่ใช่เรื่องของกระทรวงสาธารณสุข และไม่ใช่สิ่งที่จะเกิดขึ้นในโรงพยาบาล แต่เป็นสิ่งที่ต้องสร้างขึ้น ในทุกปริมาณทุกของสังคม ไม่ว่าจะเป็นบ้าน/ครอบครัว ชุมชน โรงงาน เรือกสวนไวน์ สำนักงาน บันท้องถนน และในโรงเรียน

4. ระบบสุขภาพที่เป็นอยู่ดำรงอยู่บนพื้นฐานของระบบการปกครอง ระบบกฎหมาย ระบบการเงินการคลัง ระบบบริหารทั่วพยการ และระบบการศึกษา การสร้างหลักประกันสิทธิการมีสุขภาพดีจึงต้องเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนระบบที่เกี่ยวข้องทุกด้าน

ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม

1. การสร้างกรอบกฎหมาย เพื่อให้เป็นธรรมมุญด้านสุขภาพของคนทั้งชาติ เพื่อกำหนดเจตนารณ์ หลักการ ทิศทางของการพัฒนาสุขภาพให้ชัดเจน กำหนดระบบ โครงสร้าง กติกา และเงื่อนไขเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยน ระบบสุขภาพ

2. จำเป็นต้องมีกลไกที่ทำให้เกิดนโยบายแห่งชาติด้านสุขภาพ ที่สามารถกำกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับ ระบบสุขภาพ ไม่เฉพาะแต่กระทรวงสาธารณสุข โดยควรกำหนดให้มีโครงสร้าง เช่น สถาบันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อกำหนด

นโยบายแห่งชาติด้านสุขภาพ และท่านน้าที่จัดสรรวาระพยากรณ์ตามนโยบาย ติดตามประเมินผลสัมฤทธิ์ของตามหน้าที่รับผิดชอบของส่วนต่างๆ อย่างเป็นระบบ

3. การปรับโครงสร้างระบบบริการให้ประสานกันเป็นเครือข่าย เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพและไม่เป็นภาระต่อประชาชน มีประสิทธิภาพในการจัดระบบบริการ สะดวกต่อการเข้าถึงของประชาชน มีความเสมอภาคและประสิทธิภาพ โดยมีรูปแบบการจัดระบบบริการที่หลากหลายสอดคล้องกับความต้องการของท้องถิ่น

4. สังเคราะห์เพื่อการจัดระบบสุขภาพในเชิงรุก

5. สร้างหลักประกันด้านสุขภาพโดยระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมทั่วถึงด้วยระบบการจ่ายเงินที่เป็นธรรม ตามสัดส่วนความสามารถในการจ่าย

ลักษณะของกฎหมายที่ควรจะเป็น

1. ประเทศไทยไม่มีกฎหมายแห่งบทกำหนดสิทธิ์ด้านสุขภาพของประชาชน กฎหมายด้านสาธารณสุข และด้านการแพทย์ที่มีอยู่เป็นไปในลักษณะแยกย่อยเป็นส่วน ๆ การกำหนดให้มี พระราชบัญญัติสุขภาพประจำชาติ ให้มีกฎหมายแห่งบทจะทำให้การจัดระบบสุขภาพใหม่ทั้งระบบมีกรอบทางกฎหมายที่ชัดเจน โดยพระราชบัญญัตินี้จะต้องครอบคลุมการปฏิรูปองค์ประกอบที่สำคัญในระบบสุขภาพอย่างครบถ้วน

2. กระบวนการตรวจสอบบัญญัติสุขภาพประจำชาติจะเป็นกรรมธรรมคิดของสังคม และเป็นการกำหนดเจตนาของร่วมกันของสังคมในการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพของประจำชาติไทย โดยกระบวนการตรวจสอบจะต้องเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของทั้งสังคม ในเรื่องเกี่ยวกับสิทธิอันพึงมีพึงได้ในด้านสุขภาพของสมาชิกในสังคม

หมวด 3 การสร้างสุขภาพและการควบคุมโรค

คุณลักษณะที่พึงประสงค์

1. รัฐต้องให้ความสำคัญกับการสร้างสุขภาพและการควบคุมโรค ด้วยการลงทุนและพัฒนากลไกที่จะสามารถบริหารจัดการให้เกิดการสร้างสุขภาพและการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.1 การสร้างสุขภาพ หมายความถึง การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อลดสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และมีผลในทางสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างความรู้และค่านิยมในการบวกต่อการมีสุขภาพดีในหมู่ประชาชนและในสังคม และการจัดให้มีบริการต่างๆ ที่จำเป็นเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดี

1.2 การควบคุมโรค หมายความถึง การควบคุมโรคระบาด โรคติดต่ออันตรายต่างๆ รวมทั้งโรคที่เกิดจากการปนเปื้อนของสารต่างๆ ในสิ่งแวดล้อม และอาหาร และโรคอื่นๆ ที่สามารถลดความสูญเสียชีวิตและทรัพยากรได้หากมีการตรวจพบแต่เนิ่นๆ (เช่น โรคมะเร็งบางชนิด โรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม โรคที่เป็นมาแต่กำเนิด บางชนิด)

2. กลไกสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ จะต้องสามารถกระตุ้นความร่วมมือของทุกภาคส่วนในสังคม เพื่อสร้างกิจกรรมหรือดำเนินงานต่างๆ ที่จะนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งกลไกดังกล่าวอาจดำเนินการได้โดยผ่านการให้ทุนสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ที่มีเป้าหมายดังกล่าว รวมทั้งการทำการศึกษาวิจัย ให้บริการวิชาการ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะ เสียงนโยบายต่อรัฐบาล ในเรื่องที่จะมีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และอาจจะดำเนินการโดยส่วนต่างๆ ไม่ใช่เพียงเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

3. รัฐต้องกำหนดกฎหมายและกติกาถูกต้องต่างๆ เพื่อให้ฝ่ายต่างๆ และองค์กรต่างๆ ในสังคมทั้งภาครัฐและเอกชนให้ความสำคัญและมีบทบาทที่จะร่วมกันสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี ไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อมโดยรวม (ด้วยการลดการสร้างมลพิษ) สิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน (ที่มุ่งลดอันตรายต่อสุขภาพและเอื้ออำนวยต่อการสร้างสรรค์ผลงาน) สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน (ที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต) และรัฐจะต้องสร้างและสนับสนุนให้องค์กรส่วนท้องถิ่น หรือกลไกอื่นๆ ในระดับพื้นที่ รวมทั้งองค์กรชุมชน หรือองค์กรผู้บริโภคต่างๆ มามีส่วนร่วมในการติดตามเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

4. รัฐจะต้องจัดให้มีกลไกทั้งในระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่ ซึ่งจะสามารถดำเนินการกับบุคคลหรือองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อให้รับผิดชอบและจัดการลดผลกระทบในทางลบต่อสุขภาพในสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นผู้ประกอบการอุตสาหกรรม ผู้ประกอบการผลิตและจำหน่ายอาหาร รวมทั้งผู้ที่เขียนพาหนะ และผู้คุ้มครองทางการค้าและยานพาหนะประเภทต่างๆ

5. ระบบเฝ้าระวังและเตือนภัยโรคระบาดและโรคติดต่ออันตราย ต้องได้รับการปรับปรุงและพัฒนาให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของปัญหาโรคติดต่อและปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคที่ต้องอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีคุณภาพร่วมด้วย การกำหนดมาตรการควบคุม

โรคที่อาจรวมถึงลิธิและอ่อนน้ำในการทำลายแหล่งโรคและความรับผิดชอบต่อหัวพย์สินที่ถูกทำลาย (เช่น กรณีแหล่งโรคเป็นสัตว์ที่มีมูลค่าทางเศรษฐกิจ)

ความหมายต่อการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพที่เป็นอยู่

1. ระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อในปัจจุบันจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุง รวมทั้งโครงสร้าง บทบาท และวิธีการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อ

2. หน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลด้านสิ่งแวดล้อมและอาหาร จำเป็นต้องทำงานใกล้ชิดกันมากกว่านี้ และต้องพัฒนาระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพมากกว่าที่เป็นอยู่ รวมทั้งสามารถเชื่อมต่อผลการเฝ้าระวังไปสู่การปฏิบัติเพื่อควบคุมไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยแก่ประชาชนได้ทันเวลา

3. ต้องมีการพัฒนาศักยภาพขององค์กรท้องถิ่น องค์กรสาธารณชนประจำชุมชน (รวมทั้งหน่วยงานในระบบราชการที่ดูแลเรื่องที่เกี่ยวข้อง) เพื่อให้สามารถแสดงบทบาทและมีส่วนร่วมทั้งในการเฝ้าระวังและตรวจสอบ รวมทั้งดำเนินการกับแหล่งที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพได้

