

(3) P4 ยกร่าง พ.ร.บ. (เอกสาร นพ. อัมพ พินิจวัฒน์)

- สรุปผลการประชุมคณะกรรมการยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4,5,7/2544
- สรุปรายการการดำเนินงานยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ และโครงการวิจัย และโครงการวิจัย

บันทึกข้อความ

5 พฤศจิกายน 2544

เรื่อง ส่งข้อมูลความคืบหน้าการปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข

เรียน นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์, ศ.นพ.ประเวศ วะสี, ศ.นพ.อารี วลัยะเสวี, นายโสภณ สุภาพงษ์,
น.ส.ศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์, ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, รศ.แสง บุญเฉลิมวิภาส, นพ.วิพุธ พูลเจริญ,
นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, นพ.ชูชัย ศุภวงศ์,
นพ.สุกกร บัวสาย, นพ.พลเดช ปิ่นประทีป, นพ.สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย, นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร,
นพ.วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์

ผมได้รับเอกสารความคืบหน้าการปรับบทบาท ภารกิจ และโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข
ล่าสุด (ตุลาคม 2544) มา ดูเนื้อหาแล้วสรุปได้ว่า

1. ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขใช้โอกาสที่รัฐบาลทำเรื่องปฏิรูประบบราชการ (ซึ่งเน้นการจัด
กลุ่มกระทรวงและตั้งกระทรวงใหม่) ทำเรื่องนี้ให้คืบหน้า

2. มีการระบุถึง “คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ” ไว้เป็นกลไกนอกกระทรวงสาธารณสุขด้วย

3. เนื้อหาของกระทรวงสาธารณสุขมีการเสนอปรับปรุงน้อยมาก ในขณะที่เดียวกันมีการเสนอเพิ่ม
หน่วยงานในหลายกรมด้วย (เพราะเป็นการเสนอจากภายในกรมเอง) มีการเสนอโอนงานไปส่วนราชการ
อื่นบ้างเล็กน้อย

4. มีการนำชื่อ สสส. ซึ่งเป็นกลไกอิสระตามกฎหมายเฉพาะมาใส่ไว้ในกลุ่มงานรับผิดชอบของ
กระทรวงสาธารณสุขด้วย (อาจมีความพยายามหาทางปรับตั้งเข้ามาหรือไม่ ไม่ทราบ)

โดยสรุป คงเห็นภาพได้ชัดว่า ถ้ารัฐบาลคิดปฏิรูประบบราชการด้วยการให้ราชการคิดเองทำเอง ก็
คงทำได้แค่นี้ ซึ่งดีไม่ดียิ่งปฏิรูปจะยิ่งรวบอำนาจและราชการใหญ่ขึ้นกว่าเดิม เพราะไม่มีการมองเรื่องการ
กระจายอำนาจตามรัฐธรรมนูญ / พ.ร.บ.ที่เกี่ยวข้อง และไม่เปิดโอกาสให้ภาคส่วนอื่นเข้าร่วมคิดด้วยเลย

สปรส. ก็ไม่ได้รับการชวนเข้าร่วมคิดด้วย ซึ่งเราคงจะจับในส่วนที่กว้างกว่านี้ คือ ระบบสุขภาพทั้ง
ระบบ (แต่พอลงไปสู่ส่วนระบบย่อยต่าง ๆ ก็จะมีส่วนซ้อนทับกับงานของกระทรวงสาธารณสุขอย่างหลัก
เลี่ยงไม่ได้ เช่น ระบบควบคุมป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพ ระบบการสร้างองค์ความรู้ ระบบคุ้ม
ครองผู้บริโภค เป็นต้น)

ผมได้ข้อมูลมา จึงส่งมาเรียนเพื่อทราบเท่านั้นแหละครับ

อัมพล จันทวงษ์

(นายแพทย์อัมพล จันทวงษ์)

ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

สำเนาเรียน

ทีมงาน สปรส., น.ส.ดวงพร เสงบุญพันธ์, ทญ.เพ็ญแข ลากยัง

อาคารด้านทิศเหนือสวนสุขภาพ ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

Ministry of Public Health, Tiwanon Rd., Nonthaburi 11000, Thailand. Tel: (66-2) 590-2304 Fax: (66-2) 590-2311

Homepage: www.hsro.or.th, E-mail Address: hsro@hsro.or.th

ผลการดำเนินงาน
การปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข
เดือนตุลาคม พ.ศ.2544

ตามที่รัฐบาลมีนโยบายสำคัญในการปฏิรูประบบราชการ เพื่อให้สามารถเอื้อต่อการบริหารประเทศภายใต้สภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลง ประกอบกับการดำเนินงานของภาครัฐในปัจจุบันจะเน้นการบริหารงานที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ที่มีประชาชนเป็นเป้าหมายหลักในการทำงานกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินการปรับเปลี่ยนบทบาท ภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขดังนี้

1. ความก้าวหน้าในการดำเนินงานปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข

ลำดับที่	วัน เดือน ปี	การดำเนินการ	ผลการดำเนินการ
1.	4-5 สิงหาคม 2544	- การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง "การปรับบทบาท ภารกิจและโครงสร้างส่วนราชการ" ณ เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี จัดโดยสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน	เป็นการประชุมที่มีนายกรัฐมนตรี คณะรัฐมนตรี ผู้แทนพรรคฝ่ายค้าน ผู้ทรงคุณวุฒิ และปลัดกระทรวงทุกกระทรวง เพื่อพิจารณาเรื่องการปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างของทุกส่วนราชการให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม และการแข่งขันกับต่างประเทศ ซึ่งที่ประชุมได้มีมติให้จัดแบ่งโครงสร้างส่วนราชการเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มบริหาร กลุ่มความมั่นคง กลุ่มเศรษฐกิจ และกลุ่มสังคม โดยโครงสร้างส่วนราชการที่จะจัดใหม่ต้องสอดคล้องกับบทบาทภารกิจของภาครัฐ ใน Value Chain ของ 4 กลุ่มดังกล่าว สำหรับกระทรวงสาธารณสุขจัดอยู่ในกลุ่มกระทรวงภาคสังคม และมี Value Chain คือการพัฒนาประชากรให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของประเทศ <u>หมายเหตุ</u> Value Chain หมายถึง กระบวนการสร้างคุณค่าของภารกิจ ซึ่งเป็น การแสดงถึงภารกิจที่มีความเชื่อมโยงกับผลผลิตและผลลัพธ์ที่ต้องการ
2.	26 กันยายน 2544	- การประชุมผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข	เป็นการประชุมเพื่อพิจารณาการปรับบทบาทภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข มีข้อสรุปว่า กระทรวงสาธารณสุขใช้ชื่อเดิมมีบทบาทภารกิจรวม 4 กลุ่ม/17 ภารกิจ
3.	28 กันยายน 2544	- การประชุมสัมมนาเรื่องการปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างส่วนราชการ ณ ดิกล้านติโมตรี ทำเนียบรัฐบาล จัดโดยสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน	เป็นการประชุมสืบเนื่องจากการประชุมเมื่อวันที่ 4-5 สิงหาคม 2544 เพื่อพิจารณาภารกิจและโครงสร้างของทุกส่วนราชการในระดับกระทรวงที่ ก.พ.ยกร่างขึ้น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขก็ได้นำเสนอภารกิจตามมติการประชุมผู้บริหารระดับสูงเมื่อวันที่ 26 กันยายน 2544 สำหรับในส่วนโครงสร้างของกระทรวงฯ ก็ได้นำข้อเสนอของ ก.พ.มาพิจารณารายละเอียด

ลำดับที่	วัน เดือน ปี	การดำเนินการ	ผลการดำเนินการ
4.	2 ตุลาคม 2544	- การประชุมผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข	ที่ประชุมมีมติยืนยันว่า กระทรวงสาธารณสุข ยังใช้ชื่อเดิมคือ "กระทรวงสาธารณสุข" ชื่อภาษาอังกฤษ "Ministry of Public Health"
5.	3 ตุลาคม 2544	- จัดทำหนังสือยืนยันการใช้ชื่อกระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงสาธารณสุขทำหนังสือถึงเลขาธิการคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนเพื่อยืนยันการใช้ชื่อกระทรวงสาธารณสุขเหมือนเดิมตามมติการประชุมผู้บริหารกระทรวงฯ
6.	3 ตุลาคม 2544	- แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 894/2544 ลงวันที่ 3 ตุลาคม 2544	กระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข รวม 22 ท่าน โดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ดูแลสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข และกองการเจ้าหน้าที่ สป. เป็นรองประธาน ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่ เลขานุการ ทุกกรม เป็นกรรมการ ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข เป็นเลขานุการ ซึ่งมีหน้าที่ในการพิจารณาการปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขและผลักดันให้เกิดผลในทางปฏิบัติ
7.	5 ตุลาคม 2544	- ประชุมคณะกรรมการเพื่อพิจารณาปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข	ประชุมคณะกรรมการเพื่อพิจารณาปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2544 วันที่ 5 ตุลาคม 2544 ซึ่งมีผลการประชุมสรุปได้ดังนี้ 1) กระทรวงฯ มีภารกิจหลัก 4 กลุ่ม /17 ภารกิจ 2) ชื่อองค์กรระดับกรมในกระทรวงสาธารณสุขยังคงใช้ชื่อเดิม 3) สถานบริการสุขภาพที่สังกัดกรมยังคงสังกัดกรมเหมือนเดิม แต่ปรับเปลี่ยนภารกิจใหม่ให้สอดคล้องกับกลุ่มภารกิจหลัก 4) การพิจารณาและจัดทำรายละเอียดของภารกิจ 17 ข้อ และโครงสร้างของทุกกรมในกระทรวงได้มอบหมายให้สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขร่วมกับ

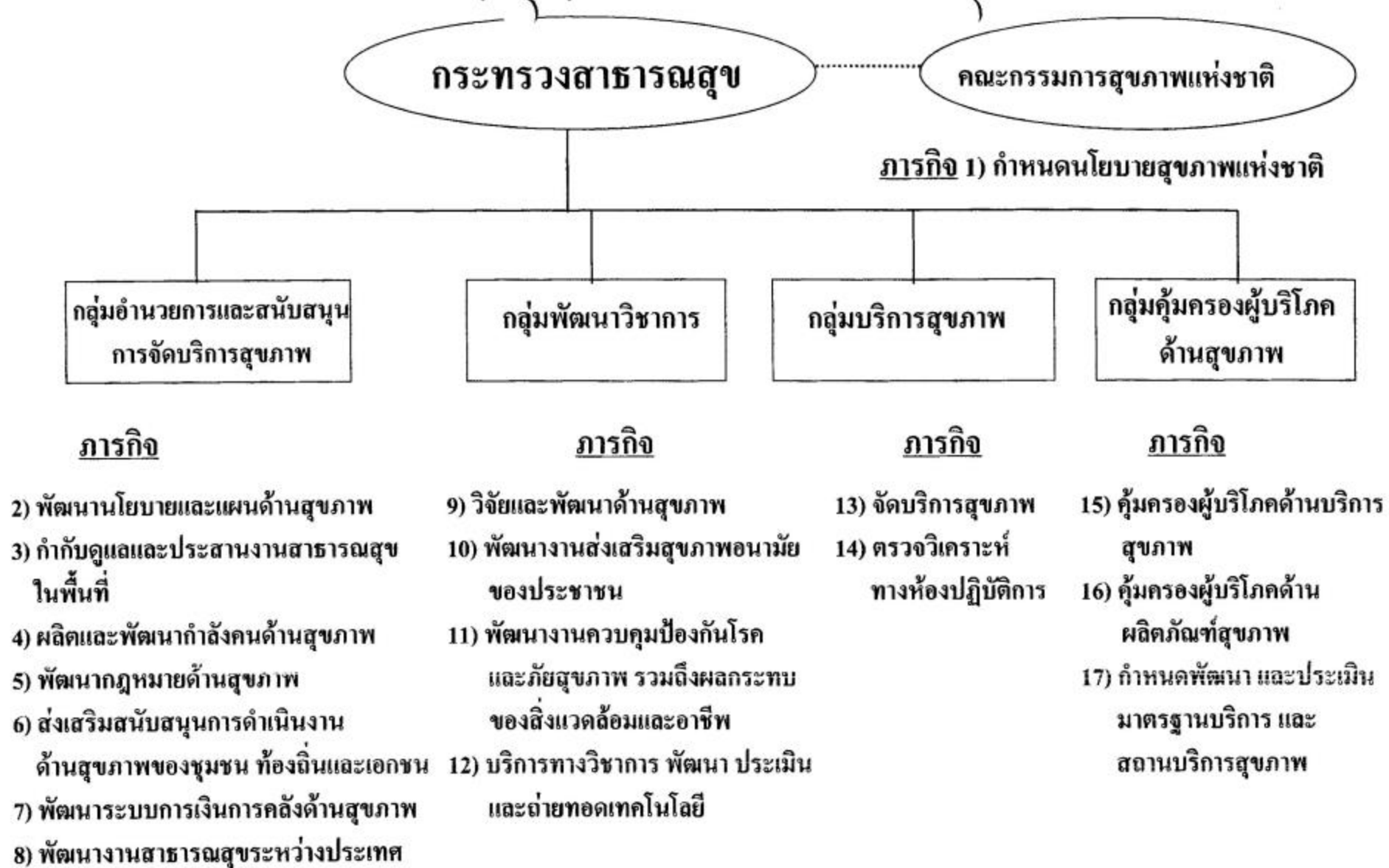
ลำดับที่	วัน เดือน ปี	การดำเนินการ	ผลการดำเนินการ
			กองแผนงานทุกกรมและกองการเจ้าหน้าที่ทุกกรม รวมทั้งได้เชิญผู้แทนจากสำนักงาน ก.พ.มาประชุมร่วมกัน เพื่อจัดทำรายละเอียดภารกิจและโครงสร้างดังกล่าว
8.	9 ตุลาคม 2544	- การประชุมร่วมกับกรมทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณารายละเอียดภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข	เป็นการประชุมที่สืบเนื่องจากมติการประชุมคณะกรรมการ เมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2544 สรุปได้ว่า ที่ประชุมได้พิจารณาร่างรายละเอียดภารกิจ 17 ข้อ ที่สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุขดำเนินการและมีมติเห็นชอบโดยให้สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุขปรับแก้ไขในบางภารกิจ สำหรับรายละเอียดด้านโครงสร้างของทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุขนั้น ผู้แทนจากสำนักงาน ก.พ.ได้นำเสนอร่างโครงสร้างของกระทรวงฯ จำแนกรายกรมเพื่อให้ทุกกรมไปพิจารณาว่ามีหน่วยงานใดคงอยู่และหน่วยงานใดที่ควรจะโอนให้กับหน่วยงานอื่นแล้วส่งให้สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุขเป็นผู้วิเคราะห์และเสนอต่อผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขต่อไป
9	10 ตุลาคม 2544	- รองเลขาธิการคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน(นายสุภวัชร ไซติกญาน) พร้อมคณะเข้าพบ น.พ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข	คณะผู้แทนจาก ก.พ.เข้าพบรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อปรึกษาหารือเรื่อง ภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข
10	10-11 ตุลาคม 2544	- การประชุมปรึกษาหารือเรื่องการปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างของกรมทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข	เป็นการประชุมแยกของแต่ละกรมในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพิจารณารายละเอียดโครงสร้างเป็นรายการ ตามข้อเสนอของ ก.พ.เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม 2544 สำหรับในส่วน ofสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดประชุมเพื่อปรึกษาหารือระหว่างกองใน สป. เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2544 ซึ่งผลการประชุมสรุปได้ว่า ได้ข้อเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงสร้างของ สป. จากผู้อำนวยการกองและผู้แทนทุกกองใน สป. ซึ่งสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุขจะได้นำเสนอต่อผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

ลำดับที่	วัน เดือน ปี	การดำเนินการ	ผลการดำเนินการ
11	15 ตุลาคม 2544	- การประชุมหารือเกี่ยวกับการจัดทำรายละเอียดเพิ่มเติมสำหรับการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ที่สำนักงาน ก.พ.จะจัดในวันที่ 2 พฤศจิกายน 2544	นายสุภวัชร์ โชติคุณชาญ รองเลขาธิการ ก.พ. และคณะ ได้เข้าพบรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเพื่อหารือเกี่ยวกับภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขรวม 17 ภารกิจ การจัดโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข การถ่ายโอนงานของกระทรวงสาธารณสุขให้กระทรวงอื่น และการรับโอนงานจากกระทรวงอื่น
12	15 ตุลาคม 2544	- การประชุมผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข	เป็นการประชุมเพื่อพิจารณารายละเอียดภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขทั้งในระดับกระทรวงและระดับกรม ที่ผู้บริหารได้มอบหมายให้ร่วมกันจัดทำขึ้น เมื่อวันที่ 9-10 ตุลาคม 2544 ซึ่งที่ประชุมได้มีมติเห็นชอบกับรายละเอียดภารกิจทั้ง 17 ด้าน โดยปรับแก้ไขรายละเอียดเฉพาะภารกิจข้อ 2, 8, 9, 10, 11, 12, 14 และ 16 สำหรับในส่วนของโครงสร้างกระทรวงฯ ที่ประชุม มีมติให้ทุกกรมมีสถานะเป็นส่วนราชการคงเดิมไม่เปลี่ยนชื่อกรมและมีบางหน่วยงานจะออกเป็นองค์การมหาชนในอนาคตเมื่อมีความพร้อม เช่น สถาบันวิจัยสุขภาพ สถานบริการสุขภาพ (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุขที่เสนอไปที่ ก.พ.)
13	18 ตุลาคม 2544	- จัดทำหนังสือถึง ก.พ.เรื่องข้อเสนอการปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงสาธารณสุขจัดทำหนังสือถึงเลขาธิการคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน เพื่อเสนอรายละเอียดการปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขทั้งในระดับกระทรวงและระดับกรม ที่ผ่านความเห็นชอบของของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขไปแล้ว
14	18-19 ตุลาคม 2544	- จัดทำบันทึกแจ้งเวียนหนังสือที่ส่ง ก.พ. ให้ผู้บริหารและกองที่เกี่ยวข้องทราบ	สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขจัดส่งสำเนาเอกสารรายละเอียดการปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขทั้งในระดับกระทรวงและระดับกรมที่ส่ง ก.พ.ให้ปลัดกระทรวง อธิบดีทุกกรม หัวหน้าสำนักตรวจราชการกระทรวง คณะกรรมการเพื่อพิจารณาปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงฯ และผู้อำนวยการกองแผนงาน ทุกกรม ทราบ

ลำดับที่	วัน เดือน ปี	การดำเนินการ	ผลการดำเนินการ
15	25 ตุลาคม 2544	- รายงานความก้าวหน้าเรื่องการปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงฯ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขทราบ	ปลัดกระทรวงสาธารณสุขทำบันทึกเสนอรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรายงานความก้าวหน้าของการปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข

2. ข้อเสนอการปรับบทบาท การกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข

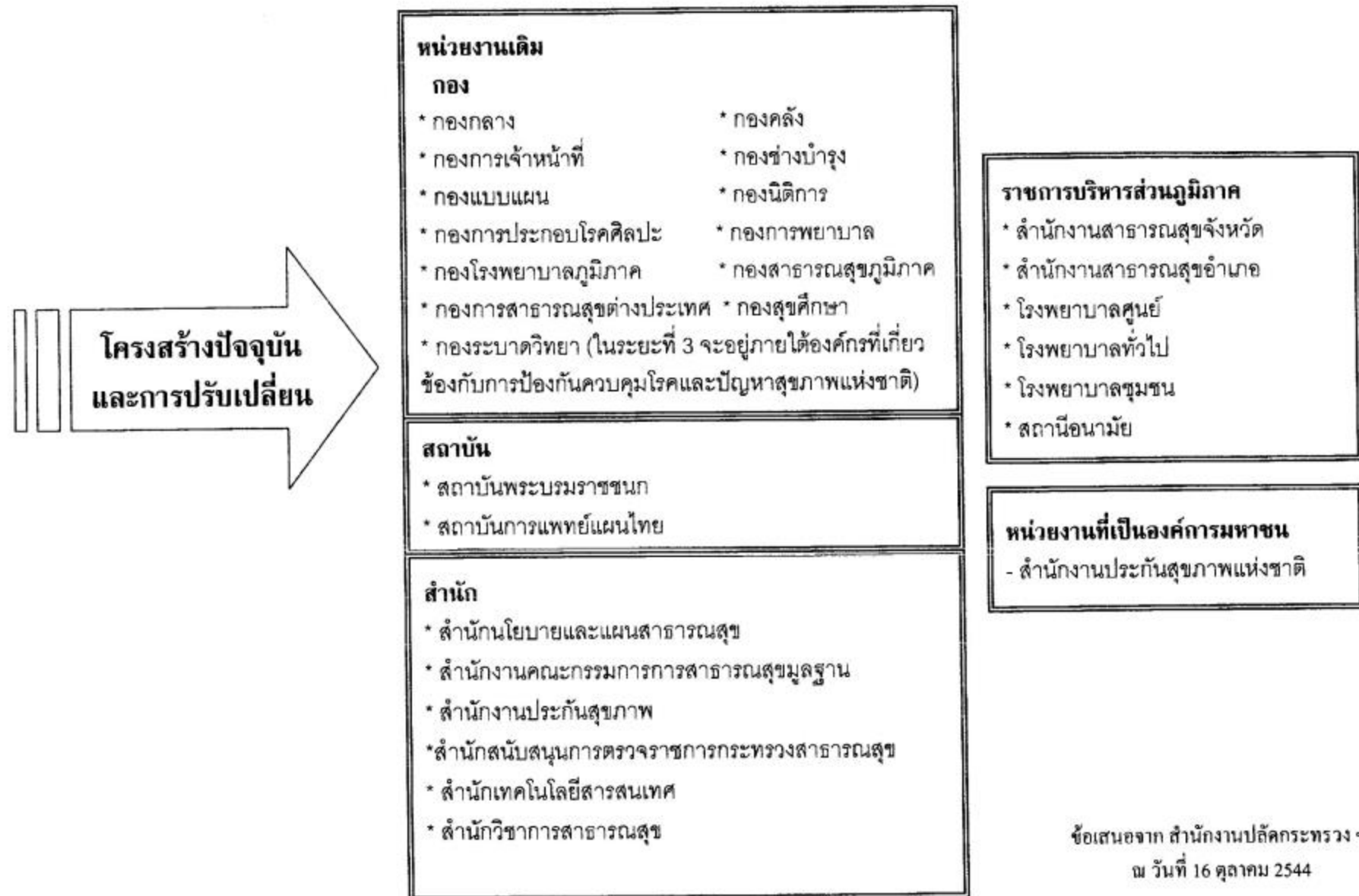
ข้อเสนอที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอต่อ ก.พ. โดยสรุปคือ กระทรวงสาธารณสุขยังคงใช้ชื่อเดิม (Ministry of Public Health) มีบทบาทภารกิจรวม 4 กลุ่ม/17 ด้าน (ภาพที่ 1) มีโครงสร้างประกอบด้วย 7 ส่วนราชการ 1 รัฐวิสาหกิจ และเมืองคํการมหาชนอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะมีทั้งที่เป็นองค์การมหาชนแล้ว และในอนาคตจะเปลี่ยนสถานะเป็นองค์การมหาชนเมื่อมีความพร้อม (ภาพที่ 2) โครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขจำแนกรายกรม (ภาพที่ 3-9) ซึ่งขณะนี้ข้อเสนอดังกล่าวอยู่ระหว่างการนำเข้าสู่ที่ประชุมเพื่อพิจารณาการปรับบทบาท การกิจและโครงสร้างของทุกส่วนราชการ ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานในวันที่ 2 พฤศจิกายน 2544 ต่อไป



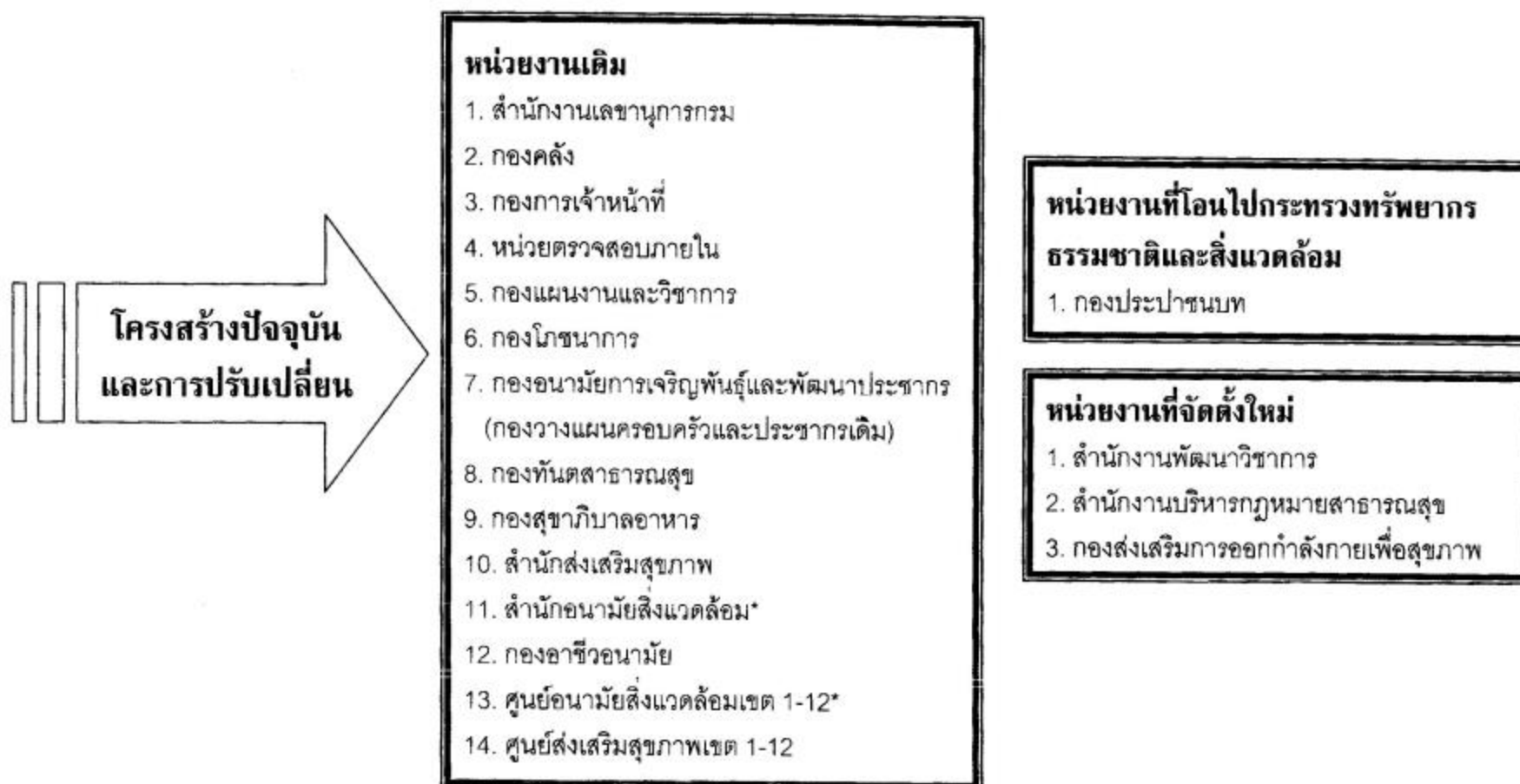
ภาพที่ 2 โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข)



ภาพที่ 3 โครงสร้างสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



ภาพที่ 4 โครงสร้างกรมอนามัย



* การดำเนินงานเพื่อการดูแลคุณภาพสิ่งแวดล้อมโดยตรงอาจถ่ายโอนให้กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กรมอนามัยจะมุ่งที่การพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต รวมถึงบทบาทที่กำหนดใน พรบ.การสาธารณสุข พ.ศ.2535

ภาพที่ 5 โครงสร้างกรมควบคุมโรคติดต่อ



หน่วยงานเดิม
ส่วนกลาง * กองมาลาเรีย * กองโรคเท้าช้าง * กองวัณโรค * กองโรคเรื้อน * กองกามโรค * กองโรคเอดส์ * กองโรคติดต่อทั่วไป * สนง.ควบคุมโรคไข้เลือดออก * สนง.ควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ * สนง.โครงการควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส * ศูนย์ประสานงานทางวิชาการโรคติดต่อ * กองการเจ้าหน้าที่ * กองคลัง * สำนักงานเลขานุการกรม * หน่วยตรวจสอบภายใน * รพ.โรคทรวงอก * รพ. ไร่ราชนราดูร * รพ.พระประแดง
ส่วนภูมิภาค * สคต. 1 - 12 * สคม. 1 - 5 * รพ.โรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
หน่วยงานที่โอนให้ท้องถิ่น * หน่วยกามโรคและโรคเอดส์ (กทม., เมืองพัทยา, เทศบาลนครหาดใหญ่)

หน่วยงานที่จัดตั้งใหม่ * สำนักวิชาการ
--

ข้อเสนอจากกรมควบคุมโรคติดต่อ
ณ วันที่ 16 ตุลาคม 2544

ภาพที่ 6 โครงสร้างกรมการแพทย์

โครงสร้างปัจจุบัน

และ
การปรับเปลี่ยน

หน่วยงานเดิม

- | | |
|--|---|
| * สำนักงานเลขานุการกรม | * สถาบันทันตกรรม |
| * กองคลัง | * สถาบันพยาธิวิทยา |
| * กองการเจ้าหน้าที่ | * รพ.สงฆ์ |
| * สำนักงานตรวจสอบภายใน | * รพ.เลิดสิน |
| * กองแผนงาน | * รพ.ราชวิถี |
| * ศูนย์สิทธิบัตรเพื่อการฟื้นฟู | * รพ.ธัญญลักษณ |
| สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ | * ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด จ.เชียงใหม่ |
| * รพ.นพรัตนราชธานี | * ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด จ.แม่ฮ่องสอน |
| * รพ.เมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) | * ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด จ.สงขลา |
| * สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี | * ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด จ.ปัตตานี |
| * สถาบันประสาทวิทยา | * ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด จ.ขอนแก่น |
| * รพ.ประสาทเชียงใหม่ | * สถาบันมะเร็งแห่งชาติ |
| * สถาบันโรคผิวหนัง | * ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ จ.ชลบุรี |
| * สถาบันโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จ.ตรัง | * ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ จ.ลพบุรี |
| * ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร | * ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ จ.อุบลราชธานี |
| เพื่อผู้สูงอายุ จ.ชลบุรี | * ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ จ.ลำปาง |
| * สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ | * ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ จ.อุดรธานี |
| * สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ | * ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ จ.สุราษฎร์ธานี |
| * กองประสานการปฏิบัติการบำบัด | * ศูนย์ความร่วมมือการแพทย์ไทย-จีน |
| รักษาผู้ติดยาและสารเสพติด | * สถาบันร่วมผลิตแพทย์ กรมการแพทย์-มหาวิทยาลัยรังสิต |
| * สถาบันการแพทย์ด้านอุบัติเหตุและ | * สำนักงานประสานวิชาการแพทย์เขต |
| สาธารณสุข | * สถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข |
| * สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ | |

หน่วยงานที่ตัดโอนให้กรมสุขภาพจิต

- * โรงพยาบาลประสาทสงขลา

ข้อเสนอจากกรมการแพทย์

ณ วันที่ 16 ตุลาคม 2544

ภาพที่ 7 โครงสร้างกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์



ข้อเสนอจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ณ วันที่ 16 ตุลาคม 2544

ภาพที่ 8 โครงสร้างกรมสุขภาพจิต



หน่วยงานเดิม

- * สำนักพัฒนาสุขภาพจิต
- * สำนักเลขานุการกรม
- * กองการเจ้าหน้าที่
- * กองคลัง
- * กองแผนงาน
- * หน่วยตรวจสอบภายใน

หน่วยงานเดิมที่ปรับเปลี่ยนใหม่

- * สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น
(รวม รพ.ราชานุกูล + รพ.ยุวประสาท
ไวทยปดัมภ์ + ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการ
เด็กภาคเหนือ + ศูนย์สุขวิทยาจิต)
- * สถาบันจิตเวชศาสตร์ (รพ.สมเด็จ
เจ้าพระยา เดิม)

หน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นใหม่

- * สำนักวิชาการสุขภาพจิต
- * สำนักงานสุขภาพจิตศึกษา

หน่วยงานเดิมที่มีการรวมกลุ่ม และจัดตั้งขึ้นใหม่

- * สำนักงานสุขภาพจิตเขต 1 - 12 และ กทม.

โดยมีหน่วยงานในสังกัด คือ

- ศูนย์สุขภาพจิต เขต 1 - 12 และ กทม.
- รพ.ศรีธัญญา
- รพ.จิตเวชพุทธมณฑล (รพ.นิติจิตเวชเดิม)
- รพ.จิตเวชสระแก้ว
- รพ.สวนปรุง
- รพ.จิตเวชนครสวรรค์
- รพ.พระศรีมหาโพธิ์
- รพ.จิตเวชนครราชสีมา
- รพ.จิตเวชขอนแก่น
- รพ.จิตเวชเลย
- รพ.จิตเวชนครพนม
- รพ.สวนสราญรมย์

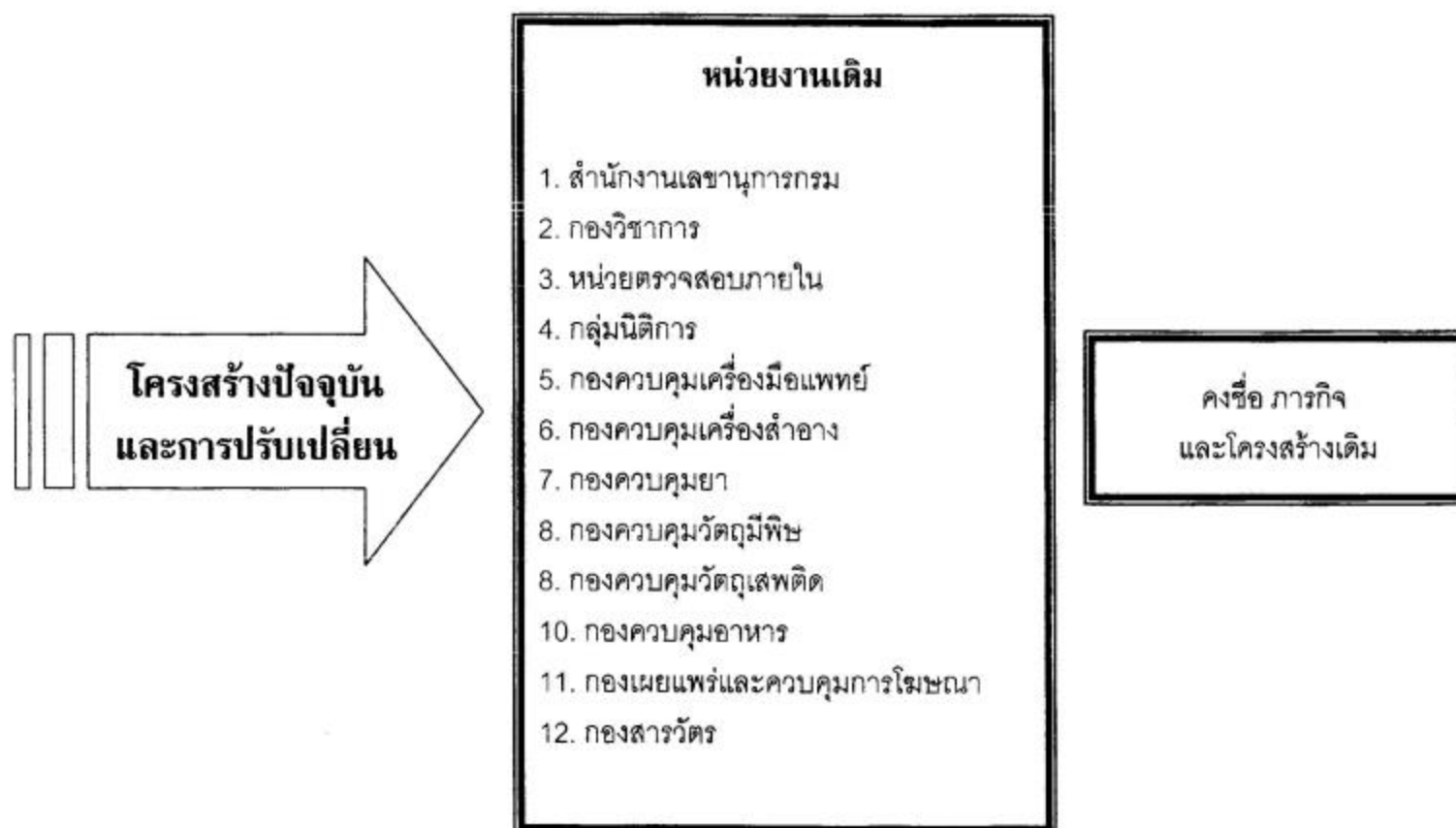
หน่วยงานที่รับโอนมาจากกรมการแพทย์

- * รพ.จิตเวชสงขลา
(รพ.ประสาทสงขลาเดิม)

ข้อเสนอจากกรมสุขภาพจิต

ณ วันที่ 15 ตุลาคม 2544

ภาพที่ ๑ โครงสร้างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา



ข้อเสนอจาก สนง.คณะกรรมการอาหารและยา

ณ วันที่ 16 ตุลาคม 2544

ร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของภาคีต่างๆ

โดย
คณะทำงานเฉพาะกิจ
สังเคราะห์ข้อเสนอแนะจากภาคีต่างๆ



สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

20 – 21 กันยายน 2544

สารบัญ

	หน้า
• เกริ่นนำ	1
• ร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติที่ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของภาคีต่างๆ	
1. ปรัชญา เจตนารมณ์ และหลักการสำคัญ	3
2. สิทธิหน้าที่ ความเสมอภาค และหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพ	3
3. บทบาทรัฐ องค์กรปกครองท้องถิ่น ชุมชน และปัจเจกบุคคล	7
4. ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ	9
5. ระบบการควบคุมป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพ	12
6. ระบบบริการด้านสุขภาพ	13
7. ระบบการเงินการคลังในระบบสุขภาพ	15
8. ระบบกำลังคนด้านสุขภาพ	17
9. ระบบการควบคุมคุณภาพ	19
10. ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	21
11. ระบบการจัดการความรู้ และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	23
12. องค์กรและการจัดการ	25
• คำประกาศข้อเสนอต่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 5 กันยายน 2544	
ในพิธีปิดการประชุมงานตลาดนัดปฏิรูป(ระบบ)สุขภาพ	26
• รายชื่อเครือข่ายภาคีที่ส่งข้อเสนอแนะเป็นทางการ	
(รวบรวมถึงวันที่ 24 กันยายน 2544)	27
• รายชื่อคณะทำงานเฉพาะกิจสังเคราะห์ข้อเสนอแนะจากภาคีต่างๆ	29

เกริ่นนำ

(ดูแผนภูมิที่ 1 ประกอบ)

1. 31 กรกฎาคม 2543 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติประกาศในราชกิจจานุเบกษา

2. 9 สิงหาคม 2543 คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ประชุมครั้งแรก เป็นการเริ่มต้นกิโลเมตรที่ 1 ของการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งต้องทำให้แล้วเสร็จภายในเวลาไม่เกิน 3 ปี

คปรส.เห็นชอบแผนยุทธศาสตร์เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ 4 ประการ คือ (1) แผนการสร้างองค์ความรู้ (2) แผนการสร้างความร่วมมือทางสังคม (3) แผนการสื่อสารสาธารณะ และ (4) แผนบริหารจัดการและการยกย่อง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นการดำเนินการตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาเพื่อการทำเรื่องที่ใหญ่และยากคือ (1) ยุทธศาสตร์ความรู้ (2) ยุทธศาสตร์การเคลื่อนไหวของสังคมและ (3) ยุทธศาสตร์การเชื่อมโยงกับภาคการเมือง

3. พฤศจิกายน 2543 - มกราคม 2544 มีการจัดทำร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติขึ้น เพื่อใช้เป็นสื่อตั้งต้นสำหรับการรับฟังข้อคิดเห็นจากองค์กรภาคีต่างๆ ทั่วประเทศ

4. กุมภาพันธ์ - สิงหาคม 2544 ภาคีต่างๆ ที่สนใจ 306 เครือข่าย รวม 1,599 ภาคี เข้าร่วมกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ จัดเวทีระดมความคิดเห็นต่อร่างกรอบแนวคิดระบบสุขภาพแห่งชาติและต่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

5. ผู้แทนเครือข่ายภาคีต่างๆ ร่วมประชุมสภานิติบัญญัติสุขภาพแห่งชาติในงานตลาดนัดปฏิรูป(ระบบ)สุขภาพ ที่ศูนย์การประชุมและแสดงนิทรรศการ อิมแพ็ค เมืองทองธานี ระหว่างวันที่ 1 - 5 กันยายน 2544 เพื่อเสนอความคิดเห็นเพิ่มเติม และร่วมกันประกาศคำประกาศข้อเสนอต่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

