

สรุป (2)

- เปรียบเทียบบทบาท ภารกิจและวิถีการดำเนินงาน ของ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ และสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
- เจก้าปฏิรูปเพื่อสุขภาพคนไทย คนไทยทุกวัยตั้งแต่ปี 2543  
ป่วยง่าย - ง่ายหาย - ง่ายดี [วารสาร 1 เล่ม 15 หน้า ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 - เดือน สิงหาคม 2543]
  - ราชประสงค์ 2488 กองทุนสร้างสุขภาพ(3) ชม. ชุมศักดิ์ พุกขามวงษ์  
[แพดดอลไทย 16-31 มีนาคม 2543]
  - จดหมายข่าวเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ ข้อเสนอดีให้กองทุน  
เป็นประโยชน์สูงสุดต่อการสร้างเสริมสุขภาพของคนไทย  
สรุปจากการสัมภาษณ์เรื่อง กองทุนสร้างเสริมสุขภาพ: มิติใหม่ของการ  
สร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย [วารสาร 1 เล่ม 4 หน้า]
  - กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพ บริการสาธารณสุขเชิงรุกทิศทางการ  
สู่การปฏิรูประบบสุขภาพ [วารสาร 1 เล่ม 8 หน้า]
  - ความรุนแรงต่อผู้หญิงในสังคมไทย จาก รศ. ดร. กฤษณา อาริวิบูลย์
  - ความมั่นคงทางสุขภาพผู้หญิง อารักขาสำคัญของชาติ  
จินตนา ชูนิวัฒน์ รองศาสตราจารย์ ประจำคณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
  - ฉบับกระแส จดหมายข่าวสภามหาวิทยาลัยระบบสาธารณสุข ฉบับพิเศษ  
3/2543 พระราชบัญญัติสุขภาพ แห่งชาติฉบับใหม่  
: พ่วงเส้นเลือดกาย แห่งการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข  
[วารสาร 1 เล่ม 23 หน้า]
  - มอริ่งระบบการนิเทศ วิทยุ 3 วิถีการระบบสุขภาพไทย  
[แผ่นพับ 1 เล่ม 29 หน้า]
  - สรุปการประชุมปรึกษาทางภาคของ สปส. [วันที่ 11 เมษายน 2543]



**เปรียบเทียบบทบาท ภารกิจและวิธีการดำเนินงาน**  
**ของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ และสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข**

| สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ(สปรส.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ขอบเขตการดำเนินงาน</b><br>เน้นการแก้ไขปัญหาในระบบสุขภาพโดยรวม ซึ่งมีการเชื่อมโยงกับระบบต่างๆ อย่างกว้างขวาง โดยให้ความสำคัญกับ "การสร้างสุขภาพ" มากกว่า "การซ่อมสุขภาพ"                                                                                                                                                                                         | <b>ขอบเขตการดำเนินงาน</b><br>เน้นการแก้ไขปัญหาของระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาค เป็นการจัดการที่มีประสิทธิภาพ โดยที่ประชาชนมีส่วนร่วมและสามารถตรวจสอบได้                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>แนวทางการดำเนินงาน</b><br>เน้นการระดมความร่วมมือของทุกองค์กรทางสังคม เพื่อผลักดันให้เกิดพร.ระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยเน้นหนักในยุทธศาสตร์ 4 ด้านคือ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ยุทธศาสตร์การสร้างความรู้</li> <li>2. ยุทธศาสตร์การสร้างความร่วมมือทางสังคม</li> <li>3. ยุทธศาสตร์การสื่อสารเพื่อสร้างพลัง</li> <li>4. ยุทธศาสตร์การจัดการ</li> </ol> | <b>แนวทางการดำเนินงาน</b><br>เน้นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เพื่อกำหนดเป็นนโยบายการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ในประเด็นที่สำคัญๆ คือ การจัดระบบบริการสุขภาพ การจัดการระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบบริการสุขภาพ โดยมีกิจกรรมดำเนินงานที่สำคัญคือ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การวิจัยทางนโยบาย</li> <li>2. การพัฒนารูปแบบในพื้นที่</li> <li>3. การพัฒนากำลังด้านสุขภาพ</li> <li>4. การสร้างความมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน</li> </ol> |
| <b>ผลที่คาดหวัง</b><br>เกิดพร.ระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคอย่างกว้างขวาง และเป็นแผนแม่บทสำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอน เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดีโดยถ้วนหน้าอย่างแท้จริง                                                                                                                                                 | <b>ผลที่คาดหวัง</b><br>มีข้อเสนอทางนโยบาย(package of policy and plan)เพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ที่เกิดจากการวิจัยและพัฒนา การพัฒนารูปแบบในพื้นที่(field model development) ที่พร้อมสำหรับการดำเนินการเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพ อย่างเป็นระบบ และเป็นขั้นตอน                                                                                                                                                                                                                     |

หมายเหตุ

เอกสารนี้จัดทำขึ้นโดย สกน.วิจัยระบบสุขภาพ เพื่อศึกษาผลกระทบของกฎหมายปฏิรูปสุขภาพแบบใหม่ (สปรส.) อันจะมีผลต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลา 3 ปี

หมายเหตุ

เอกสารนี้เป็นของกระทรวงสาธารณสุข พินิจพิเคราะห์โดยกรมการแพทย์และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

หมายเหตุ จากเอกสารแนบส่งไปกระทรวงสาธารณสุข (ปรส.ร.ร.ร. ๐๕๐๙) วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2543

## สรุปการประชุมปรึกษาภายในของ สปรส. วันที่ 11 เมษายน 2543

1. งาน P1
  - จะมีประชุมเพื่อติดตามงานสังเคราะห์องค์ความรู้ในวันที่ 10 พ.ค. 43 (นพ.สุวิทย์ นพ.วิพุธ คุณดวงพร)
  - กำลังทำแผนงบประมาณ ซึ่งทำถึง ธันวาคม 2545 (คุณดวงพร)
2. งาน P2
  - สืบเนื่องจากการประชุมเมื่อวันที่ 1 เม.ย. 43 ที่นำเสนอโครงการ "การเคลื่อนพลังประชาสังคมเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ (2543 - 2545)" โดยนพ.พลเดช ปิ่นประทีป และได้มอบหมายให้นพ.พลเดช และคุณวณีย์ จัดทำแผนงบประมาณ และแผนปฏิบัติการในปี 2543 - ธ.ค. 2545 และทำแผนงบประมาณ + แผนปฏิบัติการ
  - งานเคลื่อนไหวภาคีมอบหมายให้นพ.พลเดช เป็นผู้ดำเนินการ
  - หา Staff เพิ่มอีก 1 คน
3. งาน P3
  - ทำแผนงบประมาณ (นพ.อำพล ดุแล)
  - แผนปฏิบัติการรอบปรึกษา (นพ.ชูชัย ศุภวงศ์)
  - ข้อความลงมติชน (นพ.อำพล + เนาวรัตน์)
  - pocket book ทอยออก
  - โพล
  - จัดหมายข่าว เวทีปฏิรูป (ฝากคุณวณีย์ + คุณดวงพร)
  - การส่งจดหมายข่าวเวทีปฏิรูป ให้เจาะลึกลงไป
    1. ในส่วนย่อยของภาคี
    2. สื่อมวลชน
      - เฉพาะตัวคน
      - คอลัมน์นิสต์
      - รายการวิทยุ
    3. องค์กรประชุมที่สำคัญหลัก เช่น ประชุมกระทรวงฯ, สป., กรม, กรรมการสภาพัฒน์, กรมสังคม, แพทยสภา, ทันตฯ, พยาบาล ฯลฯ
  - จุดประสงค์ของการจัดส่งวารสาร เพื่อให้ทั่วถึง กว้างขวาง และเป็นการขยายแนวร่วม
  - การปรับปรุงทีมบริหารจัดการ "เวทีปฏิรูป"
    - การบริหารจัดการ
      - บก. (อภิญญา)
      - บก. ผู้พิมพ์โฆษณา (คุณวณีย์)

- วิธีการทำงาน เสนอแนะให้คุณอภิญญา มองหาคนมาช่วยงานบริหารจัดการ  
การประสานต่าง ๆ และวางแผน เพื่อความคล่องตัวของการทำงานต่อไป

- การระบอบองค์กร ควรเขียนให้ชัดว่าจัดพิมพ์โดย สปรส.

สนับสนุนโดย กระทรวงสาธารณสุข  
กรมทุกกรมของกระทรวงฯ

สวรส.

HCR.

สนผ.

สบข.

สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา (LDI.)

สำนักงานเลขาธิการปฏิรูปะบบราชการ

สำนักงานปฏิรูปการศึกษา

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

สกว.