4. ปัจจุบันยังไม่มีกฎหมายที่ กติกาที่ชัดเจนเกี่ยวกับมาตรฐานและมาตรการที่จำเป็นเพื่อป้องกันผลกระทบในทางลบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (เช่น ความจำเป็นและมาตรฐานในการต้องประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในการจัดทำโครงการขนาดใหญ่)

5. การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบันยังจำกัดอยู่เพียงการให้สุขศึกษาและความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมอนามัยของประชาชนเป็นส่วนใหญ่ และมักดำเนินการโดยผ่านกลไกของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก

ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม

1. กำหนดให้รัฐบาลต้องมีการใช้จ่ายงบประมาณส่วนหนึ่งอย่างชัดเจน เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจจะมาจากแหล่งงบประมาณต่างๆ แต่ต้องไม่น้อยกว่า 1% ของค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพอนามัยของคนทั้งประเทศ (หรืองบประมาณของรัฐเพื่อสุขภาพอนามัย) และจะต้องใช้งบประมาณส่วนนี้ในลักษณะที่สร้างและสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนในสังคมได้เข้ามีส่วนร่วม ไม่ใช้จ่ายผ่านหน่วยราชการเหมือนที่เป็นมาในอดีต

2. จัดตั้งกลไกที่มีการบริหารงานเป็นอิสระจากกระบวนการราชการเพื่อมาเป็นผู้บริหารจัดการใช้เงิน งบประมาณที่รัฐลงทุนมา โดยให้มีการกำกับดูแลจากทุกส่วนในสังคม เพื่อให้มั่นใจว่าจะสามารถสร้างการมีส่วนร่วมและการใช้หัวพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

3. การมีกฎหมายให้อำนาจแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรสาธารณชนประจำชุมชน รวมทั้งองค์กรชุมชนที่ได้รับการรับรองโดยหน่วยงานของรัฐที่ดูแลด้านสิ่งแวดล้อม (คณะกรรมการสิ่งแวดล้อม หรือกระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม หรืออื่นๆ แล้วแต่กรณี) สามารถเข้าไปตรวจสอบแหล่งที่อาจเป็นผู้ก่อให้เกิด

มลพิช รวมทั้งเสนอมาตรการเพื่อการจัดการกับแหล่งมลพิษเหล่านี้ และติดตามตรวจสอบสภาวะในสิ่งแวดล้อมในส่วนที่เกี่ยวข้อง

4. กำหนดมาตรการทางภาษี หรือมาตรการทางการเงิน รวมทั้งวางแผนกลยุทธ์ในการปฏิบัติหน้าที่ของสื่อสารมวลชน เพื่อให้มีบทบาทในการนำเสนอข้อมูลความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการสร้างสุขภาพ รวมทั้งจำกัดหรือห้ามการเผยแพร่ข้อมูลที่จะก่อให้เกิดการบริโภคสินค้า หรือการสร้างความเข้าใจผิดอันจะมีผลกระทบต่อการมีสุขภาพดี

5. ตั้งงบประมาณรัฐเพื่อสนับสนุนองค์กรท้องถิ่น องค์กรสาธารณประเทศ และองค์กรชุมชนที่จะมาช่วยติดตามตรวจสอบ และเสนอแนะในส่วนที่เกี่ยวกับการเสนอข้อมูล ความรู้ และการโฆษณาประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อมวลชน ต่างๆ

หมวด 4 ระบบบริการ

คุณลักษณะที่พึงประสงค์

1. หน่วยบริการที่ดีความมีลักษณะดังนี้

1.1 มีหน่วยบริการใกล้บ้านที่สามารถให้การดูแลประชาชนในพื้นที่ในเรื่องสุขภาพอนามัย โดยเริ่มต้นตั้งแต่การดูแลสร้างเสริมสุขภาพไปจนถึงการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย สามารถส่งต่อเพื่อการดูแลในระดับที่สูงกว่าเมื่อจำเป็น และรับดูแลต่อเนื่องเมื่อถูกส่งกลับมาจากสถานบริการระดับที่สูงกว่า รวมทั้งการให้คำแนะนำบริการอื่นๆ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

1.2 สามารถประเมินปัญหาความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัยของประชากรในความดูแลได้ทั้งความต้องการในระดับชุมชนและความต้องการในระดับบุคคล โดยมีระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ

1.3 ให้บริการได้ตรงกับความต้องการและทันเวลาโดยเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยไม่คำนึงถึงเศรษฐกิจของผู้รับบริการมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจให้การรักษา

1.4 มีบุคลากรผู้ให้บริการที่มีจริยธรรม ให้ความสนใจต่อความรู้สึกและมุมมองของประชาชนในเรื่องสุขภาพ และความเจ็บป่วย และสามารถสื่อสารกับประชาชนในความดูแลหรือผู้ที่มารับบริการได้เป็นอย่างดี ไม่เกิดการเข้าใจผิดหรือความไม่พอใจไม่จำเป็น

1.5 มีระบบที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ให้บริการตัดสินใจดำเนินการหรือให้บริการต่างๆ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากรโดยมุ่งหวังประโยชน์สูงสุดของประชาชนผู้รับบริการภายใต้หลักวิชาการอย่างมีเหตุผล และ/หรือตรวจสอบยืนยันได้

1.6 เป็นหน่วยบริการที่มีความเชื่อมต่อระหว่างระดับต่างๆ โดยไม่ลูกหลัก รวมทั้งการเชื่อมต่อกับคลินิกและร้านขายยา เพื่อให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพในการจัดระบบและให้บริการประชาชนและผู้มาใช้บริการ

2. สถานบริการในภาคเอกชนจะต้องสามารถแสดงบทบาทและมีส่วนในการให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเป็นเครือข่ายและ/หรือสามารถซื้อหรือขายบริการให้กับสถานบริการภาครัฐได้

3. มีกลไกที่จะสนับสนุนให้สถานบริการที่ไม่มุ่งกำไร (not for profit) หรือกำหนดเงื่อนไขให้สถานบริการที่มุ่งกำไรต้องใช้กำไรส่วนหนึ่งในการสร้างสุขภาพหรือให้บริการแก่ประชาชนผู้ยากไร้ (ผ่านกลไกที่สามารถบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ)

4. มีระบบตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานสถานบริการ และสถานบริการสามารถนำข้อมูลไปปรับปรุงพัฒนาบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกลไกดังกล่าวควรมีลักษณะสำคัญ คือ

4.1 เป็นกลไกที่ดำเนินการอย่างเป็นอิสระไม่อยู่ภายใต้การบังคับบัญชาโดยตรงทั้งของกลไกภาครัฐและกลไกภาคเอกชน แต่มีการกำกับดูแลโดยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐบาล หน่วยงานผู้ให้บริการ องค์กรวิชาชีพ และตัวแทนจากประชาชนกลุ่มต่างๆ

4.2 มีการดำเนินการที่อยู่บนฐานวิชาการ สามารถปั้นเปลี่ยนยืดหยุ่นเพื่อประยุกต์ให้เข้ากับสถานการณ์และข้อเท็จจริงทั้งในภาพรวมของประเทศ และในส่วนเฉพาะต่างๆ ภายในระบบ

4.3 มีความสามารถในการสื่อสาร ทำความเข้าใจกับประชาชน เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถใช้ประโยชน์จากการตรวจสอบมาตรฐานให้เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้บริการ หรือเข้าไปมีส่วนในการเติบโตของหรือช่วยบริหารจัดการให้เกิดการพัฒนาของหน่วยให้บริการ (แล้วแต่กรณี)

4.4 ทำงานประสานกับกลไกอื่นๆ ที่มีบทบาทในการกำหนดกฎหมาย กติกา หรือมาตรฐานอื่นๆ ในหน่วยบริการ เช่น กลไกที่ดูแลจัดการเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนด้านการเงิน การงบประมาณแก่หน่วยบริการ หรือ กลไกที่ดูแลเกี่ยวกับการบริหารจัดการและการใช้เทคโนโลยี

5. มีกลไกที่จะดูแลและแก้ไขปัญหาของประชาชนอันเกิดขึ้นเนื่องจากการมาใช้บริการจากสถานบริการทั้งรัฐและเอกชน (ดูในหมวด 6)