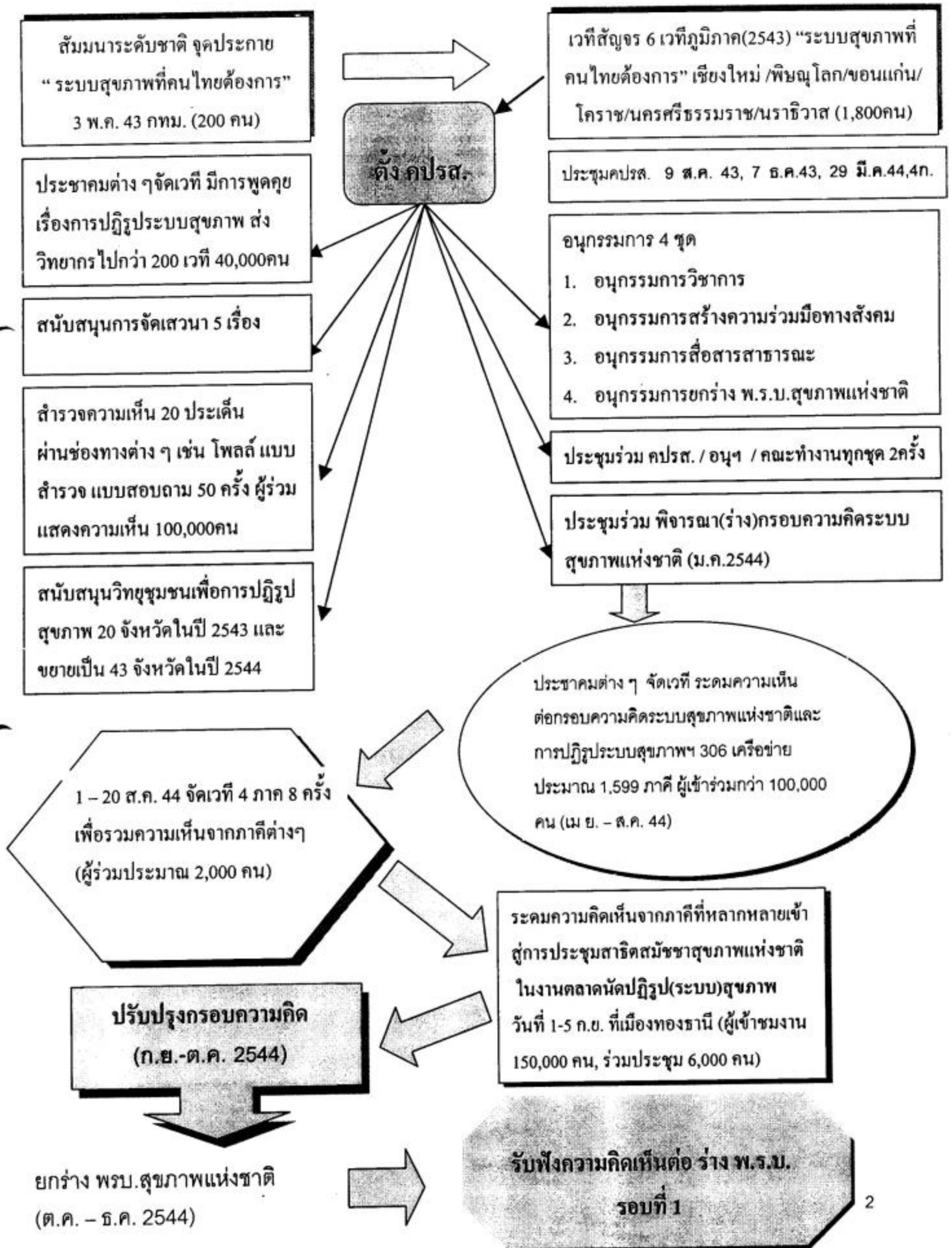
ทั้งนี้ โดยมีคณะทำงานเฉพาะกิจที่ประกอบด้วยผู้แทนภาคีต่างๆ ประมาณ 30 คน ทำการสังเคราะห์ข้อเสนอแนะจากภาคีต่างๆ และนำเสนอในที่ประชุมดังกล่าวด้วย

6. 20 - 21 กันยายน 2544 คณะทำงานเฉพาะกิจที่ประกอบด้วยผู้แทนจากภาคีต่างๆ ประมาณ 40 คน ทำการสังเคราะห์ข้อเสนอแนะจากภาคีต่างๆ อีกรอบหนึ่ง ซึ่งผลการสังเคราะห์ปรากฏตามเอกสารฉบับนี้

ทั้งนี้ สปรส. ได้ทำการรวบรวมข้อเสนอแนะจากภาคีไว้เพื่อเป็นเอกสารอ้างอิงด้วยทั้งหมด

แผนภูมิที่ 1

สรุปการเคลื่อนไหวการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ



ร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของภาคีต่างๆ

1

ปรัชญา เจตนารมณ์ และหลักการสำคัญ

1.1 สุขภาพ คือสภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม อย่างสมดุลทั้งมิติทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพมิได้หมายถึงเฉพาะความไม่พิการและการไม่มีโรคเท่านั้น การมีสุขภาพดีจึงถือเป็นเป้าหมายสูงสุดของชีวิตและสังคม สุขภาพดีจึงควรเป็นทั้งอุดมการณ์ และเป็นหลักประกันความมั่นคงของชาติ

1.2 สุขภาพดีต้องเป็นไปเพื่อคนทั้งมวล และคนทั้งมวลต้องร่วมสร้างสุขภาพที่ดี หลักการสร้างสุขภาพควรเป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งพัฒนาศักยภาพบุคคล ชุมชน และสภาพแวดล้อม

1.3 การปฏิรูประบบสุขภาพคือ การร่วมสร้างระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของสังคมไทยที่เป็นธรรม และตรวจสอบได้ สอดคล้องกับภูมิปัญญาและวิถีชีวิต บนพื้นฐานการพึ่งตนเอง

1.4 ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ต้องเป็นระบบที่มีศีลธรรม มีคุณธรรม จริยธรรม มีความชอบธรรม เคารพสิทธิความเป็นมนุษย์ และมีความสมานฉันท์ มีโครงสร้างครบถ้วนและทำงานเชื่อมโยงกันอย่างมี คุณภาพและประสิทธิภาพ เป็นระบบที่มีปัญญาเป็นพื้นฐาน สามารถเรียนรู้และปรับตัวได้อย่างต่อเนื่อง

2

วิสัยทัศน์ เป้าหมาย ภารกิจ และหลักการสำคัญของระบบสุขภาพ

2.1 สุขภาพดีเป็นสิทธิของคนไทยทุกคนทั้งหญิงและชาย

ทุกคนต้องได้รับโอกาส และมีความเสมอภาคในการเข้าถึงการมีสุขภาพดี และการบริการด้านสุขภาพที่ดี โดยไม่เลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ มาตรา 30 ทุกคน ทุกภาคส่วนของสังคมต้องมีส่วนร่วมสร้างสุขภาพดี

2.2 ประชาชนมีสิทธิด้านสุขภาพ ดังนี้

2.2.1 มีสภาพแวดล้อมด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีทั้งของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม มีความสมดุลระหว่างสิทธิอันพึงได้ของบุคคล และความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชนและสังคมโดยรวม

- 2.2.2 มีรายได้พอเพียง พึ่งตนเองได้ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้โดยมีปัจจัยสี่และปัจจัยพื้นฐานในการดูแลสุขภาพที่เพียงพอ สะอาด ปลอดภัย สามารถมีชีวิตที่ยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดี และได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ อย่างเพียงพอที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย และช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกันได้ (รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ การดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตแสดงความเห็น และร่วมคิด : รัฐธรรมนูญ ม. 59)
- 2.2.3 สังคมเคารพในสิทธิของผู้ด้อยโอกาส หรือผู้ที่อยู่ในสถานะเสียเปรียบ เช่น ผู้สูงอายุ ชนกลุ่มน้อย ผู้พิการและยากไร้ โดยให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลให้บุคคลเหล่านี้ได้มีสุขภาพดี ได้รับการดูแลรักษาในยามเจ็บป่วยโดยไม่เหินห่างจากภาวะค่าใช้จ่าย และสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเอง รวมทั้งสังคมจะต้องเปิดโอกาสให้บุคคลและชุมชนรวมทั้งองค์กรที่เกี่ยวข้องเหล่านี้สามารถทวงถามถึงสิทธิของตนได้อย่างชอบธรรม (ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับบริการด้านสุขภาพโดยไม่คิดมูลค่า : รัฐธรรมนูญ ม. 52, บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปี และมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การดำรงชีพ ผู้พิการหรือทุพพลภาพมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ : รัฐธรรมนูญ ม. 54, 55)
- 2.2.4 หญิงและชายทุกคน / คนไทยทุกคนในทุกช่วงอายุได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารและโอกาสที่เพียงพอ เพื่อพัฒนาศักยภาพได้สูงสุด สามารถพึ่งตนเองในการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพครอบครัว และเป็นสมาชิกที่ดีของชุมชนและสังคม
- 2.2.5 หญิงและชายทุกคนในทุกช่วงอายุ ได้รับความคุ้มครองสิทธิในเรื่องเพศและสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ รวมทั้งได้รับความช่วยเหลือในยามที่ต้องการ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี และมีความปลอดภัย หญิงมีครรภ์ได้รับความรู้ ความเข้าใจ และการสนับสนุนให้สามารถดูแลตนเองได้ และได้รับบริการเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง ทั้งก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด
- 2.2.6 ทารกทุกคนพึงมีสิทธิเกิดมาด้วยความพร้อม และความต้องการของครอบครัวได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ เพื่อให้สามารถเติบโตและมีพัฒนาการที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ
- 2.2.7 หญิงและชายทุกคนในทุกช่วงอายุ มีชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมที่อบอุ่น ปลอดภัยจากปัญหายาเสพติด ปัญหาสุขภาพจิต อาชญากรรมและความรุนแรงทุกรูปแบบ สามารถเรียนรู้และพัฒนาให้มีทักษะชีวิต ชีดความสามารถและ

ความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองและของสังคมได้ (เด็ก เยาวชน และบุคคลในครอบครัว มีสิทธิได้รับความคุ้มครองโดยรัฐ จากการใช้ความรุนแรง และการปฏิบัติอันไม่เป็นธรรม : รัฐธรรมนูญ ม. 53)

- 2.2.8 เมื่อเจ็บป่วย ประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับการสุขภาพอย่างเสมอภาค ทั้งถึง สะดวก และมีทางเลือก เป็นบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ เป็นบริการที่มีน้ำใจ ใส่ใจในความทุกข์ และเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้ การให้บริการสุขภาพจะต้องไม่ก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจกับผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยและญาติต้องได้รับรู้ข้อมูลที่ต้อง อย่างเพียงพอ จนสามารถร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาลหรือกระบวนการ ใดๆ ที่กระทบต่อร่างกาย สุขภาพและชีวิตของผู้รับบริการได้ (ความเสมอภาคใน การรับบริการด้านสุขภาพจากรัฐ บริการด้านสุขภาพของรัฐต้องทั่วถึง มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วม : รัฐธรรมนูญ ม. 52)
- 2.2.9 ประชาชนและชุมชนได้รับการป้องกันและจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างทัน ต่อเหตุการณ์และไม่คิดมูลค่า (รัฐธรรมนูญ ม. 52)
- 2.2.10 บุคคลพึงมีสิทธิในการตายอย่างมีศักดิ์ศรี และมีคุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ โดย มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม และไม่เป็นภาระทางเศรษฐกิจ ทั้ง แก่บุคคลหรือแก่สังคมโดยรวม
- 2.2.11 หลังการตาย ผู้ตายควรได้รับการปฏิบัติต่ออย่างเคารพตามจารีตประเพณี ศาสนาและวัฒนธรรมของครอบครัวและญาติ การนำอวัยวะผู้ตายมาศึกษาวิจัย หรือใช้ช่วยเหลือผู้อื่นต้องปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ตาย ในกรณีที่ผู้ตายไม่ ได้แจ้งเจตจำนงค์ไว้ก่อนตาย ให้เคารพการตัดสินใจของครอบครัวและเครือญาติ ของผู้ตาย และไม่เป็นไปโดยการซื้อขายหรือเพื่อการแสวงหากำไร
- 2.2.12 การใช้เทคโนโลยีที่แทรกแซงกระบวนการเกิด ดำรงอยู่ พัฒนาการ การถ่ายทอด และการผลิตซ้ำทางชีววิทยา เป็นประเด็นที่มีความสลับซับซ้อนในการพิจารณา เรื่องสิทธิหน้าที่ สมควรดำเนินการในลักษณะที่มีส่วนร่วมต้องเคารพในสิทธิของ ส่วนรวม และมีความรับผิดชอบต่อสาธารณะ มากกว่าเพื่อสิทธิของปัจเจกบุคคล แต่เพียงด้านเดียว
- 2.2.13 ได้รับการคุ้มครองในฐานะผู้บริโภคด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็นจากผลิตภัณฑ์ การ บริการ หรือการกระทำอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต (รัฐ ธรรมนูญ ม. 57) มีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสาร และร่วมตรวจสอบ ร้องเรียน รวมทั้ง

มีสิทธิทางตามเพื่อร่วมกลไกการตัดสินใจและการบริหารระบบสุขภาพในทุก
ระดับด้วย

2.2.14 ปัจเจกชนและประชาชนที่รวมตัวกันเป็นองค์กรภาคประชาชน มีสิทธิในการ
ดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของตนเองและของคนใน
ชุมชนในลักษณะที่ไม่ค้ากำไรได้

2.3 ประชาชนมีหน้าที่ด้านสุขภาพ ดังนี้

2.3.1 ประชาชนมีหน้าที่ดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

2.3.2 ประชาชนมีหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัว ส่งเสริมสนับสนุนการ
ดำเนินการต่างๆ ที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน
และสังคม และรับผิดชอบต่อการก่อผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพของสาธารณะ
ด้วย

2.3.3 ประชาชนมีหน้าที่ร่วมกับรัฐและชุมชนในการบำรุงรักษาและการใช้ประโยชน์จาก
ทรัพยากรธรรมชาติ ความหลากหลายทางชีวภาพ การคุ้มครองส่งเสริมและ
รักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อการดำรงชีวิตอย่างปรกติและต่อเนื่อง ในสิ่งแวดล้อม
ที่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ สวัสดิภาพและคุณภาพชีวิต (รัฐธรรมนูญ
ม. 56)

2.4 รัฐต้องจัดให้มีหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ทุกคนได้รับสิทธิในการมี
สุขภาพดี ไม่มีการเลือกปฏิบัติไม่ว่าด้วยเหตุใด ๆ โดยสิทธินี้มีใช่เฉพาะเรื่องการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่
หมายถึงสิทธิเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพ การมีชีวิตอยู่
ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่ดี การสร้างเสริมการดำรงชีวิตอย่างปลอดภัย มีความสุข และมีศักดิ์ศรีของความ
เป็นมนุษย์ด้วย

ข้อสังเกต

1. มีบางภาคีเสนอให้ กำหนดสิทธิการตายของผู้ป่วยไว้ในกฎหมายให้ชัดเจน
2. มีบางภาคีเสนอให้การตรวจสุขภาพโดยสมัครใจเป็นสิทธิของประชาชนที่จะต้องได้รับการ
จากรัฐ (เป็นประเด็นเล็กควรตัดออก)
3. มีบางภาคีเสนอว่า ชุมชนสามารถตั้งกฎ กติกาของชุมชนที่เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพได้ และให้มี
ผลทางปฏิบัติด้วย ทั้งนี้อาจจะตั้งขึ้นมาจากฐานของวัฒนธรรมชุมชน ประเพณีที่ดี (ไม่ชัดเจน
ว่าเพื่ออะไร เป็นสิทธิตามรัฐธรรมนูญอยู่แล้วใช่หรือไม่ ควรตรวจสอบ)
4. มีการกำหนดหน้าที่ของประชาชนไว้น้อย ส่วนใหญ่เป็นเรื่องสิทธิ

บทบาทรัฐ องค์การปกครองท้องถิ่น ชุมชน และปัจเจกบุคคล

เพื่อให้ระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นระบบที่มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพะสำหรับประชาชนอย่างได้ผล รัฐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และปัจเจกบุคคล จำเป็นต้องมีบทบาทหน้าที่ร่วมกัน ดังนี้

3.1 รัฐมีหน้าที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสงวน บำรุงรักษา และใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ และความหลากหลายทางชีวภาพอย่างสมดุล รวมทั้งมีส่วนร่วมในการส่งเสริม บำรุงรักษา และคุ้มครองคุณภาพสิ่งแวดล้อมตามหลักการพัฒนาที่ยั่งยืน ตลอดจนควบคุมและกำจัดการะมลพิษที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยสวัสดิภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน (รัฐธรรมนูญ ม. 79)

3.2 รัฐมีหน้าที่คุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สร้างเสริมและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของครอบครัวและความเข้มแข็งของชุมชน รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ (รัฐธรรมนูญ ม. 80)

3.3 รัฐมีหน้าที่จัดและส่งเสริมการจัดบริการด้านสุขภาพให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง (รัฐธรรมนูญ ม. 82) และมีความเสมอภาค

3.4 รัฐมีหน้าที่ในการวางนโยบาย มาตรฐาน กรอบกฎเกณฑ์ กติกา กำกับดูแลและสนับสนุนระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนได้ เพื่อให้บรรลุเจตนารมณ์ หลักการสำคัญและสิทธิของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (มิใช่จำกัดอยู่เพียงแค่การกำหนดนโยบายและแผนงานโครงการเพื่อดำเนินงานด้านสุขภาพภายใต้กระทรวงต่าง ๆ เท่านั้น) และมีมาตรการตรวจสอบประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายอย่างต่อเนื่อง

3.5 รัฐมีหน้าที่รับผิดชอบต่อการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยมุ่งสร้างนโยบายที่ส่งเสริมสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน และรับผิดชอบต่อการลดผลกระทบหรือแก้ปัญหาต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากนโยบายสาธารณะต่าง ๆ อย่างเป็นรูปธรรม

3.6 รัฐมีหน้าที่รับผิดชอบและให้การสนับสนุนในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคระบาดและปัญหาอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบทำให้เกิดโรคหรือบาดเจ็บพิการหรือเสียสุขภาพโดยสาเหตุที่สามารถป้องกันได้

3.7 รัฐมีหน้าที่จัดให้มีระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นให้แก่ประชาชนและกลุ่มประชากรผู้ด้อยโอกาส จัดระบบการเงินการคลังรวมหมู่ในลักษณะต่าง ๆ วางกฎเกณฑ์ กติกา และกลไกในการสนับสนุนกำกับติดตามให้ระบบเป็นไปตามกฎเกณฑ์อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อเป็นหลักประกันการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน

3.8 รัฐพึงกระจายอำนาจการจัดการระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพไปยังท้องถิ่นให้มีอำนาจและหน้าที่ในการดำเนินการที่จำเป็นและตามความต้องการของท้องถิ่น เพื่อแก้ปัญหาได้สอดคล้องกับความจำเป็น และใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการสนับสนุนและสร้างเสริมความ

พร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควบคู่ไปด้วย ทั้งนี้ ควรมีรูปแบบ ระบบและโครงสร้างการจัดการที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

3.9 การจัดการกลไกของรัฐที่ดูแลด้านสุขภาพในทุกระดับ ทั้งระดับประเทศ ระดับพื้นที่ ระดับองค์กร หรือระดับอื่นๆ จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบไม่ต่ำกว่ากึ่งหนึ่งจากภาคประชาชนที่มาจากองค์กรอิสระหรือองค์กรประชาชนเข้าร่วมในการกำหนดนโยบายแผนและจัดสรรงบประมาณและการดูแลการบริหารจัดการด้วยเสมอ มิใช่ให้ทำหน้าที่เพียงให้คำแนะนำหรือให้คำปรึกษาหารือหรือให้ทำหน้าที่สนับสนุนทรัพยากรเท่านั้น

3.10 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรประสานความร่วมมือและมีหน้าที่ในการดำเนินการต่าง ๆ เพื่อสร้างโอกาส ปกป้อง คัดค้าน และจัดการเพื่อทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี และรับผิดชอบต่อการแก้ปัญหาที่คุกคามสุขภาพของประชาชนจากนโยบาย หรือการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเองด้วย

3.11 รัฐมีหน้าที่จัดสรรงบประมาณทั้งจากภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้แก่องค์กรชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรสาธารณะประโยชน์ และประชาสังคมที่มีส่วนหนึ่งของระบบการปกครองส่วนกลางหรือส่วนท้องถิ่นในจำนวนที่มากพอ เพื่อให้องค์กรภาคประชาชนใช้ดำเนินกิจการที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณะในเรื่องการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต

3.12 รัฐมีหน้าที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และโอกาสที่เพียงพอสำหรับการพัฒนาศักยภาพเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคมโดยมีแหล่งข้อมูลกลาง และพัฒนาระบบสารสนเทศที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้ และรักษาภาพแวดล้อม

3.13 จัดให้มีกลไกของรัฐสภาในการรับข้อมูลด้านสุขภาพจากประชาชน และนักวิชาการ

3.14 รัฐมีหน้าที่จัดระบบบริการให้มีความสอดคล้องกับศาสนา ประเพณี และวัฒนธรรมของชุมชน (ยกไประบบบริการ)

3.15 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องจัดสรรงบประมาณในการดูแลสุขภาพเป็นจำนวนร้อยละ 10 ของจำนวนรายรับทั้งหมด (วิธีคิดของการให้ใช้อำนาจจากส่วนกลาง ควรตัดออก)

ข้อสังเกต

1. หมวดที่ 3 บทบาทรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และปัจเจกบุคคล มีการพูดถึง "บทบาท" ของปัจเจกบุคคล ซึ่งซ้อนกับ "หน้าที่" จึงยกไว้ในหมวด 2 และควรตัดคำว่า "ปัจเจกบุคคล" ในหมวดนี้ออกหรือไม่
2. ควรให้คำจำกัดความ และความหมายของคำต่างๆ ดังต่อไปนี้
 - จิต
 - จิตวิญญาณ

- พึ่งตนเองด้านสุขภาพ
- ผู้ด้อยโอกาส
- ชนกลุ่มน้อย
- ความเป็นธรรม เสมอภาค ประสิทธิภาพ
- ตายอย่างมีศักดิ์ศรี
- การเงินการคลังรวมหมู่
- โครงสร้าง

4

ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ

ระบบการสร้างเสริมสุขภาพเป็นระบบที่เน้นการสร้างสภาพแวดล้อมและพฤติกรรมที่ส่งเสริมและสนับสนุนการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นระบบที่มีความหลากหลาย มีความคล่องตัว มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน โดยรัฐจะต้องดำเนินการดังนี้

4.1 จัดให้มีระบบและกลไกที่สามารถทำให้สังคมทั้งสังคมตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการต่าง ๆ ที่นำไปสู่การสร้างสุขภาพ มีการสนับสนุนทรัพยากร ส่งเสริมการศึกษา วิจัย สร้างองค์ความรู้และกำหนดเป็นหลักสูตรในสถานศึกษา สร้างนวัตกรรมต่าง ๆ สร้างช่องทางให้สามารถให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อรัฐบาลในเรื่องที่จะมีผลต่อการสร้างสุขภาพอย่างกว้างขวาง

4.2 ให้ความสำคัญกับนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยจัดให้มีกลไกศึกษา นำเสนอผลการศึกษาด้านผลกระทบต่อสุขภาพจากการกำหนดนโยบายด้านนโยบายการลงทุน การออกกฎหมาย การสร้างกระบวนการเรียนรู้ในระดับท้องถิ่นหรือเครือข่ายระดับท้องถิ่น หรือประชาคมท้องถิ่น และการกำหนดมาตรการต่าง ๆ ทั้งของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งรับฟังความคิดเห็นและมีการตรวจสอบจากภาคประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากการอนุมัติโครงการทุกขนาด และรัฐต้องมีกลไกที่สามารถจัดการกับบุคคลหรือองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อรับผิดชอบต่อและดำเนินการเพื่อลดผลกระทบในทางลบต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นด้วย

4.3 ให้ความสำคัญกับการกำหนดกติกา กฎเกณฑ์ต่าง ๆ เพื่อให้ทุกภาคส่วนให้ความสำคัญและมีบทบาทในการร่วมสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ เพิ่มปัจจัยที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การกำหนดมาตรการให้มีการสร้างช่องทางจักรยาน สวนสาธารณะ สวนสุขภาพ รวมทั้งการใช้ประโยชน์จากพื้นที่สาธารณะ การเพิ่มพื้นที่ทางสังคม เช่น วัดและป่าสาธาณประโยชน์ ในสัดส่วนที่เหมาะสมกับชุมชนและกลุ่มปัญหาเฉพาะ การกำหนดชั่วโมงการทำงานของผู้ประกอบการอาชีพบางอาชีพ เป็นต้น และจัดให้มีกลไกสนับสนุนองค์กรทุกระดับและทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ดูแล และจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพด้วย

4.4 ให้ความสำคัญกับการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น และศาสตร์ต่าง ๆ ที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยคำนึงถึงความหลากหลาย ความเหมาะสม และความปลอดภัยของแต่ละท้องถิ่น ตลอดจนให้ความสำคัญกับการสร้างสภาพแวดล้อมทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง กายภาพ ชีวภาพ ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อที่หลากหลาย ที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพด้วย

4.5 ให้ความสำคัญกับนโยบายทางการเงินการคลัง และงบประมาณด้านสุขภาพ ได้แก่ ระบบและกลไกทางการเงินที่สร้างแรงจูงใจให้ประชาชน ชุมชน และองค์กรต่าง ๆ เน้นการดำเนินการเพื่อสร้างสุขภาพทั้งมิติทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ มากกว่าการซ่อมสุขภาพเท่านั้น

4.6 ให้มีกลไกระดับชาติและระดับพื้นที่ทำหน้าที่ดูแลกิจการด้านการสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวม พัฒนาศักยภาพ กำหนดมาตรฐานการดำเนินงาน ประเมินติดตามผลและประสานงาน โดยทำงานร่วมกับองค์กรอิสระอื่น เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น และองค์กรทุกภาคส่วนในสังคมอย่างใกล้ชิด

4.7 ควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบทางลบต่อสุขภาพ โดยจัดเขตการจำหน่ายและการบริโภคสุรา และบุหรี่

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่สังเคราะห์ได้

1. ควรเพิ่มเติมกลไกการให้สิ่งตอบแทนพิเศษ หรือรางวัลแก่บุคคล องค์กร ชุมชน ที่ทำงานสร้างสุขภาพได้ดี ในรูปแบบต่างๆ เช่น เงิน การลดภาษี การอุดหนุนงบประมาณแก่องค์กร หรือทุนวิจัยแก่นักวิชาการ
2. ควรจัดให้มีระบบการตรวจสอบ และการลงโทษคน องค์กร หรือธุรกิจ ที่กระทำในสิ่งที่เป็นการปฏิบัติกับการสร้างเสริมสุขภาพให้รุนแรง
3. ควรให้คำจำกัดความของการสร้างเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาศักยภาพของมนุษย์ให้มีขีดความสามารถมากขึ้น สร้างสุขภาพดี (better health) มีการควบคุมสภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง และเน้นการมีส่วนร่วม
4. ควรมีการกำหนดรูปธรรมที่ชัดเจนในการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัดจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพ โดยการจัดตั้งสภาสุขภาพระดับตำบล อำเภอ และจัดทำแผนแม่บทของชุมชนว่าด้วยการสร้างสุขภาพดี
5. บางภาคีเสนอให้มีกฎหมายให้ประชาชนตรวจสุขภาพประจำปี ในขณะที่ส่วนใหญ่ต้องการให้ส่งเสริม ให้สิทธิ และเปิดโอกาสให้ประชาชนได้ตรวจสุขภาพประจำปี
6. การพิจารณาค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาสุขภาพให้พิจารณาจากพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล
7. ควรจัดให้มีกองทุนสุขภาพชุมชน (มีในระบบการเงินการคลัง : ข้อ 7)
8. นิยามศัพท์ "ชุมชน" ให้ชัดเจน เช่น ชุมชนมีความหมายครอบคลุมองค์ประกอบต่างๆที่มีอยู่ในชุมชน

9. ในระบบการส่งเสริมสุขภาพควรมีเรื่องของอาหารเพื่อสุขภาพด้วย
10. ประชาชนต้องมีความรู้และทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันตัวเองได้ ตลอดจนการ
สร้างสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง
11. ให้เพิ่มงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติจาก
1 % เป็น 2 % สำหรับใช้ในการพัฒนาศักยภาพของพื้นที่
12. คณะทำงาน HIA ต้องประกอบด้วยรัฐ องค์กรท้องถิ่น ชาวบ้าน หรือผู้ที่องค์กรชาวบ้านเห็นชอบ
และการศึกษา HIA ต้องไม่ทำลายจิตวิญญาณของคนในชุมชน ต้องคำนึงถึงวัฒนธรรม จารีต
ประเพณี วิถีชีวิต และโครงการจะสร้างหรือไม่สร้างให้เป็นมิติของชุมชน ต้องมีการประชา
พิจารณ์ รับฟังความคิดเห็นจากประชาชนก่อน
13. รัฐต้องปฏิรูประบบเสริมสร้างสุขภาพ โดยยอมรับให้ชุมชนสามารถจัดการดูแลสุขภาพตนเอง
โดยผ่านกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับต่างๆ และคำนึงถึงสิทธิชุมชน รวมทั้งให้ความสำคัญ
ต่อความหลากหลายทางวัฒนธรรม เช่น วัฒนธรรมชนเผ่าต่างๆ
14. พื้นที่ทางสังคมให้หมายความถึง การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในสังคม

ข้อสังเกตที่สังเคราะห์ได้ ซึ่งสัมพันธ์กับระบบอื่น

1. ให้มีการคัดเลือกคนและสร้างหลักสูตรที่เน้นทางด้านคุณธรรมสำหรับผู้ที่ต้องการศึกษาด้านการ
แพทย์และการพยาบาล (ระบบกำลังคน)
2. กำหนดเงื่อนไขให้บุคลากรสาธารณสุขทุกคนต้องมีสุขภาพดี (ระบบกำลังคน)
3. ให้ความสำคัญต่อการจัดที่อยู่อาศัย เพื่อไม่ให้เกิดการแออัด (บทบาทรัฐ องค์กรปกครองท้องถิ่น
ชุมชน และปัจเจกบุคคล)
4. การร่วมพิจารณาผลการดำเนินการบริการต่างๆของโรงพยาบาล การจัดการในรูปกรรมการชุม
ชนโดยเท่าเทียม ไม่ถูกครอบงำโดยกลุ่มวิชาชีพแพทย์หรือบุคคลใดๆ (ระบบบริการ)
5. ในประเด็นที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิต ควรมีการดำเนินการดังนี้ (1) ควรให้ความรู้
ผ่านการศึกษาทั้งในและนอกระบบศึกษา (2) ปรับเปลี่ยนแนวคิดและค่านิยมของตนเอง (3)
สร้างองค์กรชุมชนให้เข้มแข็งในการสืบสานและพัฒนาภูมิปัญญาของท้องถิ่น (4) มีการประสาน
ความคิดระหว่างประชาชน ชุมชน หน่วยงานภาครัฐและเอกชน
6. เปิดโอกาสให้ประชาชนและองค์กรท้องถิ่นร่วมเสนอแนวคิด การปฏิบัติที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต
ชุมชน (บทบาทรัฐ องค์กรปกครองท้องถิ่น ชุมชน และปัจเจกบุคคล)
7. กำหนดหลักสูตรด้านสุขภาพในโรงเรียนทุกระดับการศึกษา (ระบบสร้างเสริมสุขภาพ)
8. กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติในชุมชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สร้างกติกา สังคม กฎ
ชุมชน บังคับใช้ เช่น ผู้นำทำตัวเป็นตัวอย่างที่ดี ประสานการสร้างจิตสำนึก / วินัยของเด็ก ใน
บ้าน วัด โรงเรียน (บทบาทรัฐ องค์กรปกครองท้องถิ่น ชุมชน และปัจเจกบุคคล)

ระบบการควบคุมป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพ

เป็นระบบที่เฝ้าระวัง เตือนภัย และดำเนินการควบคุมโรคระบาด โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม ทั้งปัญหาเฉียบพลัน และปัญหาเรื้อรัง เช่น อุบัติเหตุ อุบัติภัย ยาเสพติด คนพิการ ปั่นดัน อย่างได้ผล มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน โดยรัฐจะต้อง

5.1 ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความรู้ ความสามารถ มีส่วนร่วมและมีบทบาทและหน้าที่ในการควบคุมป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพร่วมกับองค์กร และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้อย่างใกล้ชิด โดยกำหนดบทลงโทษแก่ผู้ฝ่าฝืนหรือละเลย

5.2 จัดให้มีกลไกระดับชาติทำหน้าที่ดูแลกิจการด้านการควบคุมป้องกันโรค และปัญหาที่คุกคามสุขภาพในภาพรวม พัฒนาศักยภาพ พัฒนาระบบการเฝ้าระวังเชิงรุก พัฒนาระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีคุณภาพสูง สามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเท่าทันต่อปัญหาและวิทยาการที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา กำหนดมาตรฐานงาน ประเมินติดตามผล และประสานงาน โดยองค์กรนี้จะต้องมีอำนาจและหน้าที่ให้การจัดการควบคุมป้องกันโรค และปัญหาที่คุกคามสุขภาพได้เอง และจัดการร่วมกับหรือสนับสนุน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และองค์กรอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนได้เป็นอย่างดีด้วย

5.3 สนับสนุนให้เกิดองค์กรเครือข่ายควบคุมป้องกันโรค และปัญหาที่คุกคามสุขภาพอย่างกว้างขวางในทุกระดับ ทั้งในประเทศและร่วมกับนอกประเทศ เพื่อร่วมกันพัฒนาศักยภาพ พัฒนาระบบการเฝ้าระวังเชิงรุก ระบบการเตือนภัย และระบบการควบคุมป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพสูงเพียงพอที่จะจัดการกับปัญหาทั้งเก่าและใหม่ได้อย่างเท่าทันและต่อเนื่อง

5.4 สนับสนุนให้เกิดเครือข่ายระบบสารสนเทศ หรือระบบประชาสัมพันธ์ในการนำเสนอข้อมูลข่าวสารด้านการป้องกันและควบคุมโรคที่ทันต่อเหตุการณ์ และต่อเนื่องทั้งข้อมูลทางด้านระบาดวิทยา การเฝ้าระวัง การเตือนภัย และข้อมูลทางด้านพฤติกรรม

5.5 การให้มาตรการทางภาษีอากรเพื่อจำกัด และลดปริมาณสินค้าและการประกอบการที่คุกคามต่อสุขภาพของประชาชนและสิ่งแวดล้อม

5.6 มุ่งเน้นให้ความสำคัญต่อโรคทางสังคมที่เกิดจากสื่อ

5.7 สนับสนุน ให้มีระบบการสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคมเพื่อป้องกันปัญหาที่คุกคามสุขภาพ
ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่สังเคราะห์ได้

1. การป้องกันโรคน่าจะเป็นกระบวนการที่ต้องเน้นมากกว่าการควบคุมโรค โดยเปลี่ยนเป็นระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพ และทุกประเด็นที่กล่าวถึงการควบคุมป้องกันโรคให้แก้เป็น การป้องกันและควบคุมโรค นอกจากนั้นการป้องกันควบคุมโรคจะมีประสิทธิภาพได้ ก็ต้องอาศัยการทำงานที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันกับการส่งเสริมและการบริการด้านสุขภาพด้วยเช่นกัน

2. ให้มีกลไกระดับท้องถิ่นในการควบคุม ตรวจสอบกิจกรรม หรืออาชีพที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนส่วนรวม และมีบทลงโทษที่เข้มงวด เด็ดขาด สำหรับผู้เป็นต้นเหตุของการเกิดโรคที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพหรือการเกิดอุบัติเหตุ
3. มีมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคสำหรับนักท่องเที่ยวและแรงงานต่างชาติ

6

ระบบบริการด้านสุขภาพ

ระบบบริการด้านสุขภาพเป็นระบบที่จัดบริการด้านสุขภาพทั้งเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างผสมผสาน เป็นองค์รวมและต่อเนื่องแก่ประชาชน โดยรัฐ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาคประชาชน มีหน้าที่สร้างระบบ กฎเกณฑ์ กติกาและเงื่อนไขต่างๆ ส่วนการดำเนินการให้เป็นหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคประชาชน หรือองค์กรรูปแบบอื่นที่มีใช่เป็นส่วนของรัฐบาล สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีแผนงานและงบประมาณที่ชัดเจน โดยรัฐมีหน้าที่กำกับดูแลให้ระบบมีความเป็นธรรม ทั่วถึง มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ มีความโปร่งใสและตรวจสอบได้ เป็นระบบที่มีระบบย่อยและมีกลไกสำคัญดังนี้

6.1 มีระบบส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนและองค์กรทางสังคม มีและพัฒนาขีดความสามารถในเรื่องพื้นฐาน ในการดูแลสุขภาพของตนเอง สมาชิกในครอบครัว และชุมชนโดยใช้วิทยาการที่เป็นทั้งภูมิปัญญาพื้นบ้านและภูมิปัญญาสมัยใหม่ได้อย่างผสมผสานกลมกลืนและมีความปลอดภัย

6.2 มีระบบบริการระดับปฐมภูมิที่ใกล้บ้านและใกล้ใจประชาชน ประชาชนทุกคนสามารถเลือกลงทะเบียนเพื่อใช้บริการ และเปิดโอกาสให้มีระบบทางเลือกที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรเฉพาะ เช่น กลุ่มแรงงานก่อสร้าง กลุ่มชุมชนแออัด เป็นต้น เป็นระบบที่ให้บริการผสมผสาน เป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ทั้งบริการเชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพ บริการควบคุมป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพ บริการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ สนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว มีระบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและที่ชุมชนด้วย และเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิอย่างเป็นระบบ มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ

6.3 มีระบบบริการฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ ให้บริการที่รวดเร็ว จับใจ มีความแม่นยำสูงมีบริการที่เพียงพอ และทั่วถึงประชาชนเข้าถึงบริการได้โดยไม่มีอุปสรรคทางการเงิน หรืออุปสรรคด้านอื่นๆ

6.4 มีระบบบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ และบริการพิเศษเฉพาะทาง เฉพาะด้าน เพื่อให้บริการแก่ผู้ที่ส่งต่อมาจากระบบบริการระดับปฐมภูมิ หรือระบบบริการฉุกเฉิน

6.5 การจัดระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ รวมทั้งระบบบริการฉุกเฉินต้องจัดให้เป็นระบบเครือข่ายที่รับผิดชอบประชาชนร่วมกันตามพื้นที่หรือกลุ่มเป้าหมาย มีระบบส่งต่อระหว่างกันและกัน เพื่อให้การบริการมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีความเสมอภาค

6.6 มีกลไกสนับสนุน ส่งเสริมให้มีการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ และสนับสนุนการนำมาใช้ในระบบบริการด้านสุขภาพทุกระดับควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยให้มืองค์กรหลักที่ทำหน้าที่นี้ และส่งเสริมให้สถาบันการศึกษาและสถาบันวิชาการต่าง ๆ จัดตั้งสถาบันวิจัยและพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านนี้อย่างจริงจัง และต่อเนื่อง

6.7 มีระบบบริการด้านสุขภาพจำเพาะเพื่อให้การดูแลประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น กลุ่มประชากรชายขอบ กลุ่มแรงงานนอกระบบ กลุ่มผู้ยากไร้และด้อยโอกาสในสังคม กลุ่มผู้พิการเป็นต้น โดยให้ความสำคัญต่อความหลากหลายทางสังคม วัฒนธรรม ประเพณีของแต่ละท้องถิ่นเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อการให้บริการ รวมทั้งเน้นการบริการเชิงรุกที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเหล่านั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทั่วถึง และผสมผสานกับบริการทางสังคมด้านอื่น ๆ ด้วย

6.8 เร่งรัดการจัดทะเบียนสิทธิบัตร และมีมาตรการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นในทุกแขนง ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่สังเคราะห์ได้

1. นิยามศัพท์ "ระบบบริการที่ใกล้บ้าน และใกล้ใจประชาชน"
2. นิยามศัพท์ "การบริการปฐมภูมิ" "การบริการระดับทุติยภูมิ" "การบริการระดับตติยภูมิ"
3. นิยามศัพท์ "ระบบบริการฉุกเฉิน"
4. นิยามศัพท์ "ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและที่ชุมชน"
5. นิยามศัพท์ "กลุ่มประชากรชายขอบ"
6. บางภาคีเสนอว่า โรงพยาบาลทั่วไปไม่ควรจะมีระบบบริการปฐมภูมิ แต่ให้ฝ่ายเวชกรรมสังคมไปรวมอยู่กับศูนย์แพทย์ชุมชนเขตเมือง หรือโรงพยาบาลชุมชนเขตเมือง
7. จัดให้มีแหล่งบริการในชุมชนอย่างทั่วถึง มีสถานอนามัยทุกหมู่บ้าน มีแพทย์ประจำสถานอนามัย
8. สนับสนุนให้มีแพทย์ประจำครอบครัว
9. นิยามศัพท์ "การแพทย์แผนไทย" "การแพทย์พื้นบ้าน" และ "การแพทย์ทางเลือก"
10. จัดทำและบรรจุหลักสูตรการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน ไว้ในสถานศึกษาตามความเหมาะสม
11. ให้มีระบบ และมาตรฐานในการจัดการเรียน การสอน และการจัดระดับการเรียนรู้ เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน
12. รัฐต้องกำหนดให้มี "คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพวิถีไทย" ซึ่งประกอบด้วย แพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก และประชาคมสุขภาพ อยู่ภายใต้สภาพสุขภาพแห่งชาติ เพื่อกำหนด

นโยบาย ทิศทาง กลไก โครงสร้าง แผนงานและทรัพยากร ในการพัฒนาระบบสุขภาพวิถีไทยเข้าสู่ระบบสุขภาพของชาติ

13. รัฐต้องมีกลไกภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพวิถีไทย เพื่อทำหน้าที่ในการคัดเลือก กลั่นกรอง และส่งเสริมมาตรฐานในการให้บริการของการแพทย์ในระบบสุขภาพวิถีไทย ให้สามารถเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพของประเทศได้
14. รัฐต้องให้การสนับสนุนการถ่ายทอด การเรียนรู้ การบริการ การพัฒนาวิชาการ การศึกษาวิจัยและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย เพื่อให้สามารถพัฒนาศาสตร์และศิลป์ของตนได้โดยอิสระ
15. ให้มีกฎหมายรองรับการประกอบอาชีพแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้าน
16. ส่งเสริมภูมิปัญญา และผลผลิตที่เป็นของคนไทย รวมทั้งลดภาระค่าใช้จ่ายอันเกิดจากการนำเข้าโดยการลดการนำเข้า ยา เวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาสุขภาพ
17. รัฐควรใช้มาตรการทางภาษีในเรื่องการแปรรูป และการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพ

ข้อสังเกต

1. ให้กระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงให้ออกใบประกอบโรคศิลปะเฉพาะในเขตพื้นที่ (ให้ระบบควบคุมคุณภาพและกำลังคนพิจารณาด้วย)
2. ให้มียารักษาโรคเอดส์ฟรี

7

ระบบการเงินการคลังในระบบสุขภาพ

การลงทุนในระบบสุขภาพต้องเป็นไป เพื่อสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้าแก่ประชาชนได้อย่างคุ้มค่ามากที่สุด ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพจึงต้องเป็นระบบที่เอื้อต่อทิศทางดังกล่าว โดยรัฐจะต้อง

7.1 จัดให้มีระบบการเงินการคลังแบบรวมหมู่เพื่อสร้างหลักประกันด้านสุขภาพสำหรับคนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงชุดบริการหลักด้านสุขภาพ (core service package) ได้โดยถ้วนหน้า โดยมีหลักการดังนี้

7.1.1 ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเฉลี่ยสุขเฉลี่ยทุกข์ (เอื้ออาทร) ของผู้คนในสังคม โดยการจ่ายเงินสมทบของประชาชนให้เป็นไปตามสัดส่วนตามความสามารถในการจ่าย (income related) ไม่ใช่จ่ายตามภาวะความเสี่ยงด้านสุขภาพ (risk related)