มูลนิธิสดศรี

สมาคมนักข่าวและนักหนังสือพิมพ์

สหพันธ์เพื่อผู้บริโภค

เครือข่าย NGO สาธารณสุข (อ.บรรล)

เครือข่ายออมทรัพย์

มหาวิทยาลัยที่มีคณะเกี่ยวกับ Health Sciences

ฯลฯ

- กำหนดทีมที่ปรึกษาหนังสือ เวทีปฏิรูป ประกอบด้วย นพ.อำพล, นพ.วิพุธ, นพ.พลเดช, คุณดวงพร, คุณวณิ, คุณปณิธาน, คุณแก้ว และทีมงาน เวทีปฏิรูปประชุม เพื่อกำหนดเนื้อหาหลักและให้ข้อเสนอแนะ หนังสือฉบับต่อไป ในวันที่ 19 เม.ย. 43 เวลา 15.00 น. ณ ห้องประชุม สวรส. ครั้งต่อไปอาจจะประชุมเดือนละ 1 ครั้ง ก่อนการทำหนังสือเวทีปฏิรูปฉบับต่อไป

ในการประชุมครั้งต่อไป เตรียมปรึกษาหารือเรื่อง การจัด office, การจัดโครงสร้างการทำงาน การจัดหาบุคคลเข้าร่วมทำงาน



# សិក្ខាប្រតិបត្តិការ

18 ឆ្នាំ ២០២០ ឆ្នាំ

ស្រាវជ្រាវ

ប្រតិបត្តិការសិក្សាស្រាវជ្រាវ

ឆ្នាំទី 3.5 ឆ្នាំ ២០២០ ឆ្នាំ

Practice Model ឆ្នាំទី 3.5 ឆ្នាំ

ឆ្នាំទី 3.5 ឆ្នាំ ២០២០ ឆ្នាំ

ឆ្នាំទី 3.5 ឆ្នាំ ២០២០ ឆ្នាំ

ឆ្នាំទី 3.5 ឆ្នាំ ២០២០ ឆ្នាំ

(ឆ្នាំទី 3.5 ឆ្នាំ ២០២០ ឆ្នាំ)

ឆ្នាំទី 3.5 ឆ្នាំ ២០២០ ឆ្នាំ

ឆ្នាំទី 3.5 ឆ្នាំ ២០២០ ឆ្នាំ

ឆ្នាំទី 3.5 ឆ្នាំ ២០២០ ឆ្នាំ

มองเชิงระบบ

# กรณี ศึกษา ใด



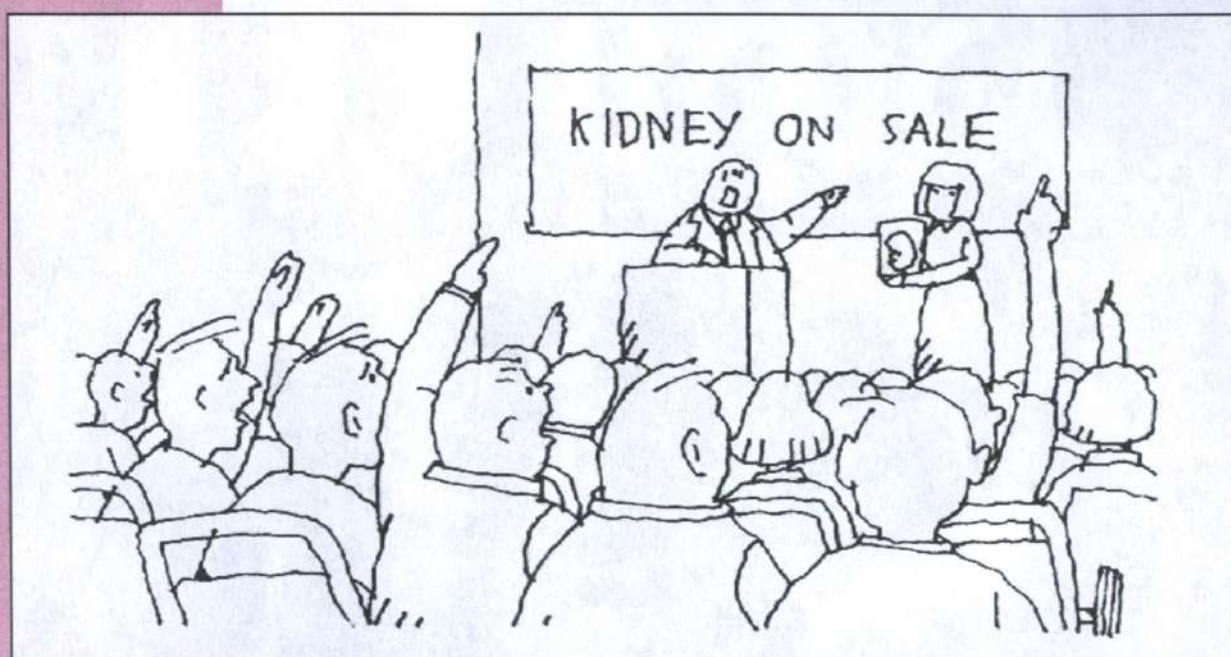
จัดพิมพ์โดย  
สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ  
สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย  
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข





# ซื้อขายไต

## วิกฤตระบบสุขภาพไทย?



**ว่า**กันว่า การปลูกถ่ายอวัยวะคือจุดก้าวกระโดดครั้งสำคัญ  
ของเทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่ เพราะเป็นการเอาชนะ  
เงื่อนไขแห่งการเจ็บป่วยล้มตายที่มนุษย์ทุกผู้ทุกนามในทุกยุคสมัย  
ไม่อาจหลีกเลี่ยง นั่นก็คือ ภาวะเสื่อมของอวัยวะที่สำคัญในร่างกาย

แม้จะได้เกิดข้อถกเถียงขึ้นมากมายถึงการ “จัดการ” ต่อความ  
รู้ในการปลูกถ่ายอวัยวะของมนุษย์คนหนึ่งสู่ร่างของมนุษย์อีกคนให้  
เป็นไปอย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงผลกระทบทั้งในเชิงรูปธรรมและ  
นามธรรมอย่างรอบด้าน แต่นั่นก็ไม่อาจก้าวตามทันกระแสความ  
ปรารถนาของผู้คนที่ใคร่จะนำความรู้ความสามารถทางการแพทย์  
แขนงนี้มาบำบัดความสิ้นหวังต่อภาวะเจ็บป่วยของตนเองและญาติ



ทุกวันนี้ เรื่องของการปลูกถ่ายอวัยวะได้จุดความหวังเรื่องรองให้แก่ผู้ป่วยที่เคยหมดหวัง และเป็นรูปแบบการเยียวยารักษาโรคที่สังคมอ้าแขนรับ การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะหลังจากเสียชีวิต ถือว่าเป็นการสร้างกุศลที่ยิ่งใหญ่แก่เพื่อนมนุษย์ แต่กระนั้นก็ยังไม้อาจก้าวตามทันเสียงร้องขอของผู้ต้องการหนีให้พ้นจากความเจ็บป่วยและความตายอันเนื่องมาจากอวัยวะเสื่อมถอย

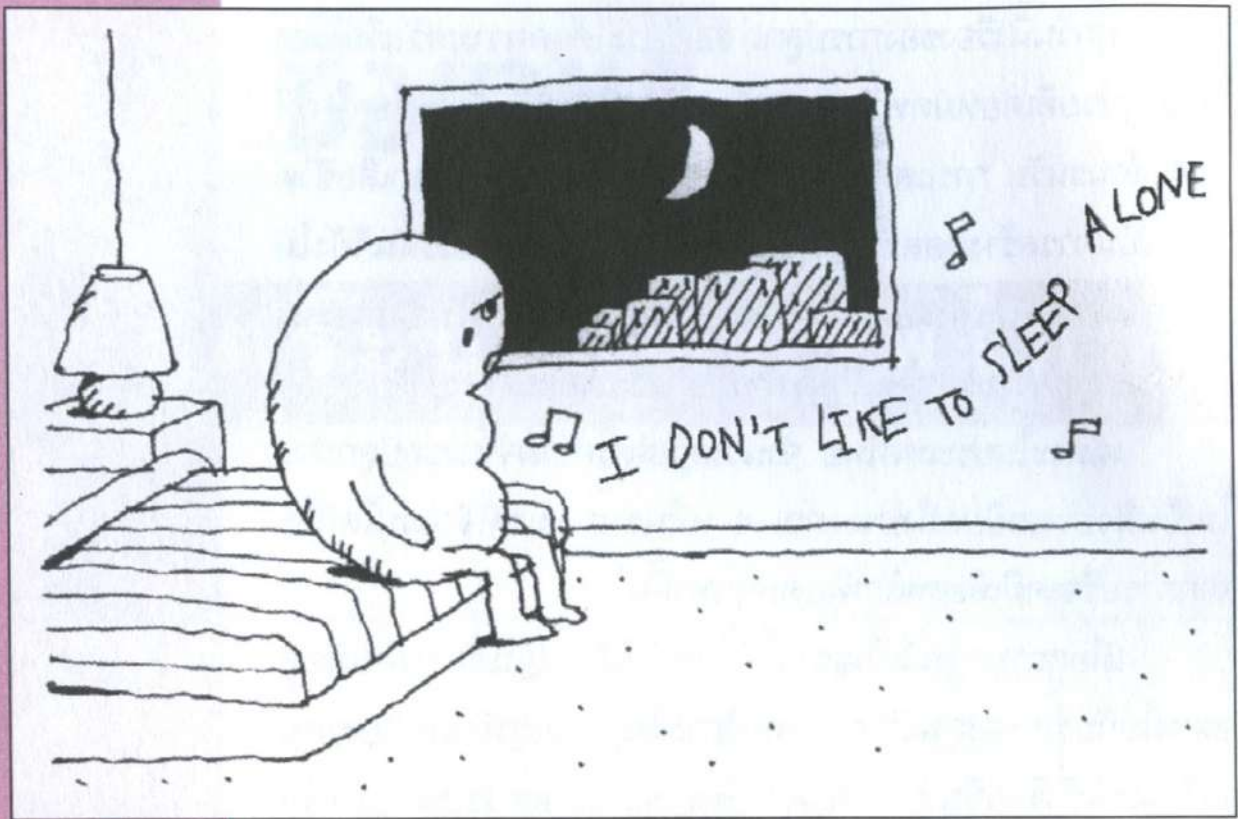
เฉพาะในประเทศไทย จำนวนผู้แสดงความจำนงขอปลูกถ่ายไตเป็นคิวยาวเหยียดถึงประมาณ 4 หมื่นราย ขณะที่จำนวนไตที่ได้จากการบริจาคมีเพียงหลักพันเศษๆ เท่านั้น