6. องค์กรวิชาชีพต่าง ๆ มีบทบาทในการส่งเสริมให้เกิดการบริการที่ได้มาตรฐานคุณภาพ รวมทั้งการดูแลและป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นกับประชาชนอันเนื่องมาจากการใช้บริการ และสร้างเสริมจริยธรรมในหมู่ผู้ประกอบวิชาชีพ

7. มีระบบการพัฒนาบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีลักษณะดังนี้

7.1 รัฐให้ความสำคัญและมีการลงทุนเพื่อการผลิตและกระจายบุคลากรด้านสุขภาพ โดยคำนึงถึงความจำเป็นในพื้นที่ต่าง ๆ

7.2 สถานบันผลิตบุคลากรต้องได้วางการตรวจสอบรับรองคุณภาพมาตรฐาน และดำเนินการสอดคล้องกับการแก้ปัญหาของประเทศทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ

7.3 มีกติกาและกลไกที่ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการศึกษาต่อเนื่องแก่บุคลากรด้านสุขภาพทุกประเภทที่อยู่ในส่วนต่าง ๆ ของประเทศอย่างทั่วถึง

7.4 การผลิตบุคลากรความมุ่งเน้นคุณลักษณะอื่นๆ ที่สำคัญเหนือจากความเป็นเลิศทางวิชาการ เช่น การมีจริยธรรม ความเข้าใจด้านสังคมจิตวิทยา การให้ความสนใจต่อแม่�ุมด้านค่าใช้จ่ายและการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และความสามารถในการศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิต

8. มีกลไกที่กำกับดูแลการบริหารและการใช้เทคโนโลยี เพื่อให้เกิดการนำเข้า การกระจาย การจัดหา และการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในระดับภาครัฐของประเทศไทย ในระดับของสถานบริการ และในระดับปัจเจกหรือผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้โดยมีคุณสมบัติดังนี้

8.1 เป็นกลไกที่มีอำนาจหน้าที่ในการติดตาม และตรวจสอบการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ทั้งในลักษณะที่เป็นภาครัฐ ในระดับสถานบริการ และในผู้ป่วยหรือประชาชนแต่ละกรณีแล้วส่งต่อให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การกำหนดกฎหมายและกติกา ในแต่ละกรณีตามความเหมาะสม เช่น กลไกกำหนดนโยบาย (เพื่อออกกฎหมาย กฎหมายที่เกี่ยวกับการนำเข้า การกระจาย การจัดหา หรือแม้กระทั่งการใช้เทคโนโลยี) สถานบริการ (เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาแต่ละกรณี หรือจัดระบบภายในสถานบริการ) ประชาชน สื่อมวลชน (เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ) สำนักติดตามเพื่อให้ดำเนินการตามกฎหมายที่กฎหมายนั้นเป็นหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (ในส่วนที่เกี่ยวกับผู้ประกอบธุรกิจ) องค์กรวิชาชีพ (ในส่วนที่เกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพ) กองประกอบโรคศิลป์ (ในส่วนของเจ้าของสถานบริการ) รวมทั้งกลไกการดูแลจัดการเรื่องการเงินการคลัง และกลไกตรวจสอบมาตรฐาน (ในกรณีที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการของสถานบริการต่างๆ)

8.2 ดำเนินการโดยใช้ข้อมูลทางวิชาการ ทั้งข้อมูลจากเอกสารวิชาการ การศึกษาวิจัย หรือการสอน สาขาวิชาที่จริงรายกรณี

8.3 สื่อสารและให้ข้อมูลแก่ประชาชน รวมทั้งองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่างๆ โดยมุ่งให้เกิดการร่วมกันเพื่อกำกับดูแล รวมทั้งการตัดสินใจใช้เทคโนโลยีได้อย่างเหมาะสม

9. มีการสนับสนุนส่งเสริมการศึกษาวิจัย การพัฒนามาตรฐาน การพัฒนาบุคลากรและองค์ความรู้ของระบบ การแพทย์อื่น ๆ ที่มีอยู่อย่างหลากหลายเพื่อให้แสดงบทบาทในระบบบริการได้อย่างเหมาะสม

ความหมายต่อการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพที่เป็นอยู่

1. สถานบริการในภาครัฐในปัจจุบันยังมีการบริหารจัดการภายในที่ขาดการใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการบริหารจัดการในภาครัฐยังไม่สามารถสร้างการเชื่อมต่อระหว่างสถานบริการระดับต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. แนวทางและกลไกการส่งเสริมนบทบาทของภาคเอกชน เพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพยังไม่ชัดเจน ทำให้การดำเนินการมีลักษณะเหมือนธุรกิจทั่วไปที่มุ่งแสวงหากำไรเป็นหลักและการแข่งขันโดยขาดประสิทธิภาพโดยรวมของระบบ

3. องค์กรวิชาชีพในปัจจุบันยังขาดความเชื่อมั่นจากประชาชน และจำเป็นต้องมีการปรับบทบาทเพื่อให้สามารถร่วมสร้างสรรค์ระบบบริการ และมีส่วนสำคัญในการเชื่อมต่อระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

4. นโยบายและการดำเนินการของระบบการพัฒนาบุคลากรในปัจจุบันขาดความเชื่อมต่อ และจุดเน้นหนักในบางผู้มุ่ง

5. กลไกกำกับดูแลเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพ ในปัจจุบันมีเพียงระบบการขึ้นทะเบียนยาและติดตามภาวะอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และส่วนที่เกี่ยวกับเทคโนโลยีอื่น ก็มีเพียงเครื่องมือแพทย์ที่เน้นหนักในเรื่องคุณสมบัติมาตรฐานมากกว่าการดูแลเกี่ยวกับการกระจาย การจัดหา และการใช้ ซึ่งมีผลสำคัญต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน

6. ระบบการแพทย์อิเล็กทรอนิกส์ที่มีอยู่อย่างหลากหลาย ยังมีฐานะที่ไม่ชัดเจนและขาดหลักการสำคัญที่จะรองรับเพื่อให้สามารถพัฒนามารับใช้การสร้างสุขภาพประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม

1. ปรับปรุงกฎระเบียบและกระจายอำนาจเพื่อให้สถานบริการของรัฐเกิดความคล่องตัว ในการจัดบริการ และมีการสร้างระบบภายในที่จะเอื้อให้ตอบสนองต่อปัญหาของผู้ป่วยอย่างทันท่วงที มีการใช้หัวพยากรบุคคลและผู้ที่มีอยู่อย่างได้ประโยชน์สูงสุด รวมทั้งสามารถรวมสถานบริการในระดับต่างๆ เป็นเครือข่ายอยู่ในการกำกับดูแลเดียวกัน และให้หัวพยากรรวมทั้งจัดบริการร่วมกับภาคเอกชน เพื่อสร้างการเชื่อมต่อของการให้บริการตั้งแต่การรับสัมภาษณ์ ไปจนถึงการรักษาพยาบาลและการพื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการส่งต่อให้มีการดูแลปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยในสถานบริการระดับที่เหมาะสม

2. จัดตั้งกลไกตรวจสอบมาตรฐานคุณภาพ ให้เป็นองค์กรที่มีฐานะตามกฎหมาย แต่เป็นอิสระจากการมีอำนาจบัญชาโดยตรงของหน่วยราชการ มีคณะกรรมการที่มาจากฝ่ายต่างๆ เป็นผู้กำกับดูแลการดำเนินงาน และมีการสนับสนุนงบประมาณส่วนหนึ่งจากภาครัฐ ในขณะที่อีกส่วนหนึ่งให้เก็บค่าบริการได้จากหน่วยบริการที่ได้รับบริการ แต่ทั้งนี้ไม่ได้ดำเนินการโดยการรับคืนให้หน่วยงานบริการต้องการขอใช้บริการ แต่ในขณะเดียวกันให้กลไกใหม่มีอำนาจในการเปิดเผยข้อมูลผลการดำเนินการแต่ละกรณีให้ได้รับรู้

3. จัดตั้งกลไกวิชาการเพื่อการติดตามตรวจสอบการบริหารจัดการและการใช้เทคโนโลยีทั้งในต่างประเทศ และในประเทศไทย เพื่อให้ข้อเสนอแนะทางนโยบายแก่สถาบันสุขภาพในการออกแบบเกณฑ์ กติกากลางต่างๆ รวมทั้งประสานกับหน่วยงานของรัฐ หน่วยบริการ และองค์กรผู้บริโภค เพื่อให้เกิดการนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องไปดำเนินการแก้ไขปัญหาในส่วนที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนสร้างความรู้ความเข้าใจกับกลุ่มต่างๆ ทั้งผู้ให้บริการและประชาชนในการตัดสินใจเลือกใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม

4. ปรับปรุง พระราชบัญญัติประกอบโรคศิลปะ เพื่อให้เกิดกลไกและแนวทางที่จะส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ บุคลากรและการจัดระบบสำหรับระบบการแพทย์อิเล็กทรอนิกส์ที่มีอยู่อย่างหลากหลายในสังคมไทย

5. จัดตั้งกลไกในระดับประเทศที่จะดูแลภาพรวมของระบบการพัฒนาがらสังคมและกำกับติดตาม เพื่อกำหนดนโยบายและมาตรการสำคัญในการพัฒนาがらสังคมให้เกิดการปฏิบัติในหน่วยงานต่างๆ อย่างจริงจัง

หมวดที่ 5 ทรัพยากรและการลงทุนในระบบสุขภาพ

คุณลักษณะที่พึงประสงค์

1. มีการจัดระบบการเงินแบบรวมหมู่ (Collective financing) เพื่อใช้ในการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ คนไทยทุกคนทั้งนี้โดยรวมทรัพยากรจากแหล่งต่างๆ ได้แก่รัฐ องค์กรปกครองท้องถิ่น นายจ้าง และประชาชน
2. ที่มาของทรัพยากรเพื่อสุขภาพ
 - 2.1 ภาครัฐได้แก่ งบประมาณรายจ่ายประจำปีของรัฐบาล และองค์กรปกครองท้องถิ่น ภาษีเฉพาะ (earmark tax) ที่เก็บจากสินค้าที่ป้อนทำลายสุขภาพ เช่น ศุรา ยาสูบ เพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะในการส่งเสริมสุขภาพ
 - 2.2 ภาคเอกชนได้แก่ เงินสมทบท่องนายจ้าง และลูกจ้างในภาคเอกชนที่มีการจ้างงาน เมี้ยงประกันสุขภาพเอกชนที่จ่ายโดยครัวเรือน การจ่ายร่วม (co-payment) โดยผู้ใช้บริการสุขภาพ
3. มาตรการด้านการคลังของรัฐ และองค์กรปกครองท้องถิ่น ต้องมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพคนไทย เช่น
 - 3.1 เพิ่มอัตราภาษีสินค้าที่เป็นโทษต่อสุภาพได้แก่ ศุรา ยาสูบ เครื่องดื่ม อาหาร ที่เป็นโทษต่อร่างกาย สุภาพฟัน ไขมันจากสัตว์ น้ำตาล
 - 3.2 จำกัดอัตราภาษีสินค้าและบริการที่มีข้อมูลรั้งเจนว่าเป็นประโยชน์โดยตรงต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น อาหารที่มีกำไรสูง น้ำนม อุปกรณ์กีฬา
 - 3.3 ยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมด้า แก่ครอบครัวที่ดูแลบุตรผู้สูงอายุ ยกเว้นภาษีสำหรับนิติบุคคล ที่จัดบริการส่งเสริมสุขภาพ
 - 3.4 มาตรการอุดหนุน (subsidy) แก่องค์กรชุมชน องค์กรสาธารณประเทศ ที่ดำเนินการกิจการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุน
 - 3.5 มาตรการสนับสนุนด้านวิชาการอื่นๆ ที่เหมาะสมที่จะมีส่วนในการสร้างสุขภาพหรือเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการ เช่น การฝึกอบรมผู้ให้บริการ home care
 - 3.6 จำกัดและควบคุมการโฆษณาประชาสัมพันธ์สินค้าและบริการที่เป็นโทษต่อสุภาพ เช่น ห้ามโฆษณา หรือให้เลี้ยงความเกี่ยวกับโทษของสินค้าและบริการเหล่านั้น
4. การจ่ายเงินสมทบท่องนำไปสร้างหลักประกันสุขภาพให้เป็นสัดส่วนตามความสามารถในการจ่าย (income related) ไม่ใช่จ่ายตามภาวะความเสี่ยง (risk related) ส่วนผู้ยากไร้ได้รับการอุดหนุนจากรัฐ เพื่อส่งเสริมระบบเหลี่ยมความเสี่ยง (risk sharing) และหลักการเหลี่ยมทุกข์เฉลี่ยสุข

5. รายจ่ายเพื่อการลงทุนสุขภาพ มีประสิทธิภาพ

5.1 ในระดับมหภาค คือรายจ่ายสุขภาพของประเทศไทยเป็นสัดส่วนที่เหมาะสมของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศไทย สามารถควบคุมรายจ่ายสุขภาพได้ดี

5.2 ในระดับจุลภาค กล่าวคือระบบการเงินแบบรวมหมุน มีการใช้จ่ายที่ได้สัดส่วนสมควรห่วงการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค เพื่อให้ผลตอบแทนสุขภาพของคนไทยสูงสุด มีความสามารถในการควบคุมต้นทุนในการผลิตบริการสุขภาพที่เหมาะสม ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ คำวิหารจัดการไม่สูงเกินไป

6. ระบบการเงินแบบรวมหมุนจะต้องเอื้ออำนวยให้ประชาชนมีสวีเดิฟในการเลือกใช้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน

7. ให้แยกบทบาทของกลไกที่ดูแลหรือทำหน้าที่ในการจ่ายเงินในระบบสุขภาพออกจากหน่วยงานที่มีบทบาทให้บริการสุขภาพ

ความหมายต่อการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพที่เป็นอยู่

1. เมื่อกำหนดให้คนไทยทุกคนมีระบบการเงินแบบรวมหมุน หรือการสร้างหลักประกันสุขภาพ จะต้องพิจารณาความเป็นไปได้ทางการเงินจากแหล่งต่างๆ ได้แก่ งบประมาณรายจ่ายประจำปีของรัฐบาลจากภาคีอากร ภาษีเฉพาะ (เช่น ภาษีอากรค้าที่เป็นพิษต่อสุขภาพ ยาสูบ สุราฯ) งบประมาณจากการปักปูนของท้องถิ่น การจัดเก็บเงินสมทบในระบบต่างๆ ทั้งจากบุคคล นายจ้าง เป็นต้น

2. ต้องมีการสร้างกลไกใหม่ที่จะมีบทบาทในการดูแลภาพรวมและกำหนดหลักเกณฑ์กติกาเกี่ยวกับการใช้เงินแบบรวมหมุน ใน การสร้างหลักประกันสุขภาพแก่คนไทย โดยต้องเป็นกลไกกลางของประเทศไทยที่ใช้ความรู้และข้อมูลที่เกิดขึ้นจริงในระบบเป็นตัวกำกับ และมีบทบาทกำหนดสัดส่วนและปริมาณการใช้จ่ายจากภาครัฐ และแนวทางการเก็บเงินสมทบจากประชาชน (ปัจเจก หรือนายจ้าง) รวมทั้งแนวทางวิธีการจ่ายเงินในการดำเนินกิจกรรมในการสร้างหลักประกันสุขภาพ

3. หน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแล กำกับการใช้เงินแบบรวมกลุ่มเพื่อสุขภาพ ในรูปแบบการประกันสุขภาพ ทั้งส่วนที่ดำเนินการโดยรัฐและเอกชน จำเป็นต้องมีการปั้นเปลี่ยนแนวคิดและแนวทางในการดำเนินงานภายใต้การประสานและกำหนดทิศทางและกติกาโดยกลไกในข้อ 2 เพื่อให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายพร้อมๆ กับการกำกับดูแลให้เกิดคุณภาพได้คุ้มค่ากับทรัพยากรที่ใช้ไป

4. ระบบประกันสุขภาพที่สัมพันธ์กับการจ้างงาน ซึ่งไม่มีความต่อเนื่องของหลักประกันสุขภาพหากตกงาน หรือเปลี่ยนสภาพการจ้าง หรือไปอยู่ในภาคไม่เป็นทางการ (informal sector) จะต้องมีการปั้นเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลให้เกิดหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง

5. วิธีการจ่ายเงิน (payment methods) ต้องส่งสัญญาณให้สถานพยาบาล และผู้ให้บริการ ค่ามีนึงในประสิทธิภาพของการบริโภคทรัพยากร โดยปฏิรูปวิธีการจ่ายเงินจากปริมาณบริการ (fee for service) ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้ส่วนใหญ่ในปัจจุบัน มีลักษณะเป็นรายจ่ายปลายเปิด เป็นรายจ่ายปลายปิด เช่น วิธีการจ่ายตามปริมาณผู้ลงทุนเมียน (capitation) หรือการกำหนดเพดานงบประมาณล่วงหน้า (global budget) รวมทั้งการให้ผู้ให้บริการต้องร่วมจ่ายเงินด้วย (co-payment)

ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม

1. มีหน่วยงานกลางของประเทศที่มาทำหน้าที่กำกับติดตามสถานการณ์การใช้เงินเพื่อสุขภาพของประเทศ รวมทั้งกำหนดแนวทาง กติกากลางในการบริหารจัดการ ให้เกิดการใช้เงินแบบรวมหมู่ (Collective financing) ที่มีประสิทธิภาพ และเป็นธรรมตามหลักการที่กำหนดไว้ โดยไม่จำเป็นต้องเป็นหน่วยงานที่เป็นผู้บริหารจัดการกองทุนรวม กลุ่มทั้งหมดเดียว (Health Financing Authority แต่ไม่ใช่ Single Fund Administration)

2. นโยบายการคลังสุขภาพที่สำคัญของรัฐ อาจประกอบด้วย

2.1 รัฐและองค์กรปกครองท้องถิ่นลงทุนสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค ติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของการลงทุนในระบบสุขภาพทั้งหมด

2.2 กำหนด สถานพยาบาลเอกชน จัดสรรงำไรประจำปีจากการประกอบการไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 เพื่อการลงทุนในการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

2.3 รัฐและองค์กรปกครองท้องถิ่นจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 เพื่อการลงทุนในการวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยของคนไทย

2.4 กำหนดให้นิติบุคคลที่ดำเนินการธุรกิจภายในประเทศไทย จ่ายเงินสมทบร้อยละ 1 ของยอดจำหน่ายยา เข้ากองทุนเพื่อการวิจัยและพัฒนา เพื่อสร้างศักยภาพในการแข่งขันของประเทศไทยในด้านยา

3. กำหนดชุดของบริการในสิทธิประโยชน์สำหรับคนไทยทุกคนให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั้งใน contributory และ non-contributory schemes เช่น ยา เทคโนโลยีสุขภาพ โดยมีหลักการสำคัญคือ ประสิทธิภาพ (cost effectiveness) ของ intervention เหล่านั้น

4. จัดทำสูตรการจัดสรรงบประมาณจากส่วนกลางไปยังเขตพื้นที่สาธารณะด้วยความเป็นธรรมโดยค่านึงในจำนวนและโครงสร้างประชากร ความต้องการสุขภาพ (health need) ในพื้นที่

5. เขตพื้นที่สาธารณะ หรือจังหวัด เป็นผู้ซื้อบริการ (purchaser) ภายใต้ระบบการเงินแบบรวมหมู่ (Collective financing) ที่มีงบประมาณจากแหล่งต่างๆ เช่น ประกันสังคม ผู้จ่ายสมทบของปัจเจกหรือนายจ้าง สวัสดิการรักษาพยาบาลภาครัฐ และงบประมาณจากองค์กรปกครองท้องถิ่น และกลไกผู้ซื้อบริการจะกำหนดคุณภาพ

บริมาณ และสัดส่วนผู้สมของบริการ (รักษา ส่งเสริม ป้องกัน พื้นที่สุภาพ) รวมทั้งการอุดหนุนบริการ (เช่น selfcare) หรือสนับสนุนการดำเนินการทางวิชาการ (เช่น ฝึกอบรม home care) เป็นต้น จากเครือข่ายของผู้ให้บริการในเขตพื้นที่ สาธารณสุข หรือจังหวัด และกำหนดให้กับบุคคล ประเมินผล ว่าการให้บริการเป็นไปตามสัญญา (contract) หรือไม่อย่างไร และใช้มาตรการตอบโต้ ส่งเสริม ตามความเหมาะสม

ลักษณะกฎหมายที่ควรจะเป็น

1. กำหนดแนวโน้มเบ็ดเตล็ดในการลงทุนในระบบสุขภาพ โดยเฉพาะมาตรการด้านการคลัง ทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังอภิปรายทั้งด้าน
2. กำหนดให้มีการจัดตั้ง National Health Financing Authority
3. กำหนดให้มีการดูแลจัดการระบบการเงินแบบรวมหมู่ (Collaborative financing administration unit) ในระดับพื้นที่หรือเขต

หมวด ๖ กลไกการตรวจสอบคุณภาพ / คุ้มครองสุขภาพ

คุณลักษณะที่พึงประสงค์

1. กลไกต่างๆ ในการตรวจสอบคุณภาพจำเป็นต้องพัฒนาขึ้นให้มีความเข้มแข็ง โดยให้มีกลไกหลายลักษณะ ครอบคลุมลักษณะต่างๆ ต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย
 - 1.1 กลไกด้านการ Accredit เพื่อให้สามารถกำหนดมาตรฐานทางคุณภาพขององค์กรสุขภาพต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน
 - 1.2 กลไกการติดตามตรวจสอบคุณภาพ เกณฑ์มาตรฐานทางวิชาการ และจริยธรรมขององค์กรสุขภาพต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน
 - 1.3 กลไกการออกใบอนุญาตบุคลากรทางสุขภาพทุกประเภท เพื่อประกันคุณภาพมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ
 - 1.4 กลไกการตรวจสอบคุณภาพ และความโปร่งใสในการแต่งตั้งโยกย้าย ให้มีคุณธรรม ตรวจสอบได้ และมีประสิทธิภาพ
2. กลไกการคุ้มครองสุขภาพ ควรให้มีการดำเนินงานอย่างน้อย ๓ ด้านคือ
 - 2.1 กลไกการร้องทุกข์ที่รับฟังปัญหาจากผู้บริโภคที่มีความเป็นธรรมต่อผู้เสียหาย รับฟังปัญหาอย่างแท้จริงและไม่ปกป้องผู้กระทำผิด
 - 2.2 กลไกการชดเชยค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากลินท้าหรือบริการสุขภาพที่ไม่ต้องรอการสอบสวนหากผู้รับผิดชอบ
 - 2.3 กลไกการหาข้อตกลงและทางออกที่ไม่ต้องเสียเวลาหรือรับภาระมาก เช่น การตกลงกันนอกกระบวนการ โดยที่ผู้เสียหายมีอำนาจตัดรองที่เท่าเทียมกับสถาบันสุขภาพและสถานพยาบาล
 - 2.4 กลไกการให้ข้อมูลแก่ผู้บริโภคหรือผู้รับบริการให้มีความรู้เพียงพอที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ให้ลินค้าหรือบริการ โดยเฉพาะการสามารถแสวงหาความเห็นที่สอง (second opinion) ได้ รวมทั้งต้องสามารถรับรู้ค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นก่อนในการตกลงบริการ
3. กลไกต่างๆ ที่ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพ หรือคุ้มครองสุขภาพจะต้องสามารถดำเนินงานอย่างเป็นอิสระไม่อยู่ภายใต้การบังคับบัญชาโดยตรงทั้งของกลไกภาครัฐและกลไกภาคธุรกิจเอกชน แต่ต้องได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่ และมีการกำกับดูแลโดยรัฐ โดยมีการสนับสนุนจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐบาล หน่วยงานผู้ให้บริการ องค์กรวิชาชีพ และทั่วแทนจากประชาชนกลุ่มต่างๆ

4. มีการดำเนินการที่อยู่บนฐานวิชาการ สามารถปรับเปลี่ยนยืดหยุ่นเพื่อประยุกต์ให้เข้ากับสถานการณ์และข้อเท็จจริงทั้งในภาพรวมของประเทศ และในส่วนเฉพาะต่างๆ ภายในระบบ

5. มีความสามารถในการสื่อสาร ทำความเข้าใจกับประชาชน เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถใช้ประโยชน์จากผลการตรวจสอบมาตรฐานให้เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้บริการ หรือเข้าไปมีส่วนในการเรียกร้อง หรือช่วยบริหารจัดการให้เกิดการพัฒนาของหน่วยให้บริการ (แล้วแต่กรณี)

6. ทำงานประสานกับกลไกอื่นๆ ที่มีบทบาทในการกำหนดกฎหมาย กฎ กติกา หรือมาตรฐานอื่นๆ ในหน่วยบริการ เช่น กลไกที่ดูแลจัดการเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนด้านการเงิน การงบประมาณแก่หน่วยบริการ หรือกลไกที่ดูแลเกี่ยวกับการบริหารจัดการและการใช้เทคโนโลยี

7. มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ใน PMC และ Hospital care ด้วยทีมสุขภาพในระบบเอง และมีระบบการให้การรับรองคุณภาพ (Health organization accreditation system - PMC, hospital, laboratory, community pharmacy) เพื่อเป็นหลักเกณฑ์ หรือเงื่อนไขของผู้ซื้อบริการ (Health care purchaser, third party payers) ในการจัดซื้อบริการสุขภาพแก่สมาชิก