7.1.2 แหล่งทรัพยากรมาจากภาษีอากร (รัฐส่วนกลางและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ร่วมกับนายจ้างและประชาชน ทั้งนี้ รัฐต้องจ่ายเป็นหลัก และประชาชนที่มีรายได้มากจ่ายมาก ผู้มีรายได้ไม่มากจ่ายน้อย ผู้มีรายได้ต่ำรัฐให้การสงเคราะห์จ่ายแทน

- 7.1.3 ทุกคนได้รับสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่กำหนดเท่าเทียมกัน สำหรับผู้ต้องการบริการที่เหนือกว่านั้นต้องจ่ายเพิ่มเอง หรือซื้อระบบประกันเสริม
- 7.1.4 เป็นระบบบังคับที่มีหลักการเดียวกันทั่วประเทศ แต่การบริหารจัดการอาจมีได้หลายระบบ ทั้งนี้ ต้องเป็นระบบที่มีทางเลือกให้กับประชาชนในการเลือกใช้บริการจากภาครัฐหรือเอกชนตามสมควร
- 7.1.5 หลักประกันด้านสุขภาพนี้รวมบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการควบคุมป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องการมีสุขภาพดีด้วย โดยต้องจัดเงื่อนไขที่เน้นส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวยุทธและชุมชน ระบบการบริการด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิ และระบบการบริการฉุกเฉินเป็นความสำคัญอันดับต้น ๆ
- 7.1.6 ให้มีสำนักงานคณะกรรมการการคลังด้านสุขภาพหรือองค์กฤษฎีการอื่นที่กำหนดทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลระบบนี้ เพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบาย กฎเกณฑ์ กติกาต่าง ๆ กำหนดมาตรฐาน ประเมินผลและกำกับดูแลระบบทั้งระบบ

7.2 รัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดมาตรการทางการเงินการคลังที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพให้กับประชาชน เช่น การเพิ่มอัตราภาษีสินค้าที่เป็นโทษต่อสุขภาพ การยกเว้นหรือจำกัดภาษีสินค้าและบริการที่มีข้อมูลชัดเจนว่าเป็นประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การยกเว้นหรือลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาแก่ครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การยกเว้น หรือลดหย่อนภาษีนิติบุคคลที่จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพการใช้มาตรการอุดหนุนแก่องค์กรชุมชน องค์กรสาธารณประโยชน์ที่ดำเนินกิจการสร้างเสริมสุขภาพ การเพิ่มอัตราภาษีการโฆษณาประชาสัมพันธ์สินค้าและบริการที่เป็นโทษต่อสุขภาพหรือจำกัดหรือควบคุม รวมทั้งมาตรการกำกับค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลให้สมเหตุสมผล เพื่อลดค่าใช้จ่ายที่ฟุ่มเฟือย เป็นต้น

7.3 รัฐจัดให้มีระบบที่แยกบทบาทของกลไกที่ดูแลหรือทำหน้าที่ในการจ่ายเงินในระบบสุขภาพออกจากกลไกที่มีบทบาทหน้าที่ในการจัดบริการสุขภาพ ทั้งนี้ เพื่อการมีประสิทธิภาพและเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ (โดยให้มีสำนักงานคณะกรรมการการคลังด้านสุขภาพเป็นองค์กฤษฎีการภายใต้กำกับของกระทรวงสุขภาพ เป็นองค์การดูแลการใช้จ่ายเงินในระบบสุขภาพ)

7.4 จัดให้มีกลไกอิสระทำหน้าที่ตรวจสอบการใช้จ่ายเงินในระบบสุขภาพของทั้งภาครัฐและนอกภาครัฐ แล้วจัดทำรายงานต่อรัฐสภา โดยผ่าน ครม. และรายงานต่อสาธารณะเป็นประจำทุกปี

ประเด็นเพิ่มเติมที่สังเคราะห์ได้

1. ระบบสุขภาพต้องมีระบบการเงินการคลัง และระบบการจัดการที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Cost Containment) ให้อยู่ในระดับที่สมเหตุสมผลได้
2. ให้มีการจัดตั้ง "กองทุนสุขภาพชุมชน" (ในระดับหมู่บ้าน ?) เป็นองค์กรที่บริหารจัดการงบประมาณสุขภาพเพื่อการสร้างสุขภาพและการซ่อมสุขภาพ รัฐเป็นผู้สนับสนุนกองทุนเป็นหลัก มีระบบบริการที่ชุมชนเป็นผู้บริหารจัดการ คนในชุมชนร่วมตรวจสอบ
3. ระบบการเงินการคลังรวมหมู่เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพด้านสุขภาพถ้วนหน้า ต้องเปิดช่องทางให้ประชาชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำอย่างใกล้ชิด เช่น ร่วมกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ เป็นต้น มิใช่ให้มีสิทธิและหน้าที่แค่รอรับบริการเท่านั้น

8

ระบบกำลังคนด้านสุขภาพ

การลงทุนเรื่องกำลังคนในระบบสุขภาพมีความสำคัญ เพราะเป็นค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนสูง และมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพได้มาก เพราะเป็นผู้ดำเนินการในระบบโดยตรง ดังนั้นระบบสุขภาพที่ดีจะต้องมีระบบกำลังคนที่ดี ทั้งระบบการกำหนดนโยบาย การวางแผน การผลิต การใช้ และการพัฒนา ทั้งนี้ระบบกำลังคนด้านสุขภาพต้องสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน และสร้างความเป็นธรรมแก่ประชาชนโดยรัฐจะต้อง

8.1 จัดสรรทรัพยากรสนับสนุนการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกำลังคนสาขาที่ทำงานสร้างประโยชน์แก่สาธารณะสูง ทั้งนี้ระบบผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ต้องมุ่งประโยชน์ของสาธารณะมากกว่าประโยชน์ของบุคคล

8.2 จัดให้มีระบบการคัดเลือกบุคคลเพื่อผลิตและพัฒนาเป็นกำลังคนด้านสุขภาพที่ส่งเสริมโอกาสให้กับบุคคลในท้องถิ่น/ชุมชน เข้าศึกษาเพื่อกลับไปปฏิบัติงานในภูมิลำเนาเดิม หรือท้องถิ่นที่มีความจำเป็น

8.3 ส่งเสริมสนับสนุนและกำหนดมาตรการที่จำเป็นเพื่อให้มีการจัดสรรและกระจายกำลังคนด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความจำเป็นและความแตกต่างในแต่ละพื้นที่เพื่อลดช่องว่างของความขาดแคลน และเปิดโอกาสและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหากำลังคนด้านสุขภาพอย่างใกล้ชิดด้วย

8.4 จัดให้มีกลไกระดับชาติดูแลนโยบาย ทิศทาง และแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ตลอดจนการประสานงานระหว่างหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยจัดเป็นกลไกย่อยภายใต้สภาสุขภาพแห่งชาติ

8.5 สนับสนุนองค์กรวิชาชีพเพื่อทำหน้าที่พัฒนาวิชาชีพ ทั้งด้านวิชาการ ด้านคุณธรรม จริยธรรม และเพื่อเป็นกลไกคุ้มครองผู้บริโภคอีกทางหนึ่งด้วย

- 8.5.1 สนับสนุนทรัพยากรและวิชาการเพื่อให้สภาวิชาชีพทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ
- 8.5.2 ส่งเสริมให้เกิดกลไกการทำงานร่วมระหว่างองค์กรวิชาชีพต่าง ๆ ในรูปของสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการจัดบริการด้านสุขภาพ
- 8.5.3 สนับสนุนให้มีการปรับปรุงและจัดทำกฎหมาย กฎเกณฑ์ กติกาต่าง ๆ ที่เอื้อให้ภาคประชาชนเข้าร่วมในกลไกองค์กรวิชาชีพอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อทำหน้าที่เป็นตัวแทนผู้บริโภค

ประเด็นเพิ่มเติมที่สังเคราะห์ได้

1. ประเด็นที่เกี่ยวกับความเป็นธรรม

- 1.1 ชุมชนต้องมีส่วนร่วมในองค์กรและกลไกที่ดำเนินงานเกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพในทุกระดับ
- 1.2 ต้องกำหนดให้มีเงื่อนไขและมาตรการที่เอื้อต่อกำลังคนด้านสุขภาพในการกลับไปทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการของท้องถิ่น
- 1.3 ชุมชนยังต้องมีส่วนร่วมในการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาผสมผสานกับระบบกำลังคนด้านสุขภาพ

2 ประเด็นที่เกี่ยวกับทรัพยากร

- 2.1 เสนอให้รัฐกำหนดงบประมาณร้อยละ 3 ของเงินเดือนให้หน่วยงานใช้พัฒนากำลังคนในสังกัด
- 2.2 ให้ท้องถิ่นสนับสนุนทุนเพื่อการศึกษาและพัฒนากำลังคนในท้องถิ่น
- 2.3 กำลังคนที่ควรได้รับการอุดหนุน ได้แก่ บุคลากรสาขาเป็นความต้องการของประชาชนทั่วไปและกลุ่มที่มีความต้องการเฉพาะ โดยมุ่งเน้นกำลังคนที่ทำหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครวมทั้งแพทย์แผนไทย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3 ประเด็นที่เกี่ยวกับองค์กรและกลไก

- 3.1 เห็นด้วยกับการจัดตั้ง "คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ" เป็นกลไกระดับชาติอยู่ภายใต้การดูแลเชิงนโยบายของสภาสุขภาพแห่งชาติ โดยในระดับภูมิภาค จังหวัด อำเภอ และตำบล ให้มีการจัดตั้งองค์กรได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่
- 3.2 ให้รัฐสนับสนุนองค์กรวิชาชีพและหรือองค์กรภาคี เพื่อตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยประชาชนมีส่วนร่วม
- 3.3 ให้มีการปรับปรุงกฎหมายวิชาชีพเพื่อรองรับวิชาชีพใหม่ และพัฒนาวิชาชีพเดิม ตลอดจนให้มีความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ สำหรับองค์กรที่เป็นสถาบันการศึกษาและพัฒนาบุคลากร ให้มีการร่วมมือกันโดยจัดตั้งเป็นเครือข่าย
- 3.4 ควรมีการกำหนดกลไก ซึ่งเอื้อต่อการทำงานขององค์กรและการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

ภาพ ตลอดจนส่งผลให้เกิดความเป็นธรรมสำหรับประชาชนซึ่งประกอบด้วยกลไกสำคัญดังนี้

- จัดให้มีระบบข้อมูลเพื่อการวางแผนกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ
- การคัดเลือกคนในท้องถิ่น หรือนอกท้องถิ่นโดยชุมชนให้เข้าศึกษาด้านสุขภาพแล้วกลับไปทำงานให้แก่ท้องถิ่น
- การอุดหนุนทรัพยากรเพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพโดยรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- การถ่ายโอนการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพไปสู่ท้องถิ่นหรือองค์กรมหาชน
- กระจายโอกาสให้เอกชนและประชาชนมีส่วนร่วมในกลไกทุกระดับ
- กระจายกำลังให้มีสัดส่วนตามความเหมาะสมกับความต้องการ และสภาพปัญหาของชุมชน
- การปฏิรูปการเรียนรู้ในระบบการศึกษาและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
- การพัฒนากำลังคนให้มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์
- การปรับตัวของสถาบันการศึกษาและพัฒนาบุคลากร
- จัดระบบสวัสดิการสำหรับกำลังคนด้านสุขภาพให้เหมาะสมและเป็นธรรม
- การประเมินผลที่ประชาชนได้รับจากระบบกำลังคนด้านสุขภาพ

4 เพิ่มเติมอื่นๆ

- ให้มีการจัดตั้งสถานบริการโดยชุมชนได้ (บทบาทรัฐ องค์กรปกครองท้องถิ่น ชุมชน และปัจเจกบุคคล)
- ให้มีวิชาชีพแพทย์แผนไทย
- ให้ลดความเป็นวิชาชีพ
- ให้แยกบุคลากรวิชาชีพที่ทำงานราชการออกจากการประกอบวิชาชีพอิสระ

9

ระบบการควบคุมคุณภาพ

คุณภาพคือศีลธรรม และคุณธรรมของระบบสุขภาพ ระบบการควบคุมคุณภาพจึงควรเป็นทั้งระบบการพัฒนาการทำงาน พัฒนาวิชาการ พัฒนาคคน พัฒนาจริยธรรม เพิ่มประสิทธิภาพและความเป็นธรรม และเป็นระบบการคุ้มครองผู้บริโภคไปพร้อมๆ กันด้วย จึงต้องมีระบบการควบคุมคุณภาพที่ครอบคลุม โดยรัฐจะต้อง

9.1 จัดให้มีระบบพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานบริการด้านสุขภาพทุกระดับของทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ในลักษณะบังคับเพื่อเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

9.1.1 จัดกลไก โดยตั้งองค์กรอิสระ ทำหน้าที่

- 9.1.1.1 ประเมิน ตรวจสอบ และรับรองคุณภาพสถานบริการอย่างต่อเนื่องและโปร่งใสทุก 6 เดือน ทั้งภาครัฐ เอกชน และร้านขายยาโดยจัดตั้ง “คณะกรรมการพัฒนา และรับรองคุณภาพสถานบริการ” ทุกระดับจากบุคคล หลายฝ่าย ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน ในสัดส่วนที่สมดุล ทั้งนี้ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมิน (ประชาชนในที่นี้รวม ถึงประชาชนทั่วไปและผู้ได้รับผลกระทบด้วย) หากไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ก็ให้กำหนดบทลงโทษด้วย
- 9.1.1.2 กำหนดมาตรฐานคุณภาพสถานบริการในทุกระดับ ให้มีคุณภาพเท่าเทียมกัน เป็นมาตรฐานของไทย การกำหนดมาตรฐานให้ครอบคลุม มาตรฐานด้าน คุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณ นอกจากนี้ มาตรฐานที่ กำหนดให้มี ทั้ง มาตรฐานกลาง และมาตรฐานเฉพาะชุมชน โดยมาตรฐานเหล่านั้น จะต้องคำนึง ถึงมิติความเชื่อ มิติทางวัฒนธรรมด้วย เช่น การประกอบอาหารสำหรับผู้ป่วย ตามศาสนา ความเชื่อ และวัฒนธรรม การปฏิบัติต่อศพ (อาทิ การถ่ายภาพ การแต่งกายศพ) เป็นต้น
- 9.1.1.3 ให้มีการพัฒนาและรับรองคุณภาพการบริการการแพทย์แผนไทยและการ แพทย์ทางเลือก
- 9.1.1.4 มีข้อสังเกตว่า ระบบควบคุมคุณภาพควรจะเป็นบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการชุดต่างๆ ที่มีอยู่แล้ว โดยไม่ต้องจัดตั้งขึ้นมาอีก เนื่องจากได้มี คณะกรรมการชุดต่างๆ มากเกินไป
- 9.1.2 ค่าใช้จ่าย ที่ใช้สำหรับการรับรองคุณภาพ กำหนดให้สถานบริการและระบบประกัน สุขภาพ จ่ายเป็นค่าธรรมเนียมในการดำเนินการประเมินและรับรองคุณภาพให้กับรัฐ
- 9.1.3 บางภาคีเสนอความเห็นขัดแย้งกล่าวว่าให้รัฐอุดหนุนงบประมาณและการดำเนินการ ประเมินและรับรองคุณภาพอย่างพอเพียง ในส่วนของการรับรองคุณภาพ ควรให้รัฐ เป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายทั้งหมด
- 9.1.4 ให้องค์กรนี้จัดทำรายงานเสนอต่อคณะรัฐมนตรี และรัฐสภา โดยผ่านสภาสุขภาพแห่งชาติ และรายงานต่อสาธารณะ เป็นประจำทุกปี
- 9.2 จัดให้มีระบบประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายการลงทุนและการใช้ เทคโนโลยีด้านสุขภาพ
- 9.2.1 จัดให้มีองค์กรอิสระทำหน้าที่ศึกษาวิเคราะห์เพื่อประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่มี ราคา แพงหรือกระทบต่อสุขภาพ พฤติกรรมของประชาชน เศรษฐกิจ คุณธรรม จริยธรรม และ ประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ โดยรัฐสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ อย่างพอเพียงและต่อเนื่อง

9.2.2 ให้องค์กรนี้จัดทำรายงานเสนอต่อสภาสุขภาพแห่งชาติ โดยผ่านคณะรัฐมนตรี และรัฐสภา และรายงานต่อสาธารณะเป็นประจำทุกปี

10

ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ระบบสุขภาพที่ดีต้องมีระบบการคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคให้เข้มแข็งเพียงพอที่จะประกันความปลอดภัย พิทักษ์สิทธิ และดูแลช่วยเหลือประชาชน รวมทั้งการชดเชยความเสียหายที่ประชาชนได้รับอย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพและสร้างความเป็นธรรมในสังคมได้อย่างทั่วถึง โดยรัฐต้อง

10.1. สนับสนุนองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

10.1.1 รัฐสนับสนุนองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชนให้มีความเข้มแข็ง ในลักษณะของเครือข่ายองค์กรผู้บริโภคภาคประชาชน และสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่เป็นอิสระจากภาครัฐและภาคธุรกิจเอกชน กระจายอยู่ในทุกส่วนของประเทศ

10.1.2 รัฐสนับสนุนงบประมาณให้กับองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชนอย่างน้อยร้อยละ 1 ของงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศ เพื่อให้ดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

10.1.3 กำหนดให้ หน่วยงาน องค์กรด้านสุขภาพ ตลอดจนผู้ประกอบการ สถานประกอบการ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ต้องให้ความร่วมมือกับองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค ในการอำนวยความสะดวกในการให้ข้อมูล และให้ข้อมูลที่เพียงพอและรวดเร็ว เพื่อการตรวจสอบได้

10.1.4 จัดให้มีศูนย์/องค์กรภาคประชาชน เพื่อทำหน้าที่

- รับเรื่องราวร้องทุกข์ ชี้แจงร้องจากผู้บริโภคในทุกระดับ
- ให้ข้อมูลข่าวสารและประชาสัมพันธ์การคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน
- ตรวจสอบคุณภาพ มาตรฐานและความปลอดภัยของสินค้า ผลิตภัณฑ์และบริการในทุกระดับ
- ให้มีเกณฑ์ และมาตรฐานการคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน

10.1.5 ภาควิชาเสนอให้องค์กรอิสระนี้ ประกอบด้วย ผู้แทนองค์กรผู้บริโภค หน่วยงานภาครัฐ ที่ทำหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภค ผู้แทนองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ และสื่อมวลชน ในสัดส่วนที่สมดุลย์

10.2. ให้จัดตั้ง "กองทุนช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพ"

จัดให้มีกองทุน ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนที่ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพโดย

10.2.1 กำหนดมาตรการให้นำเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ 1 จากการจำหน่ายยา ผลิตภัณฑ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ สารเคมี เครื่องมือแพทย์และจากค่าบริการด้านสุขภาพ เข้าเป็นรายได้ของกองทุน และหากเงินกองทุนเหลือนำไปใช้สนับสนุนการศึกษาวิจัยและพัฒนา ยา ผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพและบริการด้านสุขภาพ ที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณะได้

10.2.2 ให้กองทุนบริหารงานโดยอิสระ เพื่อทำหน้าที่ ใกล้เคียงหาข้อตกลงและทางออกระหว่างผู้บริโภครับสถานบริการหรือองค์กรเจ้าของผลิตภัณฑ์ต่างๆ ในกรณีที่เป็นปัญหาไม่รุนแรง ความเสียหายไม่มาก เสียค่าใช้จ่ายและเวลาน้อย เพื่อลดปัญหาการเข้าสู่กระบวนการทางศาล และเพื่อเป็นการช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งการติดตามให้สถานบริการ สถานประกอบการหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการก่อผลกระทบต่อสุขภาพ ดำเนินการหาผู้ผิดและบังคับให้จ่ายเงินชดเชยในส่วนที่ต้องรับผิดชอบเข้ากองทุน

10.3. การกำหนดมาตรการการคุ้มครองแก่บุคคล กลุ่มบุคคลและองค์กรที่ให้ข้อมูล หรือดำเนินการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคโดยสุจริต ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้บริโภคและส่วนรวม

ประเด็นเพิ่มเติม

1. สิทธิชุมชน โดยจัดให้มีองค์กรชุมชน ทำหน้าที่ตรวจสอบสถานประกอบการ เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค
2. กำหนดให้มีมาตรการควบคุม การนำเข้า การผลิต การจำหน่ายสารเคมี วัตถุมีพิษ และเทคโนโลยี ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ รวมทั้ง การกำจัดกากของเสียและสิ่งเหลือใช้ จากกระบวนการผลิตอย่างเข้มงวด
3. การกำหนดนโยบาย มาตรการ ข้อบังคับ ที่มีผลกระทบต่อผู้บริโภค จะต้องมีการมีส่วนร่วมและรับฟังความคิดเห็นจากผู้แทนกลุ่มผู้บริโภค
4. ให้รัฐจัดหา /สนับสนุนเทคโนโลยีที่เหมาะสม (ภูมิปัญญาชาวบ้าน วิทยาศาสตร์ประยุกต์) ในการตรวจสอบคุณภาพสารพิษด้วยตนเอง(สำหรับประชาชน) ในราคาถูก,มีการกระจายอย่างทั่วถึง,ขั้นตอนง่าย สะดวกใช้
5. หลักสูตรการศึกษาด้านสุขภาพทุกหลักสูตร จะต้องเรียนความรู้พื้นฐานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค
6. ผู้ประกอบการทุกประเภท ต้องเข้ารับการอบรม ความรู้พื้นฐานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ก่อนเปิดกิจการ และมีการทบทวนอนุญาตประกอบการทุก 1 ปี (ดำเนินการโดยองค์กรอิสระคุ้มครองผู้บริโภค)
7. ขอให้เพิ่มภาษีผลิตภัณฑ์ทำลายสุขภาพ เช่น เหล้า บุหรี่ให้มากขึ้น

8. ควรกำหนดสิทธิผู้บริโภคในด้านต่างๆ ได้แก่ สิทธิในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร, สิทธิในการได้รับชดเชยค่าเสียหาย, สิทธิในการร้องเรียน, สิทธิในการตรวจสอบ ควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพและการบริการด้านสุขภาพทั้งแผนปัจจุบัน, การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก, สิทธิในการเลือกบริโภค (ตรวจสอบรัฐธรรมนูญ และกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย)

11

ระบบการจัดการความรู้ และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นต่อระบบสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในอนาคต ระบบจะมีความซับซ้อนเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีผู้เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่หลากหลายมากขึ้น มีความต้องการและมีส่วนร่วมในการสร้างและใช้มากขึ้น ระบบการจัดการความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จึงต้องเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ สร้างความชอบธรรม ประกันความโปร่งใส เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้าร่วม และเป็นช่องทางหนึ่งในการเพิ่มพูนศักยภาพของภาคประชาชนได้อย่างแท้จริง

ระบบการจัดการความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพควรประกอบด้วยระบบย่อย ดังนี้

11.1 การจัดการความรู้และภูมิปัญญา เสนอให้มีกระบวนการ

11.1.1 การรวบรวมและเผยแพร่ความรู้ ภูมิปัญญา

11.1.2 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

11.1.3 การจัดให้มีหลักสูตรการสร้างสุขภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมภูมิปัญญาและ
ธรรมชาติสิ่งแวดล้อมของชุมชน

11.2 ระบบการวิจัยและพัฒนา ภาควิชาเสนอให้มีการส่งเสริมสนับสนุนการวิจัยและพัฒนา การวิจัยและพัฒนาแบบมีส่วนร่วม โดยให้มีองค์กรอิสระและองค์กรชุมชนทำหน้าที่เพื่อสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพและด้านระบบสุขภาพอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง ทั้งการวิจัยที่จะนำไปสู่การค้นหาแนวทางและวิธีการแก้ปัญหาที่สำคัญ ๆ และการวิจัยที่จะนำไปสู่การพัฒนาเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่จะช่วยแก้ปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญ ๆ ให้กับประชาชน โดย

11.2.1 รัฐอุดหนุนงบประมาณเพื่อเป็นกองทุนศึกษาวิจัยด้านสุขภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 ของงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพ โดยมีเป้าหมายและแผนการวิจัยที่สามารถ
กำกับการใช้งบประมาณเพื่อการวิจัยให้เกิดประโยชน์สูงสุด

11.2.2 รัฐมีกลไกประสานเพื่อจัดทำแผนการสนับสนุนการวิจัยและเชื่อมโยงกับนโยบายการจัดสรรและการใช้ทรัพยากรเพื่อการวิจัย ที่มีประสิทธิภาพและยืดหยุ่นสอดคล้องกับปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

- 11.2.3 ต้องมีการจัดการเพื่อให้มีการนำผลการศึกษาวิจัยที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ไปเผยแพร่สู่การปฏิบัติ การปรับเปลี่ยนระบบ ให้สอดคล้องกับการทำงานในสถานการณ์อย่างกว้างขวาง จริงจัง และต่อเนื่อง

11.3 ระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหารจัดการและการวางแผน เพื่อสนับสนุนทรัพยากรและการรวมทั้งกำหนดกฎเกณฑ์กติกาต่าง ๆ ที่สำคัญ ในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการจัดการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพทั้งในระดับชาติ ระดับองค์กรและระดับพื้นที่ โดยให้มีการเชื่อมโยงระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน และเกิดประโยชน์แก่การดูแล สร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในภาพรวมของประเทศ ควบคู่ไปกับการใช้ข้อมูลเพื่อการบริการและการแก้ปัญหาทั้งในระดับพื้นที่และระดับองค์กร

ข้อมูลข่าวสารใดที่สำคัญและจำเป็นต้องการกำจัดและควบคุมป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพ ที่มีผลกระทบต่อส่วนรวม หรือเป็นข้อมูลข่าวสารสำคัญต่อประโยชน์ของสาธารณะ ให้รัฐกำหนดมาตรการบังคับและหรือมาตรการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้มีการจัดทำและรายงานอย่างสมบูรณ์และครอบคลุมด้วย

- 11.4 ระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของประชาชน โดย

- 11.4.1 ให้มีกลไกที่เป็นองค์กรหรือเครือข่ายองค์กรวิชาการที่หลากหลาย ทำหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้มั่นใจว่าประชาชนจะได้รับความรู้ความเข้าใจจากข้อมูลเหล่านั้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม ตลอดจนกำหนดมาตรการเพื่อให้มีการควบคุมกำกับไม่ให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในลักษณะโฆษณาหรือทำให้เกิดการเข้าใจผิดเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือการบริการด้านสุขภาพเพื่อประโยชน์ในการค้ากำไรหรือผลประโยชน์อื่นๆ รวมทั้งให้รัฐปรับปรุงมาตรการบทลงโทษผู้ประกอบการที่โฆษณาเกินจริง หรือทำให้เกิดความเข้าใจผิดอย่างฉะฉาน

- 11.4.2 รัฐต้องสนับสนุนงบประมาณให้องค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคประชาชนร้อยละ 1 ของงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพ ทำการรวบรวมและนำเสนอข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการสร้างความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพแก่ประชาชนอย่างถูกต้องและทั่วถึง

ประเด็นเพิ่มเติมที่สังเคราะห์ได้

ในระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของประชาชน ภาครัฐเสนอให้เพิ่มเติม

1. จัดสรรคลื่นความถี่วิทยุ และโทรทัศน์ชุมชนอย่างน้อย 20% ของเวลาออกอากาศ
2. กำหนดให้องค์กรและหน่วยงานด้านสุขภาพ ตลอดจนผู้ประกอบการต้องเปิดเผยต้นทุน ราคา และการบริการ ที่แท้จริง
3. สนับสนุนการใช้สื่อท้องถิ่นที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของประชาชนในท้องถิ่น

4. ให้มีประเด็นการเสนอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพวิถีไทยมากขึ้น
5. มีระบบที่เอื้อให้ประชาชนสามารถดำเนินการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อวิทยุ โทรทัศน์ โดยมีการยกเว้นกฎระเบียบที่เป็นอุปสรรคในการ ดำเนินการ

13

องค์กรและการจัดการ

ประเด็นเพิ่มเติมจากร่างเดิมที่สำคัญ คือ

1. ภาครัฐส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการจัดตั้ง “สภาสุขภาพแห่งชาติ” (หรือคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติหรือชื่ออะไรก็ได้แล้วแต่) เพื่อเป็นกลไกกำหนดนโยบาย ดูแลระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง โดยมีประเด็นสำคัญๆ ได้แก่
 - 1.1 ควรมีกลไกเช่นนี้ในระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ด้วย เพื่อให้เป็นกลไกที่ประชาคมต่างๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิดและโดยตรง
 - 1.2 ควรมีกลไกสมัชชาสุขภาพจังหวัด และระดับชาติ เพื่อเป็นเวทีให้ภาคประชาชนได้ร่วมเสนอปัญหา ความต้องการ และร่วมเสนอแนะนโยบายด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องด้วย
 - 1.3 องค์ประกอบของสภาสุขภาพต้องมาจากคนหลายอาชีพ ควรมีประชาชนมากกว่าครึ่งผู้แทนที่มาจากภาคเอกชน ถ้าเป็นภาคธุรกิจต้องเป็นธุรกิจที่ไม่หวังกำไร
 - 1.4 ควรกำหนดให้มีคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพวิถีไทย (แพทย์ไทย / ทางเลือก) ภายใต้สภาสุขภาพแห่งชาติที่เป็นกลไกอิสระดูแลเรื่องการกำหนดนโยบาย ทิศทาง แผนงาน ทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพวิถีไทยในระบบสุขภาพแห่งชาติ
2. ควรกำหนดบทบาทและสถานภาพของสภาสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสุขภาพให้ชัดเจนเพื่อให้ทำหน้าที่เสริมกันอย่างไม่ซ้ำซ้อน
3. ในการบริหารจัดการองค์กรด้านสุขภาพทุกระดับ ต้องเปิดช่องทางให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย และควรสร้างมาตรการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการคานอำนาจกับธุรกิจด้านสุขภาพที่แสวงกำไร

คำประกาศข้อเสนอต่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
โดยผู้แทนจากภาคีต่าง ๆ
วันพุธที่ 5 กันยายน 2544 เวลา 15.30 น. ณ ห้องโดมอนด์แกรนด์บอลรูม
อาคารศูนย์การประชุมและแสดงนิทรรศการ อิมแพ็ค เมืองทองธานี

จากการที่ผู้แทนองค์กรภาคีต่างๆ ในสังคมไทย 306 เครือข่าย รวมเป็นจำนวนภาคีทั้งสิ้น 1,599 ภาคีได้จัดประชุมอย่างต่อเนื่องทั่วประเทศ ตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2543 เป็นต้นมา มีประชาชนเข้าร่วมกว่าหนึ่งแสนคน

ผู้แทนองค์กรภาคีต่าง ๆ ขอร่วมกันประกาศว่า

1. ทิศทางการพัฒนาประเทศ ต้องมุ่งที่การสร้างสุขภาพของประชาชน และสังคมเป็นเป้าหมายควบคู่ไปกับการพัฒนาทางเศรษฐกิจ
2. ระบบสุขภาพแห่งชาติ ต้องเป็นระบบที่เน้นการสร้างสุขภาพของคนไทยและสังคมไทยทั้งมวล พร้อมกับการมีระบบซ่อมสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเป็นธรรม
3. ในระบบสุขภาพแห่งชาติต้องมีนโยบายเปิดให้ภาคประชาชนเข้าร่วมด้วยอย่างเป็นรูปธรรมเชื่อมโยงการใช้ข้อมูลองค์ความรู้และเชื่อมโยงกับภาคการเมือง เพื่อดูแลระบบสุขภาพร่วมกันอย่างต่อเนื่อง
4. ในระบบสุขภาพแห่งชาติ ต้องมีระบบประเมินผลกระทบด้านสุขภาพพร้อมทั้งต้องมีระบบดูแลแก้ไขผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะต่างๆอย่างเป็นรูปธรรมด้วย
5. ในระบบสุขภาพแห่งชาติต้องเป็นระบบที่เปิดช่องทาง การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างเป็นรูปธรรม มีการกระจายอำนาจ ลดการผูกขาด สร้างความสมานฉันท์ของคนในสังคม เชื้อสายเชื้อชาติ เชื้อชาติ เชื้ออาหาร ไม่เอารัดเอาเปรียบกัน และเรื่องสุขภาพต้องไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไร
6. ในระบบสุขภาพแห่งชาติต้องเป็นระบบที่ให้ความสำคัญกับการคุ้มครองผู้บริโภคที่เข้มแข็ง มีระบบการให้ข้อมูลข่าวสารที่ง่ายและเพียงพอเพื่อเสริมสร้างศักยภาพประชาชนในเรื่องสุขภาพ
7. ในระบบสุขภาพแห่งชาติต้องเป็นระบบที่ส่งเสริม สนับสนุนพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งเป็นภูมิปัญญาไทยให้ควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบันรวมทั้งการแพทย์ทางเลือกต่างๆ เพื่อเป็นทางเลือกแก่ประชาชน โดยจะต้องมีระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่ดีควบคู่กันไปด้วย
8. ในระบบสุขภาพแห่งชาติต้องมีระบบหลักประกัน การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า และมีระบบการเงินการคลัง ระบบกฎหมายและระบบอื่นๆ ที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพนำหน้าการซ่อมสุขภาพ
9. ระบบสุขภาพแห่งชาติต้องเป็นระบบที่มีโครงสร้างครบถ้วน เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะสามารถคุ้มครองสุขภาพประชาชนและสังคม และสามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาได้ด้วย

พร้อมกันนี้พวกเราในฐานะผู้แทนภาคีทั้งหมด ขอมอบเอกสารข้อเสนอต่อการจัดทำพระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ และต่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติที่ภาคีต่าง ๆ ได้จัดทำขึ้น เพื่อให้คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาตินำไปพิจารณาดำเนินการต่อไป โดยภาคีต่างๆ ขอแสดงเจตนารมณ์ร่วมกันผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติอย่างจริงจัง และพร้อมที่จะมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่จะมียุทธศาสตร์ต่อไป.

รายชื่อเครือข่ายภาคีที่ส่งข้อเสนอแนะเป็นทางการ

เครือข่ายพื้นที่

- | | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. จังหวัดกระบี่ | 31. จังหวัดเลย |
| 2. จังหวัดกาญจนบุรี | 32. จังหวัดลำพูน |
| 3. จังหวัดกาฬสินธุ์ | 33. จังหวัดศรีสะเกษ |
| 4. จังหวัดกำแพงเพชร | 34. จังหวัดสระบุรี |
| 5. จังหวัดขอนแก่น | 35. จังหวัดสุโขทัย |
| 6. จังหวัดชัยนาท | 36. จังหวัดสมุทรสาคร |
| 7. จังหวัดเชียงใหม่ | 37. จังหวัดสกลนคร |
| 8. จังหวัดชุมพร | 38. จังหวัดสงขลา |
| 9. จังหวัดตรัง | 39. จังหวัดสิงห์บุรี |
| 10. จังหวัดตาก | 40. จังหวัดสุราษฎร์ธานี |
| 11. จังหวัดนครพนม | 41. จังหวัดสตูล |
| 12. จังหวัดนครศรีธรรมราช | 42. จังหวัดสุพรรณบุรี |
| 13. จังหวัดนครสวรรค์ | 43. จังหวัดหนองคาย |
| 14. จังหวัดนนทบุรี | 44. จังหวัดหนองบัวลำภู |
| 15. จังหวัดนราธิวาส | 45. จังหวัดอ่างทอง |
| 16. จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ | 46. จังหวัดอุตรธานี |
| 17. จังหวัดปทุมธานี | 47. จังหวัดอุทัยธานี |
| 18. จังหวัดปัตตานี | 48. จังหวัดอำนาจเจริญ |
| 19. จังหวัดพังงา | 49. พื้นที่จังหวัดภาคเหนือตอนล่าง |
| 20. จังหวัดแพร่ | (เขต 8,9 จำนวน 12 จังหวัด) |
| 21. จังหวัดพิจิตร | 50. พื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน |
| 22. จังหวัดเพชรบูรณ์ | 51. จังหวัดลพบุรี |
| 23. จังหวัดพัทลุง | 52. จังหวัดราชบุรี |
| 24. จังหวัดพิษณุโลก | 53. จังหวัดร้อยเอ็ด |
| 25. จังหวัดพระนครศรีอยุธยา | 54. จังหวัดระนอง |
| 26. จังหวัดเพชรบุรี | 55. จังหวัดน่าน |
| 27. จังหวัดภูเก็ต | 56. จังหวัดอุตรดิตถ์ |
| 28. จังหวัดแม่ฮ่องสอน | 57. จังหวัดลำปาง |
| 29. จังหวัดมหาสารคาม | |
| 30. จังหวัดยะลา | |

(รวบรวมถึงวันที่ 24 กันยายน 2544)

เครือข่ายเฉพาะ

1. เครือข่ายผู้พิการ
2. เครือข่ายสุขภาพวิถีไทย
3. เครือข่ายแรงงานนอกระบบ
4. เครือข่ายอสม.
5. เครือข่ายสุขภาพคนจน
6. สถาบันพระบรมราชชนก
7. เครือข่ายภูมิปัญญาล้านนา
8. เครือข่าย อสม.ภาคเหนือ
9. เครือข่ายผู้หญิงกับรัฐธรรมนูญ
10. สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน
11. แพทยสภา
12. สภาการพยาบาล
13. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
14. กองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข
15. กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข
16. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข
17. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
18. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
19. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข
20. สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
21. กรมราชทัณฑ์ กระทรวงมหาดไทย
22. กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม
23. สำนักงานนโยบายและแผนการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม กระทรวงศึกษาธิการ
24. สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ
25. กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ
26. สำนักงานแพทย์ทหาร กระทรวงกลาโหม
27. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
28. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
29. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน สำนักงานกฤษฎมนตรี
30. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
31. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคใต้
32. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ
33. เครือข่ายหมออนามัย
34. ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย

(รวบรวมถึงวันที่ 24 กันยายน 2544)

รายชื่อคณะกรรมการเฉพาะกิจสังเคราะห์ข้อเสนอแนะจากภาคีต่างๆ

1. ครูบาสุทธินันท์ ปรัชญาพทุทธิ กรมราชวรสังฆาราม จังหวัดบุรีรัมย์
2. รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
3. ผศ.ดร.ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
4. คุณเพ็ญใจ เลิศลักษณ์วงศ์ ประชาคมแม่สอด จังหวัดตาก
5. ศ.พญ.เพ็ญศรี พิชัยสนิธ เครือข่ายผู้หญิงกับรัฐธรรมนูญ
6. คุณสมพันธ์ เตชะอธิก สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น
7. นพ.บัญชา พงษ์พานิช มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
8. อาจารย์สุรินทร์ กิจนิตยชีวี ประชาคมจังหวัดอยุธยา
9. คุณวิเชียร คุตตวัธ ประชาคมจังหวัดราชบุรี
10. คุณสุรเดช เดชคุ้มวงศ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
11. อาจารย์บุญเรือง ถาวรสวัสดิ์ ชมรมสื่อสารมวลชนจังหวัดกาฬสินธุ์
12. คุณธวัชชัย ไตรทิพย์ ชมรมสื่อสารมวลชนจังหวัดกาฬสินธุ์
13. คุณวิศรา ลี แก้วปลั่ง สื่อมวลชนจังหวัดสุรินทร์
14. นพ.ชาติรี เจริญศิริ โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน
15. อ.พิชัย ศรีไธ ประชาคมทักษิณ จังหวัดสงขลา
16. นพ.ประพนธ์ เกตุราภาศ โรงพยาบาลเลิดสิน
17. พ่อประสาสน์ รัตนปัญญา ประธานหมอพื้นบ้านภาคอีสาน จังหวัดมหาสารคาม
18. คุณวีรพงษ์ เกียรติสินยศ มูลนิธิสุขภาพไทย
19. นพ.สมศักดิ์ ไชยวัฒน์ สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 1
20. คุณวัชรณี วัชรัมพร สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 1
21. คุณพรรษา ชุมเกษียร ศูนย์ประสานงานทางวิชาการโรคติดต่อ
22. นพ.อุกฤษฏ์ มลิินทางกูร สถาบันพระบรมราชชนก
23. คุณสารี ย่องสมหวัง มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค
24. คุณพรรณี เสมอภาค เครือข่ายผู้บริโภค จังหวัดขอนแก่น
25. คุณสมลักษณ์ ลิ้ม เครือข่ายผู้พิการ
26. นพ.ชัย กฤติยาภิชาติกุล ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 10 จังหวัดเชียงใหม่
27. นพ.ประวิทย์ วิริยะสิทธาวัฒน์ ประชาคมจังหวัดอุบลราชธานี
28. คุณณัด สินอนันต์วนิช ประชาคมแม่ฮ่องสอน
29. อาจารย์ดวง อันทะไชย ประชาสังคมจังหวัดร้อยเอ็ด
30. คุณสุพรรณ สาคร ประชาสังคมจังหวัดศรีสะเกษ
31. คุณศิริลักษณ์ ขุนศรี ประชาคมจังหวัดอำนาจเจริญ
32. ทญ.เพ็ญแข ลาภยั้ง กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
33. คุณวราภา จันทริโชติ สถาบันพระบรมราชชนก
34. นพ.อำพล จินดาวัฒนะ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
35. นพ.ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
36. ดร.วณิ ปิ่นประทีป สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
37. คุณกรรณิการ์ บรรเทงจิตร สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
38. คุณปิติพร จันทรรัต ณ อยุธยา สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
39. คุณนิรชรา อัสวธิ์ราษฎร์ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
40. คุณวรรณวิมล แพร่สีเจริญ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
41. คุณณัฐฐินี พันธุ์วุฒิ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

สรุปประชุม วันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2544

สิทธิหน้าที่ด้านสุขภาพ

พื้นฐานมาจากรัฐธรรมนูญ ร่างยังขาดข้อสะท้อนของประชาชน เนื่องจากกฎหมายนี้จะเป็นธรรมนูญ ใน รธน กำหนด "ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ" ร่างกฎหมายนี้ ยังเป็นร่างที่เหมือนกับ รธน จึงยังไม่สามารถขยายรายละเอียดออกไปได้ ความพยายามถามความเห็นของประชาชน และที่ทำวิชาการจะขาดไป ไม่มีรายละเอียด และอาจจะกลายเป็นกฎกระทรวง ซึ่งอาจจะทำให้เปลี่ยนแปลงเจตนารมณ์ที่แท้จริงของประชาชนไป