เมื่อสถานการณ์เป็นเช่นนี้ จึงทำให้เกิดปฏิบัติการด้านมืดคู่ขนานไปกับงานของศูนย์รับบริจาคอวัยวะในรูปของธุรกิจผิดกฎหมาย อาทิ แหล่งที่เรียกกันว่า “คลังไต” (warehouse for kidneys) หรือ “ศูนย์สรรพสินค้าอวัยวะ” (great organ barzaar) ขึ้นตามประเทศที่ยากจน เช่น จีน และอินเดีย เป็นต้น โดยแสวงหา “วัตถุดิบ” ไม่ว่าจะเป็น ตับ ไต หัวใจ ฯลฯ เอาจากพลเมืองที่ขัดสนและหมดอิสรภาพในประเทศนั่นเอง

นี่ชี้ให้เห็นว่า ทุกวันนี้เรื่องของการปลูกถ่ายอวัยวะได้ก้าวข้ามคำถามในเชิงปรัชญาไปสู่เรื่องของจริยธรรมและศีลธรรมระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เรื่องของการใช้เงินตราเป็นสื่อกลางเพื่อเติมพลังชีวิตให้แก่คนที่หมดหวัง ขณะเดียวกันกับที่หยิบยื่นความตายและพิการอันไม่สมควรแก่คนที่เคยมีอวัยวะครบถ้วนสมบูรณ์แต่ปราศจากทางเลือก ทั้งด้านสถานะเศรษฐกิจ ข้อมูลข่าวสาร และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

มติของแพทยสภาที่แถลงยืนยันเมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2543 ที่ผ่านมา ในการเอาผิดอย่างรุนแรงถึงขั้นเพิกถอนและพักใช้ใบอนุญาตแพทย์ 6 คนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินกระบวนการปลูกถ่ายไตโดยเกี่ยวพันกับธุรกิจและทำให้เกิดการเสียชีวิตแก่ผู้ป่วยโดยไม่สมควร คือสิ่งที่บ่งบอกชัดเจนที่สุดว่า เรื่องของการปลูกถ่ายอวัยวะได้เขิบเข้าใกล้ชีวิตคนไทยถึงระดับที่ต้องใคร่ครวญและลงมือทำ





อะไรบางอย่างอย่างจริงจังแล้ว เพื่อไม่ให้เรื่องที่ทำหายความรู้สึกและ  
ศีลธรรมของสังคมเช่นนี้เกิดซ้ำรอยอีก

การวิพากษ์วิจารณ์เพื่อนำไปสู่ผลดังกล่าวไม่อาจขีดวงจำกัด  
ไว้เพียงเรื่องของจริยธรรม หรือความถูกต้อง ดีเลวเฉพาะบุคคลได้อีก  
ต่อไป แต่ต้องก้าวข้ามไปถึงการพิจารณาถึงช่องว่างของ “ระบบ” ที่มี  
พลังอยู่เหนือปัจเจกชนอีกชั้นหนึ่งเป็นสำคัญ

ด้วยเหตุนี้ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) จึงได้  
จัดการเสวนาในหัวข้อ **“กรณีซื้อขายไต วิกฤตระบบสุขภาพไทย”**  
ขึ้นเมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2543 ที่ผ่านมา เพื่อเปิดเวทีเชื่อมโยงมุมมอง  
ต่อเรื่องนี้จากทุกฝ่าย รวมทั้งยังได้สัมภาษณ์แพทย์และนัก  
วิชาการเพื่อเพิ่มมิติมุมมองให้มีทั้งความกว้างและลึก จนชัดเจนพอที่  
จะเป็นข้อมูลและเครื่องมือสำหรับทำความเข้าใจและจัดการกับ  
ปัญหาอันสลับซับซ้อนเช่นนี้ได้อย่างเท่าทัน

ข้อมูลทั้งหมดได้นำมารวบรวมไว้ในเอกสารเล่มนี้แล้ว เพื่อ  
ประโยชน์ในเชิงสร้างสรรค์เพื่อสุขภาพคนไทย มิได้มุ่งจับผิด โจมตี  
หรือขยายความขัดแย้งใดๆ ทั้งสิ้น



# ตายไว เพราะ ไตวาย

เหตุผลที่คนอยากซื้อไต



**โรค** ไตมีหลายชนิด บางชนิดก็หายเองได้ บางชนิดรักษาแล้วหายขาดหรือดีขึ้น แต่โรคที่ต้องรักษาด้วยการปลูกถ่ายไตก็คือ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

สาเหตุของโรคนี้ที่พบบ่อยที่สุดก็คือ โรคหลอดเลือดฝอยเล็กๆ ในเนื้อไตไม่ทำงาน ซึ่งเป็นการอักเสบที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค และโรคอื่นๆ ที่พบได้คือ โรคเอสแอลอี โรคถุงน้ำในไต โรคนิ่วของไตที่เป็นทั้งสองข้างซึ่งไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่ต้น โรคความดันเลือดสูง และโรคเบาหวาน เป็นต้น การป้องกันไม่ให้สาเหตุเหล่านี้



พรี...ไปลอสองเดือน  
ถ้าได้พระอาทิตย์

หมอชาวบ้าน  
เดือนที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๔๒  
ISSN 0125-2275

เกียรติ สุขภาพ สิ่งแวดล้อม

**ช็อก!!**  
**ไตกาย**  
**ขโมยกันได้ง่ายๆ**  
**จริงหรือ?**

บริจาคอวัยวะได้ทุกสัปดาห์...!!  
ใช้ยาปฏิชีวนะเพราะอะไร...อันตราย  
เด็กปัสสาวะรดก้นกับแพกซ์รับ

รับจากอาจารย์แพทย์  
สืบประวัติสุขภาพ

ฉบับ ๘ สิงหาคม ๒๕๔๒ ๑๖75

ลูกหลานสู่ภาวะไตวายเรื้อรังทำได้โดย  
เอาใจใส่ดูแลรักษาตนเองสม่ำเสมอ  
เมื่อทราบว่าเป็นโรคไต โรคความดัน  
เลือดสูง โรคเบาหวาน รวมทั้ง  
หลีกเลี่ยงการใช้ยาและการซื้อยากินเอง

เมื่อเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง ไต  
จะทำหน้าที่บกพร่อง ทำให้มีการคั่ง  
ของเกลือและน้ำในร่างกาย รวมทั้ง  
ของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญ  
อาหารโปรตีน นอกจากนั้น การสร้าง  
ฮอร์โมนบางชนิดก็จะผิดปกติด้วย  
ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยจะมีอาการซึม  
ชัก และหมดสติในที่สุด

ในสมัยก่อน เมื่อเป็นโรคไต  
วายเรื้อรังระยะสุดท้ายแล้ว ผู้ป่วยจะ

เสียชีวิตทั้งหมด แต่สมัยนี้ความก้าวหน้าทางวิทยาการทางการแพทย์  
ทำให้สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ออกไปได้ด้วยวิธีที่เรียกกันว่า  
การรักษาทดแทนไต คือการฟอกเลือด การล้างเอาของเสียออกทาง  
ช่องท้อง และวิธีสุดท้ายคือการปลูกถ่ายไต ซึ่งมีใช้การตัดไตเก่าที่ฝ่อ  
เล็กแล้วออกไป แต่เป็นการนำไตของผู้อื่นปลูกถ่ายเข้าที่บริเวณอุ้ง  
เชิงกรานข้างใดข้างหนึ่งของผู้ป่วย

แม้ว่าการฟอกเลือดหรือการล้างของเสียออกทางช่องท้องจะ  
ช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตประจำวันได้เกือบเป็นปกติ แต่วิธีการ  
เยียวยาดังกล่าวไม่อาจทดแทนหน้าที่สร้างสารต่างๆ ที่จำเป็นต่อ  
ร่างกายรวมทั้งฮอร์โมน ฉะนั้นจึงถือกันว่าการผ่าตัดเปลี่ยนไตเป็น  
วิธีการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย



ศ. พญ.สุมาลี นิมนานนิตย์

นิตยสารหมอชาวบ้าน ฉบับกันยายน 2542



# วันดี... ในร่างนี้เคยมีไ้

## พินิจวิกฤตการณ์ผ่านชะตากรรม

**วันดี**

เสียชีวิตเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2540...สามวันหลังจากถูกรถ  
มอเตอร์ไซด์เฉี่ยว

ร่างไร้สติของวันดีถูกมูลนิธิที่มายังจุดเกิดเหตุนำส่งโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งซึ่งไม่ใช่โรงพยาบาลที่วันดีทำประกันสังคมเอาไว้

วันดีนอนป่วยแน่นิ่งไม่รู้สึกรู้สียู่ในห้องไอซียู จากสายตาของ “ลุงเข้ม” ผู้เป็นพ่อ วันดีไม่มีบาดแผล รอยแตก หรือรอยร้าวใดๆ บนร่างกายที่แวดล้อมด้วยอุปกรณ์ช่วยชีวิต สัญญาณบ่งชี้ถึงพลังชีวิตที่ยังโลดเต้นของวันดีก็คือ มืออันบอบบางของเธอแสดงอาการตอบรับในทันทีที่พ่อบีบมือของเธอเบาๆ