ความหมายต่อการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพที่เป็นอยู่

1. ต้องปรับโครงสร้างการบริหารของกระทรวงสาธารณสุข โดยให้มีองค์กรที่เป็นกลไกการตรวจสอบคุณภาพและคุ้มครองสุขภาพอย่างหลากหลายเพียงพอทั้งที่เป็นองค์กรในกำกับของรัฐที่มีอิสระ และที่เป็นองค์กรเอกชน สาธารณะประโยชน์ต่างๆ

2. จะเป็นต้องจัดให้มีตัวแทนผู้บริโภคเข้าร่วมอยู่ในกลไกและกระบวนการการดำเนินงาน ระบบการบริหารขององค์กร การตรวจสอบและกำหนดคุณภาพ และองค์กรองค์กรวิชาชีพต่างๆ

ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม

1. รัฐจะต้องให้การสนับสนุนในด้านงบประมาณ วิชาการ บุคลากรเพื่อจัดตั้งและสร้างความเข้มแข็งแก่องค์กรผู้บริโภค องค์กรวิชาชีพ องค์กรชุมชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ตลอดจนองค์กรสาธารณะประโยชน์ต่างๆ ใน การร่วมเป็นกลไกการตรวจสอบคุณภาพและการคุ้มครองสุขภาพและผู้บริโภค

2. จัดให้มีกลไกในด้านการ accredit องค์กรและหน่วยบริการด้านสุขภาพต่างๆ ทุกระดับ

3. พัฒนาระบบ internal audit และ external audit โดยระบุไว้ในกฎหมายให้มีการ audit เป็นช่วงๆ และต้องรายงานทั้งต่อ policy authority และต่อประชาชน

4. มีระบบ licensing และ delicensing โดยระบุในกฎหมายให้บุคลากรด้านสุขภาพทุกประเภทจะต้องมีใบอนุญาตเพื่อการควบคุมคุณภาพ และให้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

5. กำหนดให้มีกลไกที่ประชาชนสามารถร้องทุกข์กับองค์กรอิสระที่มีตัวแทนของภาคประชาชนร่วมอยู่ด้วย โดยจะต้องมีให้ Burden of proof เป็นของผู้ประับความเสียหาย

6. กำหนดกระบวนการแต่งตั้งโดยย้ำให้มีลักษณะ performance based และ merit system โดยผู้เข้ารับตัวแทนจะต้องแสดงแนวคิดและเค้าโครงการทำงานที่ตนเองดำเนินการก่อนเข้ารับตัวแทน และต้องรายงานผลการดำเนินงานต่อสาธารณะทุกปี

ลักษณะของกฎหมายที่ควรเป็น

1. กำหนดให้รัฐจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนให้เกิดองค์กรที่ทำหน้าที่ตรวจสอบและคุ้มครองสุขภาพ ทั้งในระบบวัสดุและนอกระบบวัสดุ

2. ควรเปิดโอกาสให้มีการจัดตั้งองค์กรอิสระ เพื่อทำหน้าที่ในการตรวจสอบและประเมินผลการทำงานขององค์กรและสถานบริการ โดยให้ผลการประเมินมีผลต่อการจัดสรรงบประมาณโดยตรง

3. เกณฑ์การประเมินผลควรครอบคลุมทั้งคุณภาพในด้านคลินิก (clinical quality) และคุณภาพในด้านการบริการ (service quality) และมีการกำหนดกลไก feedback mechanism ด้วย

หมวดที่ 7 การบริหารจัดการข้อมูลและความรู้เพื่อสุขภาพ

คุณลักษณะที่พึงประสงค์

1. การดำเนินงานของกลไกและหน่วยงานต่างๆ ที่สำคัญในระบบสาธารณสุขจำเป็นต้องมีการพัฒนาและลงทุนในระบบข้อมูลข่าวสาร และให้สามารถจัดหาและใช้ข้อมูลประกอบการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ กลไกเหล่านี้ได้แก่

1.1 กลไกในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และมาตรฐานต่างๆ (สถาบันสุขภาพแห่งชาติ และกรมวิชาการต่างๆ)

1.2 กลไกกำกับดูแลและกำหนดแนวทางการใช้เงินเพื่อสุขภาพในลักษณะรวมกลุ่ม (Health Care Financing Administration)

1.3 กลไกตรวจสอบติดตามคุณภาพมาตรฐาน (Hospital Accreditation)

1.4 กลไกเพื่อดูแลภาพรวมการพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด (Provincial Health Authority)

1.5 สถานบริการสุขภาพ (Health Care Facilities)

1.6 กลไกในการควบคุมป้องกันโรคติดต่ออันตรายและโรคระบาด

2. เพื่อให้เกิดข้อมูลที่จำเป็นเพื่อการใช้ประโยชน์ในลักษณะต่างๆ จากแหล่งข้อมูลต่างๆ โดยเฉพาะจากสถานบริการสุขภาพ จำเป็นจะต้องมีกลไกกลางของประเทศไทยที่จะดูแลและพัฒนาเพื่อให้เกิดระบบที่ประสานสอดคล้องและใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพลดการซ้ำซ้อนและล้าหลังโดยไม่จำเป็น

3. นอกเหนือจากข้อมูลเพื่อการดำเนินการในลักษณะต่างๆ ระบบสุขภาพจำเป็นจะต้องมีกลไกที่จะมองภาพรวมและวางแผนการลงทุนด้านการวิจัยสุขภาพ เพื่อให้เกิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีต่างๆ ตลอดจนการวิจัยที่จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบ พัฒนาระบบการทำงานทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่

4. รัฐมีบทบาทอย่างสำคัญในการลงทุนอย่างเพียงพอเพื่อให้เกิดกลไกและระบบข้อมูลที่จำเป็นในข้อ 2 และ 1 รวมทั้งระบบเพื่อการศึกษาวิจัยในข้อ 3

5. รัฐจะต้องดูแลให้เกิดการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการให้ข้อมูลความรู้ทางด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน โดยการกำหนดบทบาทของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งกำกับติดตามหรือให้การสนับสนุนด้านต่างๆ ที่จำเป็น เพื่อให้เกิดการสร้างและเผยแพร่ข้อมูลเพื่อสุขภาพสำคัญให้แก่ประชาชน

6. รัฐจะต้องลงทุนและสนับสนุนให้เกิดสถาบันและบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการวิจัยทางด้านสุขภาพ ทั้งการวิจัยเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีและการพัฒนานโยบายและพัฒนาระบบ ทั้งนี้โดยอาจเป็นสถาบันในมหาวิทยาลัยในภาครัฐหรือในภาคเอกชน

7. สถานภาพของกลไกและหน่วยงานที่จะเข้ามามีบทบาทในการสร้างและบริหารจัดการความรู้ ทั้งในส่วนที่เป็นไปเพื่อการบริหารจัดการตามภารกิจ และในส่วนของการวิจัยและพัฒนา (ตามที่ระบุข้อ 2, 3 และ 6) ควรมีความคิดเห็นตัวในการบริหารจัดการ และมีระบบที่จะส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ และการแสวงหาความจริงอย่างเป็นกลาง

ความหมายต่อการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพที่เป็นอยู่

1. หน่วยงานที่ดูแลเรื่องระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อสุขภาพในปัจจุบัน ยังมีบทบาทและขอบเขตการดำเนินการที่จำกัดอยู่เพียงการจัดทำข้อมูล เพื่อการติดตามสถานการณ์ด้านสุขภาพในภาพรวมและการติดตามความก้าวหน้าของแผนงานโครงการของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก

2. กลไกและหน่วยงานรวมทั้งสถานบริการสุขภาพ ยังมีการพัฒนาระบบข้อมูลและใช้ ข้อมูลเพื่อประกอบการทำหน้าที่ในความรับผิดชอบไม่ก้าวข้างหน้าเท่าที่ควร

3. ระบบการส่งเสริมการวิจัยด้านสุขภาพยังกระจัดกระจาย และขาดการมองภาพรวม เชื่อมต่อระหว่างการพัฒนาเทคโนโลยี การใช้เทคโนโลยีเพื่อกันปัญหาและการพัฒนานโยบาย พัฒนาระบบ และพัฒนากระบวนการทำงาน

4. ศักยภาพของสถาบันวิจัยและบุคลากรเพื่อการวิจัยทางด้านสุขภาพของประเทศไทย ยังต้องการการลงทุน และการสนับสนุนอย่างจริงจังเพื่อวางแผนการที่มั่นคงสำหรับอนาคต

5. การลงทุนเพื่อการวิจัยในด้านสุขภาพในปัจจุบันยังมีขนาดเล็กมาก เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในแต่ละปี

ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม

1. ความมุ่งมั่นที่จะให้เกิดการวิจัยในกฎหมายหลักว่าการดำเนินการในด้านต่าง ๆ ในระบบสุขภาพจะเป็นจะต้องมีกลไกที่มีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการข้อมูลและความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และกลไกเหล่านี้จะเป็นต้องมีอยู่ทั้งในระดับของหน่วยงานให้บริการ หน่วยงานกำหนดนโยบาย และหน่วยงานที่มีบทบาทในการตรวจสอบ ควบคุม กำกับ และสนับสนุนการพัฒนา และกลไกเหล่านี้ควรมีลักษณะที่จะส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ และแสวงหาความจริงอย่างเป็นกลาง

2. จัดตั้งกลไกในการวางแผนและบริหารจัดการเพื่อส่งเสริมให้เกิดการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ ซึ่งรวมการวิจัยและพัฒนาในเชิงเทคโนโลยีและการพัฒนาระบบในด้านต่างๆ ให้ด้วยกันเพื่อเป็นเครื่องมือหลักในการสร้างความ

รู้ที่สำคัญ และนำความรู้ที่มีอยู่และที่สร้างขึ้นใหม่ไปสู่การพัฒนาสุขภาพ รวมทั้งการจัดการและให้การสนับสนุนเพื่อสร้างความเข้มแข็งในการวิจัยเพื่อสุขภาพของประเทศไทยในระยะยาวด้วยการพัฒนาให้เกิดหน่วยงานวิจัยที่สำคัญและนักวิจัยที่มีความสามารถทั้งในมหาวิทยาลัย ในระบบบริการ หรือในหน่วยงานวิจัยเฉพาะด้านต่าง ๆ ทั้งในภาครัฐ และภาคเอกชน (ซึ่งอาจปรับปรุงจากพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ที่มีอยู่)

3. กำหนดในกฎหมายจัดตั้งกลไกในข้อ 2 ให้รัฐบาลต้องมีการลงทุนที่ชัดเจนเพื่อการวิจัยในด้านสุขภาพอย่างจริงจัง เช่น กำหนดเป็นร้อยละของยอดงบประมาณทางด้านสุขภาพในแต่ละปี และให้จัดสรรงบประมาณผ่านกลไกที่มีความสามารถในการ บริหารจัดการ การสร้างและการใช้ความรู้ เพื่อการพัฒนาสุขภาพ รวมทั้งการส่งเสริมการลงทุนเพื่อการวิจัยในภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

4. กำหนดในกฎหมายภาษีอากร หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้ผู้ประกอบธุรกิจเทคโนโลยีทางด้านการแพทย์ และสาธารณสุข (ทั้งผู้ผลิต ผู้นำเข้า ผู้จ่าย) ต้องบริจาคเงิน ตั้งเป็นกองทุนเทคโนโลยี (โดยกำหนดเป็นสัดส่วนของกำไรหรือภาษีเงินได้ หรือภาษีมูลค่าเพิ่ม) และนำเงินส่วนหนึ่งเพื่อมาสนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาเทคโนโลยี ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน (เงินส่วนหนึ่งอาจนำไปใช้ประโยชน์ เพื่อจ่ายเป็นค่าเลี้ยงหายาชدهยกรณีมีผู้ได้รับความเสียหายจากการใช้เทคโนโลยีทางด้านสุขภาพ อันเกิดขึ้นเนื่องจากสาเหตุที่หลีกเลี่ยงไม่ได้หรือไม่ได้เกิดจากความประมาทเลินเล่อ) (ดูเปรียบเทียบกับมาตรการในหมวด 6 ว่าด้วยเรื่องกลไกการตรวจสอบและการคุ้มครองประชาชนด้านสุขภาพ)

หมวด 8 บทบาทรัฐและการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น

คุณลักษณะที่พึงประสงค์

1. รัฐจะต้องมีบทบาทในการวางแผนนโยบาย มาตรฐาน ครอบกฎหมาย ปกติกา และสามารถกำกับดูแลระบบในภาพรวม ซึ่งรวมทั้งภาคครัวและภาคเอกชน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เจตนาการน์ และลักษณะต่างๆ ที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับหลักการสำคัญ ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีใช้จำกัดอยู่เพียงการกำหนดนโยบายและแผนงานโครงการ เพื่อการดำเนินงานด้านสุขภาพภายใต้กลไกของกระทรวงได้กระบวนการหนึ่งโดยเฉพาะ
2. การแสดงบทบาทของรัฐในเรื่องสุขภาพ จำเป็นต้องครอบคลุมและเกี่ยวโยงกับการกำหนดนโยบายและการแสดงบทบาทในการพัฒนาด้านอื่น ๆ ทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม เพื่อให้มั่นใจว่าจะเกิดนโยบายที่ส่งเสริมสนับสนุน การมีสุขภาพดีของประชาชน (healthy public policies)
3. รัฐต้องรับผิดชอบดูแลและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ด้อยโอกาสในสังคมให้ได้มาก็โอกาส เพื่อเพิ่มภัยคุกคามอื่น ๆ ในสังคมในการมีสุขภาพที่ดี และหายจากความเจ็บป่วย เช่น การจัดให้ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับบริการสุขภาพ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายจากสถานบริการของรัฐ เป็นต้น
4. รัฐมีหน้าที่ความรับผิดชอบในการควบคุมป้องกันโรคระบาดและปัญหาอื่นๆ ที่ทำให้เกิดการเป็นโรคหรือบาดเจ็บพิการโดยสาเหตุที่สามารถป้องกันได้
5. รัฐต้องดูแลและการจัดระบบที่สำคัญ ๆ เช่น ระบบบริการสุขภาพ ระบบการเงินการคลังรวมหมู่ (Collective financing) ในลักษณะต่าง ๆ และวางแผนกฎหมาย รวมทั้งกลไกในการกำหนดติดตามให้เป็นไปตามกฎหมายที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
6. การจัดแบ่งบทบาทอำนาจหน้าที่ระหว่างรัฐบาลกลางและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินการเพื่อสุขภาพประชาชนเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้เกิดความสามารถในการใช้ทรัพยากรเพื่อแก้ปัญหาได้สอดคล้องกับปัญหาและความจำเป็น และการบริหารจัดการการใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ
7. การรับผิดชอบดูแลและจัดให้มีบริการไม่ได้มีความหมายว่า องค์กรปกครองในระดับพื้นที่ (และองค์กรส่วนกลาง) จำเป็นจะต้องเป็นเจ้าของหรือเข้าไปดูแลบริหารจัดการหน่วยงานให้บริการโดยตรงในเชิงบังคับบัญชาดูแล แต่อาจมีความสัมพันธ์ในลักษณะอื่นได้
8. การบริหารจัดการกลไกของรัฐที่ดูแลจัดการในเรื่องสุขภาพ ทั้งในระดับประเทศ ระดับพื้นที่ และในระดับสถานบริการ จะต้องมีองค์ประกอบของผู้แทนชุมชน (ที่ไม่ได้เป็นผู้แทนจากองค์กรทางราชการเท่านั้น) เข้ามามีส่วนร่วม โดยไม่ได้มีฐานะเป็นเพียงผู้ให้คำแนะนำ หรือค่าปรึกษาเท่านั้น (advisory or technical) แต่มีหน้าที่ในด้านนโยบาย และการดูแลการบริหารจัดการด้วย (policy and management oversight)

9. องค์กรชุมชน องค์กรสาธารณูปโภค และประชาสัมคมที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของระบบการปกครอง ส่วนกลางหรือส่วนท้องถิ่น ควรได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลส่วนกลางหรือส่วนท้องถิ่น เพื่อดำเนินกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพต่อสาธารณะในเรื่องสุขภาพ

10. การตัดสินใจเพื่อการจัดสรรงบประมาณและการดำเนินกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนที่ดำเนินการโดยองค์กรส่วนท้องถิ่น จะต้องประสานสอดคล้องกันนโยบาย และแผนในการพัฒนาที่กำหนดโดยกลไกกลาง หันนี้เพื่อให้การพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่ต่างๆ ประสานสอดคล้องกัน ไม่เกิดซ่องว่างหรือการซ้ำซ้อน

ความหมายต่อการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพที่เป็นอยู่

1. บทบาทของรัฐในเรื่องสุขภาพในปัจจุบันจำกัดอยู่เพียงการลงทุนด้านสุขภาพ ผ่านการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณูปชุช และหน่วยราชการอื่น ๆ ที่มีสถานบริการ แม้จะมีกลไกที่ดูแลและดำเนินการตามกฎหมาย แต่มีลักษณะค่อนข้างกระจัดกระจาย ขาดกลไกและกระบวนการในการดูแลพัฒนาและกำหนดนโยบายและเป้าหมายในการพัฒนาด้านต่าง ๆ ซึ่งครอบคลุมบทบาทของหน่วยงานต่าง ๆ ในภาครัฐและเอกชน