ขณะนี้ตาม ร่างอ.วิฑูรย์ หลีกเลียง ลอก รธน เน้นที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ เป็น พรบ. ที่ต้องการให้เกิดผลตามที่กฎหมายบัญญัติ แต่เป็นเรื่องยาก เพราะเป็นเรื่องบังคับรัฐ และในขณะเดียวกัน บังคับประชาชนโดยรวมให้ทำหน้าที่ เพื่อตนเอง ทำให้กำหนดบทลงโทษได้ยาก ทั้งในส่วนของลงโทษรัฐ และประชาชนที่ไม่ทำหน้าที่

ยังขาดรายละเอียด เช่น ในเรื่อง ม. 56 ว 2 รธน นโยบายสาธารณะที่กระทบต่อสุขภาพ ร่างฉบับนี้ ยังขาดรายละเอียด แม้ว่าจะขาดรายละเอียดแต่ยังสามารถออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องได้ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ออกหรือไม่ขึ้นอยู่กับหน่วยงานรับผิดชอบ)

หมวด 3 นี้เป็นเรื่องภาพรวม ส่วนกลไกที่จะทำให้เกิดสิทธิตามกฎหมายนั้น เป็นไปในรายละเอียดที่กำหนดในรายละเอียดย่อย

รัฐธรรมนูญไม่ได้กำหนดเรื่องสุขภาพไว้ให้ออกกฎหมายเพื่อดำเนินการให้เป็นไปตาม รธน เช่น กกด หรือการศึกษา ไว้เป็นธรรมนูญ เรื่องการปรับระบบและบังคับรัฐ ส่วนของสาธารณสุขการกำหนดเป็นเรื่องการบริการทางการแพทย์ แต่การร่างกฎหมายฉบับนี้เป็นการร่างธรรมนูญ ไม่เป็นหน้าที่ตาม รธน ซึ่งไม่ใช่การร่างกฎหมายเพียงฉบับเดียว แต่ต้องการกฎหมายฉบับอื่น ทั้งในระดับ พรบ อื่น หรือระดับ กฎีกา

ให้ออกโดยสร้างกลไกไว้ในกฎหมายฉบับนี้ โดยให้เป็นหน้าที่ของคณะกรรมการ เป็นดำเนินการ แต่จะไม่ออกเป็นกฎบังคับให้แก้กฎหมายหรือบังคับดำเนินการในเรื่องใด แต่เปิดให้พิจารณาดำเนินการ

การให้ออกดำเนินการ ในกรณีเห็นปัญหาชัดเจนอาจกำหนดให้ออกเป็นกฎกระทรวง แต่ในกรณีที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังกฎหมายบังคับใช้ ก็ยังคงมีอำนาจในการออกกฎกระทรวงเพิ่มเติมได้

หลักการในการเขียนสิทธิใน พรบ.นี้

1. กำหนดในรัฐธรรมนูญแล้ว
- ดึงมานั้นเขียนให้ชัดเจน
2. ไม่มีกำหนดในรัฐธรรมนูญ
- เขียนเติมให้ชัดเจน

เนื้อหาสิทธิ	บุคคล	ครัว	ชุมชน
1. สิทธิในการดำรงชีพ			
- สมดุลย์ในสิ่งแวดล้อม/ สภาพแวดล้อมเหมาะสม			
2. รับบริการ			
- ปลอดภัย			
- มาตรฐาน			
- เรียกร้องเมื่อได้รับความเสียหาย			
3. รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ			
- ข้อมูลข่าวสาร - รธน 58, 59			
- ได้รับความรู้			
- เมื่อป่วย			
4. การสงเคราะห์ (ผู้ยากไร้ - ควรสงเคราะห์)			
- ผู้ยากไร้			
- ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ไม่มีรายได้			
- ผู้ด้อยโอกาส			
- ผู้พิการ			
5. ป้องกันและขจัดโรคติดต่อ ปัจจุบันคุณภาพ (ไม่ต้องเขียนเป็นสิทธิ เป็นหน้าที่ของรัฐตามรัฐธรรมนูญ - ม.52 วรรค 3 รธน ที่เขียนให้ชัดเจน และตาม พรบ นี้ กำหนดเป็นหมวดหนึ่งเฉพาะ)			

6. รวมตัวจัดบริการ (สิทธิการรวมตัวเพื่อดำเนินการ กำหนดไว้ ม. 45 รธน และรวมเพื่ออนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น ม. 46 การเปิดทางสำหรับแพทย์ทางเลือก จะต้องแก้ไขใน พรบ.วิชาชีพต่างๆ - พรบ.ประกอบโรคศิลป์ ให้ขยายความครอบคลุมถึงแพทย์ทางเลือก และในปัจจุบันการบริการบางประเภทเช่น หมอน้ำมันดี ฯลฯ ไม่มีตามกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันอยู่แล้ว) เสนอร่าง (1) "ประชาชนที่รวมตัวกันเป็นองค์กรภาคประชาชน มีสิทธิในการดำเนินจัดบริการสุขภาพของตนเองและของคนในชุมชนในลักษณะที่ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ในลักษณะที่ไม่ค้ากำไร (2) "ประชาชนที่รวมตัวกันเป็นองค์กรภาคประชาชน มีสิทธิในการดำเนินจัดบริการสุขภาพของตนเองและของคนในชุมชนในลักษณะที่ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ในลักษณะที่ไม่ค้ากำไร และไม่เป็นอันตรายต่อประชาชน กิจกรรมในพรรคแรกให้เป็นไปตามกำหนด หรือ การสร้างเสริมและดูแลตนเองให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง"			
7. ได้รับความปลอดภัยในชีวิต			
8. ตายอย่างมีศักดิ์ศรี เสนอร่าง บุคคลมีสิทธิที่จะเลือกที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยปฏิเสธวิธีการใช้เครื่องมือยึดชีวิตชนิดใดก็ได้ เมื่อจิตใจของเขาอยู่ในภาวะปกติธรรมดา ในกรณีที่ไม่ได้แสดงเจตนาไว้ ให้			
9. สิทธิ			
- อายุ			
- ทารกเกิดอย่างเหมาะสม			

- เด็ก			
- หลังตาย คนตายไม่มีสิทธิ กำหนดให้อยู่ในระบบการให้บริการ			
- เพศ			
- เฉพาะหญิง - อนามัยเจริญพันธุ์			
- ผู้ป่วย (โยงไปสู่สิทธิผู้ป่วย)			
- กลุ่มพิเศษ (ได้รับสิทธิและสามารถทวงถามสิทธิ)			
- ผู้ที่สังคมควรได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูล			
- ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ไม่มีรายได้			
- ผู้ด้อยโอกาส			
- ผู้พิการ			
- ผู้ได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูล			
10 นโยบาย/โครงการ กระทบสุขภาพ			
- มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตั้งแต่ต้น			
- รับรู้ผล			
11. ผู้บริโภค (รอตรวจสอบ ร่าง พรบ คุ่มครองผู้บริโภคใหม่ หากไม่มีต้องใส่ในหมวดสิทธิด้วย เพื่อขยายความม 5.7 รธน)			
12. สิทธิการมีส่วนร่วม ตาม รธน 56			

ฝ่ายเลขาหาประเด็นเพิ่มเติมจากข้อเสนอของกลุ่มผู้หญิง ในเรื่องสิทธิเฉพาะผู้หญิงในด้านอนามัยเจริญพันธุ์ สารที่จะกำหนดใน พรบ อย่างไร (อ.ศรีสว่างรับไปเชื่อมโยงกับกลุ่มผู้หญิง)

ฝ่ายเลขานุการ ศึกษาเพิ่มเติม กฎหมายการประกอบวิชาชีพต่างๆ ปัจจุบันครอบคลุมแค่ไหน ความต้องการของกลุ่มทางเลือก นี่ต้องการอะไร พิจารณาควบคู่กับการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้ได้เหตุผลว่าจะสามารถกำหนดสิทธิตามกฎหมายนี้ให้ครอบคลุมได้เพียงใด
แจกแจงปัจจัยคุกคามสุขภาพ

หน้าที่

1. ประชาชน/หมู่คณะ/ชุมชน มีหน้าที่ สร้างเสริมสุขภาพ
2. ประชาชน/หมู่คณะ/ชุมชน มีหน้าที่ รับผิดชอบต่อการกระทำให้เกิดปัจจัยคุกคามสุขภาพ
3. ประชาชน/หมู่คณะ/ชุมชน มีหน้าที่ ร่วมอนุรักษ์/ฟื้นฟู จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น ทรัพยากรธรรมชาติที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

การกำหนดเป็นหน้าที่จำเป็นต้องมีบทลงโทษทางอาญา หรือ บทลงโทษที่กำหนดในกฎหมาย เฉพาะ เช่น พรบ.จราจร – ยึดใบขับขี่ หรือ ม. 68 รธน – มีหน้าที่ไปใช้สิทธิเลือกตั้ง ถ้าไม่ไปเสีย สิทธิตามกฎหมาย เป็นต้น

การละเลยหน้าที่ และมีความร้ายแรงอันส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพ เป็นเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยตรง ถือเป็นบทลงโทษอยู่แล้ว

ในกรณีที่เกิดผลกระทบหรือทำให้เกิดปัจจัยคุกคาม ให้ใช้บทลงโทษตามกฎหมายเฉพาะที่เกี่ยวข้อง

หน้าที่ของรัฐ

กำหนดไว้ในเนื้อหารายละเอียดแต่ละหมวด

เสนอร่าง (ข้อ 3.14, 3.15 ร่างอ.วิฑูรย์ และ 3.11 วารุณี)

1. รัฐมีหน้าที่ประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ก่อนดำเนินโครงการใดที่อาจก่อให้เกิดปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
2. รัฐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่จัดให้มีระบบบริการด้านสุขภาพ ให้ได้มาตรฐานปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ
3. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ในการดำเนินการต่าง ๆ เพื่อสร้างโอกาส ปกป้อง คัดกรองและจัดการ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีและรับผิดชอบต่อการแก้ปัญหาที่คุกคามสุขภาพของประชาชนจากนโยบายหรือการดำเนินการขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเองด้วย

(ร่าง) ประเด็นสำคัญที่ควรใช้เพื่อการรับฟังความคิดเห็นเพิ่มเติม
จากภาคีต่างๆ และจากสาธารณะ

หลักเกณฑ์การพิจารณาประเด็น

- A. ประเด็นขัดแย้ง หาข้อสรุปไม่ได้
- B. ประเด็นไม่คมชัด
- C. ประเด็นร้อน / สำคัญ

วัตถุประสงค์ เพื่อนำไปสู่

- 1. การทำงานวิชาการเพื่อตรวจสอบองค์ความรู้
- 2. เปิดเวทีแลกเปลี่ยนความเห็น
- 3. นำไปสู่การสังเคราะห์ หาข้อสรุป รูปแบบ
- 4. สร้างกลไกแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาความคิด ความรู้ การปฏิบัติ

ประเด็นสำคัญ

- 1. ระบบนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (สวรส.)
- 2. ระบบบริการ
 - ไม่คุ้มค่า
 - การขึ้นทะเบียน
 - การตรวจสุขภาพประจำปี
- 3. การสร้างความมีส่วนร่วมภาคประชาชน
- 4. กลไกนโยบายสุขภาพแห่งชาติ
- 5. ระบบสุขภาพวิถีไท
- 6. การคุ้มครองผู้บริโภค
 - กองทุน
 - กลไกภาคประชาชน
- 7. ระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อเสริมสร้างศักยภาพประชาชน
- 8. สุขภาพจิตวิญญาณ

(ร่าง) คำถามประเด็นกลไกนโยบายสุขภาพแห่งชาติ

การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติไปสู่ระบบที่เน้น “สร้างนำซ่อม” บนแนวคิดของ “สุขภาพพอเพียง” ด้วยการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติให้เป็นธรรมนูญด้านสุขภาพของสังคมไทย โดยเปิดพื้นที่ให้ทุกภาคส่วนเข้าร่วมในระบบสุขภาพอย่างแท้จริง

การปฏิรูประบบสุขภาพ มิใช่เรื่องการปฏิรูปบทบาทหน้าที่และโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข มิใช่เรื่องแค่การปฏิรูประบบบริการด้านสุขภาพเท่านั้น แต่การปฏิรูประบบสุขภาพมีความหมายครอบคลุมกว้างกว่านั้นมาก เนื่องจากสุขภาพที่ประกอบด้วยมิติทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ เป็นเรื่องที่สัมพันธ์เชื่อมโยงและเกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วน

ขณะนี้ได้มีการยกร่าง “กลไกนโยบายสุขภาพ” ขึ้น เพื่อหวังให้เป็นกลไกหลักที่สำคัญในระบบสุขภาพ เปิดช่องทางในทุกภาคส่วนเข้าร่วมดูแลนโยบาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพอย่างจริงจังและต่อเนื่อง มิใช่ปล่อยให้หน่วยงานฝ่ายบริหาร (รัฐบาล - ราชการ) ดำเนินการตามลำพังเช่นในอดีต โดยพยายามออกแบบกลไกที่สามารถทำงานเชื่อมโยง ภาคการเมือง ภาคประชาชน (สังคม) และภาควิชาการ เข้าด้วยกัน (ตามแผนยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา)

กลไกที่ออกแบบขึ้นมีสาระหลัก ดังนี้ (ดูผังภูมิที่แนบ)

1. กำหนดให้มี คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เป็นกลไกดูแลทิศทางนโยบาย และยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่กลไกของฝ่ายบริหาร (รัฐบาล - ราชการ - วิชาชีพ) ฝ่ายเดียว มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน กระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับสุขภาพ ฝ่ายวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ และภาคประชาชน (มากกว่าครึ่งหนึ่ง)

กลไกนี้มีสำนักเลขาธิการ คสช. ที่เป็นหน่วยงานของรัฐ (ที่มีไว้เป็นส่วนกลาง) ทำหน้าที่เป็นส่วนราชการ ทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการ เพื่อให้ทำงานได้อย่างอิสระ เป็นกลางไม่ถูกแทรกแซงหรือชี้นำ ทำงานเชื่อมโยง 3 ภาคส่วนเข้าด้วยกัน สำนักงานนี้ต้องมีระบบบริหารจัดการที่เป็นธรรมาภิบาล โดยมีกรรมการบริหารที่ คสช.แต่งตั้งเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบ

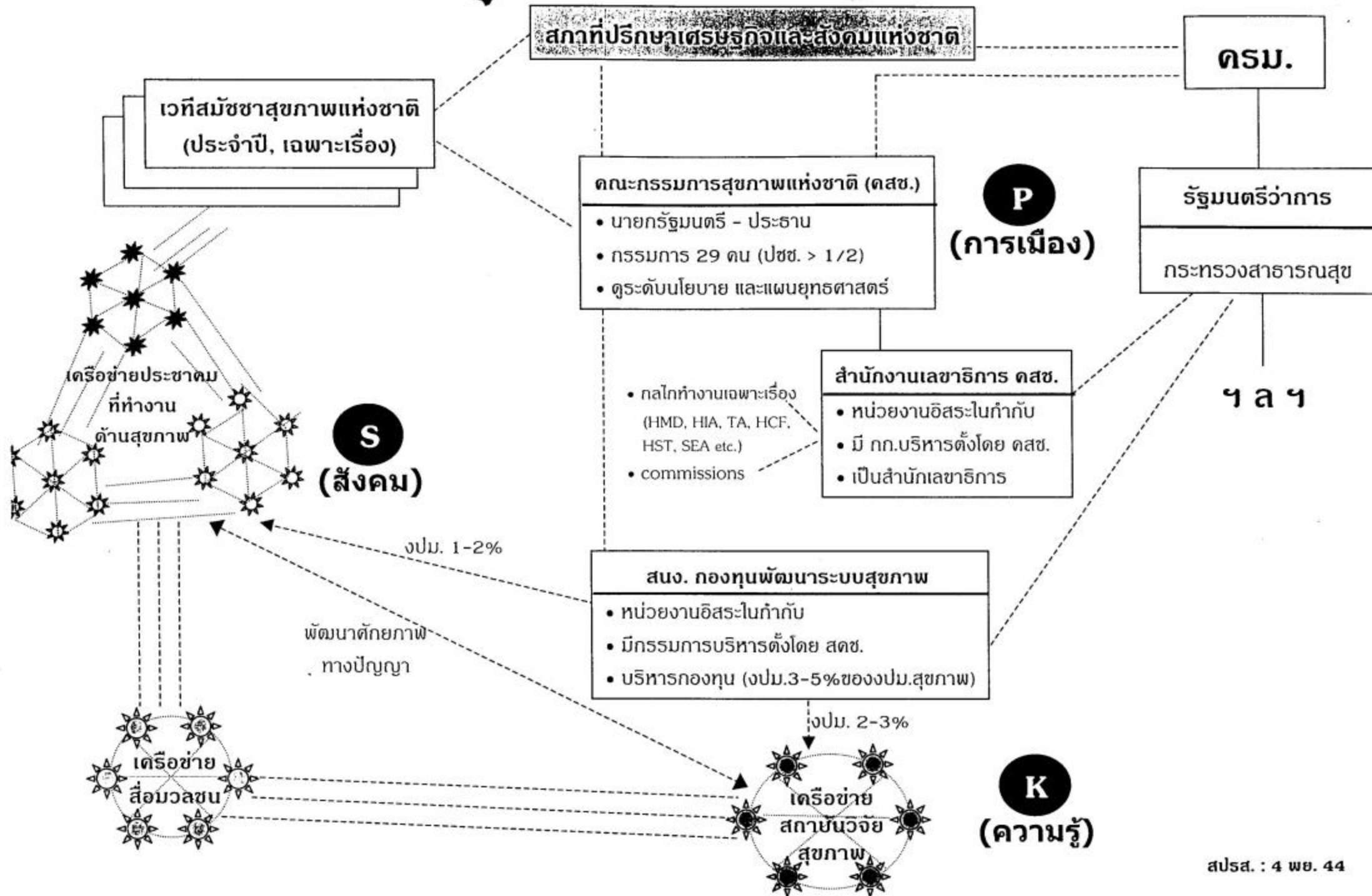
2. กำหนดให้มีกองทุนพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับเงินงบประมาณเป็นก้อนจากรัฐบาล ปีละ 3-5 % ของงบประมาณด้านสุขภาพ บริหารจัดการเพื่อให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ (วิจัย) เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ โดยมีการทำงานเชื่อมโยงกับเครือข่ายสถาบันวิจัยด้านสุขภาพทั่วประเทศ มีการสนับสนุนงบประมาณส่วนหนึ่งแก่ประชาคมต่างๆ ที่ทำงานด้านสุขภาพเพื่อให้สามารถพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ได้อย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง โดยทำงานเชื่อมโยงกับเครือข่ายสื่อสารมวลชนด้วย

3. กำหนดให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติประจำปี สมัชชาสุขภาพเฉพาะเรื่อง และหรือสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนความคิด ข้อมูลข่าวสาร องค์ความรู้ เรื่องสุขภาพระหว่างภาคประชาชน ภาควิชาการ และภาคการเมือง เพื่อนำไปสู่การกำหนดทิศทางการนโยบาย และยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง

(สาระสำคัญอำนาจหน้าที่ของ คสช.และอื่น ๆ ดูจากร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ หมวดที่ 2 ที่แนบ) .

คำถามต่อหน่วยงาน องค์กร ภาคี ประชาคมและสาธารณะ

1. การมีกลไก คสช. / สนง.เลขาธิการ - เหมาะสมหรือไม่อย่างไร
 - อำนาจหน้าที่ของ คสช.เหมาะสมหรือไม่อย่างไร
2. ผู้แทนภาคประชาชน, ผู้ทรงคุณวุฒิใน คสช.
 - มีสัดส่วนเหมาะสมหรือยัง
 - ต้องกำหนดสัดส่วนเพศหญิง ชายหรือไม่
 - ควรมีระบบการสรรหามาอย่างไร
3. การกำหนดให้รัฐสนับสนุนงบประมาณ 3 - 5 % ของงบประมาณด้านสุขภาพเข้าสู่กองทุน พัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้สนับสนุนการสร้างความรู้และการพัฒนาของภาคประชาสังคม เหมาะสมหรือไม่อย่างไร
4. การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติประจำปี, สมัชชาสุขภาพเฉพาะเรื่อง
 - เหมาะสมหรือไม่
 - ควรมีความถี่อย่างไร
 - ควรมีรูปแบบอย่างไร
 - ใครบ้างที่ควรได้เข้าร่วมในสมัชชา และควรมีระบบเข้าร่วมอย่างไร
 - ผลจากการประชุมสมัชชาควรนำไปสู่การปฏิบัติอย่างไร
5. ในส่วนของภาคประชาชน กลไกที่คิดไว้นี้ เห็นว่าภาคประชาชนมีโอกาสร่วมในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพได้พอหรือไม่ หรือควรต้องปรับกลไกอย่างไร
6. ความเห็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนี้



215/26

หมวด 3

สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 1

สิทธิด้านสุขภาพ

กันยายน ๒๕๖๖
ชีวแพ
๕
จว.แก้งกา

3.1 บุคคลย่อมมีสิทธิในการดำเนินชีวิตโดยมีปัจจัยพื้นฐานในการดูแลสุขภาพที่เพียงพอ (~~สะอาด ปลอดภัย~~) มีสภาพแวดล้อมดีในการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อการมีสุขภาพดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมโดยรวม

3.2 บุคคลย่อมมีสิทธิและโอกาสเสมอกันในการรับบริการด้านสุขภาพที่ได้มาตรฐานจากรัฐอย่างทั่วถึงและมีทางเลือก

การบริการด้านสุขภาพที่รัฐจัดให้ ต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพ คุณภาพชีวิต การใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม รวมทั้งการสืบสานศิลปวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นในลักษณะองค์รวมแห่งสุขภาพ

3.5 บุคคลมีสิทธิในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ โรคภัยไข้เจ็บ หรือปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ด้านสุขภาพที่ถูกต้องอย่างเพียงพอที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย สามารถร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาลหรือกระบวนการใด ๆ ที่มีผลกระทบต่อร่างกาย สุขภาพและชีวิต ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันในชุมชนและสังคม รวมทั้งมีสิทธิตรวจสอบ ร้องเรียนและร่วมกลไกการตัดสินใจและการบริหารระบบสุขภาพ

3.3 ผู้ยากไร้ บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ มีสิทธิได้รับบริการด้านสุขภาพจากรัฐ ตามความจำเป็นพื้นฐานโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ

3.4 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์

3.6 ประชาชนที่รวมตัวกันเป็นองค์กรภาคเอกชน มีสิทธิในการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพของตนเองและของคนในชุมชนในลักษณะที่ไม่ค้ากำไร

ส่วนที่ 2

หน้าที่ด้านสุขภาพ

3.7 ประชาชนมีหน้าที่ในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัว ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินการต่าง ๆ เพื่อการพึ่งพาตนเองและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม

3.8 ประชาชน ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและรัฐ ต้องร่วมกัน บำรุงรักษา การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและความหลากหลายทางชีวภาพ การส่งเสริม บำรุงรักษา คุ้มครองคุณภาพสิ่งแวดล้อมตามหลักการพัฒนาที่ยั่งยืน การควบคุมและกำจัดการะมลพิษที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การลดผลกระทบหรือการแก้ไขปัญหาต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากนโยบายสาธารณะ

3.9 รัฐมีหน้าที่ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ดังนี้

(1) จัดระบบบริการด้านสุขภาพให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน โดยส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วม

(2) จัดระบบบริการสุขภาพที่เป็นพื้นฐานและสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ยากไร้ บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ

(3) จัดระบบการเฝ้าระวัง การควบคุมโรคระบาดและปัญหาที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพซึ่งอาจทำให้เกิดโรค บาดเจ็บ พิการ เสียสุขภาพ หรือพิการ

(4) กำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนและการแก้ปัญหาเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากนโยบายสาธารณะ

(5) กำหนดนโยบาย แผนงาน และโครงการ เพื่อดำเนินงานด้านสุขภาพและมาตรการตรวจสอบ ประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายอย่างต่อเนื่อง

(6) จัดสรรงบประมาณให้แก่องค์กรต่าง ๆ เพื่อใช้ในการดำเนินกิจการที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณะในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต

(7) เผยแพร่ความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ โดยมีแหล่งข้อมูลกลางและพัฒนาระบบสารสนเทศที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้

3.10 การจัดระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ ต้องกระจายอำนาจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีอำนาจหน้าที่ในการดำเนินการที่จำเป็นและตามความต้องการของท้องถิ่น เพื่อแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับความจำเป็นและการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการสนับสนุนและการสร้างเสริมความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควบคู่ไปด้วย โดยมีรูปแบบ ระบบและโครงสร้างการจัดการที่เหมาะสม

3.11 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ในการดำเนินการต่าง ๆ เพื่อสร้างโอกาส ปกป้อง คุ้มครองและจัดการเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีและรับผิดชอบต่อการแก้ปัญหาที่คุกคามสุขภาพของประชาชนจากนโยบายหรือการดำเนินการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเองด้วย

เอกสารงานของคณะทำงานยกร่างฯ

ปรับปรุง : พ.ย. 44
4

โครงร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

นิยาม

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

บทเฉพาะกาล

นิยาม จะค่อยๆเขียนไปปรับไป

ได้แก่

1. สุขภาพ

- คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม อย่างสมดุลทั้งมิติทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพมิได้หมายถึง เฉพาะความไม่พิการและการไม่มีโรคเท่านั้น (จากร่างกรอบความคิดฯ)
- คือ สุขภาพ หมายความว่า ภาวะความสุขภาพ สบายใจ ของบุคคล ต่อการดำเนินชีวิตในกรอบของมโนธรรม จริยธรรม ที่ยังสามารถสร้างคุณค่า และประโยชน์แก่สังคมที่มีความสันติสุข ภายใต้ระบบเศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และชีวภาพ ที่เหมาะสม เชื่อมโยงกันโดยองค์รวมอย่างสมบูรณ์ (ร่าง ศ.นพ. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์)

2. ระบบสุขภาพ

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

3. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

4. ทรัพยากรสุขภาพ

5. ภาวะที่คุกคามสุขภาพ

6. การบริการสุขภาพ

7. การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

8. สถานบริการสุขภาพ

9. ฯลฯ

หมวด 1 บททั่วไป - หลักการและความมุ่งหมาย

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

หมวดที่ 2 กลไกนโยบายสุขภาพแห่งชาติ

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)

อำนาจหน้าที่

1. เสนอแนะ (นโยบาย แผนยุทธศาสตร์)
 - เสนอนโยบายสุขภาพของประเทศต่อ ค.ร.ม.
 - เสนอแผนยุทธศาสตร์หลัก
 - เสนอคำแนะนำต่อ ครม. ในการแก้กฎหมาย ระเบียบปฏิบัติต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพของประเทศ
2. ประสานและให้ข้อเสนอแนะก่อนนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ขององค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่ตอบสนองต่อนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของชาติเฉพาะในประเด็นสำคัญ หรือที่คณะกรรมการกำหนด
(เหตุผล - เพื่อให้เห็นกลไกในการกำหนดนโยบายสำคัญและแผนที่จะนำไปสู่การปฏิบัติตามนโยบายและยุทธศาสตร์หลัก โดยเฉพาะการเอื้ออำนวยให้เกิดกระบวนการทำแผนและการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพในลักษณะที่ประชาชนมีส่วนร่วมในลักษณะพหุภาคี)
3. ติดตามประเมิน
 - ระบบสุขภาพแห่งชาติ (ทิศทาง นโยบาย)
 - กระบวนการสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ (โดยคณะกรรมการไม่จำเป็นต้องทำเอง กลไก HIA เป็นกลไกเฉพาะ ไว้ในหมวด 5 สร้างเสริมสุขภาพ)

เหตุผล

- (1) เพื่อให้มีกลไกระดับชาติที่ดูแลนโยบายและยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพอย่างเป็นพลวัต โดยกลไกนี้ต้องทำหน้าที่เป็นแกนเชื่อมโยงทั้ง 3 ส่วนเข้าด้วยกันคือ
 1. ภาคการเมือง ซึ่งต้องรับผิดชอบการบริหารประเทศ
 2. ภาคสังคม ที่ต้องมีการสนับสนุนให้มีการพัฒนาอย่างอิสระ เป็นธรรมชาติและเข้มแข็งขึ้นตามลำดับ
 - และ 3. ภาคความรู้ ซึ่งต้องมีระบบ กลไก และงบประมาณ สนับสนุนการสร้างความรู้ที่สามารถตอบสนองต่อการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ได้อย่างดีพอ
- (ดูแผนภูมิโครงสร้างและการอภิบาลของระบบสุขภาพแห่งชาติประกอบ)
- (2) ดังนั้นกลไกระดับชาตินี้ต้องมีระดับที่เหนือกว่าการเป็นกลไกบริหารราชการปกติของรัฐบาล เหนือกว่ากลไกระดับกระทรวง หรือระหว่างกระทรวง มีภาคประชาชนเข้าร่วมโดยตรง
- (3) ต้องมีสำนักเลขานุการที่เป็นองค์กรของรัฐที่มีอิสระ (นิติบุคคลในกำกับของรัฐ) ไม่ใช่เป็นส่วนราชการ เพื่อให้สามารถทำหน้าที่เชื่อมโยง 3 ส่วนตามข้อ (1) เข้าด้วยกันอย่างคล่องตัว เป็นกลาง อิสระจากการครอบงำหรือชี้นำจากส่วนหนึ่งส่วนใด แต่องค์กรนี้ต้องมีระบบบริหารจัดการที่เป็นธรรมาภิบาล

4. จัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และอาจจัดประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นใดประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญ หรือจัดประชุมสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่ก็ได้ 5. ทำรายงาน “สถานการณ์ระบบสุขภาพ” เสนอต่อ ค.ร.ม./รัฐสภา / สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคม / ประชาชน 6. อื่น ๆ ตามที่ ค.ร.ม. มอบหมาย หรือตามข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ <u>องค์ประกอบ</u> <table border="0"> <tr> <td>1.นายกรัฐมนตรี – ประธาน</td> <td>จำนวน 1 คน</td> </tr> <tr> <td>2.รัฐมนตรี/ปลัดกระทรวงที่เกี่ยวข้อง</td> <td>จำนวน 9 คน</td> </tr> <tr> <td>(1) สาธารณสุข,</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(2) แรงงาน,</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(3) ศึกษาธิการ ศาสนาและวัฒนธรรม</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(4) เกษตร</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(5) อุตสาหกรรม</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(6) พาณิชย์</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(7) คมนาคม</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(8) วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(9) มหาดไทย</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>3. ผู้แทนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น</td> <td>จำนวน 4 คน</td> </tr> <tr> <td>4. ผู้แทนองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ</td> <td>จำนวน 3 คน</td> </tr> </table>	1.นายกรัฐมนตรี – ประธาน	จำนวน 1 คน	2.รัฐมนตรี/ปลัดกระทรวงที่เกี่ยวข้อง	จำนวน 9 คน	(1) สาธารณสุข,		(2) แรงงาน,		(3) ศึกษาธิการ ศาสนาและวัฒนธรรม		(4) เกษตร		(5) อุตสาหกรรม		(6) พาณิชย์		(7) คมนาคม		(8) วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี		(9) มหาดไทย	-	3. ผู้แทนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	จำนวน 4 คน	4. ผู้แทนองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ	จำนวน 3 คน	(4) กลไกทั้งหมดต้องให้ความสำคัญกับประชาชนและสังคมอย่างสูง เช่นการจัดเวทีสมัชชาฯ รับฟังและร่วมคิดร่วมทำกับภาคประชาชน การรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพแก่ประชาชนอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น
1.นายกรัฐมนตรี – ประธาน	จำนวน 1 คน																										
2.รัฐมนตรี/ปลัดกระทรวงที่เกี่ยวข้อง	จำนวน 9 คน																										
(1) สาธารณสุข,																											
(2) แรงงาน,																											
(3) ศึกษาธิการ ศาสนาและวัฒนธรรม																											
(4) เกษตร																											
(5) อุตสาหกรรม																											
(6) พาณิชย์																											
(7) คมนาคม																											
(8) วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี																											
(9) มหาดไทย	-																										
3. ผู้แทนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	จำนวน 4 คน																										
4. ผู้แทนองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ	จำนวน 3 คน																										

สำนักเลขาธิการ สคช. (เป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่แสวงกำไร ในพื้นที่
 กรุงเทพมหานคร มีคณะกรรมการบริหารโดย
 อ. น. ๑๕. มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและสนับสนุน
 การพัฒนาและส่งเสริม
 ๑๕๑ } รวบรวม ๔/พ.ย. ๔๔
 ๑๕๑ } ๑๐

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

- เป็นเวที/กระบวนการ/เครื่องมือ ที่เชื่อมโยงระหว่างภาคสังคม วิชาการ และการเมืองโดยจะจัดในลักษณะประจำ - ประจำปี หรือ เฉพาะเรื่อง
- ให้สำนักงานเลขาธิการอำนวยการความสะดวกให้จัดสมัชชา/สมัชชาแห่งชาติ โดยองค์กรต่างๆอาจเขียนข้อกำหนดวิธีการจัดสมัชชา ดังนี้
 - ต้องจัดอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง (ถือเป็นอำนาจหน้าที่กรรมการ)
 - องค์ประกอบสมัชชาฯ
 - เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม สูงสุด (มีตัวแทนจากทุกภาคส่วน)
 - ให้นำผลจากการประชุมสมัชชาไปใช้ประกอบในการกำหนดนโยบายและแก้ปัญหาสำคัญ

“ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับองค์กรภาครัฐและเอกชน
ต่างๆ จัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นประจำ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และ
อาจจัดประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นใดประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญ หรือ
จัดประชุมสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่ก็ได้

ในการประชุมสมัชชาสุขภาพทุกครั้ง ให้มีองค์ประกอบของผู้เข้าประชุม
ทั้งจากองค์กรภาครัฐ ภาคประชาชน และภาควิชาการ และให้จัดให้เป็นเวทีที่ทุก
ฝ่ายสามารถมีส่วนร่วมได้อย่างกว้างขวาง

เวทีสมัชชาสุขภาพจะเป็นเวทีระดมความคิดเห็นและสร้างการมีส่วนร่วม
จากทุกฝ่ายในสังคม เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอที่องค์กรภาครัฐและเอกชนจะนำไป
พัฒนายุทธศาสตร์และแผนการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ”

องค์ประกอบ :*

(ฝ่ายเลขานุการจะไปศึกษาเพิ่มเติม)

โดยสมัชชาฯ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

หมวดที่ 3 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

สิทธิคนพิการ
(แก้ไขเพิ่มเติม - จ.ระยอง ๓๕/๖)

1.

บทนำ

1. มีผลบังคับใช้เมื่อ ๒๕

1.1 ๑๐๔/๒๕ - ๗/๒๕๖๓

1.2 ๑๐๔/๒๕๖๓ - ๑๐๔/๒๕๖๔

๑๐๔/๒๕๖๔

2. มีผลบังคับใช้เมื่อ ๒๕

2.1 ๑๐๔/๒๕๖๔ - ๑๐๔/๒๕๖๕

สรุปประชุม วันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2544

สิทธิหน้าที่ด้านสุขภาพ

พื้นฐานมาจากรัฐธรรมนูญ ร่างยังขาดข้อสะท้อนของประชาชน เนื่องจากกฎหมายนี้จะเป็นธรรมนูญ ใน รธน กำหนด "ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ" ร่างกฎหมายนี้ ยังเป็นร่างที่เหมือนกับ รธน จึงยังไม่สามารถขยายรายละเอียดออกไปได้ ความพยายามตามความเห็นของประชาชน และที่ทำการวิชาการจะขาดไป ไม่มีรายละเอียด และอาจจะกลายเป็นกฎกระทรวง ซึ่งอาจจะทำให้เปลี่ยนแปลงเจตนารมณ์ที่แท้จริงของประชาชนไป

ขณะนี้ตาม ร่างอ.วิฑูรย์ หลีกเลียง ลอก รธน เน้นที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ เป็น พรบ. ที่ต้องการให้เกิดผลตามที่กฎหมายบัญญัติ แต่เป็นเรื่องยาก เพราะเป็นเรื่องบังคับรัฐ และในขณะเดียวกัน บังคับประชาชนโดยรวมให้ทำหน้าที่ เพื่อตนเอง ทำให้กำหนดบทลงโทษได้ยาก ทั้งในส่วนของลงโทษรัฐ และประชาชนที่ไม่ทำหน้าที่

ยังขาดรายละเอียด เช่น ในเรื่อง ม. 56 ว 2 รธน นโยบายสาธารณะที่กระทบต่อสุขภาพ ร่างฉบับนี้ ยังขาดรายละเอียด แม้ว่าจะขาดรายละเอียดแต่ยังสามารถออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องได้ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ออกหรือไม่ขึ้นอยู่กับหน่วยงานรับผิดชอบ)

หมวด 3 นี้เป็นเรื่องภาพรวม ส่วนกลไกที่จะทำให้เกิดสิทธิตามกฎหมายนั้น เป็นไปในรายละเอียดที่กำหนดในรายละเอียดย่อย

รัฐธรรมนูญไม่ได้กำหนดเรื่องสุขภาพไว้ให้ออกกฎหมายเพื่อดำเนินการให้เป็นไปตาม รธน เช่น กกด หรือการศึกษา ไว้เป็นธรรมนูญ เรื่องการปรับระบบและบังคับรัฐ ส่วนของสาธารณสุขกำหนดเป็นเรื่องการบริการทางการแพทย์ แต่การร่างกฎหมายฉบับนี้เป็นการร่างธรรมนูญ ไม่เป็นหน้าที่ตาม รธน ซึ่งไม่ใช่การร่างกฎหมายเพียงฉบับเดียว แต่ต้องการกฎหมายฉบับอื่น ทั้งในระดับ พรบ. อื่น หรือระดับ กฎกระทรวง

ให้โอกาสโดยสร้างกลไกไว้ในกฎหมายฉบับนี้ โดยให้เป็นหน้าที่ของคณะกรรมการ เป็นดำเนินการ แต่จะไม่ออกเป็นกฎบังคับให้แก้กฎหมายหรือบังคับดำเนินการในเรื่องใด แต่เปิดให้พิจารณาดำเนินการ

การให้โอกาสดำเนินการ ในกรณีเห็นปัญหาชัดเจนอาจกำหนดให้ออกเป็นกฎกระทรวง แต่ในกรณีที่เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังกฎหมายบังคับใช้ ก็ยังคงมีอำนาจในการออกกฎกระทรวงเพิ่มเติมได้

หลักการในการเขียนสิทธิใน พรบ.นี้

1. กำหนดในรัฐธรรมนูญแล้ว
- ดึงมาเน้นเขียนให้ชัดเจน
2. ไม่มีกำหนดในรัฐธรรมนูญ
- เขียนเติมให้ชัดเจน

เนื้อหาสิทธิ	บุคคล	ครัว	ชุมชน
1. สิทธิในการดำรงชีพ			
- สมดุ อยู่ในสิ่งแวดล้อม/สภาพแวดล้อมเหมาะสม <u>อย่าขจัด</u>			
2. รับบริการสุขภาพ			
- ปลอดภัย, มาตรฐาน, ได้มาตรฐาน, ขาดแคลน (ขาดแคลน)			
- มาตรฐาน			
- เรียกร้องเมื่อได้รับความเสียหาย			
3) รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ			
- ข้อมูลข่าวสาร (รณ (58, 59))			
- <u>ได้รับความรู้</u> ว่าจะทำอะไรบ้างในเรื่องนี้ ไม่เช่นนั้นแล้วจะเกิดอะไรขึ้น			
- เมื่อป่วย ไร้สิทธิเข้าถึง เช่น ในกรณีนี้			
4. การสงเคราะห์ (ผู้ยากไร้ - ควรสงเคราะห์)			
- ผู้ยากไร้			
- ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ไม่มียาได้			
- ผู้ด้อยโอกาส			
- ผู้พิการ			
5) ป้องกันและขจัดโรคติดต่อ ปัจจัยคุกคามสุขภาพ (ไม่ต้องเขียนเป็นสิทธิ เป็นหน้าที่ของรัฐตามรัฐธรรมนูญ - ม.52 วรรค 3 รธน ที่เขียนให้ชัดเจน และตาม พรบ. นี้ กำหนดเป็นหมวดหนึ่งเฉพาะ)			

รัฐ (องค์กร) ผู้ดำเนินการ ผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้ที่เกี่ยวข้อง
ให้รู้ หน้าที่ของรัฐในการดูแลและคุ้มครอง

ตัว 1000
↓

ดร.เจษฎา
"ผู้พิทักษ์
ความยุติธรรม
และสิทธิของ
ประชาชน"
พรรค
ประชาธิปัตย์

6. รวมตัวจัดบริการ (สิทธิการรวมตัวเพื่อดำเนินการ กำหนดไว้ ม. 45 รธน และรวมเพื่ออนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น ม. 46 การเปิดทางสำหรับแพทย์ทางเลือก จะต้องแก้ไขใน พรบ.วิชาชีพต่างๆ - พรบ.ประกอบโรคศิลป์ ให้ขยายความครอบคลุมถึงแพทย์ทางเลือก และในปัจจุบันการบริการบางประเภทเช่น หมอน้ำมันดี ฯลฯ ไม่มีกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันอยู่แล้ว)			
เสนอ ร 2 พ.ร.บ. (200) (1) "ประชาชนที่รวมตัวกันเป็นองค์กรภาคประชาชน มีสิทธิในการดำเนิน <u>จัดบริการสุขภาพ</u> ของตนเองและของคนในชุมชนในลักษณะที่ ไม่ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ^{โดย} ในลักษณะที่ไม่ค้ากำไร" (ซึ่งรฟปยังจัดบริการในชุมชนบางแห่งด้วย) (2) "ประชาชนที่รวมตัวกันเป็นองค์กรภาคประชาชน มีสิทธิในการดำเนิน <u>จัดบริการสุขภาพ</u> ของตนเองและของคนในชุมชนในลักษณะที่ ไม่ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ^{โดย} ในลักษณะที่ไม่ค้ากำไร และไม่เป็นอันตรายต่อประชาชน" กิจกรรมในพรรคแรกให้เป็นไปตามกำหนด (หรือ การส่งเสริมและดูแลตนเองให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง)			1 ☒ 2 ☒ จะใช้ไปเพื่อประโยชน์ของประชาชนในวงกว้าง ประเด็นใช้สิทธิฯ เพื่อผลประโยชน์ส่วนรวม ไม่ใช่เพื่อประโยชน์ส่วนตัว จัดตั้งรฟปขึ้น
7. ได้รับความปลอดภัยในชีวิต ฯ			
8. ตายอย่างมีศักดิ์ศรี เสนอร่าง บุคคลมีสิทธิที่จะเลือกที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยปฏิเสธวิธีการให้เครื่องมือชีวิตชนิดใดก็ได้ เมื่อจิตใจของเขาอยู่ในภาวะปกติธรรมดา ในกรณีที่ไม่ได้แสดงเจตนาไว้ให้			
9. สิทธิ เลิด มา ๒๗๖ รัฐธรรมนูญ			
- อายุ			
- ทารกเกิดอย่างเหมาะสม			