รุ่งเช้าอีกวันมีเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลคนหนึ่งเข้ามาแนะนำตัวกับลุงเข้ม ก่อนจะเสียบๆ เคียงๆ สอบถามถึงความเกี่ยวพันกับผู้ป่วย แล้วเอ่ยขอให้ช่วยเซ็นหนังสือเพื่อให้มีการผ่าตัดวันดี โดยให้เหตุผลว่าในห้องของวันดีมีเลือดเนื้อเชื้อไขอายุ 4 เดือน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเอาเด็กออก เด็กในห้องจะต้องตาย ส่วนวันดีมีโอกาสที่จะรอด 50-50

ลุงเข้มเดินตามเจ้าหน้าที่คนนั้นเข้าไปในห้องทำงานเพื่อเซ็นหนังสือ พร้อมๆ กับรับปากที่จะไปหาพยานมาร่วมเซ็นด้วยกันในเดี๋ยวนั้น ซึ่งก็คือสามีของวันดีลูกเขยของลุงเข้มนั่นเอง

ท่ามกลางสถานการณ์ที่บีบคั้นให้ต้องห่วงชีวิตของลูกในตอนนั้น ทำให้ลุงเข้มไม่ได้อ่านเอกสารฉบับนั้นเลยแม้แต่ว่าตัวเดียวว่ามีใจ



## เจ้านายผมหายากับ...



ความอย่างไร

วันต่อมา หมอบอกว่าจะผ่าตัดวันดีในคืนวันนั้น และได้  
ขอร้องให้แกกลับไปนอนรอฟังผลที่บ้าน ก่อนกลับลุงได้เซ็นหนังสือ  
อีกฉบับหนึ่งที่หมอบอกว่าต้องเซ็นให้เพื่อเป็นใบผ่านเข้าห้องผ่าตัด  
...รุ่งขึ้น ทางโรงพยาบาลก็แจ้งข่าวร้ายว่า วันดีตายแล้ว...

ราวหนึ่งทุ่ม ศพของวันดีจึงมาถึงที่วัดโดยทางโรงพยาบาล  
อาสานำมาส่ง สิ่งที่สะดุดตาก็คือ ร่างกายที่ไร้วิญญาณของวันดีเต็ม  
ไปด้วยผ้าพันแผลตั้งแต่บริเวณรอบเอวขึ้นไป ลุงเข้มบอกว่าตัวของ  
แกและญาติๆ เพียงแต่ได้เปิดดูใบหน้าของวันดีเท่านั้น

ทางโรงพยาบาลบอกว่าไม่คิดค่ารักษาพยาบาลแม้แต่บาทเดียว  
ทำให้ครอบครัวของวันดีซึ่งมีฐานะยากจนซาบซึ้งใจมาก

คืนสุดท้ายในงานสวดอภิธรรม เจ้าหน้าที่ระดับผู้บริหารของ  
โรงพยาบาลแห่งนั้นมาขอพูดคุยกับลุงเข้ม บอกให้แกไปพบเขาที่  
โรงพยาบาลในวันรุ่งขึ้นพร้อมกำชับสั่งห้ามลุงนำใครติดตามไปด้วย

ที่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่แจ้งให้แกทราบว่ามี “ชาวดี” นั่นคือ  
ผู้จัดการฝากเงินเพื่อมอบให้แก 1 แสนบาท เงินจำนวนนี้มากเสียจน  
แกปฏิเสธที่จะรับ เสมียนได้พยายามโน้มน้าวและบอกว่าเป็นเงินที่ได้



จากการเรียไว้ในโรงพยาบาลเพื่อช่วยเหลือกัน

ในที่สุด ลุงเข้มก็ยินยอมที่จะเซ็นรับเงินก้อนนี้ แต่เมื่อรับไปแล้วกลับพบว่าตัวเองไม่มีความสุข

จนวันเวลาผ่านไปปีเศษ แก่ได้ล่วงรู้ความจริงว่า ลูกสาวของแกคือหนึ่งในคนใช้นับร้อยที่ถูกแพทย์ผ่าตัดเอาตับและไตไปขายให้แก่ผู้ที่รอคอยการปลูกถ่ายอวัยวะ

ตับของวันดีถูกนำไปขายที่นครปฐม ส่วนไต 2 ข้างถูกแยกไปขายคนละแห่ง โดยไตข้างหนึ่งอยู่ที่กรุงเทพฯ อีกข้างหนึ่งอยู่ที่สมุทรปราการ

เมื่อแน่ใจว่าเรื่องนี้เป็นความจริง ครอบครัวของวันดีนำเรื่องเข้าร้องเรียนต่อสภานายความและแพทยสภา ด้วยเหตุว่า

“อยากให้ทุกๆ คนช่วยผมด้วย...ให้ลงโทษผู้กระทำผิดให้สาสมใจ เพราะลูกผมไม่ได้รับความเป็นธรรม เขาตายแบบว่าจำใจตาย ถ้าไม่เอาตับเอาไตออก ลูกผมก็ไม่ตาย” นั่นคือความคิดที่ฝังในใจของคนเป็นพ่อ

สองปีเต็มหลังมรณกรรมของวันดี แพทยสภามีมติลงโทษคณะแพทย์ 6 คนของโรงพยาบาลที่รับวันดีเข้ารักษาหลังอุบัติเหตุจนเสียชีวิต ในฐานะผิดข้อบังคับจริยธรรมของแพทยสภาอันเนื่องมาจากดำเนินการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะด้วยกระบวนการอันไม่สมควร

นั่นคือการยืนยันที่ชัดเจนที่สุดถึงดาบสองคมของเทคโนโลยีการปลูกถ่ายอวัยวะที่ในด้านหนึ่งได้มอบชีวิตใหม่แก่ผู้ป่วยที่หมดหวัง ขณะที่อีกด้านหนึ่งก็ได้หยิบยื่นความตายให้แก่บุคคลที่ยังไม่สมควรตาย ซึ่งเป็นสิ่งที่ถูกวิพากษ์วิจารณ์มาแล้วทั่วโลกว่ามีใช่เป็นเพียงคำรำลือ

แต่คือความจริงที่เกิดขึ้นแล้วในสังคมไทย

ลำพังความผวาตผวาหรือลงโทษให้เจ็บปวดเป็นรายกรณี ปฏิบัติเช่นนี้เพียงพอหรือไม่สำหรับการเผชิญปัญหา

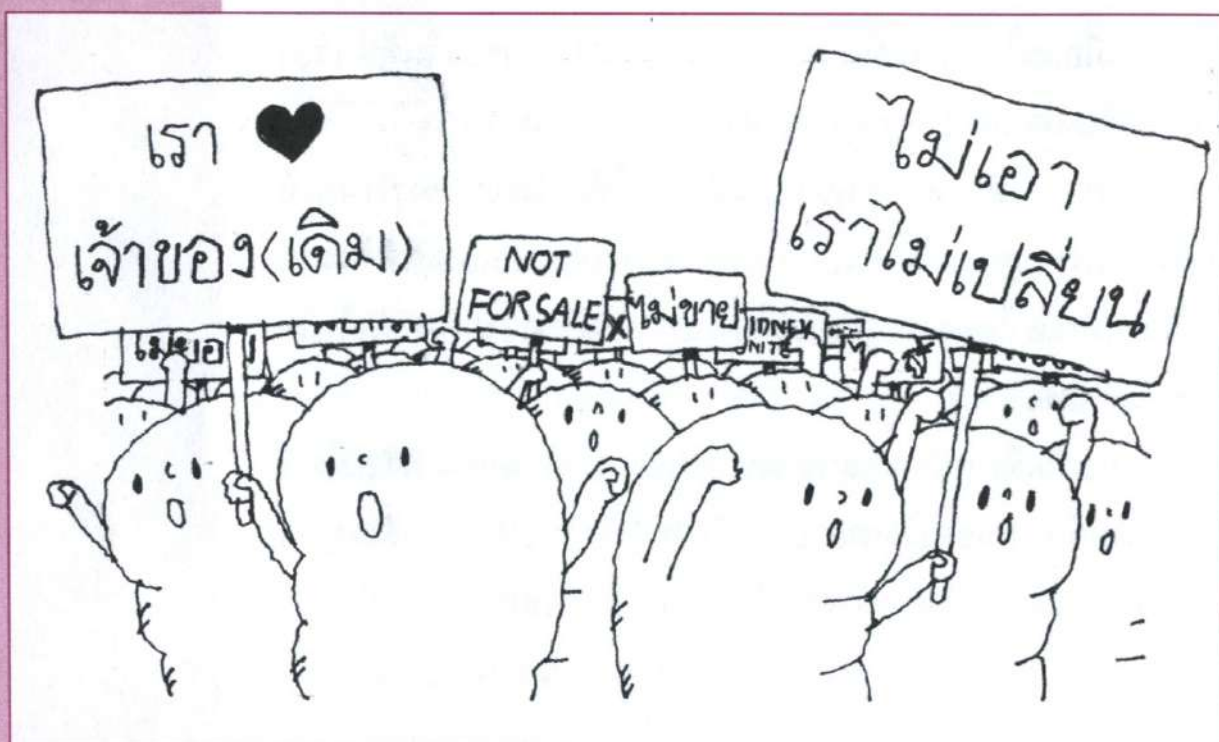
ความตายของวันดีได้ทิ้งคำถามที่สำคัญต่อสังคมว่า จะทำอย่างไรเพื่อไม่ให้เกิดกรณีเช่นนี้ซ้ำแล้วซ้ำเล่า