2. การกำหนดนโยบายการพัฒนาประเทศทางด้านเศรษฐกิจและสังคมยังขาดการวิเคราะห์ผลกระทบทางด้านสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบ และยังมีนโยบายด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน เช่น นโยบายอุดหนุนการเมือง การเกษตร แต่ขาดการวิเคราะห์เพื่อช่วยกันพัฒนาให้เป็น healthy public policies อย่างแท้จริง

3. แม้มีแนวโน้มในการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่น การวิเคราะห์เพื่อแบ่งแยกบทบาทและความรับผิดชอบในระหว่างส่วนกลางและส่วนท้องถิ่นในด้านสุขภาพยังมีอย่างจำกัดและอาจเกิดผลกระทบต่อการพัฒนาสุขภาพประชาชน ในอนาคต หากไม่มีการกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบในด้านต่าง ๆ ให้ชัดเจน

4. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ที่มีอยู่ มีกิติกาและหลักการดำเนินงานที่แตกต่าง ขาดประสิทธิภาพและคุณภาพ และควรจะมีการปรับปรุงเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในภาพรวมให้มากกว่าที่เป็นอยู่

ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม

1. ปรับปรุงกลไกในการกำหนดนโยบาย ติดตาม และพัฒนาเครื่องมือต่างๆ เพื่อให้เป็นไปตามนโยบาย โดยการจัดตั้งสถาบันสุขภาพแห่งชาติให้ประกอบด้วย หน่วยราชการที่สำคัญ (ไม่เฉพาะแต่หน่วยงานที่ดูแลด้านสุขภาพ และสวัสดิการโดยตรง) องค์กรส่วนท้องถิ่น ตัวแทนประชาชนทั่วไป โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญคือ การกำหนดนโยบายและกรอบกิจกิจ ตลอดจนการจัดสรรงบประมาณ หรือการใช้มาตรการทางภาษีอากร หรือให้อำนาจ รวมทั้ง การให้ข้อมูลแก่หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน

2. การจัดตั้งกลไกและระบบที่จะทำให้เห็นภาพรวมของค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของประเทศ และสามารถนำมายกเว้นนโยบายการเงินเพื่อสุขภาพในภาพรวมได้ดีขึ้น

3. การจัดตั้งหน่วยงานที่จะมาดำเนินแนวทางการใช้จ่ายเงินในลักษณะรวมหมู่ (collective financing) ซึ่งจะรวมทั้งการกำกับดูแลเงิน การกระจายของเงินที่มีอยู่ผ่านกลไกต่าง ๆ ในระดับพื้นที่ซึ่งจะดูแลการใช้เงินเพื่อสุขภาพ รวมทั้งแนวทางการซื้อบริการสุขภาพในลักษณะต่างๆ จากผู้ให้บริการ

4. การจัดแบ่งบทบาทให้ชัดเจนระหว่างกลไกของรัฐในส่วนกลาง ส่วนจังหวัด/เขตพื้นที่สาธารณะ และในระดับปฏิบัติการ (หน่วยบริการ) ดังนี้

4.1 กระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลาง ประกอบด้วย หน่วยงานดูแลด้านนโยบายและแผน รวมทั้ง การดูแลด้านการเงินเพื่อสุขภาพ กรมวิชาการต่าง ๆ ที่มีบทบาทในการพัฒนาและให้การสนับสนุนทางวิชาการแก่พื้นที่ (จังหวัด / เขต) และกลไกที่มีบทบาทในการกำหนดและตรวจสอบติดตามให้เป็นไปตามมาตรฐานต่าง ๆ

4.2 กลไกในระดับจังหวัดที่อาจเป็นกลไกกลางในการดูแลให้เป็นไปตามนโยบายและมาตรฐานต่าง ๆ ที่ กำหนดขึ้นโดยกระทรวงส่วนกลาง การประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ นอกจากสาธารณสุข รวมทั้งแสดงบทบาทในฐานะผู้ซื้อบริการสาธารณสุขในระดับพื้นที่โดยเงินที่มาจากแหล่งต่าง ๆ เช่น งบประมาณจากส่วนกลาง เงินในระบบประกันสุขภาพ หรือเงินจากการซื้อขายของท้องถิ่น

4.3 สถานบริการภาครัฐซึ่งปรับเปลี่ยนให้มีความคล่องตัวและอิสระในการบริหารจัดการและให้ ทรัพยากรที่ได้รับ และมีหน้าที่เสนอแผนหรือข่ายบริการสาธารณสุขและผลิตภัณฑ์ให้กับกลไกในข้อ 4.2 แต่มีชุมชนมา ร่วมในการบริหารจัดการดูแลและการดำเนินการของสถานบริการ

5. บทบาทขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นในระดับต่าง ๆ ในการจัดหาหรือดำเนินการเกี่ยวกับด้านสุขภาพ อนามัยให้แสดงออกโดยการเป็นผู้กำหนดลักษณะและประเภทบริการที่ต้องการสำหรับประชาชนในเขตตัวผิดชอบ และ ให้ใช้ชื่อบริการจากสถานบริการในพื้นที่โดยผ่านกระบวนการบริหารจัดการของกลไกในระดับจังหวัดในข้อ 4.2

คำสั่ง

คณะกรรมการบริการการสาธารณสุข วุฒิสภา

ที่ ๓ /๒๕๔๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการศึกษาเพื่อแผนงานสาธารณสุขประชาชาติ

ตามที่คณะกรรมการบริการการสาธารณสุข ได้รับมอบหมายจากที่ประชุมวุฒิสภา ให้ขยายผล การศึกษาพัฒนาสาธารณสุข รวม ๕ หัวข้อ เมื่อวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๔๐ และได้ขยายเวลาการ พิจารณาออกไปอีก ๑ ปี ตั้งแต่วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๔๑ ถึงวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๔๒ นั้น

ในโครงการการศึกษาการพัฒนาศึกษาภูมายield ด้านสาธารณสุข จากวัสดุธรรมชาติ ฉบับ พ.ศ. ๒๕๔๐ โดยเฉพาะในมาตรการที่ ๕๒ และ ๕๗ คณะกรรมการบริการได้พิจารณาให้ข้อเสนอหัวข้อบูลและศึกษา นาโดยตลอด จึงได้มีมติในการประชุมวันที่ ๕ และ ๖ ตุลาคม ๒๕๔๐ ให้ตั้งคณะกรรมการขึ้น เพื่อ ยกเว้นโครงการศึกษาเพื่อแผนงานสาธารณสุขประชาชาติ โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิในด้านวิชาชีพระบบงาน สาธารณสุขร่วมดำเนินการ เสนอรายงาน มีข้อมูลและขั้นตอน เสนอคณะกรรมการบริการ เพื่อได้ร่วม กันพิจารณาปรับปรุง ก่อนนำไปเสนอที่ประชุมวุฒิสภาและกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาดำเนินการ ต่อไป

องค์คณะทำงานประกอบด้วย

- | | |
|--------------------------------|--|
| ๑. ศ.นพ.ประسطพ รัตนากร | ประธานคณะกรรมการบริการและประธานคณะกรรมการทำงาน |
| ๒. ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย | รองประธานคณะกรรมการ |
| ๓. น.พ.สมศักดิ์ ชูชนทรัพย์ | หัวหน้าคณะทำงาน |
| ๔. น.พ.จิตรา สิงห์อมรา | คณะทำงาน |
| ๕. น.พ.สมเกียรติ ฉาบะศรีวงศ์ | คณะทำงาน |
| ๖. น.พ.สงวน นิตยารัมภ์พงษ์ | คณะทำงาน |
| ๗. น.พ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสธียะ | คณะทำงาน |
| ๘. น.พ.สุกกร บัวทราย | คณะทำงานและเลขานุการ |
| ๙. นางสาวรุณี ศุรณิวงค์ | ผู้ช่วยเลขานุการ |

ในการนี้ คณะทำงานจะศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมได้จากหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข
มหาราษฎร์ สถาบันสาธารณสุข ทั้งภาครัฐ และเอกชน

กำหนดเสนอรายงานภายในเดือนมีนาคม ๒๕๔๒

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๔๐ เป็นต้นไป

(ศ.นพ.ประسطพ รัตนากร)

ประธานคณะกรรมการบริการการสาธารณสุข วุฒิสภา