ในลักษณะที่รัฐหนุนหลัง

ข้อเสนอ

1 ☒ 2 ☒ จะใช้ไปเพื่อประโยชน์ของประชาชนในวงกว้าง

ประเด็นใช้สิทธิฯ เพื่อผลประโยชน์ส่วนรวม ไม่ใช่เพื่อประโยชน์ส่วนตัว

จัดตั้งรฟปขึ้น

จัดตั้งรฟปขึ้น

ข้อ ๗

ข้อ ๘

พรรคในรฟป

6210740

[illegible]

10/20/20

ฝ่ายเลขานุการ ศึกษาเพิ่มเติม กฎหมายการประกอบวิชาชีพต่างๆ ปัจจุบันครอบคลุมแค่ไหน
ความต้องการของกลุ่มทางเลือก นี้ต้องการอะไร พิจารณาควบคู่กับการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้
ได้เหตุผลว่าจะสามารถกำหนดสิทธิตามกฎหมายนี้ให้ครอบคลุมได้เพียงใด
แจกแจงปัจจัยคุกคามสุขภาพ

$$15 (\sum_{i=1}^n H_i) \log n + O(n \log \log n)$$

10000
 10000
 10000

เอกสารทำงานของคณะทำงานยกร่างฯ

ปรับปรุง : 2 พ.ย. 44

โครงร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

นิยาม

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

บทเฉพาะกาล

นิยาม จะค่อยๆเขียนไปปรับไป

ได้แก่

1. สุขภาพ

- คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม อย่างสมดุลทั้งมิติทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพมิได้หมายถึงเฉพาะความไม่พิการและการไม่มีโรคเท่านั้น (จากร่างกรอบความคิดฯ)
- คือ สุขภาพ หมายความว่า ภาวะความสบาย สบายใจ ของบุคคล ต่อการดำเนินชีวิตในกรอบของมโนธรรม จริยธรรม ที่ยังสามารถสร้างคุณค่าและประโยชน์แก่สังคมที่มีความสันติสุข ภายใต้ระบบเศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และชีวภาพ ที่เหมาะสมเชื่อมโยงกันโดยองค์รวมอย่างสมบูรณ์ (ร่าง ศ.นพ. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์)

2. ระบบสุขภาพ

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

3. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

4. ทรัพยากรสุขภาพ

5. ภาวะที่คุกคามสุขภาพ

6. การบริการสุขภาพ

7. การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

8. สถานบริการสุขภาพ

9. ฯลฯ

หมวด 1 บททั่วไป - หลักการและความมุ่งหมาย

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

หมวดที่ 2 กลไกนโยบายสุขภาพแห่งชาติ

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)

อำนาจหน้าที่

1. เสนอแนะ (นโยบาย แผนยุทธศาสตร์)

- เสนอนโยบายสุขภาพของประเทศต่อ ค.ร.ม.
- เสนอแผนยุทธศาสตร์หลัก
- เสนอคำแนะนำต่อ ครม. ในการแก้กฎหมาย ระเบียบปฏิบัติต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพของประเทศ

2. ประสานและให้ข้อเสนอแนะก่อนนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ขององค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่ตอบสนองต่อนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของชาติเฉพาะในประเด็นสำคัญ หรือที่คณะกรรมการกำหนด

(เหตุผล - เพื่อให้เห็นกลไกในการกำหนดนโยบายสำคัญและแผนที่จะนำไปสู่การปฏิบัติตามนโยบายและยุทธศาสตร์หลัก โดยเฉพาะการเอื้ออำนวยให้เกิดกระบวนการทำแผนและการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพในลักษณะที่ประชาชนมีส่วนร่วมในลักษณะพหุภาคี)

3. ติดตามประเมิน

- ระบบสุขภาพแห่งชาติ (ทิศทาง นโยบาย)
- กระบวนการสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ (โดยคณะกรรมการไม่จำเป็นต้องทำเอง กลไก HIA เป็นกลไกเฉพาะ ไว้ในหมวด 5 สร้างเสริมสุขภาพ)

เหตุผล

(1) เพื่อให้มีกลไกระดับชาติที่ดูแลนโยบายและยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพอย่างเป็นพลวัต โดยกลไกนี้ต้องทำหน้าที่เป็นแกนเชื่อมโยงทั้ง 3 ส่วนเข้าด้วยกันคือ

1. ภาคการเมือง ซึ่งต้องรับผิดชอบการบริหารประเทศ
2. ภาคสังคม ที่ต้องมีการสนับสนุนให้มีการพัฒนาอย่างอิสระ เป็นธรรมชาติและเข้มแข็งขึ้นตามลำดับ

และ 3. ภาคความรู้ ซึ่งต้องมีระบบ กลไก และงบประมาณ สนับสนุนการสร้างความรู้ที่สามารถตอบสนองต่อการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ได้อย่างดีพอ

(ดูแผนภูมิโครงสร้างและการอภิบาลของระบบสุขภาพแห่งชาติประกอบ)

(2) ดังนั้นกลไกระดับชาตินี้ต้องมีระดับที่เหนือกว่าการเป็นกลไกบริหารราชการปกติของรัฐบาล เหนือกว่ากลไกระดับกระทรวง หรือระหว่างกระทรวง มีภาคประชาชนเข้าร่วมโดยตรง

(3) ต้องมีสำนักเลขานุการที่เป็นองค์กรของรัฐที่มีอิสระ (นิติบุคคลในกำกับของรัฐ) ไม่ใช่เป็นส่วนราชการ เพื่อให้สามารถทำหน้าที่เชื่อมโยง 3 ส่วนตามข้อ

(1) เข้าด้วยกันอย่างคล่องตัว เป็นกลาง อิสระจากการครอบงำหรือชี้นำจากส่วนหนึ่งส่วนใด แต่องค์กรนี้ต้องมีระบบบริหารจัดการที่เป็นธรรมาภิบาล

4. จัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นประจำ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และอาจจัดประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นใดประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญ หรือจัดประชุมสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่ก็ได้
5. ทำรายงาน “สถานการณ์ระบบสุขภาพ” เสนอต่อ ค.ร.ม / รัฐสภา / สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคม / ประชาชน
6. อื่น ๆ ตามที่ ค.ร.ม. มอบหมาย หรือตามข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
- องค์ประกอบ

- | | |
|--|------------|
| 1. นายกรัฐมนตรี – ประธาน | จำนวน 1 คน |
| 2. รัฐมนตรี/ปลัดกระทรวงที่เกี่ยวข้อง | จำนวน 9 คน |
| (1) สาธารณสุข, | |
| (2) แรงงาน, | |
| (3) ศึกษาธิการ ศาสนาและวัฒนธรรม | |
| (4) เกษตร | |
| (5) อุตสาหกรรม | |
| (6) พาณิชย์ | |
| (7) คมนาคม | |
| (8) วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี | |
| (9) มหาดไทย | |
| 3. ผู้แทนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น | จำนวน 4 คน |
| 4. ผู้แทนองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ | จำนวน 3 คน |

- (4) กลไกทั้งหมดต้องให้ความสำคัญกับประชาชนและสังคมอย่างสูง เช่นการจัดเวทีสมัชชาฯ รับฟังและร่วมคิดร่วมทำกับภาคประชาชน การรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพแก่ประชาชนอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

5. ประธาน สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จำนวน 1 คน 6. ผู้ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข การศึกษา บริหาร สื่อสารมวลชน ชุมชน กฎหมาย เศรษฐศาสตร์ พัฒนากลุ่มประชาชนเป้าหมายเฉพาะ) จำนวน 3 คน 7. ผู้แทนองค์กรภาคประชาชนที่ไม่เกี่ยวข้องกับธุรกิจ จำนวน 6 คน 8. ผู้แทนองค์กรเอกชน จำนวน 2 คน 9. เลขธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กรรมการและเลขานุการ รวมแล้วไม่เกิน 29 คน <u>วาระ</u> กรรมการจากการสรรหา มีวาระคราวละ 3 ปี ไม่เกิน 2 วาระ กรรมการจาก การสรรหาชุดแรก เมื่อครบ 2 ปี จับสลาก/สอบคก ออกครั้งหนึ่ง <u>วิธีการสรรหา/คุณสมบัติผู้ทรงคุณวุฒิ*</u> (ฝ่ายเลขานุการจะไปศึกษา ค้นคว้าเพิ่มเติม โดยประสานงานกับกองกรรมมาธิ การ สำนักงานเลขาธิการรัฐสภา) - องค์ประกอบภาคประชาชน ต้องกำหนดให้มาจากสมาชิกรัฐสภา?? หรือมาจาก กระบวนการสรรหา - กรรมการกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ , มีสัดส่วนหญิง : ชาย - คุณสมบัติกรรมการ (ไม่มีข้อกำหนดเรื่องอายุ / ห้ามมีส่วนได้เสียในธุรกิจที่ เกี่ยวข้องกับสุขภาพ)	
---	--

สำนักงานธิการ สคช.

อำนาจหน้าที่ คณะกรรมการบริหาร ฯลฯ	}	รอฟพิจารณา 4 พ.ย. 44
--	---	----------------------

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

- เป็นเวที/กระบวนการ/เครื่องมือ ที่เชื่อมโยงระหว่างภาคสังคม วิชาการ และการเมืองโดยจะจัดในลักษณะประจำ – ประจำปี หรือ เฉพาะเรื่อง
- ให้สำนักงานเลขานุการอำนวยความสะดวกให้จัดสมัชชา/สมัชชาแห่งชาติ โดยองค์กรต่างๆอาจเขียนข้อกำหนดวิธีการจัดสมัชชา ดังนี้
 - ต้องจัดอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง (ถือเป็นอำนาจหน้าที่กรรมการ)
 - องค์กรประกอบสมัชชาฯ
 - เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม สูงสุด (มีตัวแทนจากทุกภาคส่วน)
 - ให้นำผลจากการประชุมสมัชชาไปใช้ประกอบในการกำหนดนโยบายและแก้ปัญหาสำคัญ

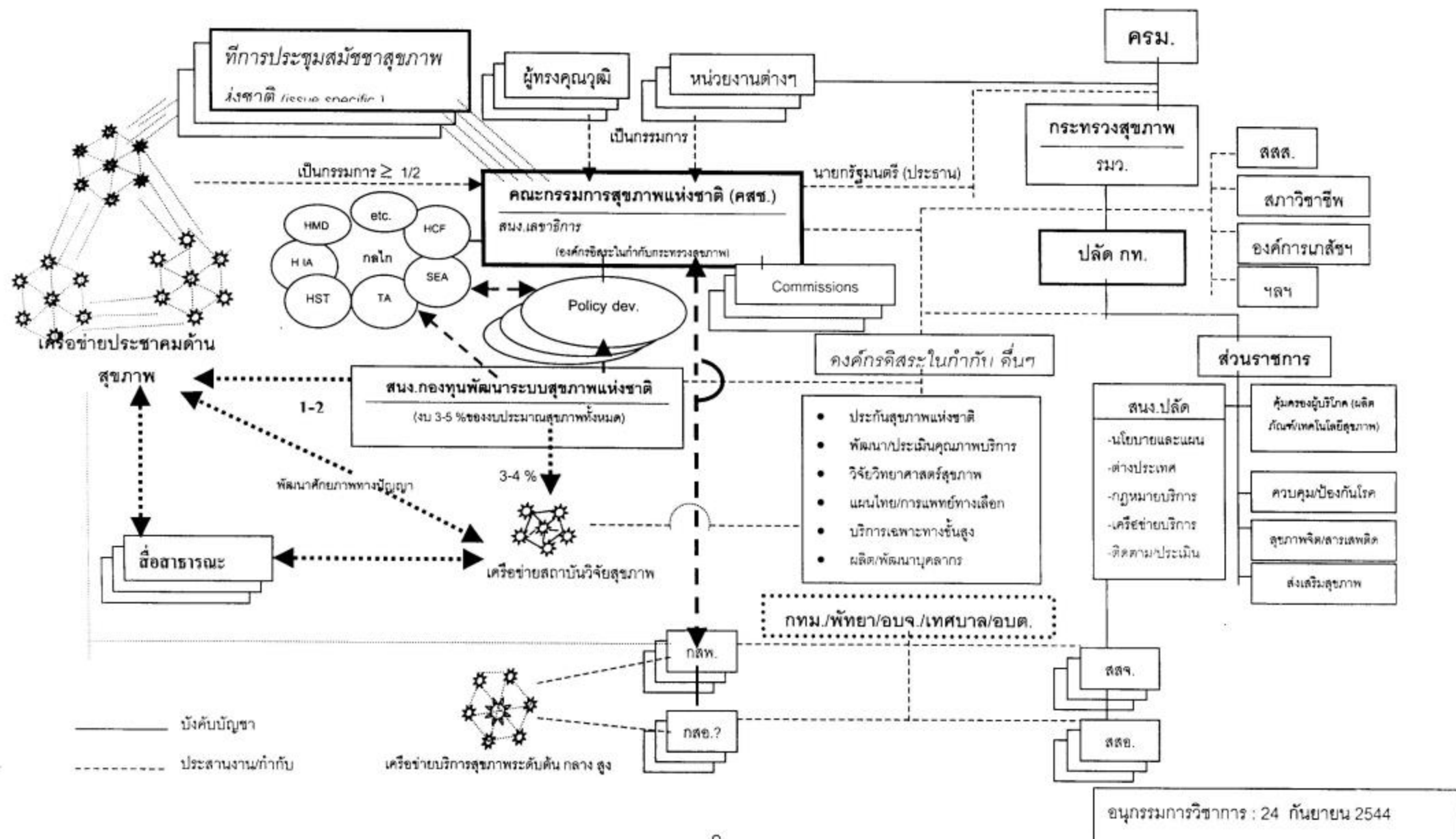
“ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับองค์กรภาครัฐและเอกชน
ต่างๆ จัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นประจำ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และ
อาจจัดประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นใดประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญ หรือ
จัดประชุมสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่ก็ได้

ในการประชุมสมัชชาสุขภาพทุกครั้ง ให้มีองค์ประกอบของผู้เข้าประชุม
ทั้งจากองค์กรภาครัฐ ภาคประชาชน และภาควิชาการ และให้จัดให้เป็นเวทีที่ทุก
ฝ่ายสามารถมีส่วนร่วมได้อย่างกว้างขวาง

เวทีสมัชชาสุขภาพจะเป็นเวทีระดมความคิดเห็นและสร้างการมีส่วนร่วม
จากทุกฝ่ายในสังคม เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอที่องค์กรภาครัฐและเอกชนจะนำไป
พัฒนายุทธศาสตร์และแผนการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ”

องค์ประกอบ :*

(ฝ่ายเลขานุการจะ ไปศึกษาเพิ่มเติม)



หมวดที่ 3 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

--	--

ประชาคมผู้หญิงกับสุขภาพ และการปฏิรูประบบสุขภาพของชาติ

โดย เครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพ

การมีสุขภาพดีไม่ใช่เรื่องของหมอ โรงพยาบาล ยา เครื่องมือแพทย์ หรือกระทรวงสาธารณสุข แต่สุขภาพดีหมายถึงภาวะที่เป็นสุขทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ คือความสุขและคุณภาพชีวิต เมื่อพูดถึง "ระบบสุขภาพ" จึงได้แก่ การพูดถึงระบบที่เกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพดีของคนทุกคน เกี่ยวพันทั้งมิติทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ถึงแวดล้อม อาหาร องค์ความรู้และเทคโนโลยี รวมไปถึงระบบบริการด้านสุขภาพด้วย

ทุกข์ของผู้หญิงไทย

เราไม่อาจสร้างภาพฝันในเรื่องสุขภาพผู้หญิงขึ้นลอยๆ โดยปราศจากการทำความเข้าใจสภาพปัญหาสุขภาพที่ผู้หญิงกำลังประสบ เพราะโดยเงื่อนไขทางสรีระ ผู้หญิงต้องเผชิญกับภาวะสุขภาพที่แตกต่างไปจากผู้ชาย ขณะที่ในทางสังคม ผู้หญิงยังต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจาก "ความเป็นผู้หญิง" ภายใต้โครงสร้างสังคมและวัฒนธรรมทางเพศอย่างที่เป็นอยู่

1. ความไม่เท่าเทียมของผู้หญิง: บทบาทในครอบครัว การศึกษา อาชีพ เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมทางเพศ

ผลของสภาพชีวิตหญิงไทยในปัจจุบัน นับแต่การมีโอกาสในชีวิตที่น้อยกว่าของผู้หญิงในวัยเด็ก และมีโอกาสอันจำกัดเรื่องการศึกษา รวมทั้งภาระที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้นเรื่อยๆ ตามวัย ส่งผลต่อการลดทอนศักยภาพของผู้หญิง และเพิ่มภาวะความเครียดในชีวิตของผู้หญิง โอกาสในการพัฒนาตนเองของผาหญิงจะมีน้อยหรือไม่มีเลย ทำให้ถูกเอาเปรียบได้ง่าย โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงชายขอบที่ไร้อำนาจการต่อรองหรือได้รับการศึกษา เช่น ผู้หญิงบริการ ผู้หญิงชนกลุ่มน้อย และผู้หญิงยากจน สุขภาพของผู้หญิงกลุ่มนี้ก็ยังตกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยทั้งกายและใจนานาประการ

2. ความเป็นเพศหญิงกับสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์

เมื่อโยงมาถึงเรื่องความเจ็บป่วย แม้ว่าผู้หญิงและผู้ชายจะมีแบบแผนเจ็บป่วยด้วยโรคจำนวนมากที่เหมือนกัน แต่การเจ็บป่วยของผู้หญิงจำนวนมากมาจาก "โรคของผู้หญิง" หรือ "ความเป็นเพศหญิง" ซึ่งผู้ชายไม่เป็นและไม่ต้องเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วยเหล่านี้ ได้แก่โรคต่างๆ ที่เกิดกับผู้หญิงเพราะความสามารถตั้งครรภ์และให้กำเนิดมนุษย์ได้ ผู้หญิงจึงต้องเผชิญกับภาวะความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและตายจากการตั้งครรภ์ การแท้ง และการคลอด ตลอดจนการใช้วิธีการคุมกำเนิดสมัยใหม่ ไม่ว่าจะเป็น ยาฉีด ยากินชนิดธรรมดา และยากินประเภทฉุกเฉิน ยาฝัง ใส่ห่วง และทำหมันหญิง รวมถึงภาวะการเจ็บป่วยในวัยหมดประจำเดือนด้วย

3. ผู้หญิงกับสุขภาพและความเจ็บป่วยทางสังคม

ยังมีภาวะความเจ็บป่วยอีกกลุ่มหนึ่งที่ดูประหนึ่งว่า จะเป็นโรคของผู้หญิงอันเกิดจากปัจจัยทางสรีระของร่างกายผู้หญิง แต่แท้จริงแล้วเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดทั้งจากปัจจัยทางสรีระวิทยาเอง และภายใต้ความสัมพันธ์ชายหญิงที่ไม่เท่าเทียมบนวัฒนธรรมทางเพศของสังคมไทยดังกล่าวมาแล้ว โรคดังกล่าวได้แก่ มะเร็งใน

ระบบสืบพันธุ์ ความเจ็บป่วยจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย โรคติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ และโรคติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์ อันได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และกามโรค ปัญหาสุขภาพจากความรุนแรงที่กระทำกับสตรี ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน สุขภาพจิต สารเสพติด และโรคที่เกิดจากความยากจน เช่น ภาวะทุโภชนาการและโลหิตขาด เป็นต้น

วิสัยทัศน์สุขภาพผู้หญิงกับการปฏิรูประบบสุขภาพ

- ผู้หญิงกับสุขภาพหมายถึงสุขภาพของคนทุกคนทั้งในบ้านและนอกบ้าน จากการแบ่งงานกันทางเพศ หน้าที่หลักและงานส่วนใหญ่ที่ผู้หญิงทำคือ งานในบ้านซึ่งเกี่ยวข้องกับการกินคืออยู่ดี การดูแลสมาชิกในครอบครัว และดูแลตนเองในยามเจ็บป่วย หน้าที่เหล่านี้สัมพันธ์กับสถานภาพสุขภาพของคนทุกคนในบ้าน บทบาทดังกล่าวนี้ทำให้ผู้หญิงเป็นผู้ให้บริการสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด ดังนั้นถ้าต้องการพัฒนาสุขภาพของประชาชนโดยรวม การพัฒนาศักยภาพ สถานภาพ และสุขภาพอนามัยของผู้หญิง ย่อมส่งผลถึงสุขภาพของเด็ก การดูแลเด็กและสมาชิกในครอบครัวอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุด้วย เป็นต้น นอกจากนี้ผู้หญิงยังมีบทบาทมากในฐานะผู้ให้บริการในระบบสาธารณสุขไทยไม่ว่าจะเป็นในระดับชุมชน และในระดับประเทศ จำนวนบุคลากรในระบบบริการสุขภาพของไทยทั้งแบบปัจจุบันและดั้งเดิมมากกว่าสามในสี่เป็นผู้หญิง
- ผู้หญิงกับสุขภาพมีความหมายมากกว่าความเป็นแม่หรือเมีย ในทุกสังคมผู้หญิงมีบทบาทมากกว่าความเป็นแม่และเมีย และฐานะผู้ผลิตของสังคม ปัญหาสุขภาพของครอบครัวของผู้หญิง โดยเฉพาะวัยรุ่น และผู้สูงอายุ ซึ่งควรได้รับการส่งเสริมหรือจัดบริการการรักษาอย่างเหมาะสมถูกต้อง
- ผู้หญิงกับสุขภาพตั้งอยู่บนความไว้วางใจกันในเรื่องเพศ บนสถานภาพที่เป็นรองในสังคมและเป็นผู้ตามบนความสัมพันธ์ทางเพศกับชาย โดยเฉพาะในบริบทวัฒนธรรมทางเพศแบบไทยๆ ที่ชายไทยมีเสรีภาพในการบริโภคเรื่องเพศมาก แต่มีความรับผิดชอบน้อย ทำให้ผู้หญิงไทยมีความเสี่ยงสูงต่อโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โรคติดเชื้อทางช่องทางสืบพันธุ์และโรคเอดส์ สุดท้ายคือการเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งถ้าเกิดขึ้นผู้หญิงต้องเสี่ยงชีวิตมากขึ้นไปอีกถ้าต้องการทำแท้ง เพราะการทำแท้งที่ปลอดภัยและถูกกฎหมายยังคงเป็นประตูที่ปิดตายในบ้านเรา ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นความรุนแรงทางโครงสร้างที่ฝังลึกอยู่ในสังคมไทย การปฏิรูประบบสุขภาพที่จะให้ผู้หญิงได้มีสุขภาพดีถ้วนหน้าต้องมุ่งลดความไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศอันเนื่องจากระบบโครงสร้างชายเป็นใหญ่ให้หมดไป
- การมองปัญหาสุขภาพที่ผู้หญิงประสบจากมุมมองของผู้หญิงเอง คือ วิสัยทัศน์ที่ต้องมีส่วนร่วมกันต่อเรื่อง สุขภาพผู้หญิงและระบบสุขภาพที่ตรงตามความต้องการของผู้หญิงจะเกิดขึ้นได้ ต้องเริ่มจากวิธีคิดที่มีความละเอียดอ่อนต่อวัฒนธรรมทางเพศและวัฒนธรรมเฉพาะกลุ่ม มีระบบบริการสุขภาพที่เอื้ออาทร เป็นมิตร ละเอียดอ่อนต่อความเป็นหญิงเป็นชาย (Gender sensitivity) ผู้ให้บริการมีคุณธรรมและคุณภาพสูง ยึดถือเอาปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (COPE-Client-Oriented, Provider-Efficient) โดยไม่เอาความสะดวกของผู้ให้บริการเป็นตั้ง นั่นคือการปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการใหม่

- สุขภาพผู้หญิงเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน ผู้หญิงมีสิทธิเต็มที่ในการตัดสินใจเกี่ยวกับเนื้อตัวร่างกาย และระบบการเจริญพันธุ์ของตนเอง ดังนั้นระบบสุขภาพจึงต้องเคารพสิทธิดังกล่าว และให้ข้อมูลและทางเลือกต่อการดูแลสุขภาพของผู้หญิงอย่างเต็มที่

ระบบสุขภาพที่พึงปรารถนา

ระบบการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นธรรม

การรื้อสร้างระบบการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ระบบการให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสารข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อการยกระดับคุณภาพของการบริการโดยให้บริการสุขภาพผ่านมุมมองของผู้หญิง มีการเน้นการรับฟังปัญหาและความต้องการของผู้หญิงมากขึ้น มีความละเอียดอ่อนต่อกลุ่มผู้หญิงที่ตกอยู่ในสถานการณ์รุนแรงและหรือกำลังเผชิญปัญหาสุขภาพร้ายแรงต่างๆ ได้แก่ ผู้หญิงที่ถูกทำร้ายและทารุณทางเพศ ผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ผู้หญิงที่ได้รับ ความทุกข์ทรมานจากโรคเอดส์เรื้อรัง ปากมดลูกและโรคติดต่อในระบบสืบพันธุ์ ผู้หญิงที่ต้องการรับบริการการคุมกำเนิดแต่เธอยังอ่อนเยาว์และหรือไม่ได้แต่งงาน และผู้หญิงสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังขาดผู้ดูแล เป็นต้น ผู้หญิงต้องได้รับการปกป้องสิทธิและดูแลเอาใจใส่อย่างระมัดระวัง ให้ทางเลือกในการบริการ มีความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับ อันเป็นสิทธิที่คนใช้ทุกคนควรต้องมี

แนวทางในการบรรลุสิ่งที่เสนอข้างต้นนี้ สามารถทำได้หลายทางหรือทุกทางต่อไปนี้ประกอบกัน เช่น การยึดหลักการรักษายาบาลแบบองค์รวมคือ รักษา “คน” มิใช่รักษา “อวัยวะ” การจัดตั้งคลินิก ผู้หญิงที่ให้บริการทางสุขภาพแบบผสมผสานทุกเรื่องทุกโรคต่อผู้หญิงทุกกลุ่ม ระบบบริการที่เน้นการรับฟังและให้คำปรึกษาหารือการเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลสุขภาพผู้หญิงทุกเรื่องทั้งด้านบวกและด้านลบอย่างกว้างขวางทุกระดับ และการร่วมมือประสานงานและสนับสนุนการทำงานกับองค์กรผู้หญิงหรือ การรวมกลุ่มผู้หญิงในท้องถิ่น รวมทั้งภาคธุรกิจเอกชน เพื่อเปิดช่องทางให้ผู้หญิงมีทางเลือกในการแสดงปัญหาหรือความต้องการมากขึ้นอย่างไม่เป็นทางการบนพื้นฐานของความสัมพันธ์ที่เท่าเทียมกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ เคารพภูมิปัญญาและวิถีคิดของผู้หญิงกลุ่มรากหญ้า วิถีทางสุดท้ายที่ว่าเป็นการเสริมแนวทางประชาสังคมกับสุขภาพให้เข้มแข็งขึ้น

ระบบกฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพและการบังคับใช้ที่เป็นธรรม

หมายถึง การรื้อสร้างระเบียบ กฎเกณฑ์ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพผู้หญิง ที่ไม่เป็นธรรม ตัวอย่างที่ชัดเจนในเรื่องนี้ในอดีตคือการขยายเวลาลาคลอดของผู้หญิงที่ทำงาน ทั้งในภาครัฐและเอกชน โดยแก่ระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้ ปัญหาสุขภาพผู้หญิง หลายปัญหาที่ยังไม่ได้รับการปิดเป่าให้คลี่คลายเท่าที่ควร เป็นเพราะระเบียบปฏิบัติของรัฐและกฎหมายหลายฉบับ รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายนั้นๆ ที่ไม่เอื้ออำนวยและเกื้อกูลให้เกิดความเป็นธรรมต่อผู้หญิงที่เผชิญปัญหาได้ ดังเช่นปรากฏการณ์ความรุนแรงต่อผู้หญิง การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ สุขภาพและความปลอดภัยของลูกจ้างผู้หญิง การเลิกจ้างผู้ป่วยและการจ่ายเงินทดแทนผู้ป่วยที่เป็นโรค ที่เกิดจากการทำงาน นอกจากนี้ยังมีปรากฏการณ์ที่อาจเป็นปัญหาสังคมที่จะเกิดในอนาคต อันมีผลมาจากปัญหาสุขภาพผู้หญิง เช่น ปัญหาจากการมีบุตรยากที่ต้องอาศัยวิทยาการผสมตัวอ่อนนอกมดลูก (New Reproductive Technologies = NRTs) เพราะกฎหมายหลายฉบับของบ้านเรา ยังก้าวตามไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีความซับซ้อนของปัญหามากขึ้นในเรื่องนี้ ตัวอย่างเช่น การรับจ้างตั้งครรภ์ ซึ่งจะเป็ปัญหาว่าใครคือ

พ่อแม่เด็กโดยแท้จริง สังคมไทยจะยึดมาตรการแบบไหนในการตัดสินใจ และผู้หญิงยากจนอาจต้องตกเป็นเหยื่อในเรื่องนี้ ในอนาคต

การเพิ่มศักยภาพผู้หญิง ให้มีความตระหนักและสามารถดูแลสุขภาพตนเอง

ในที่นี้หมายถึงการเพิ่มพื้นที่ในการทำกิจกรรมในชีวิตของผู้หญิง พื้นที่ที่อยู่นอกบ้าน และการเพิ่มโอกาสในการศึกษาแก่ผู้หญิงให้มากขึ้น แม้ว่าบ้านเราจะไม่มีตัวบทกฎหมายที่จำกัดการศึกษาของผู้หญิงอย่างชัดเจน แต่ในวิถีปฏิบัติจริงนั้นผู้หญิงมีโอกาสน้อยกว่าผู้ชาย และการศึกษาตรงนี้ หมายถึงทั้งในระบบและนอกระบบ เป็นการศึกษาลดละทิ้งชีวิต ทุกช่วงอายุ ทุกสถานภาพสมรส (ทั้งเริ่รับ และเชิงรุก) โดยเน้นในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพตนเอง และครอบครัว และข้อมูลในเรื่องสิทธิมนุษยชนแก่ผู้หญิง ตัวการศึกษาเองช่วยแก้ระบบวิธีคิดได้ ช่วยให้ผู้หญิงกล้า และมั่นใจในตนเองมากขึ้น ช่วยให้ได้รับข้อมูลข่าวสารมากขึ้น เร็วขึ้น ข่าวสารที่เพิ่มขึ้นจะช่วยขยายพื้นที่ในการทำกิจกรรมของผู้หญิงมากขึ้น โลกทรรศน์กว้างขึ้น ในทางกลับกันพื้นที่ของผู้หญิงเพิ่มขึ้น ก็ยิ่งช่วยขยายวงการศึกษา การเรียนรู้ของผู้หญิงเพิ่มมากขึ้นเป็นลูกโซ่ต่อไปอีก

การเพิ่มศักยภาพนี้ต้องทำผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่สร้างเสริมปัญญา ความสามารถในการคิด วิเคราะห์ ปัญหาต่างๆ อย่างเชื่อมโยง โดยมีเป้าหมายให้ผู้หญิงเป็นตัวของตัวเอง ดังนั้น การเพิ่มศักยภาพ เช่นนี้จึงเป็นอาวุธสำคัญ ทุกด้าน ช่วยให้ผู้หญิงสามารถตัดสินใจได้ถูกต้องมากขึ้นในเรื่องต่างๆ รวมทั้งเรื่องสุขภาพตนเองและผู้ที่ตนเองต้องดูแล และเข้าถึงการให้บริการทางสุขภาพได้ถูกต้องตามที่ต้องการ นโยบายรัฐที่สำคัญเรื่องนี้เป็น การสร้างโอกาสและเงื่อนไขของการเพิ่มศักยภาพผู้หญิงให้เกิดได้จริง และนี่คือการลงทุนของรัฐในการสร้างทุนอันแข็งแกร่งให้ผู้หญิงในการจัดการชีวิตตนเองไปสู่ ทิศทางที่มีคุณภาพชีวิตสดใส และสุขภาพเข้มแข็ง

การปรับระบบการให้คุณค่าของสังคมเรื่องความเสมอภาคทางเพศ และการเพิ่มบทบาทและความรับผิดชอบของผู้ชายต่อสุขภาพตนเอง ต่อผู้หญิงและครอบครัว ผ่านกระบวนการเรียนรู้ การศึกษาทุกระดับ

กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอีกด้านหนึ่ง ที่ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการเพิ่มศักยภาพผู้หญิงก็คือ กระบวนการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกให้ผู้ชายเข้ามารับผิดชอบสุขภาพของคนอื่นๆ และตนเองมากขึ้น ได้แก่ การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมทางเพศใหม่ ให้ผู้ชายรับผิดชอบในพฤติกรรมทางเพศมากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดอัตราเสี่ยงของผู้หญิงต่อการติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ และลดอัตราการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทั้งนี้รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้ชายในเรื่องการคุมกำเนิดด้วย การมีส่วนร่วมของผู้ชายและสังคมโดยรวม

นอกจากนี้ สังคมควรเปิดประตูกว้างในการที่ผู้ชายจะเลือกเรียนวิชาชีพของการเป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข โดยเฉพาะคือวิชาชีพพยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ (ตรงนี้ไม่ได้หมายถึงการเรียนเป็นแพทย์) เพราะระบบวิธีคิดเก่าแบบไทยๆ มองว่าอาชีพดังกล่าวเป็นอาชีพของผู้หญิงโดยเฉพาะ การปรับขยายวิธีคิดตรงนี้จะส่งผลดีในการเปิดมุมมองใหม่ให้สังคมว่าผู้ดูแลและให้บริการสุขภาพนั้นเป็นผู้หญิงหรือผู้ชายก็ได้ เป็นการเปิดพื้นที่ให้ผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วม ในการช่วยเหลือดูแลเยียวยาสุขภาพของสมาชิกคนอื่นๆ ในบ้านด้วย

ข้อเสนอปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อสุขภาพสตรี

การกำหนดแผนและมาตรการปฏิรูประบบสุขภาพสำหรับผู้หญิงในสังคมไทยเป็นการเฉพาะ และให้ความสำคัญชัดเจนแยกจากแผนและมาตรการการปฏิรูประบบสุขภาพของสังคมโดยรวม ถือเป็นย่างก้าวสำคัญที่จะทำ

ให้ผู้หญิงทุกคนในสังคมไทยสามารถบรรลุถึงความมั่นคงทางสุขภาพได้ในที่สุด นอกเหนือจากวิสัยทัศน์เรื่องสุขภาพผู้หญิงและระบบสุขภาพที่ผู้หญิงต้องการดังที่ได้กล่าวมาแล้ว สิ่งสำคัญที่จะเป็นรากฐานให้การกำหนดนโยบายและมาตรการในการปฏิรูประบบสุขภาพที่กำลังจะเกิดขึ้น สามารถตอบสนองความต้องการของผู้หญิงไทยได้มีดังข้อเสนอแนะต่อไปนี้

1. ให้สุขภาพผู้หญิงเป็นวาระที่สำคัญวาระหนึ่งในพระราชบัญญัติสุขภาพ โดยจัดให้มีกลไกในการดำเนินการตามนโยบาย โดยในระดับตำบลผ่านองค์การบริหารส่วนตำบล ในระดับชาติจัดตั้งเป็นองค์กรกลางผู้หญิง
2. การกำหนดนโยบายการทำงานด้านสาธารณสุขต้องการกระแสการเคลื่อนไหวทางสังคมจากฝ่ายต่างๆ ในสังคมด้วย
3. สนับสนุนให้เกิดประชาคมที่ทำงานเรื่องผู้หญิงกับสุขภาพให้มากขึ้นในทุกระดับ ไม่ว่า จะเป็นเครือข่ายข้อมูลระดับชาติ เครือข่ายทางวิชาการ เครือข่ายองค์กรผู้หญิง และการมีส่วนร่วมขององค์กรสตรีในระดับท้องถิ่น เพื่อนำไปสู่การสานสร้างความเข้าใจในปัญหาสุขภาพผู้หญิง การวางแผนทางการป้องกัน และร่วมกันแก้ไขปัญหา ตลอดจนให้ประชาคมสตรีในทุกระดับได้เข้ามามีบทบาทช่วยกำกับการดูแลระบบบริการสุขภาพ ด้วย
4. จัดให้มีการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนเรื่องสตรีศึกษา ความรู้ ตลอดจนพัฒนาทักษะการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแบบใส่ใจในความเป็นหญิงเป็นชาย (gender sensitive) แก่บุคลากรทางการแพทย์และเข้าใจในเรื่องสุขภาพผู้หญิง เจตคติ ทุกระดับอย่างทั่วถึง
5. ต้องมีการแพร่ข่าวสารข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องต่อสาธารณชนผ่านกลไกต่างๆ เพื่อให้ผู้หญิงได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การไยยา และข้อเท็จจริงแห่งโรคแบบครบทุกด้าน ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้ ผู้หญิงสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้ ไม่ว่าจะโดยควบคู่กับความเห็นของแพทย์ หรือไม่ก็ตาม กระบวนการนี้จะช่วยให้ผู้หญิงสามารถพึ่งพาการตัดสินใจของตนเองโดยใช้ข้อมูลที่ได้มาทั้งหมดเป็นปัจจัยสนับสนุน ผู้หญิงจะพัฒนาวิธีคิดที่จะดูแลและรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง และผู้ให้บริการทางการแพทย์เองก็ไม่ต้องรับภาระตัดสินใจเรื่องการเลือกใช้บริการแทนผู้มารับบริการอีกต่อไป
6. กระทรวงสาธารณสุขต้องมีนโยบายภาคปฏิบัติที่จะให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์แบบผสมผสานทุกด้านแก่ผู้หญิงทุกคนอย่างแท้จริงเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายภาคทฤษฎีที่ได้กำหนดไว้ หากมีอุปสรรคในการกำหนดนโยบายภาคปฏิบัติด้วยเหตุผลที่สืบเนื่องมาจากนโยบายระดับรัฐบาลแห่งชาตินั้น กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้ให้บริการควรเป็นผู้นำร่วมกับองค์กรที่สนใจอื่นๆ ผลักดันให้มี การแก้ไขนโยบายและกฎหมายระดับชาติเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริงต่อไป
7. ระเบียบปฏิบัติของรัฐและเอกชน กฎหมายต่างๆ รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่เป็นธรรมและไม่เป็นไปตามรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ที่ต้องการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนทุกผู้ทุกคน ต้องได้รับการแก้ไขให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ ดังเช่นปัญหาการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ปัญหาสุขภาพและความปลอดภัยของลูกจ้างหญิง ปัญหาการเลิกจ้างผู้ป่วยและการจ่ายเงินทดแทนแก่ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่เกิดจากการทำงาน รวมทั้งอคติบางอย่างต่อผู้หญิง เช่น ในระบบการศึกษาเมื่อหญิงตั้งครรภ์ระหว่างเรียน แล้วจะหมดโอกาสในการศึกษาทันที เป็นต้น
8. สร้างกลไกให้ผู้หญิงมีโอกาสในการเข้าร่วมตัดสินใจในเชิงนโยบายในทุกระดับทั้งระดับชาติ ภูมิภาค และท้องถิ่น

9. มาตรการสร้างความตระหนักให้แก่ผู้ชายไทย เพิ่มบทบาทและความรับผิดชอบของผู้ชายต่อสุขภาพตนเอง ต่อผู้หญิง และต่อครอบครัว ทั้งนี้เพื่อเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกของผู้ชายเสียใหม่ ให้มีความรับผิดชอบในพฤติกรรมทางเพศมากขึ้น และเพิ่มบทบาทของผู้ชายในเรื่องการคุมกำเนิด และการรับผิดชอบต่องานบ้าน อันจะช่วยให้กระบวนการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมทางเพศพัฒนาไปได้มากขึ้นด้วย

ประเด็นที่ควรต้องอยู่ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

1. พ.ร.บ. ที่เกี่ยวกับประเด็นการตั้งครรภ์ที่มีปัญหา
2. พ.ร.บ. ที่เกี่ยวกับประเด็นการกระทำกับสตรี ที่มีผลต่อสุขภาพ อันได้แก่การดูแลรักษาให้ปลอดภัยในช่วงวิกฤต ตลอดจนการฟื้นฟูบำบัด
3. พ.ร.บ. ในเรื่องสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศของผู้หญิงโดยพระราชบัญญัติดังกล่าวครอบคลุมถึงการทำร้ายทางจิตใจ ตลอดจนการปรับแก้กฎหมายด้านการละเมิดทางเพศให้ครอบคลุมทั้งในหน่วยงานเอกชนและของรัฐ ในบริบทของความสัมพันธ์เจ้านายกับลูกน้อง ผู้ร่วมงานและลูกค้า เป็นต้น
4. พ.ร.บ. เกี่ยวกับการประกันสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรมกับผู้หญิงและครอบคลุมปัญหานามัยการเจริญพันธุ์ของผู้หญิง

เอกสารอ้างอิง

- กฤตยา อาชวนิจกุล. "ผู้หญิงกับสุขภาพ: พันธกิจสำคัญในการพัฒนาสังคมและระบบสาธารณสุข" รายงานวิจัยเสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2543.
- เครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพ. "บทสรุปสาระสำคัญข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการวิจัยเรื่องผู้หญิงกับสุขภาพ" ใน รายงานเครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพ การสำรวจองค์ความรู้ผู้หญิงกับสุขภาพ. รายงานวิจัยเสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2541.
- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, นิภรณ์ สันตหจรียา และคันสนีย์ เรืองสอน (บรรณาธิการ). รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ. กรุงเทพฯ:เจนเดอร์เพรส. 2542.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
National Health System Reform Office



[91]

บันทึกข้อความ

S 0007/23 พ.ย.44

วันที่ 23 พฤศจิกายน 2544

เรื่อง สรุปผลการประชุมคณะทำงานยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2544

เรียน นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์, ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, คุณศรีสว่าง พ่วงศ์แพทย์, อ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส, นพ.วิพุธ พูลเจริญ, นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, คุณชาญเชาว์ ไชยานุกิจ, นพ.อำพล จินดาวัฒนะ, คุณประเวศ อรรถศุภผล, คุณวารุณี สุรนิจส์, ดร.วณิ ปิ่นประทีป, คุณกรรณิการ์ บรรเทิงจิตร, คุณสุทธินันต์ ชุณหะวัณ, คุณสมพันธ์ เตชะอธิก, คุณวิเชียร กุศลวิทย์, คุณพิชัย ศรีใส, คุณดวงพร เสงบุญพันธ์, ทนายหญิง แลงอิง, คุณ ปิติพร จันทรรัตน์ ณ อุทยา, แผนงานสื่อสารสาธารณะ สป.ร.