# เรียนรู้จากกรณี การซื้อขายไต

จะแก้วิกฤตระบบสุขภาพกันอย่างไร?\*



แพทยสภา

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์

**กรณี**

ของลูกสาวลุงเข้ม แพทยสภาได้ดำเนินการเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแพทย์ที่เกี่ยวข้อง โดยมีความผิดที่เกี่ยวข้องในเรื่องต่างๆ 4 ประเด็นใหญ่ คือ

\* สรุปจากการเสวนา “ซื้อขายไต...วิกฤตระบบสุขภาพไทย” จัดโดย สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) เมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2543 ที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



**ประเด็นที่หนึ่ง** การวินิจฉัยสมองตายโดยที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์มาตรฐานที่แพทยสมาคมกำหนด ซึ่งแพทยสภาถือเป็นเรื่องสำคัญ เพราะว่าสังคมฝากความไว้วางใจไว้กับวงการแพทย์

**ประเด็นที่สอง** เรื่องของการปลูกถ่ายอวัยวะจากการตรวจสอบ พบว่ามีการปลูกถ่ายอวัยวะที่ไม่เหมาะสมหลายประการ เป็นต้นว่า ตรวจว่าเป็นแม่ลูกกันแต่อายุห่างกัน 14 ปี กรณีที่น่าไต่จากคนที่มิได้ข้างหนึ่งเป็นนิ่วมาปลูกถ่าย หรือการตรวจความเข้ากันของเลือดระหว่างผู้ให้ผู้รับไม่ดีเพียงพอ

**ประเด็นที่สาม** การจ่ายค่าตอบแทน ซึ่งมีความชัดเจน และทั่วโลกถือว่าผิดจริยธรรมที่ร้ายแรง

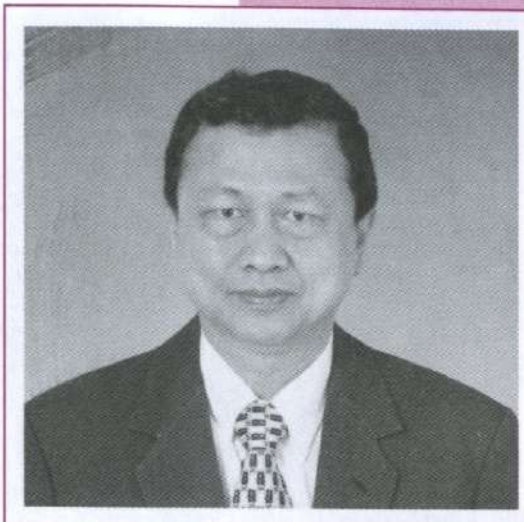
และ**ประเด็นความผิดเรื่องที่สี่** คือการจ่ายค่าตอบแทนในการรับส่งผู้ป่วย

จากข้อมูลของแพทยสภาตั้งแต่ก่อตั้งแพทยสภา พบว่าในการสั่งเพิกถอนใบอนุญาตแพทย์จำนวนทั้งสิ้น 6 ราย ถือว่าการดำเนินการของแพทยสภาครั้งนี้เป็นกรณีที่ร้ายแรงที่สุด

กรณีเรื่องการซื้อขายไตที่เกิดขึ้นต้องยอมรับว่าสภานายความมีส่วนมาก เนื่องจากแพทยสภาที่ดูแลเรื่องนี้ขาดการยอมรับและเชื่อถือ และตกอยู่ในสภาพที่ตกต่ำ ทำให้แพทย์และตัวของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยไปฟ้องที่สภานายความและสื่อมวลชน

ในต่างประเทศเช่นสหรัฐอเมริกา มีตัวอย่างของการควบคุมการทำงานของผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ โดยมีองค์กรที่เรียกกันว่า “ซีดีซี.” วิธีการทำงานขององค์กรดังกล่าวจะยึดหลักคำพูดที่ว่า ทุกอย่างป้องกันได้ ที่นี้จะไม่มีการพูดคำว่า อุบัติเหตุ หากใครพูดคำนี้ทุกคนจะถูกปรับคนละ 1 เหรียญ

สำหรับข้อเสนอให้มีคนนอกเข้ามาเป็นกรรมการแพทยสภา ปัจจุบันสัดส่วนของผู้ที่มาดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการแพทยสภานอกเหนือไปจากระบบแพทย์ที่ต้องดูแลกันเองแล้ว ยังมีตัวแทนของ



นพ.วิชัย  
โชควิวัฒน์





ประชาชนคือ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ร่วมเป็นสภานายกพิเศษซึ่งมีอำนาจยับยั้งมติของแพทยสภาได้ด้วย แต่ถือเป็นกลไกที่ในอดีตมีการนำมาใช้กันน้อยมาก รวมทั้งมักจะใช้ไปในทางลบมากกว่า โดยในกรณีแรกที่เคยเกิดขึ้น มีการเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของแพทย์ ซึ่งรัฐมนตรีสมัยนั้นใช้สิทธิยับยั้งลดโทษจนเกิดการ

เผชิญหน้ากัน จนกระทั่งมีการรวมการแพทยสภาประท้วงด้วยการลาออกอย่างโรดดี ศาลปกครองซึ่งตั้งขึ้นใหม่ ก็เป็นอีกช่องทางหนึ่งที่ผู้รับบริการซึ่งได้รับความเสียหายสามารถไปฟ้องร้องเพื่อเพิกถอนคำสั่งของแพทยสภาหากไม่ได้รับความเป็นธรรม

### ข้อเสนอ

ควรมีกลไกควบคุมการทำงานของผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ เช่น องค์กรอิสระ หรือให้คนนอกเข้าร่วมเป็นกรรมการขององค์กรวิชาชีพอย่างแพทยสภา เป็นต้น

### องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค

#### สารี อ๋องสมหวัง

#### เลขาธิการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค



บริการด้านสุขภาพเปิดโอกาสให้มีการทำประโยชน์กันในโรงพยาบาล กรณีตัวอย่างลูกสาวลุงเข้มเป็นเรื่องที่นำเสนอว่า ในโรงพยาบาลมีกระบวนการของคนเข้ามาปฏิสัมพันธ์กันทั้งในเรื่องของการเจรจา การให้ข้อมูล และการจ่ายค่าตอบแทน สถานพยาบาลส่วนหนึ่งได้กลายเป็นสถานที่สร้างระบบให้คนเข้าไปแสวงหาผลประโยชน์

ระบบขาดการเชื่อมโยงให้ญาติและครอบครัวของผู้ป่วยเข้าไป



มีส่วนร่วมและมีความเข้าใจในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ส่วนผู้รับบริการหรือผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยขาดอำนาจการต่อรองในการรักษาสุขภาพของตนเอง ไม่มีแม้กระทั่งความกล้าหาญที่จะถามผู้ให้บริการด้านสุขภาพว่ากำลังทำอะไรกับญาติของตนเอง ทั้งนี้จากรายงานวิจัย 15 กรณีศึกษาของมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค พบว่ายังมีความห่างระหว่างคนที่ไปรับบริการกับคนที่ให้บริการมากเท่าใด ความทุกข์ของผู้ป่วยก็ยิ่งจะสลับซับซ้อนมากขึ้น ทำให้การต่อรองของผู้ป่วยมีน้อยลง



สารี อ๋องสมหวัง

ปัจจุบันไม่มีหน่วยงานหรือองค์กรใดที่จะเข้าไปดูแลผู้ป่วยโดยตรง หากผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยไม่หันไปพึ่งสื่อมวลชน สภานายความ และมูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภค ก็จะไม่มีการทราบบว่ามีคนกำลังได้รับความเดือดร้อนจากการให้บริการด้านสุขภาพ ระบบดูแลทางอ้อมหรือตั้งคณะกรรมการอิสระเพื่อดูแลความทุกข์ของคนในอนาคตนับเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น

ต้องสร้างเสริมสุขภาพหรือส่งเสริมสุขภาพ โดยเริ่มตั้งแต่การทำความเข้าใจ และบอกข้อเท็จจริงกับประชาชน สร้างความเข้าใจในเรื่องของการบริโภคกับสิ่งที่รับประทานเข้าไปว่ามีโอกาสทำให้เกิดโรคอะไร เช่น การกินกึ่งอุตสาหกรรมที่มีสารเตตระไฮคลีนอันเป็นสารพิษตกค้างทำให้เกิดปัญหาไตวาย

### ข้อเสนอ

1. จะต้องมีการจัดการเพื่อลดระบบที่เปิดโอกาสให้สถานพยาบาลทำการแสวงหาผลประโยชน์ดังที่เกิดในกรณีเช่นนี้
2. จำเป็นต้องมีระบบดูแลทางอ้อมหรือตั้งคณะกรรมการอิสระเพื่อดูแลความทุกข์ของประชาชนผู้ใช้บริการในอนาคต
3. เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเริ่มตั้งแต่การทำความเข้าใจ และบอกข้อเท็จจริงกับประชาชน รวมทั้งสร้างความเข้าใจในเรื่องของวิถีชีวิตประจำวันที่สร้างโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังต่างๆ





วันชัย สอนศิริ

## สภานายความ วันชัย สอนศิริ

### ปัจจุบัน

การแข่งขันในการรักษาของโรงพยาบาล เป็นไปเพราะต้องการเงิน ทำให้โรงพยาบาลและแพทย์บางคนมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน อาศัยช่องว่างของกฎหมายและข้อบังคับดำเนินการ หาผลประโยชน์เพื่อสร้างรายได้ โดยเฉพาะปัญหา

การปลูกถ่ายอวัยวะที่ระเบียบและข้อบังคับมีข้อบกพร่อง ซึ่งขณะนี้ อยู่ระหว่างการร่างระเบียบเพื่อแก้ไขให้เกิดความรัดกุมและชัดเจน ดังนั้น มีความเป็นไปได้ว่าอาจจะต้องดำเนินการเอาผิดในทางอาญากับผู้ที่กระทำผิดด้วย

ในเมืองไทย ระบบการปลูกถ่ายอวัยวะมีความจำเป็นที่สำคัญ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพูดกันอย่างจริงจังในเรื่องของการรณรงค์ บริจาคอวัยวะโดยการให้ความรู้ ให้ความเข้าใจ และปรับทัศนคติของการบริจาคอวัยวะ โดยเฉพาะสิทธิของผู้ป่วยที่ต้องสร้างความรัดกุมในการให้บริจาคอวัยวะทั้งระหว่างที่ยังมีชีวิตอยู่ในขณะที่จะตาย หรือตายไปแล้ว รวมทั้งเกณฑ์มาตรฐานสมองตาย

รัฐบาลควรให้การสนับสนุนงบประมาณประเภทงบประมาณ พิเศษ เพื่อดำเนินการในเรื่องนี้อย่างจริงจัง ที่สำคัญองค์กรต่างๆ ต้องออกมาช่วยกันดูแลด้วย

แพทยสภาซึ่งเป็นองค์กรวิชาชีพที่ต้องดูแลและควบคุม โรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ แต่ปัจจุบันพบว่ามีปัญหา โครงสร้างของกฎหมาย เนื่องจากสัดส่วนของกรรมการส่วนใหญ่เป็น ผู้แทนข้าราชการในฝ่ายต่างๆ จึงให้เวลาที่จะมาทำงานนี้ไม่ได้เต็ม ร้อยเปอร์เซ็นต์ ผู้แทนบางคนกลับส่งผู้แทนมาประชุม จึงไม่แน่ใจว่า บุคคลเหล่านี้มีจิตใจที่จะเข้ามารณรงค์แก้ไขปัญหากันอย่างจริงจัง เพียงใด



## ข้อเสนอ

ให้ความรู้ให้ความเข้าใจ และปรับทัศนคติของการบริจาคอวัยวะให้เป็นไปอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะสิทธิของผู้ป่วยที่ต้องสร้างเงื่อนไขในการให้บริจาคอวัยวะทั้งระหว่างที่ยังมีชีวิตอยู่ ในขณะที่หมดหวังหรือตายไปแล้ว รวมทั้งเกณฑ์มาตรฐานสมองตายให้เป็นไปอย่างรัดกุม



## สมาคมโรงพยาบาลเอกชน

นพ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์

นพ.เอื้อชาติ  
กาญจนพิทักษ์

## ท้อป

ยอมรับว่า โรคทั้งหลายที่มีอยู่ทั้งหมดนี้ต่อให้ป้องกันดีอย่างไรก็ยังมีโรค เช่น โรคไต ไม่ว่าจะไม่รับประทานสารเตตระไซคลินที่มีอยู่ในกึ่งกูลาดาก็ยังคงเป็นโรคไต ซึ่งเรื่องนี้ยังมีตัวอย่างให้เห็นทั่วโลก

คนไข้ไตวายมีความคาดหวังและต้องการได้รับการเปลี่ยนไต และต้องมีไตที่เข้ากันได้ ความต้องการและการสนองความต้องการตรงนี้ก็กลับสวนทางกัน เมื่อพบว่าในประเทศไทยมีคนไข้รอการเปลี่ยนไตถึง 40,000 กว่าคน ในขณะที่เดียวกันกลับมีไตให้เปลี่ยนเพียง 1,000 กว่าราย ดังนั้นในเวทีนี้ต้องบอกว่า ต้องพยายามหาไตเพื่อมาให้กับคนที่ต้องการ มนุษย์ถ้ามีความต้องการ จะมีความต้องการที่ไม่สิ้นสุด จึงเห็นด้วยกับสภาพนายความที่ต้องช่วยกันรณรงค์ในเรื่องของบริจาคอวัยวะครั้งยิ่งใหญ่

## ข้อเสนอ

สร้างระบบที่ให้ความรู้ ความเข้าใจ และค่านิยมที่เหมาะสม และเท่าทันสถานการณ์ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการปลูกถ่ายอวัยวะ





นพ.เจลิม  
หาญพาณิชย์

## สมาคมโรงพยาบาลเอกชน

นพ.เจลิม หาญพาณิชย์

**บณ:**

นี้ระบบสุขภาพต่างๆ มีความสับสน และกระจายกันอยู่ตามหน่วยงานต่างๆ ไม่ได้รวมอยู่ในจุดหนึ่งจุดใดเพื่อรวบรวมหาแนวทางปฏิบัติเพื่อคนทั้งสังคม ตัวอย่างที่เห็นชัดเจนคือกรณีพระราชบัญญัติบุคคลที่สามไม่สามารถไปเบิก

เงินคืนได้ เวลานี้มีเงินค้างอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐ 200 กว่าล้านบาท ซึ่งโดยตัวบทกฎหมายไม่มีการจับมาพูดกันให้ชัดเจนว่า เงื่อนไขเวลาปฏิบัติที่ถูกต้องคืออะไรวิธีเบิกจ่ายคืออะไรข้อบังคับกฎหมายคืออะไร

ดังนั้นในการปฏิรูประบบสุขภาพไทยหากไม่นำคนที่เกี่ยวข้องทั้งระบบเข้ามารวมกันเพื่อทำงาน เชื่อว่าจะพัฒนาไปได้ช้ามากสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพควรที่จะได้ทำหน้าที่ประสานให้ทุกองค์กรเข้ามามีส่วนร่วม

### ข้อเสนอ

เชื่อมโยงความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมาแก้ปัญหาร่วมกันโดยเร็ว

## สมาคมโรงพยาบาลเอกชน

พญ.ประภา วงศ์แพทย์

**จาก**

15 กรณีศึกษาที่มูลนิธิเพื่อผู้บริโภคได้ศึกษา จะเห็นได้ว่าความผิดพลาดเกิดขึ้นได้ทั้งในภาครัฐและเอกชน เพราะความผิดพลาดนั้นทำโดยปัจเจกบุคคล สถานพยาบาลจะเป็นรัฐหรือเอกชนก็คือสถานที่ คือนิติบุคคล ดังนั้นถ้าไม่อยากเห็นความผิดพลาดเกิดขึ้นอีกหรือเกิดขึ้นน้อยกว่านี้ ต้องร่วมกันจัดระเบียบอะไรบางอย่างให้เกิดขึ้นเพราะสิ่งหนึ่งที่ยังขาดอยู่ในระบบสาธารณสุขคือบุคคลหรือคณะกรรมการทำหน้าที่ประเมินสถานการณ์ในการให้



คำแนะนำสิทธิและให้ทางเลือกแก่ผู้บริโภค ซึ่งในที่นี้คือคนไข้

ในประเด็นของการปลูกถ่ายไต แม้ว่าจะทำโดยถูกต้องตามกฎหมาย แต่ไม่ทราบว่าทุกๆ ครั้งที่ทำการปลูกถ่ายไตให้คนไข้ ผู้ป่วยเองได้รับทราบหรือไม่ถึงภาระที่ต้องแบกรับภายหลังผ่าตัดไตไว้ว่าจะต้องดูแลร่างกายอย่างไร มีค่าใช้จ่ายอย่างไร หรือไตที่ได้รับการปลูกถ่ายจะมีอายุของการใช้ได้นานเพียงใด โดยเฉพาะจะมีชีวิตอยู่ต่อไปจนแก่เฒ่าไม่เป็นโรคไตอีกหรือไม่

ควรตั้งคณะกรรมการกลางขึ้นมาทำหน้าที่พิจารณาเรื่องและวินิจฉัยปัญหาการปลูกถ่ายอวัยวะ ซึ่งหมิ่นเหม่ต่อข้อกำหนดเพื่อสร้างความเป็นธรรมให้ทั้งคนไข้และโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน และสร้างความเป็นธรรมให้กับผู้บริโภคด้วย รวมทั้งเป็นผลดีต่อโรงพยาบาลทุกแห่งไม่ว่ารัฐหรือเอกชน และในการบริจาคอวัยวะควรได้ผ่านคณะกรรมการกลางหรือองค์กรกลางเฉพาะเป็นเรื่องๆ ไป

### ข้อเสนอ

1. ควรตั้งคณะกรรมการกลางขึ้นมาเพื่อทำหน้าที่พิจารณาเรื่องและวินิจฉัยปัญหาการปลูกถ่ายอวัยวะ
2. การบริจาคอวัยวะควรได้ผ่านคณะกรรมการกลางหรือองค์กรกลางเฉพาะเป็นเรื่องๆ ไป

### นักวิชาการ

**นพ.สุภกร บัวสาย**

รองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

### ประเด็น

ซื้อขายไต อีกด้านหนึ่งทำให้เกิดปรากฏการณ์ตลาดมืด คำถามจึงอยู่ที่ว่า ทำอย่างไรที่จะให้เกิดระบบสร้างความโปร่งใสเป็นตลาดที่สว่างขึ้นมาได้