จากการที่คณะทำงานยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ได้มีการประชุมครั้งที่ 7/2544 เมื่อวันศุกร์ที่ 23 พฤศจิกายน 2544 นั้น ที่ประชุมได้มีการพิจารณาในส่วนของ หมวดที่ 6 ว่าด้วย การป้องกันควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ ซึ่งมีรายละเอียดพอสรุปได้ดังเอกสารที่แนบ และได้มีการนัดประชุมครั้งต่อไปในวันอาทิตย์ที่ 2 ธันวาคม 2544 เวลา 10.00 น. ณ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาในรายละเอียดหมวด 7 ว่าด้วยการบริการสุขภาพและการควบคุมคุณภาพ ซึ่งในหมวดนี้ที่ประชุมครั้งที่ 1/2544 ได้มอบหมายให้อ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส ไปยกร่างมานำเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณา เข้าประชุมตามวัน เวลา และสถานที่ข้างต้นด้วย จะเป็นพระคุณ

(นางปิติพร จันทรรัตน์ ณ อุทยา)
ผู้จัดการแผนงานบริหารทั่วไป
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการฯ

ทนาย, แผนก
อ.แสวง
26 พ.ย. 44

D: อนุกรรมาธิการ/เชิญคณะทำงาน

สรุปการประชุม 23 พ.ย. 44

- ฝ่ายเลขานุการ ได้ชี้แจงเอกสารนำเข้าให้ที่ประชุมรับทราบ ซึ่งที่ประชุมมีข้อสังเกตดังนี้
 - การทำประชาพิจารณ์ ต้องมีพิจารณากลุ่มภาคีที่เข้าร่วมให้ละเอียดก่อน มีการกระจายตัวมากกว่าภาคีที่เคยทำงานไว้เดิม (เน้นการเป็นพหุภาคีมากขึ้น)
 - ในเรื่องการเงินการคลังด้านสุขภาพ ที่ประชุมขอให้ฝ่ายเลขานุการศึกษารายละเอียด กองทุนของพระสุบินฯ และมูลนิธิพัฒนาไทย ที่มีการรวบรวมรายละเอียดเรื่องกองทุนไว้ (มอบ ดร.วณิษา)

- ระบบควบคุมป้องกันปัญหาที่คุกคามสุขภาพ

มีการพิจารณารายละเอียดตามที่ พ.ขวัญชัยนำเสนอ ฯ และที่ประชุมพิจารณาสรุปได้ดังนี้

ระบบการควบคุมโรคที่มีอยู่ในปัจจุบัน อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของหลายหน่วยงาน ทั้งในกระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิชาการและสถาบันการศึกษา จึงไม่เกิดความเชื่อมโยงในการควบคุมโรค ไม่สามารถจัดการปัญหาที่คุกคามสุขภาพได้ เช่น โรคฉี่หนู โครงสร้างระบบราชการยังขาดประสิทธิภาพ ข้อเสนอ นักวิชาการ ต้องการความเข้มแข็งทางวิชาการ และองค์กรควบคุมโรคควรเป็นอิสระ

การควบคุมโรค แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. Primary prevention สร้างเสริมสุขภาพ / ส่งเสริมสุขภาพ

ชุมชนเข้มแข็ง

นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ

การประเมินผลกระทบจากนโยบายสาธารณะ

2. Secondary prevention ป้องกันโรค / ปัญหาที่คุกคามสุขภาพ — ควบคุม / ป้องกัน ปัญหาคุกคามสุขภาพ

โรคติดต่อ

เจ็บป่วย

โรคไม่ติดต่อ

เรื้อรัง

3. Tertiary prevention รักษาโรค / ปัญหา และการฟื้นฟูสุขภาพ — รักษาเยียวยา “การป่วย”

ชุมชนและท้องถิ่น ในที่นี้จะหมายถึง Consumer group , manufactory group

การเขียนรายละเอียดในหมวดนี้ อาจจะต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับโครงสร้างของกระทรวง แต่คงไม่ใช่ลงไปกำหนดรูปแบบ

เรื่องการควบคุม/ปัญหาคุกคามสุขภาพ ต้องออกเป็นมาตรการ ทำอย่างไรจึงจะมีมาตรการที่ชัดเจน โดยดูจากกฎหมายเดิมที่เกี่ยวข้อง

รัฐธรรมนูญ มาตรา 52 “ รัฐต้องจัดการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย โดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อสถานการณ์”

สรุป การควบคุมป้องกันปัจจัย(ปัญหา)ที่คุกคามสุขภาพ

หลักการ : มีระบบที่เก่งทั้งด้านบริหารจัดการและด้านวิชาการ ทำงานได้ผล

- ความมุ่งหมาย : ลดการป่วย ตาย พิการ
 - ขจัดปัจจัยโรค , ปัญหาคุกคามได้เร็วและได้ผล
 - ทำให้ผู้ป่วย ผู้พิการ มีสุขภาวะ ((ต้องเขียนไว้ในระบบที่ 7 ระบบบริการ)
 - ทันต่อสถานการณ์ - รู้เท่าทัน

แนวทาง/วิธีการ - ให้มีระบบเครือข่ายป้องกันควบคุม

- กลไกระดับชุมชนท้องถิ่น/มีส่วนร่วม
- เครือข่ายระบบสารสนเทศ
- มาตรการทางภาษี
- มาตรการดูแลเรื่องสื่อสารมวลชน
- มีมาตรการลงโทษผู้ก่อเหตุ

กลไก

- มีกลไกรัฐอยู่แล้ว (เขียนทิศทางกำกับกลไกระดับชาติ)
- ให้มีกลไกระดับชาติดูแลภาพรวม
 - ➔ พัฒนาวิชาการ (ระบบเฝ้าระวังเชิงรุก / ระบบชั้นสูตรที่มีคุณภาพสูง / กำหนดมาตรฐาน ที่สามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเท่าทันต่อปัญหาและวิทยาการที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา/ ประเมินติดตามผล)
 - ➔ มีอำนาจหน้าที่ในการจัดการควบคุมป้องกันโรคและปัญหาคุกคาม
 - ➔ เชื่อมโยง สนับสนุนองค์กรอื่นและชุมชน

โดยให้ คสช.ดูแลสนับสนุนให้เกิดกลไกทำงานนี้ และมีการพัฒนาให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

การให้ความรู้แก่ประชาชนควรเน้น การรู้เท่าทัน ทำอย่างไรให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลและรู้เท่าทันและภาคราชการต้องปรับปรุง

อ.วิฑูรย์ เสนอ การป้องกันควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ ควรจะประกอบด้วย

1. พฤติกรรม บริโภค
2. พฤติกรรม การประกอบอาชีพ
3. พันธุกรรม
4. มลภาวะ
5. โรคเกิดจากเชื้อโรค

ทั้งควรยุ่งเรื่องโรคให้น้อย

พ.ปฐม เสนอ

Health determinants	การป้องกัน	จุดมุ่งหมาย	แนวทาง
- genetics - environment - behaviors กิน ไข้หวัด ออกกำลังกาย ทำงาน ฯลฯ - health care system แบ่งเบา แง่ลบ - others	1. Primary 2. Secondary 3. Tertiary	รักษาสุขภาพที่ดีอยู่แล้ว ไม่ให้รุนแรงมากขึ้น ไม่ให้ตายก่อนวัยอันสมควร	general health promotion specific protection early detection + prompt Rx screening (คัดกรอง) รักษา ฟื้นฟู

ระบบที่กล่าวทั้งหมด ยังไม่มั่นใจว่าจะป้องกันภาวะที่คุกคามสุขภาพได้ การให้ความรู้ความเข้าใจในปัจจัยที่คุกคามสุขภาพแก่ประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อีกทั้งองค์กรท้องถิ่นไม่มีจิตสาธารณะเพียงพอ

amphon

From: "Kannikar Bunteongjit" <kbunteongjit@hotmail.com>
To: <amphon@hsro.or.th>; <phenkhael@yahoo.com>; <wanee@hsro.or.th>;
 <kbunteongjit@hotmail.com>; <palinee@hsro.or.th>; <penthip@hsro.or.th>;
 <saipin@hsro.or.th>; <wanwimol@hsro.or.th>; <pitiporn@hsro.or.th>;
 <supakarn@hsro.or.th>; <sirithorn@hsro.or.th>; <np1919@hotmail.com>;
 <kgoldenhand@yahoo.com>; <amnpan@hotmail.com>; <niraussa@health.moph.go.th>
Sent: 8 พฤศจิกายน 2544 14:33
Attach: ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล.doc
Subject: ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล

เรียนทีมงาน

ในการยกร่าง พ.ร.บ. เรื่องสิทธิ เมื่อวันอาทิตย์ที่แล้ว ยังติดค้างคำว่า
 "ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล" ได้หาข้อมูลแล้ว
 โดยได้รับความกรุณาจากสำนักงานประกันสุขภาพ เป็นอย่างดี

หวังว่าคงได้รับประโยชน์

กรรณิการ์

Get your FREE download of MSN Explorer at
<http://explorer.msn.com/intl.asp>

ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล

"ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ซึ่งสังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ.2541 "

1 ผู้มีรายได้น้อยและผู้ซึ่งสังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ได้รับสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยไม่คิดมูลค่า ได้แก่บุคคลดังต่อไปนี้

(1).ผู้ได้รับบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ.2537 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

(2).ผู้มีอายุเกินกว่า 60 ปีบริบูรณ์

(3).เด็กอายุไม่เกิน 12 ปีบริบูรณ์

(4).บุคคลผู้พิการหรือผู้ทุพพลภาพ

(5).พระภิกษุ สามเณร นักบวช นักพรต และผู้นำศาสนา

(6).ทหารผ่านศึก และครอบครัว

บุคคลตาม (4) (5) (6) ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาลส่วนกลางกำหนด

2.บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัด ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การตรวจและวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

amphon

From: "Kannikar Bunteongjit" <kbunteongjit@hotmail.com>
To: <amphon@hsro.or.th>; <phenkhael@yahoo.com>; <wanee@hsro.or.th>;
<kbunteongjit@hotmail.com>; <palinee@hsro.or.th>; <penthip@hsro.or.th>;
<saipin@hsro.or.th>; <wanwimol@hsro.or.th>; <pitiporn@hsro.or.th>;
<supakarn@hsro.or.th>; <sirithorn@hsro.or.th>; <np1919@hotmail.com>;
<kgoldenhand@yahoo.com>; <amnpan@hotmail.com>; <niraussa@health.moph.go.th>
Sent: 8 พฤศจิกายน 2544 16:41
Attach: การตายอย่างมีศักดิ์ศรี1.doc
Subject: ข้อเสนอภาคีเรื่องการตายอย่างมีศักดิ์ศรี

เรียนทีมงาน

อีกครั้งนะ ได้รวบรวมข้อเสนอของภาคีต่างๆเรื่อง การตายอย่างมีศักดิ์ศรี
(เฉพาะของภาคี) ส่งมาให้อ่าน

กรรณิการ์

Get your FREE download of MSN Explorer at
<http://explorer.msn.com/intl.asp>

ข้อเสนอของภาคีต่างๆ “การตายอย่างมีศักดิ์ศรี”

จากการที่ภาคีต่างๆเสนอข้อคิดเห็นต่อกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นจำนวนมากนั้น ในประเด็น“การตายอย่างมีศักดิ์ศรี” มีภาคีต่างๆเสนอความคิดเห็นที่หลากหลาย ซึ่งสามารถประมวลมาได้ดังนี้

1. ว่าด้วยเรื่อง “การตายอย่างมีศักดิ์ศรี” หมายถึง

- ไม่ตายด้วยอุบัติเหตุ
- ถ้าตายด้วยอุบัติเหตุ ห้ามเอากระดาษหนังสือพิมพ์ปิดศพ
- ไม่ตายด้วยโรคร้ายแรงที่สังคมรังเกียจ
- ไม่ตายด้วยวัยอันสมควร
- ตายไปแล้วไม่สร้างความเดือดร้อนให้กับบุคคลที่อยู่เบื้องหลังหรือไม่สร้างหนี้ให้กับลูกหลาน
- ความต้องการ คือ การตายที่บ้านที่มีลูกๆ หลานๆ อยู่รอบข้างจนถึงวาระสุดท้าย นึกถึงความดีที่ได้กระทำมาแล้ว
- เคารพผู้ป่วย คนตายไม่ซื้อขายอวัยวะ
- ตายเพราะสมควรตายตามเวลา ไม่ตายด้วยอุบัติเหตุ ไม่ตายด้วยสิ่งเสพติด หรือโรคที่สังคมรังเกียจ เมื่อตายแล้วคนข้างหลังยังคิดถึงคุณงามความดีที่ได้สร้างไว้ ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าจะตายอย่างไร คือ ให้วิธีการรักษาของหมอจะทำอะไรกับตัวเองบ้าง และให้โอกาสเลือก ให้มีระบบกลุ่มมาปนกิจสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (มีระบบการประกันสังคมที่ดีและเป็นธรรม)
- ต้องไม่ตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ เช่นโรคโปลิโอ ไข้เลือดออก เอชส์ ต้องไม่ตายด้วยสารพิษโรงงาน หรือตายจาก ภาวะสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ ที่เกิดจากการกระทำของบุคคล ต้องไม่ตายแบบหนูทดลองยา
- ไม่ควรตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ ตายจากความชรา และไม่ผิดศีลธรรม
- ตายแล้วมีคนยกย่อง
- ตายโดยทราบสาเหตุ มีการชันสูตร มีการรับรองการตาย ตายภายใต้อ้อมกอดของลูกหลาน
- ผู้ป่วยควรมีทางเลือกและมีสิทธิที่จะตัดสินใจตายอย่างมีศักดิ์ศรี กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้ ให้ระบุบุคคลผู้ตัดสินใจแทน เช่น สามี ภรรยา บุตร หนายความ เป็นต้น
- ผู้ป่วยมีสิทธิเต็มที่ในการเลือกรักษา เลือกตาย มีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษา และมีความเท่าเทียมกันด้านการรักษา

- การตายโดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เช่น ด้านจริตประเพณี ด้านการเปิดเผยข้อมูล ด้านการใช้เครื่องมือที่ช่วยชีวิตก่อนตาย ด้านการใช้ยา หรือการจัดการกับศพหรือการนำชิ้นส่วน หรือการนำชิ้นส่วนของร่างกายไปทำประโยชน์หรือศึกษา ปัจจุบันเมื่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลแล้ว ไม่มีสิทธิที่จะพูดอะไรและได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เท่าเทียมกัน
- การตายโดยมีคนเหลียวแล, การตายโดยไม่ทรมานเมื่อเป็นโรคที่ถึงขั้นสุดท้ายแล้ว และควรตายโดยสมควรตายหรือไม่
- มีความเสมอภาค โดยไม่ขึ้นต่อเงื่อนไขใดๆ เกิดและตายอย่างมีศักดิ์ศรี ได้รับการพัฒนาสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม
- ขณะที่ยังมีชีวิตสัมผัสปัญญะ ประชาชนควรเลือกได้ด้วยตัวเองว่าจะมีชีวิตต่อหรือต้องการยุติการมีชีวิตของตน
- นอกจากการกำหนดแนวทางการปฏิบัติต่ออวัยวะของผู้ตายแล้ว ควรมีการกล่าวถึงจริยธรรมทางด้านชีวภาพ หรือ Bio-ethics รวมทั้งมีการพูดถึงแนวทางดำเนินการทางด้านพันธุกรรม (Genetic ethics) และการดูแลเรื่อง Genome projects ซึ่งอาจจะเกิดปัญหาในอนาคต
- การเคารพสิทธิของผู้ป่วย/ผู้ตาย
- หลังการตายผู้ป่วยควรได้รับการปฏิบัติอย่างเคารพในจารีต ประเพณี และวัฒนธรรมของครอบครัว และญาติ การนำอวัยวะผู้ตายมาศึกษาวิจัย หรือใช้ช่วยเหลือผู้อื่น ต้องปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ตาย ในกรณีที่ผู้ตายไม่ได้แจ้งเจตจำนงค์ไว้ก่อนตาย ให้เคารพการตัดสินใจของครอบครัว และเครือญาติของผู้ตาย โดยไม่เป็นไปเพื่อการแสวงหากำไร
- หลังการตาย ต้องเคารพการตัดสินใจของผู้ตาย ครอบครัว และเครือญาติของผู้ตาย
- ควรให้ความสำคัญแก่ศพของผู้ด้อยโอกาสหรือผู้ยากไร้ โดยรัฐจัดให้มีองค์กรในชุมชนในการดำเนินงานช่วยเหลือศพ

2. ว่าด้วยเรื่องการให้บริการของ รพ. ต่อ การตาย

- มีระบบการให้บริการรับคนไข้เข้าโรงพยาบาลและส่งคนไข้ หรือผู้เสียชีวิตกลับบ้านได้ โดยให้ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการทางสุขภาพ
- เมื่อผู้ป่วยใกล้ตายควรติดต่อญาติให้ทราบได้รวดเร็ว

3. ว่าด้วยเรื่องการช่วยเหลือคนตาย/กองทุนช่วยเหลือผู้ตาย

- มีกองทุนบริการคนเสียชีวิต โดยชุมชนมีส่วนร่วม
- ในกรณีที่ผู้เสียชีวิตที่รักษาในโรงพยาบาลมีฐานะยากจน ควรมีมาตรการในการช่วยเหลือสมทบการทำศพตามประเพณี เพื่อไม่ให้เป็นการละเมิดสิทธิของผู้เสียชีวิต

- มีการช่วยเหลือภายหลังการตาย มีกองทุนฌาปนกิจในชุมชน องค์กร/ประชาชน ในชุมชนมีส่วนร่วมในการฌาปนกิจ

4. ว่าด้วยเรื่องการคุ้มครองผู้เสียชีวิต

- คนไข้ที่แพทย์วินิจฉัยว่าจะรักษาไม่หายและจะต้องเสียชีวิตต้องได้รับการคุ้มครอง หรือปฏิบัติเยี่ยงผู้มีชีวิตจะละเมิดต่อชีวิตและร่างกายของผู้ป่วยไม่ได้ เช่น การตัดต่ออวัยวะของผู้ป่วยเพื่อคนไข้รายอื่น ต้องได้รับความยินยอมจากญาติ และห้ามมิให้มีการทำเพื่อการพาณิชย์
- คนไข้ที่เสียชีวิตจะต้องได้รับการคุ้มครองให้ถือว่าเป็นทรัพย์สินของญาติ จะทำการละเมิดต่อทรัพย์สินไม่ได้ให้ญาติมีสิทธิเต็มที่ในการดูแล คุ้มครองต่อผู้เสียชีวิต
- การบริจาคอวัยวะของผู้ตายเพื่อการช่วยเหลือผู้อื่น หรือการศึกษาวิจัยต้องให้ข้อมูลและรายละเอียดเพื่อการตัดสินใจของครอบครัว และเครือญาติของผู้ตาย
- ผู้ป่วยที่ไม่มีเงินแต่ต้องการมีชีวิตอยู่ต่อไป แต่มีปัญหาคือทำให้เกิดเป็นภาระทางเศรษฐกิจ แล้วผู้ป่วยนี้จะมีสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปหรือไม่
- ไม่เห็นด้วยกับการส่งเสริมให้มีการใช้ประโยชน์จากอวัยวะของผู้ตายเพราะผิดธรรมชาติ แต่การนำไปใช้ประโยชน์ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาวิจัยหรือให้ช่วยเหลือคนอื่น ต้องเป็นไปตามความประสงค์ของเจ้าของอวัยวะที่แจ้งไว้ก่อนตาย ถ้าเจ้าของอวัยวะไม่ได้แสดงความจำนงไว้ก่อนตาย ผู้ต้องการศึกษาวิจัยหรือใช้ ต้องทำหนังสือขอจากครอบครัวและญาติอย่างเปิดเผยเป็นลายลักษณ์อักษร โดยการตัดสินใจต้องเคารพการตัดสินใจของผู้ตาย คำนึงถึงจารีต ประเพณี ความเชื่อทางศาสนา และความเห็นของชุมชนด้วย และต้องกระทำอย่างเปิดเผยเช่นเดียวกัน
- ไม่ควรให้เสียค่าใช้จ่ายในการรับศพจากโรงพยาบาล
- คุ้มครองสิทธิของผู้ตายในกรณีที่จะมีการนำเรื่องของผู้ตายผ่านทางสื่อต่างๆ
- ให้มีกฎหมายในการตัดสินใจที่จะอยู่หรือตายของผู้ป่วย และญาติควรได้รับรู้การตัดสินใจ

5. คำถามจากภาคี

1. ควรนิยามความหมายของคำว่า "การตายอย่างมีศักดิ์ศรี" หมายความว่าอย่างไร ? มีลักษณะอย่างไร ?
2. "มีสิทธิในการตายอย่างมีศักดิ์ศรี" หมายถึงการสมควรใจที่จะตายด้วยหรือไม่ ข้อความยังไม่ชัดเจน
3. สิทธิในการตายอย่างมีศักดิ์ศรีเป็นอย่างไร สอดคล้องกับความหมายในปัจจุบันหรือไม่ ?
4. ผู้ป่วยอยากตายและไม่ต้องการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ใดๆ มาต่อชีวิต แต่แพทย์ต้องการใช้เทคโนโลยีที่แพทย์คิดว่าเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ต่อไป
5. แพทย์สามารถใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อจบชีวิตผู้ป่วย โดยผู้ป่วยไม่ทราบได้หรือไม่

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ National Health System Reform Office



บันทึกข้อความ

วันที่ 12 พฤศจิกายน 2544

เรื่อง สรุปผลการประชุมคณะกรรมการทำงานยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5/2544

เรียน นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์, ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, คุณศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์, อ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส, นพ.วิพุธ พูลเจริญ, นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, คุณชาญเชาว์ ไชยานุกิจ, นพ.อำพล จินดาวัฒนะ, คุณประเวศ อรรถสุภผล, คุณวราณี สุรนิจังค์, ดร.วณิ ปิ่นประทีป, คุณกรรณิการ์ บรรเทิงจิตร, คุณสุทธิกานต์ ชุณหะวัณ, คุณสมพันธ์ เตชะอธิก, คุณวิเชียร กุศดวัศ, คุณพิชัย ศรีใส, คุณดวงพร เสงบุญพันธ์, ทญ.เพ็ญแข ลากอิ่ง, คุณ ปิติพร จันทรรัตต ณ อยุธยา

จากการที่คณะกรรมการทำงานยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ได้มีการประชุมครั้งที่ 5/2544 เมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2544 นั้น ที่ประชุมได้มีการพิจารณาในส่วนของการดำเนินการเชิงยุทธศาสตร์ (หมวด 2) และหมวดที่ 4 ว่าด้วยความมั่นคงด้านสุขภาพ ซึ่งมีรายละเอียดพอสรุปได้ดังเอกสารที่แนบ และได้มีการนัดประชุมครั้งต่อไปในวันอาทิตย์ที่ 18 พฤศจิกายน 2544 เวลา 10.00 น. ณ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาในรายละเอียดเกี่ยวกับหมวดที่ 5 ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ ซึ่งในหมวดนี้ที่ประชุมครั้งที่ 1/2544 ได้มอบหมายให้ นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ และ นพ.ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ ไปยกร่างมานำเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาเข้าประชุมตามวัน เวลา และสถานที่ข้างต้นด้วย จะเป็นพระคุณ

(นางปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา)
ผู้จัดการแผนงานบริหารทั่วไป
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการฯ

12/11/2544
อ.พ
12 พย 44

D: อนุยกร่าง/เชิญคณะกรรมการ

สรุปการประชุม วันที่ 10 พฤศจิกายน 2544

1. ฝ่ายเลขานุการได้นำเสนอเอกสารสรุปการประชุมร่วมกับกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา และรายงานความคืบหน้าที่ฝ่ายเลขานุการได้ไปทำการบ้านมานำเสนอตามเอกสาร I 0019 – I 0023, I 0025) สรุปได้ว่า

(1) จากข้อเสนอของคณะกรรมการการสาธารณสุขวุฒิสภา มีประเด็นที่จะต้องนำมาเพิ่มเติมในกฎหมาย ข้อ 8 ซึ่งได้กำหนดไว้ใน รธน – แนวนโยบายแห่งรัฐ ที่กำหนดให้รัฐต้องทำรายงานด้านสุขภาพและรับฟังข้อเสนอของประชาชน

(2) สุขภาพวิถีไทย ควรตั้งประเด็นไว้เพื่อคู่อีกครั้งหนึ่ง อาจจะต้องนำมาเพิ่มเติมในกฎหมาย (อาจจะตั้งหมวดหรือไม่) กระบะรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ควรมีการกำหนด “ นิยาม ”

สุขภาพวิถีไทย

- การแพทย์แผนไทย
- การแพทย์พื้นบ้าน
- การแพทย์ทางเลือก

การแพทย์ทางเลือกจะเป็นประเด็นนโยบาย แต่รายละเอียดจะกำหนดการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ควรเป็น “การแพทย์” หรือ ไม่ เป็นวิถีชีวิตมากกว่าเป็นการแพทย์ เช่น ชีวจิต

2. หมวดสิทธิ/หน้าที่

เมื่อกร่างแล้ว ต้องพิจารณา

- ผู้ที่สังคมช่วยเหลือเกื้อกูล (I 0021)
- คำบรรยาย อ.บวรศักดิ์ (I 0020)
- การตายอย่างมีศักดิ์ศรี (I 0023)
- สุขภาพผู้หญิง (สิทธิเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์เดิม) (I 0025)

สุขภาพผู้หญิง ให้กำหนดไว้ใน “ นิยาม ” ด้วย

3. สิทธิเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ – affirmative action ในเรื่อง Reproductive right ที่เน้นเรื่อง freedom and choice สำหรับภาษาไทยให้ใช้ “สุขภาพผู้หญิง”

concept : advancement of women

- discrimination - dignity/right - sexuality

“สุขภาพผู้หญิง เป็นสิทธิพื้นฐานในการปกป้องดูแลร่างกาย และจิตใจตนเอง ย่อมจะต้องได้รับความเคารพ ส่งเสริมและคุ้มครองโดยไม่เลือกปฏิบัติ และคำนึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์”

เหตุผล : เนื่องจาก ผู้หญิงมีโอกาสที่ตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้หญิง จำเป็นต้องมี “สุขภาพผู้ชาย” หรือ ไม่ พิจารณาภายหลัง

4. สำนักงานเลขาธิการ คสช

คณะกรรมการบริหาร

เหตุผล – เป็นคณะกรรมการขนาดเล็ก สามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว เพื่อดำเนินงานของสำนักงานที่โปร่งใส ต้องการมืออาชีพเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์การทำงาน และต้องการให้มีฝ่ายที่เข้าใจภาคประชาชนร่วมอยู่ด้วย

ประเด็น

(1) ผู้แทน กรรมการ คสช นอกภาครัฐ

การระบุ “นอกภาครัฐ” ต้องระบุว่า “ที่ไม่ใช่กรรมการโดยตำแหน่ง”

องค์ประกอบ

1. ประธานคณะกรรมการบริหาร - ให้คณะกรรมการ คสช แต่งตั้งประธานคณะกรรมการบริหารจากกรรมการ คสช
 2. กรรมการ
 - ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข
 - ผู้ทรงคุณวุฒิ - ซึ่งมาจาก คณะกรรมการสรรหาซึ่ง คสช แต่งตั้ง จำนวนไม่เกิน 7 คน (ด้านบริหาร สังคม และภาคประชาชน)
 3. เลขาธิการสำนักงาน เป็นกรรมการและเลขานุการ
- เลขาธิการ – ได้จากกรรมการสรรหา และได้รับความเห็นชอบ คสช
- หน้าที่การออกข้อบังคับ ให้ประกอบด้วย

“ข้อบังคับว่าด้วยการบริหารงานบุคคล การเงิน การพัสดุ หรือระเบียบอื่นเท่าที่จำเป็นต่อการบริหารงาน”

5. ความมั่นคงด้านสุขภาพ

ความมั่นคงด้านสุขภาพ - ปัจจัยที่จะส่งผลต่อสุขภาพะ ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม (ต้องกำหนดไว้ในนิยามด้วย)

ความมั่นคงด้านสุขภาพ

- เป็นหลักการพื้นฐาน
- รัฐต้องเข้าแทรกแซงคุ้มครอง เพื่อให้เกิด
- ความมั่นคงด้านสุขภาพของสังคมโดยรวม
- โดยเฉพาะกลุ่มที่จำเป็น เช่น เด็ก ผู้หญิง หรือผู้สูงอายุ
- เพื่อเป็นกลไก/กระบวนการเพื่อสร้างให้เกิดความมั่นคงดังกล่าวจัดให้มีการเกิดกลไกหรือกระบวนการ

การ

วิธีการเขียน จะคล้ายกับการเขียน รธน. ว่าด้วยเรื่องแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ (หมวด 5 รธน.) อาจใช้วิธีเขียนที่คล้ายกับการเขียน รธน. กลุ่มมาตราดังกล่าว ซึ่งจะนำมาจัดกลุ่ม เขียนใหม่

แนวคิดเป็นการ

ปกป้องคุ้มครอง

ลดเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรค

ร่วมกันสร้าง

จะต้องมี

ครอบครัว ชุมชน สังคม เข้มแข็งและสมานฉันท์

จัดอุปสรรคเชิงเศรษฐกิจ

ลดเงื่อนไขทางโครงสร้างพื้นฐานที่เป็นอุปสรรค

ฐานทรัพยากร / สิ่งแวดล้อม

การบริการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น โดยไม่มีอุปสรรคจากกายภาพ

ระบบยุติธรรม

ระบบการเมือง

วิจัย ประยุกต์เทคโนโลยีชีวภาพ และระบบนิเวศน์

วัฒนธรรม ศาสนา

ความเชื่อ ศรัทธา

การเขียนจะต้องแจกแจงให้เห็นชัดเจนว่าหลักการพื้นฐานคืออะไร และเชื่อมโยงให้เห็นว่า คสช. ซึ่งควรเป็นองค์กรที่มีหน้าที่รับผิดชอบ มีหน้าที่อะไร (อาจจะต้องเพิ่มหน้าที่ให้ คสช.)

รายงานการประชุมปรึกษาหารือประเด็น "สุขภาพวิถีไทย"

วันที่ 14 พฤศจิกายน 2544 เวลา 13.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุม 2 สปส.

ผู้เข้าประชุมประกอบด้วย พ่อประสาสน์ รัตนะปัญญา, อ.ลำลิ ใจดี, อ.ชาญเชาว์ ไชยานุกิจ, คุณวราณี สุรนิวงศ์, นพ.ประพจน์ เกตุราภาค, คุณยงค์ศักดิ์ ตันติปฏิภน นพ.อำพล จินดาวัฒนะ, ดร.วณิ ปิ่นประทีป และ อ.กรรณิการ์ บรรเทิงจิตร์

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ทำความชัดเจนในประเด็นสุขภาพวิถีไทย ในด้านความหมาย ขอบเขต ปัญหาข้อขัดข้อง กลไกสนับสนุนและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ข้อเสนอจากนักวิชาการและจากภาคีต่างๆ เป็นปัจจัยนำเข้า เพื่อให้ได้ประเด็นที่ชัดเจน และสามารถนำไปสอบทานจากสาธารณะและเป็นแนวทางการเขียน พ.ร.บ.สุขภาพต่อไป

ผลการประชุม

1. ความหมาย ขอบเขตและความเข้าใจ

สุขภาพวิถีไทย เป็นการบัญญัติคำใหม่ ที่หมายถึง การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก เป็นการรวมตัวของกลุ่มการแพทย์แผนไทย/พื้นบ้าน/ทางเลือกและประชาคมสุขภาพในการปฏิรูปสุขภาพในนาม "เครือข่ายสุขภาพวิถีไทย"

การแพทย์แผนไทย คือการแพทย์ดั้งเดิมของไทยที่ผสมผสานระหว่างการแพทย์พื้นบ้านที่มีการจัดระบบองค์ความรู้กับการแพทย์อายุรเวทของอินเดีย มีระบบที่ชัดเจน มีองค์ความรู้ในรูปของคัมภีร์ ตำรา มีหลักสูตรเป็นที่ยอมรับ เปรียบเสมือนเป็นหน่วยจรรยา ที่สามารถไปดำเนินการที่ไหน(นอกเขต)ก็ได้ แต่มีจุดอ่อนคือ การพัฒนาระบบและตัว พ.ร.บ.

การแพทย์พื้นบ้าน คือ การแพทย์ดั้งเดิมในชุมชน เป็นการดูแลสุขภาพกันเองในชุมชน จนเป็นวิถีชีวิต เกี่ยวกับความเชื่อ พิธีกรรม ทั้งนี้ขึ้นกับวัฒนธรรมและทรัพยากรที่แตกต่างกัน หลักการสำคัญคือเป็นทั้งตนเองของชุมชนด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นจุดแข็งของสังคมไทยมาแต่ดั้งเดิม และเป็นที่ยอมรับจากชุมชน(แต่ไม่มีกฎหมายรับรอง) และมีจำนวนมากกระจายทุกพื้นที่

การแพทย์ทางเลือก คือการแพทย์กระแสรองอื่นๆที่ไม่ใช่การแพทย์แผนไทย/พื้นบ้าน รวมทั้งศาสตร์จากต่างประเทศ

ข้อสังเกต การใช้คำว่า "การแพทย์" นำหน้านั้น จะทำให้เข้าใจว่าเป็นการเน้นการรักษาพยาบาลมากกว่าการดูแลสุขภาพ เพราะการแพทย์เป็นกระบวนการรักษามากกว่าการเป็นองค์ความรู้ แต่ยังนึกคำไม่ออก (อยู่ระหว่างหาคำที่เหมาะสม)

2. สภาพปัญหา/ข้อขัดข้อง

การแพทย์แผนไทย มี กม. รับรองแล้ว แต่การแพทย์พื้นบ้าน ยังไม่มีและไม่ได้ถูกกล่าวถึงในที่ไหนๆเลย ยังไม่เป็นที่ยอมรับในเชิงกฎหมาย แต่การปฏิบัตินั้น ทำกันอยู่ทั่วไปทุกหมู่บ้าน จาก การวิจัยพบว่า มีหมอพื้นบ้าน 3-4 คน/หมู่บ้าน จะทำอย่างไรจะสร้างการยอมรับให้แก่หมอพื้นบ้านได้

ข้อเสนอ

- คำว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ จะมีความหมายรวมถึงการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน
- สำหรับการแพทย์พื้นบ้านนั้น ควรให้บริการอยู่ในพื้นที่เฉพาะ/ชุมชนนั้นๆเท่านั้น ไม่ควรออกไปให้บริการนอกเขต

3. การเชื่อมโยงกับรัฐธรรมนูญ ม.46 "บุคคลซึ่งรวมกันเป็นชุมชนดั้งเดิม ย่อมมีสิทธิหรือบุรุษหรือพื้นฟูจารีต ประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น ศิลปะหรือวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่นและของชาติ และมีส่วนร่วมในการจัดการ การบำรุงรักษา และการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุลและยั่งยืน ทั้งนี้ ตาม ที่กฎหมายบัญญัติ"

ใช้ ภูมิปัญญาท้องถิ่น (ด้านสุขภาพ) เป็นกรอบ/แนวทางการพิจารณา

ภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านสุขภาพ เน้นด้าน การแพทย์แผนไทย และ การแพทย์พื้นบ้าน เท่า นั้น และเสนอว่าน่าจะใช้คำนี้แทน "สุขภาพวิถีไทย"

4. พ.ร.บ. ที่เกี่ยวข้อง

4.1 พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ 2542 ครอบคลุมเฉพาะ

(1) การแพทย์แผนไทย หมายความว่า การประกอบโรคศิลปะตามความรู้หรือตำราแบบไทยที่ถ่ายทอด และพัฒนาสืบต่อกันมา หรือตามการศึกษาที่คณะกรรมการรับรอง ประกอบด้วย

-เวชกรรมไทย -เภสัชกรรมไทย -การฝังเข็มไทย -การนวดไทย

(2) การแพทย์แผนไทยประยุกต์

และในมาตราที่ 31 ได้เปิดช่องให้ ศาสตราจารย์แล้ว ดังนี้ "ให้ รมต. มีอำนาจอนุญาตให้บุคคลใดทำการ ประกอบวิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์ หรือมุ่งหมายจะกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัย การบำบัด โรค การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ และการฝังเข็มโดยอาศัยศาสตร์หรือความรู้จากต่าง ประเทศ ซึ่งวิชาชีพดังกล่าวยังมิได้มีกฎหมายรับรองในประเทศไทย ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ รมต. ประกาศกำหนด"

ที่ประชุมมีความเห็นว่า กฎหมายฉบับดังกล่าวนี้ เปิดโอกาสอย่างมากที่จะให้การแพทย์สาขาอื่นๆ จาก ต่างประเทศ เข้ามารดทะเบียนและทำการรักษาในประเทศแล้ว

4.2 พ.ร.บ. คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์ไทย 2542 (เกี่ยวกับตำรายา)

5. กลไกสนับสนุนนั้น ภาคีและนักวิชาการ เสนอตรงกัน โดยขอให้มีโครงสร้าง "คณะกรรมการพัฒนา ระบบสุขภาพไทย" เป็นสถาบันกลาง ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ทิศทาง โครงสร้าง ฯ และมี "กลไก ระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ที่มีความหลากหลาย เปิดกว้าง แต่ระดับพื้นที่อาจไม่ต้องเหมือนกันก็ได้

6. สำหรับการเขียนใน พ.ร.บ. สุขภาพ เสนอว่า สามารถเขียนได้เป็น 1 หมวด ว่าด้วยเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านสุขภาพ และสามารถเขียนลงไปในแต่ละบทได้ เช่นเรื่อง สิทธิ เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค ตัวอย่างเช่น ในหมวดทั่วไป ควรจะเขียน ดังนี้ "รัฐจะต้องสนับสนุนระบบสุขภาพ ที่ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ" และในหมวดสร้างเสริมสุขภาพหรือหมวดอื่นๆ อาจเขียนดังนี้ "รัฐจะต้อง สนับสนุนส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพที่ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ"

7. สรุปลักษณะของภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ตามเอกสารแนบท้าย

ปิดประชุมเวลา 16.00 น.