การให้ความคุ้มครองและปกป้องผู้บริโภคหรือคนไข้ โดย



**พญ.ประภา  
วงศ์แพทย์**





นพ.สุภกร บัวสาย

เฉพาะข้อมูลที่คนไข้จะได้รับมาใช้ประโยชน์ในการดูแลและปกป้องประโยชน์ของตัวเองเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากที่ผ่านมา ระบบข้อมูลส่วนใหญ่เป็นข้อมูลที่อยู่ในฝ่ายผู้ให้บริการ แม้แต่แพทย์สภาเองก็อาจจะได้ข้อมูลเพียงฝ่ายเดียว

การสร้างระบบคำจูนเพื่อบรรเทาทุกข์เบื้องต้นให้กับประชาชนเพื่อผ่อนคลายเป็นเบาเป็นสิ่งสำคัญ เพราะเมื่อมีปัญหาความเดือดร้อนเกิดขึ้น แล้ว

ประชาชนต้องไปร้องแรกแหกกระเชอกันเองโดยมีสภาพนายความเข้ามาช่วยเป็นครั้งเป็นคราวนั้น ประชาชนอาจรู้สึกอ่อนแรงไปแล้วและไม่แน่ใจว่าจะต้องตั้งคำถามกันใหม่กับแพทย์สภาที่ให้แพทย์ดูแลกันเอง ซึ่งแม้จะมีความเชื่อกันว่า แพทย์รู้ดีว่าแพทย์กำลังทำอะไร แต่ในความเป็นจริงกรรมการแพทย์สภาซึ่งคนในวงการแพทย์เลือกเข้าไปทำหน้าที่ กลับไม่มีมติใดที่จะบอกว่าแพทย์สภาเองควรที่จะต้องดูแลและปกป้องประชาชน

ในเชิงระบบ ต้องมีการรื้อฟื้นเกี่ยวกับเงื่อนไขการจ่ายเงิน เรื่องหลักประกันสุขภาพของประชาชนให้มีความเท่าเทียมและมีความสมบูรณ์มากขึ้น และการปฏิรูประบบสุขภาพคงไม่เป็นการไปล้มธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน แต่ต้องปรับวิธีคิดใหม่ว่า การทำธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนต้องเป็นธุรกิจที่ไม่แสวงหากำไร หากปรัชญานี้เกิดขึ้น ต่อไปต้องเปลี่ยนแปลงและสร้างกติกีกันขึ้นมาใหม่ การมุ่งที่จะนำโรงพยาบาลเข้าตลาดหลักทรัพย์มากขึ้นเรื่อยๆ จะกลายเป็นสิ่งที่ถูกตั้งคำถาม

ที่ผ่านมาเรามองระบบในลักษณะของสิ่งที่ไม่มีชีวิตจิตใจและไร้วิญญาณ ตั้งแต่การมองระบบของการบริหารจัดการทางการเงิน และระบบการบริหารจัดการระบบราชการ ความเป็นคน การเคารพความเป็นคนถูกมองข้ามไปมาก ดังนั้นทำอย่างไรจะให้ระบบที่คิดกันเป็นระบบที่ประชาชนมองเห็นความเป็นคนของกันและกันมากขึ้น



## ข้อเสนอ

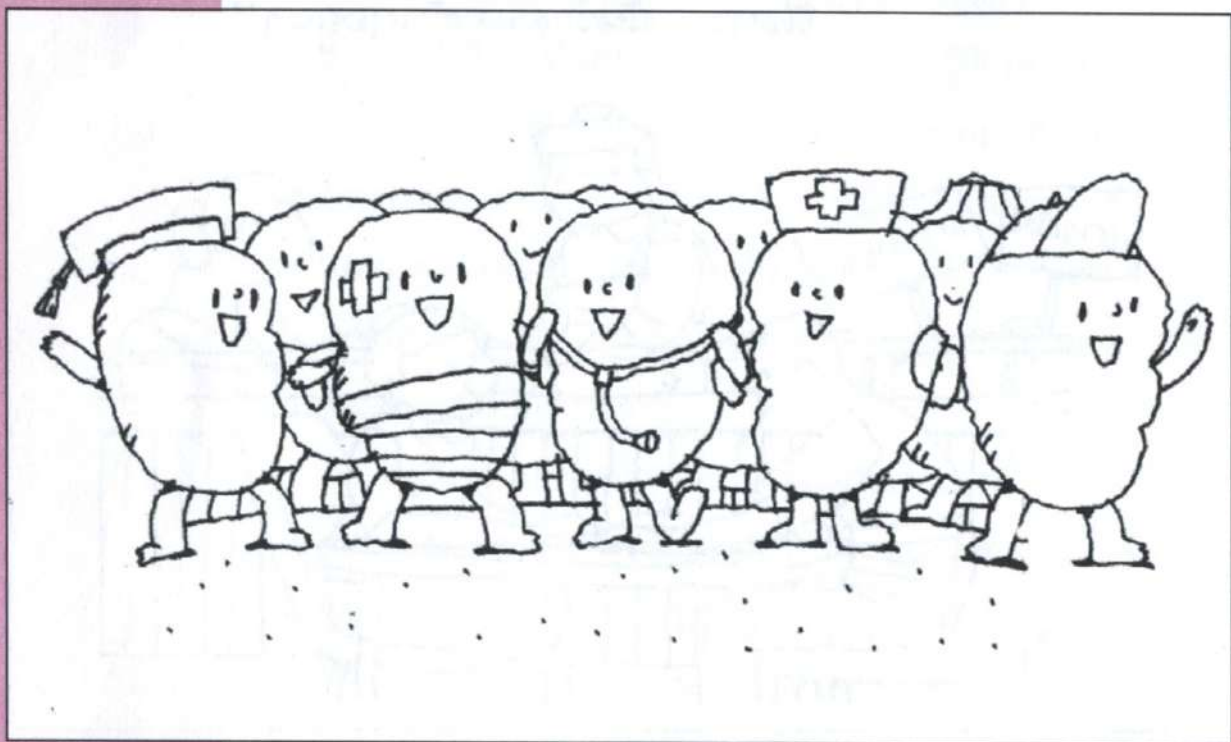
1. มีการสร้างระบบคำจูนเพื่อบรรเทาทุกข์เบื้องต้นให้แก่ประชาชนเพื่อผ่อนหนักเป็นเบา
2. ควรให้บุคคลภายนอกเข้าไปมีส่วนร่วมในคณะกรรมการของสภาวิชาชีพด้านสุขภาพ
3. สร้างระบบบริการสุขภาพที่มองเห็นความเป็น “คน” ในตัวคน





# ทัศนะ นอกรอบ

หลายมุมมองของผู้เกี่ยวข้อง\*



นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

ที่ปรึกษากระทรวงด้านสาธารณสุข

**ความ**

ไม่เสมอภาคด้านบริการในระบบสาธารณสุขของไทย  
ระหว่างผู้ป่วยที่ยากไร้กับผู้ป่วยซึ่งมีฐานะการเงินดี  
เป็นต้นตอหลักที่ก่อให้เกิดเหตุการณ์ชายไต่คนไข้



การผ่าตัดเปลี่ยนไตต้องเสียค่าใช้จ่ายตั้งแต่หลักแสนบาทขึ้นไป ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงเกินกว่าที่คนไข้ทั่วๆ ไปรับได้ ขณะที่ไม่ใช่อุปสรรคสำหรับผู้ป่วยที่มีสถานะเศรษฐกิจดี ซึ่งมีจำนวนไม่มาก ทำให้เกิดบริการจัดหาไตสำหรับกลุ่มคนไข้ที่มีความพร้อมด้านการเงินขึ้นมาโดยเฉพาะ

อีกส่วนหนึ่งก็คือ ความไม่โปร่งใสของระบบบริการด้านสุขภาพซึ่งเกิดจากลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้กับหมอแบบ “อุปถัมภ์” ที่มีความสัมพันธ์ในลักษณะแนวดิ่ง ซึ่งผู้ป่วยไม่มีสิทธิ์รับรู้การตัดสินใจของแพทย์ เพราะขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรักษา ทำให้ต้องเชื่อคำพูดของหมอโดยไม่สอบถาม นอกจากนี้ ถ้าหากไม่ให้ตัดไตจะถูกคิดค่ารักษาแพงๆ แต่หากยอมให้ ไม่เพียงไม่ต้องเสียค่ารักษาแต่ยังได้ค่าทำศพ และเงินอีกนับแสน

ทั้งนี้รวมถึงความไม่โปร่งใสในระบบตรวจสอบของแพทยสภา เพราะกรณีขายไตที่เกิดขึ้น ผู้เสียหายได้ร้องเรียนกับแพทยสภาไปตั้งแต่ปี 2540 แต่แพทยสภาไม่ให้ความใส่ใจ จนผู้เสียหายไปร้องเรียนสภานายความ และสื่อมวลชนเมื่อปี 2542 แพทยสภาจึงได้นำเรื่องมาพิจารณาตามขั้นตอน

เหตุการณ์ซื้อขายไตยังสะท้อนความไม่มีประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุขที่ให้ความสนใจเฉพาะขั้นตอนรักษาพยาบาลเพื่อซ่อมแซมสุขภาพเป็นหลัก ละเลยเรื่องของการสร้างสุขภาพให้แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย อย่างคนเป็นโรคไตวาย ส่วนหนึ่งเป็นเบาหวาน ซึ่งป้องกันได้โดยออกกำลังกาย กินอาหารที่มีประโยชน์ควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วนเกินไป หรือกรณีไตอักเสบจากการติดเชื้อ ก็สามารถป้องกันได้เช่นกัน