กรณีการ บรรเทาจิต รាយงาน

สรุปลักษณะของภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

[107]

~~XI~~

ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ	ความหมาย	กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	ข้อดี	ข้อจำกัด/อุปสรรค	ปรัชญา	กลไก
ภูมิปัญญาท้องถิ่น * แผนไทย	* มีแบบแผนชัดเจน * มีองค์ความรู้	พ.ร.บ.ประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542	* มีกฎหมายรับรอง * สามารถไปรักษา นอกพื้นที่ได้	* เรียนแพทย์แผนไทย แต่สอบขึ้นทะเบียน ไม่ได้, สอบยาก	* องค์ความรู้เป็นระบบ	* กฎหมายที่มีอยู่มี ลักษณะบีบบังคับ มากกว่าส่งเสริม
* แผนพื้นบ้าน	* เป็นวิถีชีวิตของชุมชน * ใช้ทรัพยากรในพื้นที่ * เป็นวัฒนธรรมของท้องถิ่น	ไม่มีกฎหมายรองรับมีฐานะ เปรียบเสมือน "ลูกเมียหลวงที่ แม่ตาย"	* จำนวนหมอพื้นบ้าน มีเฉลี่ย 3-4 คน / หมู่บ้าน	* ไม่ใช่นโยบายของรัฐ * ไม่มีกฎหมายรองรับ	* เป็นการพึ่งตนเองของ ชุมชน * เป็นวิถีชีวิตและ วัฒนธรรมของท้องถิ่น * ควรจำกัดเฉพาะการ ดูแลในชุมชนของตนเอง)	* เสนอให้มีพ.ร.บ. แยกออกไปต่างหาก * สนับสนุนให้มีองค์กร เฉพาะขึ้นมาดูแล

II

วิเชียร

ประเด็น	ข้อเสนอจากภาคี	ข้อเสนอจากนักวิชาการ/องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง
ระบบบริการ 1. การจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว โดยให้ประชาชนขึ้นทะเบียนไว้กับสถานพยาบาลใกล้บ้าน	ภาคีพื้นที่และเครือข่ายเฉพาะมีความเห็นทั้งในด้านเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และยังไม่ระบุความเห็นชัดเจน ดังนี้ เห็นด้วย 1. จังหวัดปทุมธานี <u>เงื่อนไข</u> ต้องปรับปรุงคุณภาพมาตรฐานการให้บริการ รวมทั้งการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ประชาชนในการดูแลเอาใจใส่ตนเอง 2. จังหวัดสิงห์บุรี <u>เงื่อนไข</u> ต้องได้รับการบริการที่ดี 3. จังหวัดนราธิวาส ยะลา บัตตานี <u>เงื่อนไข</u> (1) ต้องยกระดับสถานีนอนมัยเป็นโรงพยาบาลตำบล มีแพทย์และ	จากผลการศึกษาของ นพ. ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ (ปรีดา เต๋ออารักษ์, ปาณบดี เอกะจัมปะกะ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน, และคณะ. ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทยในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและใน(ร่าง)พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและวัสดุภัณฑ์. ไม่ระบุปีที่พิมพ์.) พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความเห็นทั้งในด้านเห็นด้วยและไม่เห็นด้วยกับประเด็นนี้ ดังนี้ เห็นด้วย เหตุผล: 1. ทำให้ทราบประวัติสุขภาพครอบครัว รวมทั้งสามารถติดตามได้ง่าย เป็นการควบคุมโรคไปในตัว 2. มีความสะดวก รวดเร็ว และมั่นใจว่าจะได้รับการโดยไม่ถูกปฏิเสธ แต่สถานบริการต้องมีศักยภาพเพียงพอและคุณภาพของระบบบริการต้องได้มาตรฐานที่เท่าเทียมกัน หากคุณภาพบริการไม่ดี ประชาชนสามารถแจ้ง ร้องเรียนได้

ประเด็น	ข้อเสนอจากภาคี	ข้อเสนอจากนักวิชาการ/องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง
1. การจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว โดยให้ประชาชนขึ้นทะเบียนไว้กับสถานพยาบาลใกล้บ้าน	พยาบาลประจำอยู่ (2) ประชาชนมีอิสระในการเลือกลงทะเบียนทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน 4. จังหวัดอุดรธานี หนองคาย หนองบัวลำภู <u>ไม่เห็นด้วย</u> เหตุผล: ทุกคนมีสิทธิในการเลือกรับบริการจากสถานบริการ 1. จังหวัดศรีสะเกษ 2. จังหวัดอุทัยธานี 3. จังหวัดพิจิตร 4. จังหวัดกำแพงเพชร 5. จังหวัดมุกดาหาร 6. จังหวัดสงขลา 7. จังหวัดลำพูน 8. จังหวัดแพร่ 9. จังหวัดมุกดาหาร 10. จังหวัดขอนแก่น 11. เครือข่ายสุขภาพคนจน 12. เครือข่ายผู้พิการ	คุ้มค่า เป็นธรรม ถ้าทำได้อย่างมีมาตรฐาน 3. ทำให้ประชาชนมีหลักประกันในการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง 4. ทำให้ทราบถึงความครอบคลุมในการให้บริการสุขภาพอันจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนด้านสุขภาพอนามัย ❖ กรณีที่เห็นด้วยมีข้อเสนอแนะในการจัดรูปแบบการขึ้นทะเบียนไว้ 3 รูปแบบดังนี้ รูปแบบที่หนึ่ง เป็นรูปแบบที่ประชาชนสามารถเลือกสถานบริการสาธารณสุขได้โดยอิสระ ไม่จำกัดว่าจะเป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หรือเอกชน รูปแบบที่สอง เป็นรูปแบบที่เปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเลือกรับบริการกับสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวโดยขึ้นทะเบียนกับสถานบริการที่มีระบบในการควบคุม และสามารถตรวจสอบคุณภาพการจัดบริการได้ รูปแบบที่สาม เป็นรูปแบบการขึ้นทะเบียนโดยรัฐหรือสถานบริการจัดให้ ซึ่งจะให้พื้นที่บริการของสถานบริการเป็นตัวแทน แต่อย่างไรก็ตามการขึ้นทะเบียนลักษณะนี้ จะต้องไม่ทำให้ประชาชนรู้สึกว่ตนเองสูญเสียทางเลือกหรือถูกจำกัดในกรณีที่เป็น จำเป็น นั้นหมายถึงการขึ้นทะเบียนลักษณะนี้จะต้องมีการกำหนดลักษณะบริการที่ประชาชนมีโอกาสสามารถไปรับบริการได้ในกรณีจำเป็นหรือฉุกเฉิน

ประเด็น	ข้อเสนอจากภาคี	ข้อเสนอจากนักวิชาการ/องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง
1. การจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว โดยให้ประชาชนขึ้นทะเบียนไว้กับสถานพยาบาลใกล้บ้าน	<u>ยังไม่ระบุความเห็นชัดเจน</u> 1. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข: การเลือกลงทะเบียนเพื่อให้บริการจะเกิดความซ้ำซ้อนและความสับสนของพื้นที่ดูแลรับผิดชอบ ระหว่างสถานบริการกับองค์กรท้องถิ่น ทำให้เกิดปัญหาในการบริหารจัดการ การติดตาม ดูแล และกำกับกำกับการดำเนินงานด้านสุขภาพจะต้องมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น 1. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา: การที่ประชาชนต้องลงทะเบียน การให้บริการด้านสุขภาพ จะเป็นการขัดกับรัฐธรรมนูญใหม่หรือไม่ 2. จังหวัดกระบี่: ในกรณีที่จะให้มีการลงทะเบียนควรมีการกำหนดให้ชัดเจน	<u>ไม่เห็นด้วย</u> ?? เหตุผล: 1. เป็นการบังคับประชาชน <u>ติดต่อรัฐธรรมนูญ</u> 2. โดยพื้นฐานนิสัยของประชาชนรักอิสระ ไม่ชอบระบบผูกขาด 3. คุณภาพการให้บริการและสัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพยังไม่เพียงพอ 4. วัฒนธรรมของคนไทยไม่ค่อยสนใจเรื่องของสุขภาพเท่าที่ควร จะสนใจเฉพาะเวลาเจ็บป่วยแล้วเท่านั้น ทำให้ประชาชนขาดความสนใจไปขึ้นทะเบียน ดังนั้นควรจะได้มีการรักษาจากสถานพยาบาลใดก็ได้เมื่อเจ็บป่วย 5. การขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกของสถานบริการ จะเป็นเงื่อนไขที่จะไปจำกัดสิทธิของผู้รับบริการ 6. การขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกของสถานบริการ จะก่อให้เกิดการผูกขาดในการจัดบริการ ซึ่งจะเป็นผลให้เกิดการแข่งขันการจัดบริการเชิงพาณิชย์มากขึ้น และอาจมีผลให้ขาดการพัฒนาคุณภาพบริการได้ ❖ ในการศึกษาวิจัยระบุเพิ่มเติมว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว (สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย สวีเดน และสหราชอาณาจักร) มีการขึ้นทะเบียน 2 ประเภทได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกาและ

ประเด็น	ข้อเสนอจากภาคี	ข้อเสนอจากนักวิชาการ/องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง
1. การจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว โดยให้ประชาชนขึ้นทะเบียนไว้กับสถานพยาบาลใกล้บ้าน 2. การตรวจสุขภาพ	เหมือนเขตบริการโรงเรียน มีบางภาคีที่เสนอให้มีการตรวจสุขภาพประจำปี โดยมีเงื่อนไขหรือความต้องการดังนี้ 1. จังหวัดศรีสะเกษ 2. จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และ 3. จังหวัดลำปาง มีความต้องการตรงกัน คือ ให้สิทธิประชาชนในการตรวจสุขภาพ	สหราชอาณาจักร สำหรับประเทศกำลังพัฒนา (มาเลเซีย สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ไต้หวัน) ไม่มีการขึ้นทะเบียน ส่วนประเทศไทยมีระบบการขึ้นทะเบียนในบางกลุ่มคือ กลุ่มผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (ร้อยละ 42.1) กลุ่มผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 13.8) และกลุ่มผู้ประกันตนภายใต้ระบบประกันสังคม (ร้อยละ 9.2) นพ.สุรจิต สุนทรธรรม (สุรจิต สุนทรธรรม. ตรวจสุขภาพถึงเวลาต้องคิดกันใหม่ ไม่เจ็บตัว ไม่เสียใจ โดยไม่จำเป็น. วารสารหมอชาวบ้าน 2543;21:18-23.) ระบุว่า "สุขภาพ" คือ ภาวะอันเป็นสุข ดังนั้น การตรวจสุขภาพจึงเป็นการตรวจหาภาวะอันเป็นสุข และตรวจหาอะไรก็แล้วแต่ที่จะมีผลทำให้ภาวะอันเป็นสุคนั้นเสียไป สิ่งสำคัญที่สุดในการตรวจสุขภาพ คือ การตรวจพฤติกรรม เพราะเป็นสิ่งที่มีความกระทบโดยตรงต่อสุขภาพ จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนความเสี่ยง ลดความเจ็บป่วย และเพิ่มคุณค่าชีวิต ป้องกันไม่ให้เป็นโรค หรือถ้าเป็นแล้วยังไม่มีอาการก็ต้องอย่าปล่อยให้มีอาการ หรือถ้ามีอาการแล้วพยายามหาให้เจอโดยเร็วที่สุด การตรวจหาความ

ประเด็น	ข้อเสนอจากภาคี	ข้อเสนอจากนักวิชาการ/องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง
2. การตรวจสุขภาพ	ประจำปีฟรี 4. จังหวัดนนทบุรี ต้องการให้รัฐสนับสนุนให้มีการตรวจสุขภาพฟรีอย่างละเอียดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 5. จังหวัดพัทลุงต้องการให้รัฐจัดบริการตรวจสุขภาพประจำปีฟรีแก่ประชาชนเป็นประจำทุก 3 เดือนหรือทุก 1 ปี 6. จังหวัดพิจิตร และ 7. จังหวัดกำแพงเพชร ควรให้ออกเป็นกฎหมายให้ประชาชนต้องตรวจสุขภาพประจำปี 8. จังหวัดเชียงใหม่ ให้รัฐกำหนดเป็นนโยบายเพื่อสวัสดิการแก่ประชาชนจากภาครัฐ และประชาชนมีสิทธิในการตรวจสุขภาพฟรี 2 ครั้งต่อปี	เจ็บป่วยหรือโรคจึงเป็นเรื่องสุดท้ายในการตรวจสุขภาพ หัวใจหลักของการตรวจสุขภาพคือ การตรวจปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เพื่อจะได้ป้องกันก่อนการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงอาจเป็นพฤติกรรม ซึ่งส่วนใหญ่สามารถแก้ไขหรือปรับปรุงได้ โดยการพูดคุยระหว่างผู้มารับบริการกับแพทย์ผู้ให้บริการ เพื่อจะได้ทราบประวัติและพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อหาความผิดปกติหรือความเสี่ยง การพูดคุยทำให้ทราบประวัติของผู้มารับการตรวจ เพื่อหามาตรการในการปรับปัจจัยเสี่ยง นี่คือหัวใจหลักของการตรวจสุขภาพ การตรวจหาโรคโดยไม่จำเป็นมีผลเสียมากกว่าผลดี เพราะถ้าการตรวจไม่พบโรคจะส่งผลให้พฤติกรรมประจำวันของผู้ถูกตรวจเหมือนเดิม เท่ากับเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค แทนที่จะลดความเสี่ยง เครื่องมือการตรวจโรคไม่ใช่เครื่องมือที่มีความแม่นยำร้อยละ 100 ดังนั้นการตรวจอาจได้ผลการตรวจลวง ผลตรวจที่ไม่ตรงความเป็นจริง ทำให้เจ็บตัวเสียคุณภาพชีวิต ดังนั้นการลงทุนอะไรต้องให้คุ้มค่าและคุ้มกับคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการด้วย การตรวจสุขภาพจึงต้องก่อให้เกิดอรรถประโยชน์ ต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตตนเองเป็นสำคัญ การตรวจบางอย่างแล้วพบโรคร้ายตั้งแต่ต้น คุณภาพชีวิตหลังการตรวจย่อมแย่ลง และไม่มีหลักฐานใดที่พิสูจน์ให้เห็นได้ว่า การตรวจสุขภาพแล้วพบโรคร้ายตั้งแต่ต้น ทำให้ชีวิตยืนยาวได้จริงอย่างมีคุณภาพตามที่ต้องการ การตรวจสุขภาพจึงต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตที่จะ

ประเด็น	ข้อเสนอจากภาคี	ข้อเสนอจากนักวิชาการ/องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง
2. การตรวจสอบสุขภาพ	9. จังหวัดชลบุรี ต้องการให้มีบริการจัดตรวจสอบสุขภาพประจำปีแก่คนทุกตำบลฟรี 10. จังหวัดสมุทรสงคราม ต้องการให้รัฐจัดบริการตรวจสอบสุขภาพฟรีทุก 6 เดือน 11. จังหวัดกระบี่ กำหนดให้มีการตรวจสอบสุขภาพประจำปีแก่ประชาชน 12. เครือข่ายแรงงานนอกระบบ ต้องการให้มีการตรวจสอบสุขภาพประจำปี 13. องค์กรประชาชนในระดับจังหวัด กรุงเทพมหานครและสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน ต้องการให้มีการตรวจสอบสุขภาพฟรีทุก 3 เดือน	ตามมามาภายหลังการตรวจ เพราะชีวิตและสุขภาพไม่สามารถประเมินค่าเป็นเงินได้ แต่ก่อนการเสียเงินเพื่อการตรวจสอบสุขภาพ ต้องพิจารณาถึงอรรถประโยชน์ (Utility) โดยเฉพาะคุณภาพชีวิต หลังการตรวจ แนวทางการตรวจสอบสุขภาพต้องคำนึงถึงว่าบรรลุวัตถุประสงค์อย่างน้อย 3 อย่างหรือไม่ ซึ่งได้แก่ 1) ชีวิตยืนยาวขึ้น 2) ลดความเจ็บป่วย 3) คุณภาพชีวิตดีขึ้น นพ.สุรจิต สุนทรธรรม (สุรจิต สุนทรธรรม. บทคัดย่อ แนวทางการตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนไทย ฉบับเฉลิมพระชนม 72 พรรษามหาราช. ใน: สุรจิต สุนทรธรรม, บรรณาธิการ. แนวทางการตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนไทย. กลุ่มสถาบันฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางแห่งประเทศไทย. ไม่ระบุแหล่งพิมพ์. 2543.) ยังได้ระบุรายละเอียดเกี่ยวกับแนวทางการตรวจสุขภาพไว้ว่า การกำหนดมาตรการที่ใช้ในการตรวจสอบสุขภาพในปัจจุบันมีความหลากหลายอย่างมาก และแพทย์ส่วนใหญ่ก็มีความเห็นและมีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน การกำหนดว่าจะตรวจอะไรโดยทั่วไปส่วนใหญ่มักกำหนดตามๆ สืบเนื่องกันมา หรืออาศัยความรู้ในการวินิจฉัยโรคในสาขาที่แพทย์ผู้จัดทำโครงการถนัดเป็นพื้นฐานมา ประกอบกับความคิดเห็น โดยขาดการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบถึงคุณค่าและประสิทธิผลว่า สามารถช่วยทำให้มีชีวิที่ยืนยาว ลดการเจ็บป่วย และสร้างเสริมคุณภาพชีวิตได้มากน้อยเพียงใด เป็นผลให้ในรายการการตรวจสุขภาพบางรายการที่จัดทำขึ้นขาดมาตรการตรวจที่มี

ประเด็น	ข้อเสนอจากภาคี	ข้อเสนอจากนักวิชาการ/องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง
2. การตรวจสุขภาพ		คุณค่า แต่อาจกลับมีรายการตรวจที่มีคุณค่าน้อย มีผลสูง และอาจมีผลอื่นไม่พึงประสงค์จากการที่ต้องได้รับการตรวจยืนยันหรือการให้การรักษารวมอยู่ด้วย ผลการศึกษาสรุปได้ว่า มาตรการที่แนะนำให้ทำในการตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนไทยทุกคน ได้แก่ การจัดทำข้อมูลประวัติอย่างละเอียดเพื่อประเมินสภาพความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค และมีการปรับปรุงให้ทันสมัยเป็นระยะๆ นอกจากนี้ยังได้เสนอมาตรการที่ "แนะนำให้ทำเป็นประจำ" ในการตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนไทยที่ปราศจากอาการผิดปกติ การตรวจที่ "ไม่แนะนำให้ทำเป็นประจำ" ในประชาชนทั่วไปที่ปราศจากอาการผิดปกติ สำหรับการตรวจในบุคคลที่มีปัจจัยความเสี่ยงสูงต่างๆ มีคำแนะนำและมีแนวทางปฏิบัติที่แตกต่างไปจากประชาชนทั่วไป มาตรการบางอย่างที่มีคุณค่าน้อยสำหรับประชาชนทั่วไป อาจกลับมีคุณค่ามากสำหรับประชากรกลุ่มความเสี่ยงสูง ดังนั้นจึงแนะนำให้มีการซักประวัติอย่างละเอียดก่อนเสมอ แล้วคัดเลือกมาตรการที่มีคุณค่าสูงสำหรับบุคคลจำเพาะดังกล่าวให้เหมาะสมสำหรับบุคคลนั้นๆต่อไป ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับประเทศไทย 1. เสนอแนะให้มีการจัดทำข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ โดยในเบื้องต้นแนะนำให้ทำในการตรวจสุขภาพสำหรับข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ผู้เข้ารับการศึกษาในสถาน

ประเด็น	ข้อเสนอจากภาคี	ข้อเสนอจากนักวิชาการ/องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง
2. การตรวจสุขภาพ		ศึกษา และลูกจ้างผู้ได้รับการคุ้มครองให้ได้รับการตรวจสุขภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 2. เสนอแนะให้มีการรณรงค์ดำเนินการตามมาตรการที่ได้รับการกำหนดให้มีการตรวจแก่ประชาชนไทยทุกคนเป็นประจำ เช่น การวัดความดันโลหิต การตรวจตา การตรวจมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น 3. เสนอแนะให้ยกเลิกการกำหนดการดำเนินการมาตรการที่ไร้ประสิทธิผล หรือยังปราศจากหลักฐานสนับสนุนว่ามีประสิทธิผล เป็นระเบียบปฏิบัติประจำในการตรวจสุขภาพเพื่อเข้าทำงาน เข้ารับการศึกษา หรือการตรวจสุขภาพในกรณีอื่น แต่ควรมีการจัดทำข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ เพื่อทราบถึงปัจจัยเสี่ยงโดยละเอียด และดำเนินการมาตรการให้เหมาะสมกับปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวนั้นๆ ในการออกใบรับรองสุขภาพ เพื่อประกอบการเข้ารับการศึกษาคือหรือเข้าทำงาน เสนอแนะให้มีการรับรองเกี่ยวกับหลักฐานของการมีภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อซึ่งสามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน ที่มีความสำคัญในประเทศไทย นอกจากนี้ในการออกใบรับรองสุขภาพ เพื่อประกอบการทำใบอนุญาตขับขี่ยานพาหนะ หรือการควบคุมเครื่องจักรกลที่อาจก่อให้เกิดภัยอันตราย เสนอแนะให้มีการรับรองเกี่ยวกับสายตา และการปราศจากโรคที่อาจเป็นอันตราย หากเกิดในขณะขับขี่ยานพาหนะ เช่น

ประเด็น	ข้อเสนอจากภาคี	ข้อเสนอจากนักวิชาการ/องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง
2. การตรวจสุขภาพ		ลมชัก เป็นต้น 4.เสนอแนะให้สถานพยาบาลทุกแห่ง (ทั้งภาครัฐและเอกชน) ในประเทศไทย มีการจัดตั้งคลินิกบุคคลสุขภาพดี (ทั้งเด็กและผู้ใหญ่) และมีการค้นหาบุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่มีความสำคัญในประเทศไทย มาดำเนินมาตรการเพื่อป้องกันการเกิดโรค และการแพร่กระจายของโรค 5.ในการเบิกจ่ายค่าตรวจสุขภาพของข้าราชการไทย เสนอแนะให้เพิ่มการกำหนดให้สามารถเบิกจ่ายค่าตรวจสุขภาพดังต่อไปนี้ 5.1 ค่าตรวจสุขภาพช่องปากไม่เกินปีละ 2 ครั้ง 5.2 ค่าวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักและคอตีบทุก 10 ปี 5.3 ในบุคคลที่ปราศจากหลักฐานของการมีภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ควรให้เบิกจ่ายค่าตรวจ anti-HBc antibody ได้หนึ่งครั้ง ในกรณีที่พบว่าผล anti-HBc antibody เป็นลบ ควรให้เบิกจ่ายค่าวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบีได้หนึ่งชุด (ควรมีใบรับรองแพทย์ประกอบการเบิกจ่ายด้วย) 5.4 สำหรับบุคคลที่มีปัจจัยความเสี่ยงสูงควรให้สามารถเบิกจ่ายค่ามาตรการเพิ่มเติม สำหรับประชากรกลุ่มความเสี่ยงสูง

ประเด็น	ข้อเสนอจากภาคี	ข้อเสนอจากนักวิชาการ/องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง
3. การค้ากำไร	มี 2 ภาคีที่ระบุว่าไม่ต้องการให้การบริการด้านสุขภาพเป็นไปเพื่อการค้ากำไร ซึ่งได้แก่ 1. เครือข่ายสุขภาพคนจน: การบริการต้องไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไร แต่ต้องเป็นบริการเพื่อมนุษยธรรม 2. จังหวัดสมุทรสงคราม: การบริการต้องไม่ค้ากำไร มีกลไกควบคุมจรรยาบรรณอย่างจริงจัง <i>Handwritten signature and text:</i>  5 กย. 65	ศ. ดร. บวรศักดิ์ อุวรรณโณ (บวรศักดิ์ อุวรรณโณ, ปฏิรูประบบสุขภาพ: สิทธิ? หน้าที่? ของคนไทย, กรุงเทพมหานคร: บริษัทดีไซร์ จำกัด, พิมพ์ครั้งที่ 1, 2543.) ระบุว่าบทบัญญัติมาตรา 87 กำหนดว่า "รัฐต้องสนับสนุนระบบเศรษฐกิจแบบเสรีโดยอาศัยกลไกตลาด กำกับดูแลให้มีการแข่งขันอย่างเป็นธรรม" จากบทบัญญัติดังกล่าวรัฐธรรมนูญวางหลักระบบเศรษฐกิจไทยเป็นระบบเศรษฐกิจแบบเสรีโดยอาศัยกลไกตลาด แต่ในเรื่องบริการด้านสุขภาพและสุขภาพะนั้น รัฐธรรมนูญไม่ถือเป็นระบบเศรษฐกิจเสรี แต่ถือเป็นระบบที่รัฐและสังคมต้องลงไปแทรกแซง ระบบเศรษฐกิจแบบเสรีนำมาใช้ไม่ได้ เหตุที่นำมาใช้ไม่ได้ก็เพราะว่า รัฐธรรมนูญกำหนดให้เป็นหน้าที่ของรัฐในมาตรา 82 ซึ่งเป็นเรื่องแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐนั้น รัฐธรรมนูญกำหนดว่า "รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง" ซึ่งหมายความว่า ระบบเศรษฐกิจที่อาศัยกลไกตลาดจะนำมาใช้ไม่ได้ในเรื่องการบริหารและบริการสุขภาพของคนไทย เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องลงไปแทรกแซงจัดเอง จะให้กลไกตลาดมากำกับตามภาวะปกติเช่นเรื่องอื่นไม่ได้

ประเด็น	ข้อเสนอจากภาคี	ข้อเสนอจากนักวิชาการ/องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง
3. การค้ากำไร	มี 2 ภาคีที่ระบุว่าไม่ต้องการให้บริการด้านสุขภาพเป็นไปเพื่อการค้ากำไร ซึ่งได้แก่ 1. เครือข่ายสุขภาพคนตน: การบริการต้องไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไร แต่ต้องเป็นบริการเพื่อมนุษยธรรม 2. จังหวัดสมุทรสงคราม: การบริการต้องไม่ค้ากำไร มีกลไกควบคุมจรรยาบรรณอย่างจริงจัง	ศ. ดร. บวรศักดิ์ อุวรรณโณ (บวรศักดิ์ อุวรรณโณ. ปฏิรูประบบสุขภาพ: สิทธิ? หน้าที่? ของคนไทย. กรุงเทพมหานคร: บริษัทไชร์ จำกัด. พิมพ์ครั้งที่ 1. 2543.) ระบุว่าบทบัญญัติมาตรา 87 กำหนดว่า "รัฐต้องสนับสนุนระบบเศรษฐกิจแบบเสรีโดยอาศัยกลไกตลาด กำกับดูแลให้มีการแข่งขันอย่างเป็นธรรม" จากบทบัญญัติดังกล่าวรัฐธรรมนูญวางหลักระบบเศรษฐกิจไทยเป็นระบบเศรษฐกิจแบบเสรีโดยอาศัยกลไกตลาด แต่ในเรื่องบริการด้านสุขภาพและสุขภาพะนั้น รัฐธรรมนูญไม่ถือเป็นระบบเศรษฐกิจเสรี แต่ถือเป็นระบบที่รัฐและสังคมต้องลงไปแทรกแซง ระบบเศรษฐกิจแบบเสรีนำมาใช้ไม่ได้ เหตุที่นำมาใช้ไม่ได้ก็เพราะว่า รัฐธรรมนูญกำหนดให้เป็นหน้าที่ของรัฐในมาตรา 82 ซึ่งเป็นเรื่องแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐนั้น รัฐธรรมนูญกำหนดว่า "รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง" ซึ่งหมายความว่า ระบบเศรษฐกิจที่อาศัยกลไกตลาดจะนำมาใช้ไม่ได้ในเรื่องการบริหารและบริการสุขภาพของคนไทย เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องลงไปแทรกแซงจัดเอง จะให้กลไกตลาดมากำกับตามภาวะปกติเช่นเรื่องอื่นไม่ได้

Note: 18 November, 2001

1. สรุปการประชุม คปรส

ได้เรียนนำเสนอ รองฯ ปองพลไว้ล่วงหน้า แต่อย่างไรก็ดี ในการประชุม คปรส การอภิปรายจากที่ประชุมไม่คมชัด เป็นการอภิปรายในรายละเอียดค่อนข้างมากไม่สามารถนำมาดำเนินการต่อได้

กลไกนโยบายยังไม่ให้ความเห็นและอภิปรายอย่างมาก รองนายกฯ เห็นว่ากรรมการไม่ควรมีจำนวนมาก แต่ยังมีเนื้อหาหนักแน่น

จากการประชุมพบว่า ในกระทรวงสาธารณสุขมีปัญหาไม่รู้เรื่องปฏิรูป อาจจะต้องให้ข้อมูลมากขึ้น ซึ่งในความจริงแล้วไม่ใช่ไม่ให้ข้อมูล แต่ความรู้ของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขกำลังมีความรู้สึกว่า คสช. เป็นการยึดอำนาจ จากกระทรวงสาธารณสุข

การที่จากที่ประชุม คปรส มีความเห็นไม่มาก อาจจะเนื่องจากกรรมการมาน้อย ในการประชุมครั้งหน้าอาจต้องหาวิธีเชิญให้คนเข้าประชุมมากขึ้น แต่อย่างไรก็ดี การนำเสนอกฎหมายต่อไป อาจจะเป็นประเด็นในประเด็นขอปรึกษาหารือ ไม่ใช่ขอให้พิจารณารายละเอียด

2. การสร้างเสริมสุขภาพ

ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นระบบจัดการปัจจัย สิ่งแวดล้อมและบุคคล (พฤติกรรม) เพื่อให้เกิดการมีสุขภาพ

หมวดนี้ต้องกระชับ ข้อเสนอกำหนดนิยาม ดังนี้

อาจารย์วิฑูรย์

"กระบวนการต่างๆ ที่จะส่งเสริมความสามารถของบุคคล ที่จะเลือกการดำเนินชีวิตของตน ที่จะไปสู่การดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพ ภายใต้อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย"

Ottawa Charter

"กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คน สามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้น คือสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม และพร้อมที่จะปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี"

ของไทย ต้องเน้นการเพิ่มสมรรถนะของสังคมด้วย

ตามกฎหมายนี้ต้องประกอบด้วย หลักการ กลไก กระบวนการ และเนื้อหา

การสร้างเสริมสุขภาพ

หลักการ - จากหมวด 1 (ซึ่งอาจจะต้องขยายความกลุ่มประชากร - เด็ก ผู้หญิง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ แรงงาน ชนกลุ่มน้อย กลุ่มผู้ด้อยโอกาส - ฝ่ายเลขาต้องตรวจสอบเพิ่มเติมว่าเขียนไว้ครบถ้วน) ขยายความในหมวดนี้

- ส่งเสริมความเข้มแข็งชุมชน
- สร้างสภาพแวดล้อมให้สร้างสุขภาพ

ความมุ่งหมาย

- เพื่อนำไปสู่การลดการเจ็บป่วย
- จำกัดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

กลไก

1. กลไก คสช จัดการกฎหมายที่เน้นการสร้างเสริม (กลไกระดับครอบครัว ชุมชน พื้นที่ ระดับชาติ) - เพื่อติดตาม กำกับ เป้าหมาย ระดับชาติ
2. กลไกนโยบายสาธารณะ เน้นการมีส่วนร่วม
3. ให้มีกองทุนสุขภาพชุมชน (กลไกระดับครอบครัว ชุมชน พื้นที่ ระดับชาติ)
4. กลไกระดับชาติ - การส่งเสริมสุขภาพ

แนวทาง/วิธีการ/เนื้อหา

1. สร้างสภาพแวดล้อม
2. สร้างความรู้และทักษะสร้างกระบวนการเรียนรู้ในระดับชุมชนอย่างต่อเนื่อง และสามารถวัดได้ วิเคราะห์ ได้
3. นโยบายสาธารณะต้องเอื้อต่อสุขภาพ
4. สนับสนุนภูมิปัญญาท้องถิ่น และให้เกิดการจัดการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเองโดยชุมชน
5. สร้าง/สนับสนุนกลไกทางการเงินจูงใจต่อการสร้างสุขภาพ
6. ให้ความสนใจในกลุ่มอาชีวอนามัย
7. ตรวจสุขภาพประจำปี
8. กำหนดบทลงโทษผู้กระทำผิดต่อสุขภาพ (การกำหนด zoning) -
→ ย้ายไปหมวด 6 เนื่องจากในหมวดนี้เน้นมาตรการทางบวก)
9. ใช้สื่อมวลชน - เพื่อสร้างสุขภาพ

กองทุนสุขภาพชุมชน

สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ของชุมชน

สนับสนุนให้เกิดการระดมทุนโดยชุมชน และบริหารจัดการโดยชุมชน และมีเป้าหมายหนึ่งเพื่อเป็นการสร้างเสริมสุขภาพ

จากการประชุมพบว่า การเขียนกฎหมายฉบับนี้ภายหลัง อาจต้องรวมเรื่องต่อไปนี้อีกที่ต่างๆ ที่ จะกำหนดไว้ในกฎหมายเข้าไว้ด้วยกัน -

1. กองทุนชุมชน / การคลังด้านสุขภาพ
2. การมีส่วนร่วม
3. ภูมิปัญญาท้องถิ่น

ฝ่ายเลขารวบรวมเพื่อนำเสนอในภายหลัง

การเงินการคลังด้านสุขภาพ

มี 2 ระดับ

1. ระดับ macro

- มีกฎหมายสนับสนุน
- ไม่มีกฎหมาย เช่น กองทุนบัตรสุขภาพ

ฝ่ายเลขาศึกษาเพิ่มเติม จากกฎหมายต่างๆ รวมทั้งเป้าหมายของแต่ละกองทุน และไม่มีกฎหมาย กำหนดเป็นกองทุนเฉพาะ เช่น การกำหนดสัดส่วนงบประมาณ (ขอเอกสารการศึกษาของสำนักงาน งบประมาณ - วารุณี)

2. ระดับ micro

ลักษณะ

- กองทุนที่ชาวบ้านระดมทุนเอง เพื่อพัฒนาความเป็นอยู่
 - รัฐเข้าไปจัดตั้ง - กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ และมักจะไม่มียั่งยืน
- พบ.นี้ ไม่ควรสนับสนุนกองทุนลักษณะจัดตั้ง แต่ควรสนับสนุนกองทุนจัดตั้งโดยชุมชน แม้ว่าจะ

ไม่มีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อสุขภาพ

ให้ฝ่ายวิชาการ ทำการสังเคราะห์รูปแบบการเงินการคลังที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ในระดับmicro เพิ่มเติม

ตัวอย่างกองทุนที่มีอยู่ในปัจจุบัน

กองทุนสุขภาพ		กองทุนอื่นๆ
มีกฎหมาย	อื่นๆ (เงินสนับสนุน)	
สสส	สาธารณสุขมูลฐาน	สงเคราะห์ราษฎรผู้ยากไร้
หลักประกันสุขภาพ	เอดส์	สงเคราะห์คนชรา
แผนไทย	สนับสนุน NGO (โรคศิลปะ)	ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ
ผู้ประสบภัยจากรถ		กองทุนหมู่บ้าน
เงินทดแทน		กองทุนอนุรักษ์พลังงาน
ประกันสังคม		

และยังมีกองทุนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยอีก (จากกฎหมายที่จะเสนอกำหนดร้อยละ 2-3 ให้การสนับสนุนการวิจัย) - ต้องพิจารณาเพิ่มเติม

จากการพิจารณาข้อมูล อาจจะต้องเขียนเพื่อให้กองทุนที่มีอยู่แล้วจะสนับสนุนเรื่องกฎหมายนี้ต้องการอย่างไร มากกว่าการขอตั้งกองทุนใหม่ (เช่น อาจจะเขียนเพื่อให้ สสส ส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน)

ในกรณีที่เป็นประเด็นขัดแย้ง อาจจะเสนอให้มีการพิจารณาคัดเลือก (ภาพปัจจุบัน v.s. ข้อเสนอใหม่)

พ.สุวิทย์ เสนอ การสร้างเสริมสุขภาพ

"คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จะต้องกำหนดเป้าหมายแห่งชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เป้าหมายเหล่านี้มุ่งที่จะลดภาวะเจ็บป่วยของคนทั้งประเทศ ซึ่งอย่างน้อยจะต้องครอบคลุมประเด็นเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างสุขภาพ"

"รัฐจะต้องให้การสนับสนุนใช้มาตรการด้านภาษีงบประมาณ กฎหมาย ด้านวิชาการ และมาตรการด้านสังคมอื่นๆ หรือสนับสนุนให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องสามารถระดมศักยภาพของสังคมทั้งสังคม ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดให้ได้"

"คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จะต้องพัฒนากลไกการติดตาม กำกับการดำเนินนโยบายสำคัญ ที่มุ่งบรรลุเป้าหมายดังกล่าว และจัดทำแผนงานประจำปี เสนอต่อรัฐสภา คณะรัฐมนตรี และสภาสุขภาพแห่งชาติ"

"รัฐโดย กสช. จะต้องจัดให้มีช่องทางสื่อสารสาธารณะทั้ง วิทยุ โทรทัศน์ และอื่นๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของช่องสื่อสารสาธารณะทั้งหมด ทั้งนี้ให้มีช่องสถานีวิทยุสุขภาพที่มีเครือข่ายทั่วประเทศอย่างน้อย 1 สถานี และมีเครือข่ายวิทยุ โทรทัศน์ ด้านสุขภาพในระดับท้องถิ่นทั่วประเทศ"

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) เป็นกระบวนการ จะเกี่ยวข้องกับ

- ความมั่นคงด้านสุขภาพ – เน้นนโยบายที่สร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของประชาชน
- การสร้างเสริมสุขภาพ
- การป้องกันผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพ

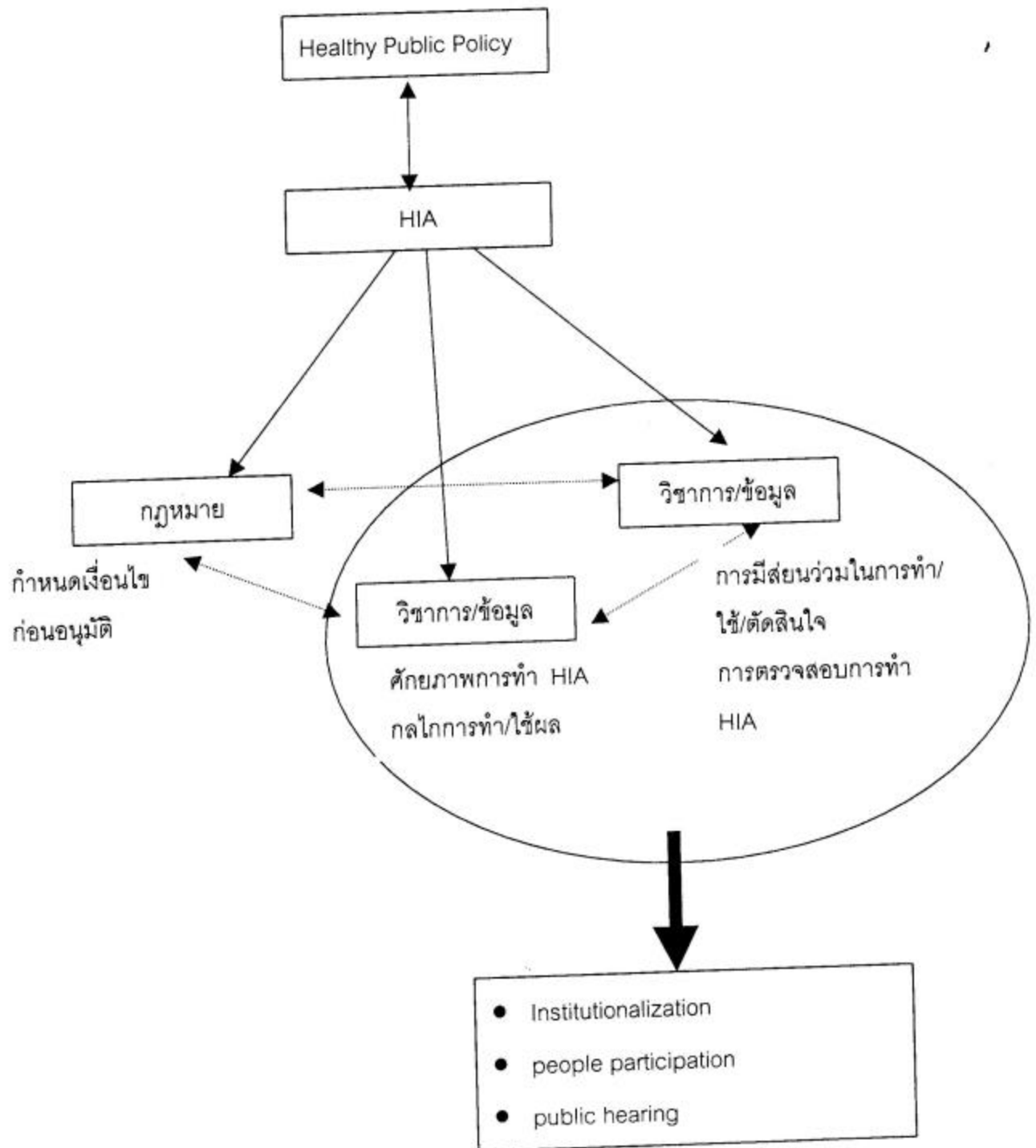
กระบวนการ HIA - 2 ส่วน

1. อนุมัติ – อนุมัติหรือไม่ในนโยบาย/โครงการ แต่จากการศึกษาเป็นระดับโครงการมากกว่านโยบาย
2. กระบวนการเรียนรู้ – และใช้กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในสังคม ไปมีบทบาทแทรกแซงการตัดสินใจของรัฐบาล

สำหรับในประเทศไทยต้องการเป็นการอนุมัติหรือเป็นกระบวนการเรียนรู้

ถ้า HIA เป็นการอนุมัติ - กฎหมายนี้จะแคบเกินไป เนื่องจากเป็นเรื่องกระบวนการ ถ้าจะนำไปใช้กระบวนการเรียนรู้ จะอยู่ในกระบวนการพิจารณา

จากประสบการณ์ที่ผ่านมาการบังคับใช้กฎหมายเพียงทางเดียว พบว่าไม่ประสบผลสำเร็จ (ประสบการณ์ของ EIA) กฎหมายฉบับนี้ควรเน้นการเขียนเรื่องกระบวนการทางวิชาการ/ข้อมูล และกระบวนการทางสังคม และเมื่อเข้มแข็งแล้วจึงจะดำเนินการทางกฎหมาย



ฐานในเรื่องนี้อยู่ใน รัฐธรรมนูญ

มาตรา 56 : สิทธิ มีส่วนร่วม บำรุงรักษา การใช้ประโยชน์ สิ่งแวดล้อม ... ที่กระทบต่อสุขภาพ/ ,
คุณภาพชีวิต ต้องทำ EIA ก่อน

มาตรา 59 : มีสิทธิรับรู้ข้อมูล คำชี้แจง เหตุผล ก่อนอนุญาต/ดำเนินโครงการที่อาจมีผลกระทบต่อ
สิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต แสดงความคิดเห็นตามที่กฎหมายกำหนด

รัฐธรรมนูญกำหนดในส่วนของนโยบายที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ แต่ในเรื่องนี้จะมองไปถึงนโยบาย
ด้านบวกที่จะส่งเสริมให้เกิดประโยชน์ด้านสุขภาพต่อประชาชนด้วย เป็นการเปิดเงื่อนไขตามกฎหมายนี้

กฎหมายนี้จะประกอบด้วย

หน้าที่จัด

รัฐมีหน้าที่จัดกระบวนการ

ผู้จัดกระบวนการ

สถาบันให้เป็นองค์กรอิสระ ภายใต้ สำนักงานเลขา คสช

หลักการ

ให้เกิดกระบวนการเพื่อให้มีส่วนร่วม (scoping และ public review) โปร่งใส

วิธีการ

ออกกฎหมายลูกภายหลัง

(ควรต้องมีกระบวนการร่างกฎหมายลูกที่สอดคล้องกับ พรบ. โดยอาจร่างควบคู่ไปกับ

พรบ)

สรุป

การเขียนเรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ใน พรบ.สุขภาพ

หมวด 2 หน้าที่คณะกรรมการ - กำหนดเป็นหน้าที่ คสช และในหน้าที่สำนักงานเลขา ไว้แล้ว (ซึ่ง

อาจเติม ตัวอย่าง "เช่น การประเมิน... หน้า 7)

หมวด 4 ความมั่นคงด้านสุขภาพ

หมวด 5 สร้างเสริมสุขภาพ

หมวด 6 การป้องกันปัญหาคุกคามสุขภาพ

สำหรับการดำเนินการทางวิชาการ/เคลื่อนกับ สวรส เพื่อตั้งและดำเนินการตั้งและเริ่มดำเนินการ

"ทันที"

01.18 พ.ย. 44

I

ระบบสร้างเสริมชุมชน

Def.

กระบวนการทางสังคม 4 ขั้นตอน / $\Rightarrow$ (Process + กลไก)

เพื่อสร้างเสริมชุมชน
ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

กลไก

ระดมทุน
ระดมกำลังคน
ระดมปัญญา

ใช้กลไก 3 ประการ $\Rightarrow$ 1. กลไกการเงิน
2. กลไกการดำเนินงาน
3. กลไกการติดตามประเมินผล

หลักการ

สร้างเสริมชุมชนให้เข้มแข็ง

แนวทาง/วิธีการ

สร้างเสริมชุมชนให้เข้มแข็ง
สร้างเสริมชุมชนให้มีความรู้และทักษะ
สร้างเสริมชุมชนให้มีความสามารถ
สร้างเสริมชุมชนให้มีความเข้มแข็ง

ความหมาย

การพัฒนาระบบ
การพัฒนาระบบ
การพัฒนาระบบ

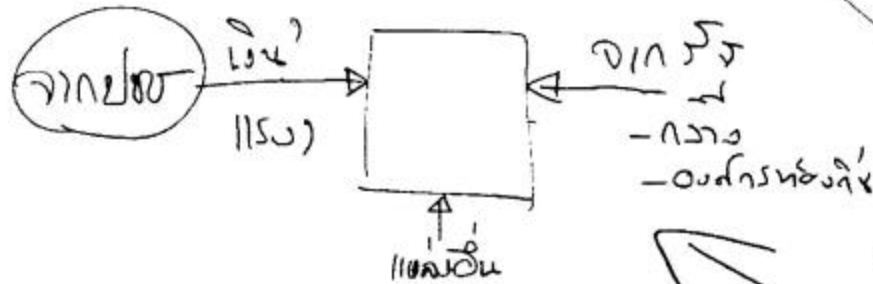
สร้างเสริมชุมชนให้เข้มแข็ง
สร้างเสริมชุมชนให้มีความรู้และทักษะ
สร้างเสริมชุมชนให้มีความสามารถ
สร้างเสริมชุมชนให้มีความเข้มแข็ง

การจัดทำแผน / Zoning (แผน 6)

การจัดทำแผน / Zoning (แผน 6)
การจัดทำแผน / Zoning (แผน 6)
การจัดทำแผน / Zoning (แผน 6)

II

กองทุนสมทบ



กองทุนสมทบและทรัพย์สินของรัฐ?

ไม่ทำ: มีกองทุนสมทบ
ทำ: ใช้เงินใช้กองทุนที่มีอยู่
ใช้กองทุนที่มีอยู่

ใช้เงินสมทบ?

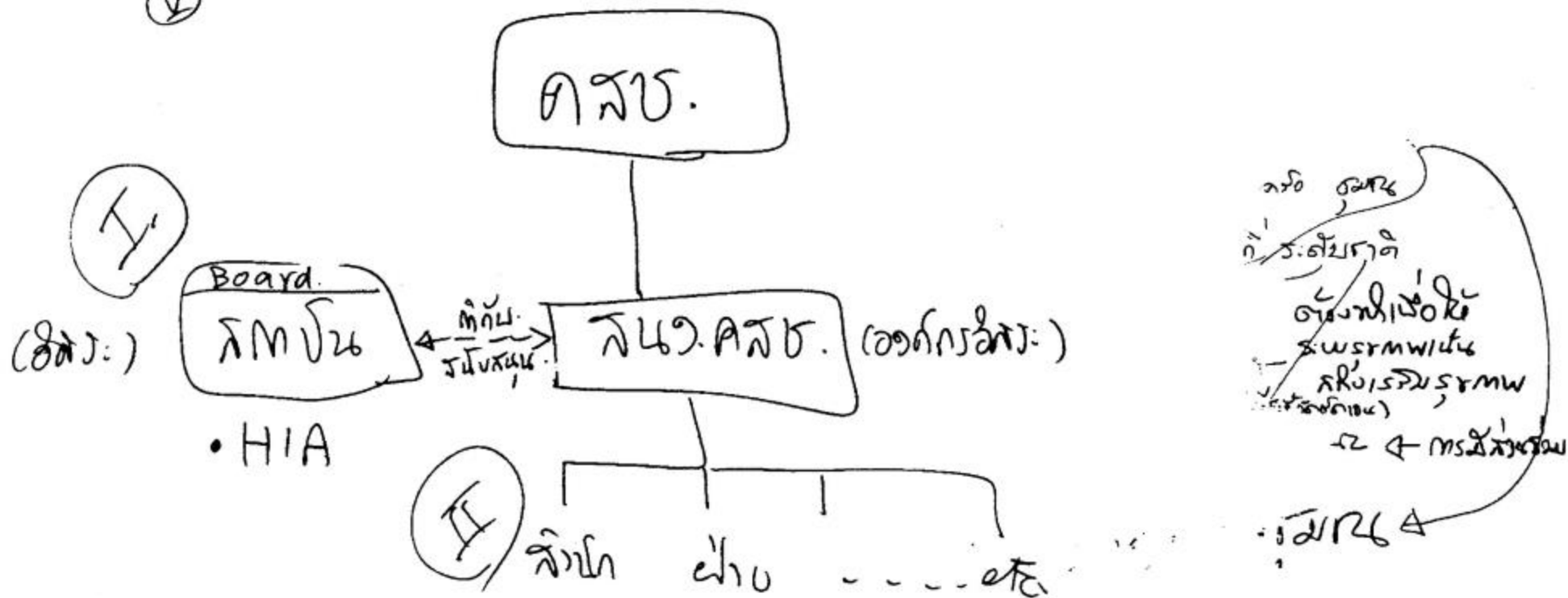
ใช้เงินสมทบจากกองทุนที่มีอยู่
ใช้เงินสมทบ

มีเงินก้อนหนึ่ง... ใช้เงินสมทบ?
มีเงินก้อนหนึ่ง...

- * เงินก้อนหนึ่ง
- * มีเงินก้อนหนึ่ง
- * กองทุน → กองทุนสมทบ
- + macro
- + micro

99
กองทุน (อ.วิฑูรย์)

มีเงินก้อนหนึ่ง
ใช้เงินสมทบ



1. 1000
 2. 1000
 3. 1000
 4. 1000
 5. 1000
 6. 1000
 7. 1000
 8. 1000
 9. 1000
 10. 1000
 11. 1000
 12. 1000
 13. 1000
 14. 1000
 15. 1000
 16. 1000
 17. 1000
 18. 1000
 19. 1000
 20. 1000
 21. 1000
 22. 1000
 23. 1000
 24. 1000
 25. 1000
 26. 1000
 27. 1000
 28. 1000
 29. 1000
 30. 1000
 31. 1000
 32. 1000
 33. 1000
 34. 1000
 35. 1000
 36. 1000
 37. 1000
 38. 1000
 39. 1000
 40. 1000
 41. 1000
 42. 1000
 43. 1000
 44. 1000
 45. 1000
 46. 1000
 47. 1000
 48. 1000
 49. 1000
 50. 1000
 51. 1000
 52. 1000
 53. 1000
 54. 1000
 55. 1000
 56. 1000
 57. 1000
 58. 1000
 59. 1000
 60. 1000
 61. 1000
 62. 1000
 63. 1000
 64. 1000
 65. 1000
 66. 1000
 67. 1000
 68. 1000
 69. 1000
 70. 1000
 71. 1000
 72. 1000
 73. 1000
 74. 1000
 75. 1000
 76. 1000
 77. 1000
 78. 1000
 79. 1000
 80. 1000
 81. 1000
 82. 1000
 83. 1000
 84. 1000
 85. 1000
 86. 1000
 87. 1000
 88. 1000
 89. 1000
 90. 1000
 91. 1000
 92. 1000
 93. 1000
 94. 1000
 95. 1000
 96. 1000
 97. 1000
 98. 1000
 99. 1000
 100. 1000
 101. 1000
 102. 1000
 103. 1000
 104. 1000
 105. 1000
 106. 1000
 107. 1000
 108. 1000
 109. 1000
 110. 1000
 111. 1000
 112. 1000
 113. 1000
 114. 1000
 115. 1000
 116. 1000
 117. 1000
 118. 1000
 119. 1000
 120. 1000
 121. 1000
 122. 1000
 123. 1000
 124. 1000
 125. 1000
 126. 1000
 127. 1000
 128. 1000
 129. 1000
 130. 1000
 131. 1000
 132. 1000
 133. 1000
 134. 1000
 135. 1000
 136. 1000
 137. 1000
 138. 1000
 139. 1000
 140. 1000
 141. 1000
 142. 1000
 143. 1000
 144. 1000
 145. 1000
 146. 1000
 147. 1000
 148. 1000
 149. 1000
 150. 1000
 151. 1000
 152. 1000
 153. 1000
 154. 1000
 155. 1000
 156. 1000
 157. 1000
 158. 1000
 159. 1000
 160. 1000
 161. 1000
 162. 1000
 163. 1000
 164. 1000
 165. 1000
 166. 1000
 167. 1000
 168. 1000
 169. 1000
 170. 1000
 171. 1000
 172. 1000
 173. 1000
 174. 1000
 175. 1000
 176. 1000
 177. 1000
 178. 1000
 179. 1000
 180. 1000
 181. 1000
 182. 1000
 183. 1000
 184. 1000
 185. 1000
 186. 1000
 187. 1000
 188. 1000
 189. 1000
 190. 1000
 191. 1000
 192. 1000
 193. 1000
 194. 1000
 195. 1000
 196. 1000
 197. 1000
 198. 1000
 199. 1000
 200. 1000
 201. 1000
 202. 1000
 203. 1000
 204. 1000
 205. 1000
 206. 1000
 207. 1000
 208. 1000
 209. 1000
 210. 1000
 211. 1000
 212. 1000
 213. 1000
 214. 1000
 215. 1000
 216. 1000
 217. 1000
 218. 1000
 219. 1000
 220. 1000
 221. 1000
 222. 1000
 223. 1000
 224. 1000
 225. 1000
 226. 1000
 227. 1000
 228. 1000
 229. 1000
 230. 1000
 231. 1000
 232. 1000
 233. 1000
 234. 1000
 235. 1000
 236. 1000
 237. 1000
 238. 1000
 239. 1000
 240. 1000
 241. 1000
 242. 1000
 243. 1000
 244. 1000
 245. 1000
 246. 1000
 247. 1000
 248. 1000
 249. 1000
 250. 1000
 251. 1000
 252. 1000
 253. 1000
 254. 1000
 255. 1000
 256. 1000
 257. 1000
 258. 1000
 259. 1000
 260. 1000
 261. 1000
 262. 1000
 263. 1000
 264. 1000
 265. 1000
 266. 1000
 267. 1000
 268. 1000
 269. 1000
 270. 1000
 271. 1000
 272. 1000
 273. 1000
 274. 1000
 275. 1000
 276. 1000
 277. 1000
 278. 1000
 279. 1000
 280. 1000
 281. 1000
 282. 1000
 283. 1000
 284. 1000
 285. 1000
 286. 1000
 287. 1000
 288. 1000
 289. 1000
 290. 1000
 291. 1000
 292. 1000
 293. 1000
 294. 1000
 295. 1000
 296. 1000
 297. 1000
 298. 1000
 299. 1000
 300. 1000

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ National Health System Reform Office



บันทึกข้อความ

วันที่ 6 พฤศจิกายน 2544

เรื่อง สรุปผลการประชุมคณะกรรมการทำงานยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4/2544

เรียน นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์, ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, คุณศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์, อ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส, นพ.วิฑูร พูลเจริญ, นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, คุณชาญเชาว์ ไชยานุกิจ, นพ.อำพล จินดาวัฒนะ, นพ.ขวัญชัย วิศิษฐานนท์, คุณประเวศ อรรถสุภผล, คุณวราวุธ สุรนิวงศ์, ดร.วณิ ปิ่นประทีป, คุณกรรณิการ์ บรรเทึงจิตร, คุณสุทธิกานต์ ชุณหะวัณ, คุณสมพันธ์ เตชะอธิก, คุณวิเชียร กุศลวัต, คุณดวงพร เสงี่ยมพงษ์, ทพญ.เพ็ญแข ลากยัง, คุณ ปิณฑิพร จันทรรักษ์ ณ อยู่ชยา

จากการที่คณะกรรมการทำงานยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ได้มีการประชุมครั้งที่ 4/2544 เมื่อวันอาทิตย์ที่ 4 พฤศจิกายน 2544 นั้น ที่ประชุมได้มีการพิจารณาในหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ ซึ่งมีรายละเอียดพอสรุปได้ดังเอกสารที่แนบ และได้มีการนัดประชุมครั้งต่อไปในวันเสาร์ที่ 10 พฤศจิกายน 2544 เวลา 10.00 น. ณ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาในรายละเอียดเกี่ยวกับหมวดที่ 4 ว่าด้วย ความมั่นคงด้านสุขภาพ ซึ่งในหมวดนี้ที่ประชุมครั้งที่ 1/2544 ได้มอบหมายให้นพ. วิฑูร พูลเจริญ ไปยกร่างมานำเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณา เข้าประชุมตามวัน เวลา และสถานที่ข้างต้นด้วย จะเป็นพระคุณ

(นางปิณฑิพร จันทรรักษ์ ณ อยู่ชยา)

ผู้จัดการแผนงานบริหารทั่วไป

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการฯ

- ทภบ
- แผน P4 (3)

อ.พว
6 พย. 44

S 0004/4 พ.ย.44

สรุปประชุม วันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2544

สิทธิหน้าที่ด้านสุขภาพ

มีเอกสารนำเข้าไปที่ประชุมพิจารณา 3 ชิ้น คือ 1. เอกสารที่คณะวารุณี ๑ ร่างมานำเสนอ 2. เอกสารของ อ.วิฑูรย์ฯ และ 3. เอกสารสิทธิของประชาชนด้านสุขภาพ ที่คณะสิทธิมนุษยชนฯ สืบค้นจากกฎหมายต่างประเทศ ซึ่งที่ประชุมได้อภิปรายอย่างกว้างขวางว่าพื้นฐานความคิดมาจากรัฐธรรมนูญ ร่างยังขาดข้อสะท้อนของประชาชน เนื่องจากกฎหมายนี้จะป็นธรรมนูญ ใน รธน. กำหนด "ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ" ร่างกฎหมายนี้ยังเป็นร่างที่เหมือนกับ รธน. จึงยังไม่สามารถขยายรายละเอียดออกไปได้ ความพยายามตามความเห็นของประชาชน และที่ทำการจะขาดไป ไม่มีรายละเอียด และอาจจะกลายเป็นกฎกระทรวง ซึ่งอาจจะทำให้เปลี่ยนแปลงเจตนารมณ์ที่แท้จริงของประชาชนไป

ขณะนี้ตาม ร่างอ.วิฑูรย์ฯ หลักเสียงที่จะยกร่างตาม รธน. แต่เป็นการยกร่างที่เน้นเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ เป็น พรบ. ที่ต้องการให้เกิดผลตามที่กฎหมายบัญญัติ แต่เป็นเรื่องยาก เพราะเป็นเรื่องบังคับรัฐ และในขณะเดียวกันบังคับประชาชนโดยรวมให้ทำหน้าที่ เพื่อตนเอง ทำให้กำหนดบทลงโทษได้ยาก ทั้งในส่วนของผู้ลงโทษรัฐ และประชาชนที่ไม่ทำหน้าที่

ยังขาดรายละเอียด เช่น ในเรื่อง ม. 56 ว 2 รธน. นโยบายสาธารณะที่กระทบต่อสุขภาพ ร่างฉบับนี้ยังขาดรายละเอียด แม้ว่าจะขาดรายละเอียดแต่ยังสามารถออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องได้ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ออกหรือไม่ขึ้นอยู่กับหน่วยงานรับผิดชอบ)

หมวด 3 นี้เป็นเรื่องภาพรวม ส่วนกลไกที่จะทำให้เกิดสิทธิตามกฎหมายนั้น เป็นไปในรายละเอียดที่กำหนดในรายละเอียดย่อย

รัฐธรรมนูญไม่ได้กำหนดเรื่องสุขภาพไว้ให้ออกกฎหมายเพื่อดำเนินการให้เป็นไปตาม รธน. เช่น กกต. หรือการศึกษา ไว้เป็นธรรมนูญ เรื่องการปรับระบบและบังคับรัฐ ส่วนของสาธารณสุขกำหนดเป็นเรื่องการบริการทางการแพทย์ แต่การร่างกฎหมายฉบับนี้เป็นการร่างธรรมนูญ ไม่ใช่นำหน้าที่ตาม รธน. ซึ่งไม่ใช่การร่างกฎหมายเพียงฉบับเดียว แต่ต้องการกฎหมายฉบับอื่น ทั้งในระดับ พ.ร.บ. อื่น หรือระดับ กฎฎีกา

ให้ออกโดยสร้างกลไกไว้ในกฎหมายฉบับนี้ โดยให้เป็นหน้าที่ของคณะกรรมการ เป็นดำเนินการ แต่จะไม่ออกเป็นกฎบังคับให้แก้กฎหมายหรือบังคับดำเนินการในเรื่องใด แต่เปิดให้พิจารณาดำเนินการ

การให้ออกดำเนินการ ในกรณีเห็นปัญหาชัดเจนอาจกำหนดให้ออกเป็นกฎกระทรวง แต่ในกรณีที่ปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังกฎหมายบังคับใช้ ก็ยังคงมีอำนาจในการออกกฎกระทรวงเพิ่มเติมได้

หมวดที่ 3 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

หลักการเขียนเรื่องสิทธิคือ

1. มีกำหนดในรัฐธรรมนูญ
 - 1.1 ชัดเจนแล้ว - ไม่ต้องเขียนซ้ำ
 - 1.2 ช่างกว้าง – คึงมาเขียนเน้นให้ชัดในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
2. ยังไม่มีกำหนดในรัฐธรรมนูญ
 - 2.1 เขียนเติมให้ชัดเจนขึ้น

สิทธิด้านสุขภาพ

1. สิทธิในการดำเนินชีวิต/ดำรงชีพในสิ่งแวดล้อม/และสภาพแวดล้อมที่ เหมาะสม อย่างสมดุลย์
2. สิทธิในการรับบริการสุขภาพ
 - ที่ปลอดภัย,มีคุณภาพ,ได้มาตรฐาน,หลากหลาย(หลายแผน)
 - เรียกร้องเมื่อได้รับความเสียหาย
3. สิทธิในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ถูกต้อง พอเพียง
 - ข้อมูลข่าวสาร (รธน. ม. 58 , ม. 59)
 - คนปกติได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสารเพียงพอในการเพิ่มศักยภาพตนเองด้านสุขภาพ
 - เมื่อป่วยได้รับข้อมูลถูกต้อง เพียงพอ ในการร่วมตัดสินใจ
4. ผู้สูงอายุ(60 ปีขึ้นไป) ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ผู้ยากไร้และผู้ที่ยังสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์ด้านสุขภาพจากรัฐ

มอบหมายให้ฝ่ายเลขานุการตรวจสอบ “ผู้ที่ยังสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล” ว่ามีใช้อย่างเป็นทางการที่ใดบ้าง
5. (มีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่อ ปังยับยุงความสุขภาพ)

ไม่ต้องเขียนให้เป็นสิทธิ เพราะเป็นหน้าที่ของรัฐตามรัฐธรรมนูญ ม.52 วรรค 3 ที่เขียนไว้ชัดเจนแล้ว และตาม พ.ร.บ. นี้จะกำหนดเป็นหมวดหนึ่งเฉพาะอยู่แล้ว
6. มีสิทธิในการรวมตัวกันจัดบริการสุขภาพ

อ้างอิงรัฐธรรมนูญ สิทธิการรวมตัวกันเพื่ดำเนินการ กำหนดไว้ใน รธน.ม. 45 และรวมตัวเพื่ออนุรักษ์ ภูมิปัญญาท้องถิ่น (รธน. ม. 46) ต้องเปิดที่ยืนให้ชุมชน มีทางเลือกในการบริการเพื่อการพึ่งตนเองของชุมชน เสนอ 2 ทางเลือกคือ

 - (1) “ประชาชนที่รวมตัวกันเป็นองค์กรภาคประชาชนมีสิทธิในการดำเนินการจัดบริการสุขภาพของตนเองและของคนในชุมชนในลักษณะที่ใช้ภูมิ ปัญญาท้องถิ่น โดยไม่ค้ากำไร” (ซึ่งเท่ากับต้องปฏิบัติตามกฎหมายต่างๆที่เกี่ยวข้องอยู่แล้ว)
 - ประเด็นนี้สำคัญมาก เพราะภาคประชาชนต้องการสิทธิในการรวมตัวกันจัดบริการสุขภาพกันเองด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้าน แต่ปัจจุบันคิดขัดกฎหมายหลายฉบับ จนถูกระบุว่า “เลือน”

- (2) “ประชาชนที่รวมตัวกันเป็นองค์กรภาคประชาชนมีสิทธิในการดำเนินการจัดการบริการสุขภาพของตนเอง และของคนในชุมชนในลักษณะที่ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยไม่ค้ากำไรและไม่เป็นอันตราขายต่อประชาชน”
(หรือ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง)

- จะใช้เป็นประเด็นสอบทานความเห็นจากประชาคมต่างๆและจากสาธารณะต่อไปด้วย

7. มีสิทธิได้รับความปลอดภัยในชีวิตและร่างกาย

8. มีสิทธิตายอย่างมีศักดิ์ศรี

หลังตาย คนตายไม่มีสิทธิแล้ว จะนำไปเขียนไว้ในระบบบริการสุขภาพ

9. ทารกในครรภ์มีสิทธิเกิดมาอย่างมีสุขภาพ

10. เด็กและเยาวชนและบุคคลในครอบครัวมีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากการใช้ความรุนแรงและการปฏิบัติที่
คุกคามสุขภาพ

11. สิทธิเฉพาะหญิงในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ซึ่งมีความจำเพาะที่เกี่ยวกับสุขภาพ

อ.ศรีสว่างและ ดร.วณิ รับไปปรึกษาประชาคมผู้หญิงเพื่อจับประเด็นสิทธิออกมาให้ชัดเจน

12. สิทธิผู้ป่วย

เรียบเรียงจากคำประกาศสิทธิผู้ป่วยและให้มีประเด็นสิทธิเรียกร้องค่าเสียหายที่เกิดจากการรับบริการสุขภาพด้วย

13. สิทธิเกี่ยวกับผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ

-(1) มีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอนของระบบการประเมินผลกระทบฯตั้งแต่ต้น (HIA)

หรือ(2) มีสิทธิรับรู้ผลการประเมินผลกระทบฯและร่วมตัดสินใจก่อนลงมือดำเนินโครงการ

- ฝ่ายวิชาการเสนอ(1) เพราะได้เรียนรู้จากการประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม (EIA) ซึ่งใช้วิธี(2) ปรากฏว่าไม่ได้ผล เกิดปัญหามาก เสนอว่าเรื่องนี้ต้องเน้นการมีส่วนร่วมและใช้มาตรการทางสังคมมากกว่ามาตรการทางกฎหมายอย่างเดียว

- จะได้นำไปเป็นประเด็นสอบทานความเห็นจากประชาคมต่างๆและจาก สาธารณะต่อไป

14. (สิทธิผู้บริโภค)

- รอตตรวจสอบจาก ร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้บริโภค (ฉบับใหม่) หากไม่มี คือนำไปใส่ในหมวดสิทธิด้วย เพื่อขยายความ รธน. ม. 57 แต่อาจไม่จำเป็นต้องเขียนในหมวดนี้ เพราะมีหมวดเฉพาะเรื่องนี้อยู่แล้ว

15. (สิทธิที่จะได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี)

- มีประชาคมต่างๆเสนอความเห็นไว้เป็นจำนวนมาก (ที่ประชุมยังไม่ได้พิจารณา)

หน้าที่ด้านสุขภาพ

1. บุคคล องค์กรเอกชน หน่วยงาน และชุมชนท้องถิ่น มีหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพแก่ตนเองและสมาชิกขององค์กรนั้นๆ และมีหน้าที่รับผิดชอบต่อการกระทำให้เกิดปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ตามที่กฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกำหนด
2. บุคคล องค์กรเอกชน หน่วยงาน และชุมชนท้องถิ่น มีหน้าที่ร่วมกันอนุรักษ์ ปันฟู จาริดประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น ทรัพยากรธรรมชาติ ที่ส่งผลต่อการเสริมสร้างสุขภาพ
3. รัฐมีหน้าที่ประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ก่อนดำเนินการ โครงการใดที่อาจก่อให้เกิดปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
4. รัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่จัดให้มีระบบบริการด้านสุขภาพ ให้ได้มาตรฐาน ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ
5. รัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ในการดำเนินการต่างๆ เพื่อสร้างโอกาส ปกป้อง คุ้มครองและจัดการเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี และรับผิดชอบต่อการแก้ปัญหาที่คุกคามสุขภาพของประชาชนจากนโยบายสาธารณะหรือการดำเนินการของรัฐ หรือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเองด้วย

การกำหนดเป็นหน้าที่จำเป็นต้องมีบทลงโทษทางอาญา หรือ บทลงโทษที่กำหนดในกฎหมายเฉพาะ เช่น พ.ร.บ. จราจร - ยึดใบขับขี่ หรือ ม. 68 รธน. - มีหน้าที่ไปใช้สิทธิเลือกตั้ง ถ้าไม่ไปเสียสิทธิตามกฎหมาย เป็นต้น

การละเลยหน้าที่ และมีความร้ายแรงอันส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพ เป็นเรื่องที่ส่งผลต่อสุขภาพโดยตรง ถือเป็นบทลงโทษอยู่แล้ว

ในกรณีที่ก่อผลกระทบหรือทำให้เกิดปัจจัยคุกคาม ให้ใช้บทลงโทษตามกฎหมายเฉพาะที่เกี่ยวข้อง

ในการเขียนกฎหมายนั้นในส่วนของสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพจะเขียนสิทธิของบุคคลไว้เป็นหลัก ส่วนสิทธิของครอบครัว ชุมชน และสังคม ให้เขียนหมวดท้ายไว้ในวรรคสุดท้าย

หมวด 3 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 1 สิทธิด้านสุขภาพ

3.1 บุคคลย่อมมีสิทธิในการดำเนินชีวิตโดยมีปัจจัยพื้นฐานในการดูแลสุขภาพที่เพียงพอ สะอาด ปลอดภัย มีสภาพแวดล้อมด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อการมีสุขภาพดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมโดยรวม

3.2 บุคคลย่อมมีสิทธิและโอกาสเสมอกันในการรับบริการด้านสุขภาพที่ได้มาตรฐานจากรัฐอย่างทั่วถึงและมีทางเลือก

การบริการด้านสุขภาพที่รัฐจัดให้ ต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพ คุณภาพชีวิต การใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม รวมทั้งการสืบสานศิลปวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นในลักษณะองค์รวมแห่งสุขภาพ

3.5 บุคคลมีสิทธิในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ โรคภัยไข้เจ็บ หรือปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ด้านสุขภาพที่ถูกต้องอย่างเพียงพอที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย สามารถร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาลหรือกระบวนการใด ๆ ที่มีผลกระทบต่อร่างกาย สุขภาพและชีวิต ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันในชุมชนและสังคม รวมทั้งมีสิทธิตรวจสอบ ร้องเรียนและร่วมกลไกการตัดสินใจและการบริหารระบบสุขภาพ

3.3 ผู้ยากไร้ บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ มีสิทธิได้รับบริการด้านสุขภาพจากรัฐ ตามความจำเป็นพื้นฐานโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ

3.4 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์

3.6 ประชาชนที่รวมตัวกันเป็นองค์กรภาคเอกชน มีสิทธิในการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพของตนเองและของคนในชุมชนในลักษณะที่ไม่ค้ากำไร

ส่วนที่ 2

หน้าที่ด้านสุขภาพ

3.7 ประชาชนมีหน้าที่ในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัว ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินการต่าง ๆ เพื่อการพึ่งพาตนเองและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม

3.8 ประชาชน ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและรัฐ ต้องร่วมกันบำรุงรักษา การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและความหลากหลายทางชีวภาพ การส่งเสริม บำรุงรักษา คุ้มครองคุณภาพสิ่งแวดล้อมตามหลักการพัฒนาที่ยั่งยืน การควบคุมและกำจัดการะมลพิษที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การลดผลกระทบหรือการแก้ไขปัญหาต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากนโยบายสาธารณะ

3.9 รัฐมีหน้าที่ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ดังนี้

(1) จัดระบบบริการด้านสุขภาพให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน โดยส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วม

(2) จัดระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นพื้นฐานและสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ยากไร้ บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ

(3) จัดระบบการเฝ้าระวัง การควบคุมโรคระบาดและปัญหาที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพซึ่งอาจทำให้เกิดโรค ระบาด พิการ เสียสุขภาพ หรือพิการ

(4) กำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนและการแก้ปัญหาเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากนโยบายสาธารณะ

(5) กำหนดนโยบาย แผนงาน และโครงการ เพื่อดำเนินงานด้านสุขภาพและมาตรการตรวจสอบ ประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายอย่างต่อเนื่อง

(6) จัดสรรงบประมาณให้แก่องค์กรต่าง ๆ เพื่อใช้ในการดำเนินกิจการที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณะในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต

(7) เผยแพร่ความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ โดยมีแหล่งข้อมูลกลางและพัฒนาระบบสารสนเทศที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้

3.10 การจัดระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ ต้องกระจายอำนาจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีอำนาจหน้าที่ในการดำเนินการที่จำเป็นและตามความต้องการของท้องถิ่น เพื่อแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับความจำเป็นและการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการสนับสนุนและการสร้างเสริมความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควบคู่ไปด้วย โดยมีรูปแบบ ระบบและโครงสร้างการจัดการที่เหมาะสม

3.11 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ในการดำเนินการต่าง ๆ เพื่อสร้างโอกาส ปกป้อง คัดกรองและจัดการเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีและรับผิดชอบต่อการแก้ปัญหาที่คุกคามสุขภาพของประชาชนจากนโยบายหรือการดำเนินการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเองด้วย

สิทธิของประชาชนด้านสุขภาพ

(ผู้รวบรวม ⇒ ศุภอักษร / 4 พย 44)

จากการสืบค้นแหล่งข้อมูลที่กำหนด พบว่าประเทศต่างๆ กำหนดสิทธิของประชาชนด้านสุขภาพ โดยสรุปเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. สิทธิด้านสุขภาพตามรัฐธรรมนูญ
2. สิทธิด้านสุขภาพตามกฎหมายอื่น ซึ่งอาจกำหนดไว้เป็นสิทธิทั่วไป หรือ สิทธิด้านสุขภาพตามกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการหรือเฉพาะเรื่อง เช่น สิ่งแวดล้อม เป็นต้น
3. สิทธิผู้ป่วย
4. ระบบในการตรวจสอบความเป็นธรรมในการรับรองสิทธิของประชาชน

สิทธิด้านสุขภาพตามรัฐธรรมนูญ

ในกฎหมายรัฐธรรมนูญของประเทศต่างๆ ได้กำหนดสิทธิที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน และบางประเทศได้กำหนดให้เป็นหน้าที่ของรัฐและ/หรือองค์กรของรัฐโดยตรงที่จะต้องจัดหาบริการต่างๆ ด้านสุขภาพให้ประชาชน ไว้ดังนี้

เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องกำหนดรับรองศักดิ์ศรีของประชาชน สิทธิ เสรีภาพ ความเป็นอิสระที่จะพัฒนาบุคลิกภาพ ความเท่าเทียมกันตามกฎหมาย ความยุติธรรมทางสังคม ความหลากหลายในสังคม อันเป็นพื้นฐานของประเทศ¹

รัฐบาลจะต้องสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการนำมาตรการต่างๆ มาใช้เพื่อป้องกันสิ่งแวดล้อม กำหนดเงื่อนไขในการทำงานที่เหมาะสม และป้องกันสุขภาพของประชาชน²

ประชาชนทุกคนมีสิทธิที่จะมีสุขภาพสมบูรณ์ รัฐมีหน้าที่ให้การดูแลและให้บริการด้านสุขภาพตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย รัฐจะต้องจัดให้มีโครงการป้องกันสุขภาพสำหรับประชาชน รวมทั้งส่งเสริมการกีฬาและการออกกำลังกาย³

รัฐและองค์กรของรัฐมีหน้าที่ร่วมกันในการให้ความมั่นคงด้านสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตของครอบครัว รวมทั้งให้การสนับสนุนทางสังคมโดยผ่านหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง⁴

รัฐต้องประกันว่าประชาชนทุกคนจะได้รับปัจจัยพื้นฐานเพื่อการดำรงชีพเมื่อว่างงาน เมื่อเจ็บป่วย ไม่สามารถทำงานได้ ขราภาพ และแรกเกิด

หน่วยงานที่รับผิดชอบจะต้องรับประกันว่าประชาชนทุกคนจะได้รับสวัสดิการสังคม บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เหมาะสม ส่งเสริมสุขภาพ ให้การสนับสนุนครอบครัวและบุคคลที่รับผิดชอบต่อเด็กได้รับสวัสดิการ และมีพัฒนาการที่เหมาะสม⁵

ประชาชนทุกคนมีสิทธิที่จะรับบริการทางการแพทย์ โดยรัฐจะกำหนดโครงการและกระบวนการ
การเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยเหตุผลทางเชื้อชาติ สีผิว เพศ ความเชื่อทางศาสนา สถานะทาง
สังคม เศรษฐกิจ ภูมิสำเนา โรค ความสัมพันธ์ทางเพศ ทักษะ เป็นเรื่องต้องห้าม

ประชาชนทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลที่สามารถเข้าใจได้ ลึกซึ้ง และถูกต้อง และสามารถหา
ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญอื่น ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสถานะสุขภาพของตนได้⁶

รัฐบาลกลางและท้องถิ่น (The Confederation and the cantons) มีหน้าที่ให้หลักประกันว่า
ประชาชนทุกคนจะได้รับการดูแลด้านสุขภาพที่จำเป็น⁷

ประชาชนมีสิทธิได้รับการป้องกันสุขภาพ

1. ภายใต้ขอบเขตอำนาจ รัฐบาลกลางจะต้องดำเนินมาตรการต่างๆ เพื่อป้องกันสุขภาพของประชาชน
2. ด้วยการออกกฎหมายในเรื่อง

- อาหารและสารเพื่อการรักษา ยาเสพติด สารอินทรีย์ ผลิตภัณฑ์ทางเคมี หรือสิ่งอื่นใดที่จะมี
อันตรายต่อสุขภาพ
- ควบคุมโรค การระบาดของโรค และโรคระบาดนั้นจะเป็นอันตรายต่อมนุษย์และสัตว์
- ป้องกันอันตรายอันเกิดจากอื้ออวนของสารกัมมันตรังสี

สนับสนุนการออกกฎหมายให้กำหนดเงื่อนไขการทำงานเพื่อช่วยเหลือ และป้องกันกลุ่มผู้ใช้แรง
งาน โดยเฉพาะแรงงานเด็กและผู้สูงอายุ แรงงานพิการและแรงงานผู้มีปัญหาด้านสุขภาพ⁸

สิทธิด้านสุขภาพของประชาชนตามกฎหมายอื่น

ประชาชนทุกคนจะได้รับความคุ้มครองเพื่อบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพ และ
ประชาชนผู้มีรายได้น้อยมีสิทธิได้รับการป้องกันโรคเพิ่มเติม และได้รับยกเว้นการสำรองจ่ายค่ารักษา
พยาบาลล่วงหน้า⁹

ประชาชนทุกคนมีสิทธิในการวางแผนครอบครัว โดยการวางแผนครอบครัวนี้รวมถึงกิจกรรม
ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจริญพันธุ์ เพื่อประกันว่าสตรี บุรุษ และคู่สมรสมีสิทธิเท่าเทียมกันในการเริ่มต้น
การมีครอบครัว หรือเพิ่มจำนวนบุตร กิจกรรมต่างๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการควบคุมจำนวนประชากร
เป็นการต้องห้ามตามกฎหมาย¹⁰

เด็ก

เด็กมีสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการเป็นการเฉพาะของเด็ก และ
จะต้องได้รับบริการนั้นภายใน 30 วันนับจากวันที่รับเข้าไว้ในสถานบริการ¹¹

เด็กมีสิทธิ

- มีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดูแลสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในการนั้น
- ได้รับอาหารที่เหมาะสม มีคุณภาพ เหมาะสมกับเด็ก
- ได้รับเสื้อผ้าที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับเด็ก ทั้งในเรื่องขนาด กิจกรรม และสภาพ

อากาศ

- ได้รับการดูแลสุขภาพ รวมทั้งบริการทันตกรรม อย่างสม่ำเสมอหรือตามที่ต้องการ ภายในชุมชน

- ได้รับการศึกษาที่สอดคล้องกับความสนใจและความสามารถ ภายในชุมชน
- ได้เข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการและกิจกรรมทางการกีฬา ที่เหมาะสมกับความสามารถและความสนใจ ภายในชุมชน¹²

สตรี

ให้มารดามีสิทธิที่จะเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ในระยะ 6 เดือนแรกนับแต่บุตรเกิด และลดปัญหาในการเลี้ยงดูบุตร ให้มารดาสามารถหยุดงานชั่วคราวในช่วงเวลาทำงาน หรือเริ่มทำงานหรือเลิกงานก่อนเวลาเป็นเวลาหนึ่งชั่วโมง¹³

สิทธิของผู้บริโภคด้านสุขภาพ

การป้องกันด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเป็นสิทธิของผู้บริโภคทุกคน ผู้บริโภคมีสิทธิที่จะได้รับสิทธิพื้นฐาน ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารและการให้ความรู้ ข้อมูลความปลอดภัยของสินค้าและบริการนั้น รวมถึงหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้ให้บริการ/ผู้ขาย ในกรณีที่เกิดความเสียหายขึ้นจากการใช้สินค้าและบริการนั้น¹⁴

สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยมีสิทธิต่างๆ เช่น

1. สิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสาร
2. สิทธิที่จะได้รับอิสระในการตัดสินใจ
3. สิทธิที่จะได้รับบริการอย่างมีคุณภาพและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
4. สิทธิในการได้รับบริการด้านสุขภาพ
5. สิทธิที่จะได้รับการบริการอย่างต่อเนื่อง
6. สิทธิที่จะออกจากสถานบริการ

7. สิทธิที่จะสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง
8. สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา
9. สิทธิที่จะได้ทราบข้อมูลในบันทึกการรักษา
10. สิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลทางการแพทย์

ตัวอย่างจากประเทศต่างๆ เช่น

ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะเข้าถึงบริการเพื่อลดความเจ็บป่วย¹⁵

ผู้ป่วยจะได้รับบริการจากแพทย์ต่อเมื่อให้ความยินยอมรับการรักษาเท่านั้น โดยการตัดสินใจยินยอมนั้น จะต้องอยู่บนพื้นฐานที่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากผู้ให้บริการอย่างเพียงพอ ทั้งนี้การให้ความยินยอมอาจให้เป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่ก็ได้¹⁶

มีสิทธิในการเลือกแพทย์ เว้นแต่เป็นบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และภายใต้ข้อตกลงที่กำหนด ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกรับบริการใดก็ได้อย่างอิสระ จากสถานพยาบาลคู่สัญญา¹⁷

มีสิทธิที่จะได้รับการดูแลจากแพทย์ โดยแพทย์จะต้องมีอิสระในการตัดสินใจและเลือกให้บริการรักษาพยาบาล โดยอิสระจากอิทธิพลภายนอก¹⁸

มีสิทธิที่จะได้รับการรักษาด้วยความเห็นอกเห็นใจและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์^{19, 20}

มีสิทธิที่จะได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง²¹

มีสิทธิที่จะมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในกระบวนการรักษา และรวมถึงการเข้ารับการรักษา หรือออกจากสถานพยาบาล²²

มีสิทธิตัดสินใจรับการรักษาโดยอิสระ ไม่ถูกบังคับทั้งทางร่างกายหรือจิตใจ หรือถูกหลอกลวง หรือทำให้เข้าใจผิด²³

มีสิทธิที่จะได้รับการบอกกล่าวว่าใครเป็นผู้รับผิดชอบและให้การรักษาโดยตรง²⁴

มีสิทธิที่จะได้รับความเป็นส่วนตัวในการรักษาหรือดูแลตามที่ต้องการ²⁵

มีสิทธิที่จะแสดง จัดวาง ของในครอบครอง รูปภาพ หรือจัดตกแต่งห้องของตน (ในสถานพยาบาล) ได้ หากไม่ขัดต่อหลักความปลอดภัย และสิทธิของผู้อื่น²⁶

มีสิทธิได้รับการบอกกล่าวถึงสถานะสุขภาพ วิธีและกระบวนการรักษา^{27, 28} รวมถึงความเสี่ยงที่จะได้รับจากการรักษานั้น²⁹

มีสิทธิที่จะให้หรือปฏิเสธการรักษา รวมถึงยา (และอุปกรณ์การรักษา) ภายใต้เงื่อนไขของกฎหมาย และจะต้องรับทราบถึงผลของการให้หรือการปฏิเสธนั้น³⁰

มีสิทธิที่จะได้รับการตอบสนองและได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรตามที่จำเป็น³¹
การออกกฎ หรือระเบียบใด ที่อาจมีผลกระทบต่อกระบวนการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยมีสิทธิร้องเรียนได้³²

มีสิทธิที่จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัย³³
บุคคลที่อายุเกินกว่า 18 ปี (บรรลุนิติภาวะ) มีสิทธิที่จะแสดงเจตนารมย์เพื่อการตายได้ (living will)³⁴

นอกจากการกำหนดสิทธิไว้แล้ว กฎหมายยังได้กำหนดมาตรการสนับสนุนต่างๆ เพื่อให้สามารถบังคับใช้กฎหมายได้จริง เช่น กำหนดให้มีการตรวจสอบเรื่องร้องเรียนจากผู้ป่วย และกำหนดให้มีคณะกรรมการอนุญาโตตุลาการเป็นผู้ตัดสิน

เอกสารอ้างอิง

- ¹ Albania. Constitution. Adopted 29 April 1991.
- ² Albania. Constitution. Adopted 29 April 1991.
- ³ Armenia. Constitution. Adopted 5 July 1995.
- ⁴ Central African Republic. Constitution of the Central African Republic, January 1995.
- ⁵ Finland. The basic law of Finland (No.731) of 11 June 1999.
- ⁶ Georgia. Law of Georgia of 10 December 1997 of health care.
- ⁷ Switzerland. Federal order – 18 December 1998 .
- ⁸ Central African Republic. Constitution of the Central African Republic, January 1995.
- ⁹ France. Law No.99-641 of 27 July 1999 establishing universal health cover.
- ¹⁰ Brazil. Law No. 9263 of 12 January 1996 regulating paragraph of 7 of Article 226 of the Federal Constitution dealing with family planning.
- ¹¹ Canada (Ontario). The Child and Family Services Act. Revised Statutes of Ontario, 1990, Chapter C. 11, June 1996
- ¹² Canada (Ontario). The Child and Family Services Act. Revised Statutes of Ontario, 1990, Chapter C. 11, June 1996
- ¹³ Cyprus. Law No.100 (1) of 1997 on maternity protection (The Meternity Protection Law of 1997)
- ¹⁴ Chile. Law No. 19496 of February 1997 promulgating rules of the protection of consumer's rights.
- ¹⁵ France. Law No. 99-477 of 9 June 1999 to assure the right to palliative care.
- ¹⁶ Denmark. Law No. 482 of 1 July 1998 on Patient's rights.
- ¹⁷ Argentina (Rio Negro). Law No. 3076 of 20 March 1997 on Patient's right. Determination.
- ¹⁸ Argentina (Rio Negro). Law No. 3076 of 20 March 1997 on Patient's right. Determination
- ¹⁹ Argentina (Rio Negro). Law No. 3076 of 20 March 1997 on Patient's right. Determination
- ²⁰ Canada (Ontario). The Nursing Homes Act. August 1996.
- ²¹ Argentina (Rio Negro). Law No. 3076 of 20 March 1997 on Patient's right. Determination
- ²² Canada (Ontario). The Nursing Homes Act. August 1996.
- ²³ Canada (Ontario). The Nursing Homes Act. August 1996.
- ²⁴ Canada (Ontario). The Nursing Homes Act. August 1996.
- ²⁵ Canada (Ontario). The Nursing Homes Act. August 1996.
- ²⁶ Canada (Ontario). The Nursing Homes Act. August 1996.
- ²⁷ Canada (Ontario). The Nursing Homes Act. August 1996.
- ²⁸ Denmark. Order No.665 of 14 September, 1998 on Information and consent and the communication of information related health, etc.
- ²⁹ Denmark. Law No. 482 of 1 July 1998 on Patient's rights.

³⁰ Canada (Ontario). The Nursing Homes Act. August 1996.

³¹ Canada (Ontario). The Nursing Homes Act. August 1996.

³² Canada (Ontario). The Nursing Homes Act. August 1996.

³³ Canada (Ontario). The Nursing Homes Act. August 1996.

³⁴ Denmark. Law No. 482 of 1 July 1998 on Patient's rights.