การปรับเปลี่ยนวิธีคิดเกี่ยวกับสุขภาพให้ประชาชนคิดถึงการรักษาสุขภาพให้อยู่ในภาวะสมบูรณ์ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาถึงตาย ให้ทุกขณะของวิถีดำเนินชีวิต ตั้งแต่พฤติกรรมการกิน การทำงาน



นพ.สุวิทย์  
วิบุลผลประเสริฐ





การพักผ่อน เป็นไปเพื่อส่งเสริมสุขภาพเป็นหลัก เป็นสิ่งที่สำคัญมาก

ส่งเสริมรูปแบบการสร้างความสัมพันธ์เชิงชุมชนให้เกิดขึ้นระหว่างหมอ คนไข้ และประชาชน แทนความสัมพันธ์แบบอุปถัมภ์ โดยให้ชาวบ้านในชุมชนได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการโรงพยาบาลชุมชน จะทำให้แพทย์ระมัดระวังในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น

ในระดับประเทศ ต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้าไปมีส่วนร่วมวางแผนด้านบริหารจัดการระบบสาธารณสุข ตั้งแต่การผลิตแพทย์ การจัดสรรค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล การประกันสุขภาพ ฯลฯ รวมทั้งภายในแพทยสภาต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าไปรับรู้การดำเนินงาน การตรวจสอบในทุกขั้นตอน ไม่ใช่มีเฉพาะแพทย์เพียงกลุ่มเดียวเช่นที่ผ่านมา

### นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



เทคโนโลยีการปลูกถ่ายอวัยวะเป็นเทคโนโลยีที่ทำให้การแพทย์มีเครดิตสูงขึ้นมา การแพทย์มีหน้าที่ทำให้คนหมดหวังมีหวัง เรื่องอวัยวะเสื่อมเป็นความหมดหวังที่มนุษย์ไม่เคยมีหวังเลย แล้วอวัยวะเสื่อมก็เป็นภาวะสุดท้ายที่ทุกคนต้องเจอ ไม่มีใครไม่เจอ ยกเว้นตายก่อน การปลูกถ่ายอวัยวะได้มันเป็นจุดก้าวกระโดด (breakthrough) สำคัญของวงการแพทย์

ถ้าเรามองกรณีที่เกิดปัญหาขึ้นมาจากการปลูกถ่ายอวัยวะ อันเนื่องมาจากการที่หมอตัดสินใจถูกหรือเปล่าที่ไปขออวัยวะ ญาติตัดสินใจได้ดีหรือไม่เมื่อถูกขอให้บริจาคอวัยวะของผู้ป่วยที่หมดหวังไปแล้ว นี่เราไม่ได้พูดถึงกรณีที่หมอชี้โก่งหรือไม่ชี้โก่ง พูดแบบตรงไปตรงมา ถามว่าควรมีระบบเช่นไร ก็มีวิธีจัดระบบได้หลายวิธี



ที่เคร่งครัดที่สุดบางประเทศถือว่าเป็นสิทธิของเจ้าตัว ถ้าเจ้าตัวไม่อนุญาตไว้ก่อนแล้วเกิดไปตายกะทันหัน ห้ามเจรจา ห้ามขอ ทั้งสิ้น ถือว่าเป็นเจตนารมณ์ของคนๆ นั้นแล้วว่าจะไม่บริจาค ฉะนั้นห้ามเจรจากับญาติ นั่นก็เป็นวิธีหนึ่ง ซึ่งวิธีนั้นก็อาจเคร่งครัดเกินไปจนทำให้เราเสียโอกาสที่จะได้อวัยวะ เพราะมีคนที่ยายก่อนเวลาอันควรโดยไม่ได้เตรียมตัวไว้ก่อนว่าจะทำอย่างไรกับร่างกายตัวเองก็มี



นพ.สมศักดิ์  
ชูณหรัศม์

ถามว่าในกรณีอย่างนี้ถ้าเรามีระบบให้ญาติได้มีโอกาสตัดสินใจจะดีไหม? ญาติจะมีโอกาสได้ตัดสินใจถี่ถ้วนไหม จะถูกหลอกไหม ถ้าอยากจะทำจริงๆ ก็ต้องบอกว่า จะต้องให้ญาติมีที่ปรึกษา เช่น ถ้าถูกร้องขอให้บริจาคอวัยวะ จะมีศูนย์รับคำปรึกษาหรือไม่ เพื่อให้เขาไปขอคำปรึกษาว่าจริงเท็จประการใด แต่ตรงนี้ก็พูดยาก เพราะว่ากรณีที่เกิดขึ้นมาบางทีเราก็ไม่รู้ว่ญาติเขาตัดสินใจเพราะอะไร อาจพูดตรงไปตรงมาก็ได้ว่า เขาถูกหลอก เอาผลประโยชน์มาหลอกล่อ และก็แถมให้ข้อมูลชนิดที่ไม่ให้ความหวังเขา เขาก็เชื่อว่าญาติเขาหมดหวังแล้วจริงๆ กรณีอย่างนั้นเขาก็อาจไม่อยากจะปรึกษาใคร ฉะนั้นการมีระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ญาติมี second opinion ก็อาจไม่ได้ช่วยให้ญาติถูกหลอกน้อยลง

มันก็มาถึงประเด็นว่า มีระบบอะไรที่จะป้องกันไม่ให้หมอมาหลอกคนไข้

แน่นอน ระบบลงโทษคงตรงไปตรงมา อาจต้องมีการตกลงกันเลยว่า แพทย์ที่จะบอกญาติว่าคนไข้หมดหวังต้องมีมากกว่า 1 คน ห้ามมีเพียงคนเดียว กรณีอย่างนี้ยังอาจสมคบกันเป็นทีมก็ได้ แบบนี้ญาติคนไข้ก็ยิ่งแน่ใจยิ่งขึ้นว่าหมดหวังจริงๆ แต่ผมเรียนตรงๆ จากความเห็นส่วนตัว ผมจะกังวลใจมาก ถ้าสังคมถึงขั้นต้องบอกว่า หมอจะบอกข้อมูลสำคัญ เช่น คนไข้หมดหวังแล้ว ต้องมี 3 คนพร้อมๆ กัน เพราะมันจะแสดงว่าเราไม่ไว้ใจหมอ ถ้าระบบเราไปถึงตรงนั้นเมื่อไหร่ เราคงแย่



การจัดระบบในสถานพยาบาลก็ทำอะไรได้พอสมควร สถานพยาบาลควรมีเงื่อนไขว่า เรื่องบางเรื่องไม่ใช่เรื่องของหมอและคนไข้ตัดสินใจเอง พุดง่าย ๆ คือ โรงพยาบาลไม่ใช่โรงแรมที่ใครจะมาทำอะไรก็ได้ โรงพยาบาลก็จะมีกฎระเบียบของโรงพยาบาล เรื่องการปลูกถ่ายอวัยวะที่อาจค่อนข้างรุนแรง เพราะค่าใช้จ่ายแพงมากมีโอกาสนำเอาเปรียบ (abuse) กันได้มาก มีปัญหาทฤษฎีพาณิชยกรรมได้ง่าย ๆ ต้องมีการกำหนดรายการมาเลยว่า ถ้ากรณีแบบนี้ต้องมีการกรรมการภายใน เช่น ต้องมีคณะกรรมการโรงพยาบาลเข้ามาดูแล เรื่องการวินิจฉัยคนไข้สมองตายต้องให้อยู่ในมือของหมอ 3 คนตามที่แพทยสมาคมกำหนด แต่เมื่อไหร่ก็ตามที่ต้องมีการปลูกถ่ายอวัยวะต้องมีการคุยกับญาติด้วยคณะกรรมการ เป็นต้น แต่มันก็ช่วยไม่ได้ถ้าทั้งโรงพยาบาลมันเป็นอย่างนั้นไปหมด คือถึงมีระบบแต่เขาก็ทำเป็นทีมหมดก็ทำอะไรไม่ได้ นั่นก็เป็นด้านร้ายที่ร้ายจริงๆ และเป็นไปได้

แน่นอน อวัยวะเป็นของที่หายาก เมื่อเรามีเทคโนโลยีเพื่อยืดอายุคนๆ หนึ่ง โดยที่มีคนอีกคนหนึ่งตายเนี่ย มันก็ยากมาก เพราะมันมักจะมีคนที่ต้องการมีชีวิตอยู่มากกว่าคนที่ตายไปพร้อมกับอวัยวะ เมื่อเราเข้าไปมีความสามารถในการปลูกถ่ายอวัยวะ แต่หา supply ยาก ตรงนี้เป็นเรื่องที่ต้องการทั้งจริยธรรม และระบบกติกาก็เข้มงวด รวมทั้งการบังคับใช้กฏกติกา และบางทีกรณีที่เราพูดๆ กันอาจมาจากปัญหาการบังคับใช้กฏกติกาก็ได้ว่ามันขาดการบังคับใช้ ดังนั้น คำว่าระบบมันจึงมีทั้งคำว่า กฏกติกา กับการกำกับดูแลให้เป็นไปตามกติกา

ระบบที่ดีไม่ได้หมายความว่ามีการกฏกติกาที่ดีพอแล้ว เพราะนั้นก็ยังมีแค่ครึ่งเดียว แต่ไม่มีการใช้โครงสร้าง ไม่มีการใช้กลไก ไม่มีการกำกับดูแลให้เป็นไปตามกติกา ไม่มีการฝึกปรือนำกฎระเบียบมาใช้ ในที่สุดกฏกติกาที่มีอยู่มันก็จะขึ้นสนิม ใช้ประโยชน์ไม่ได้





# ส่งท้าย

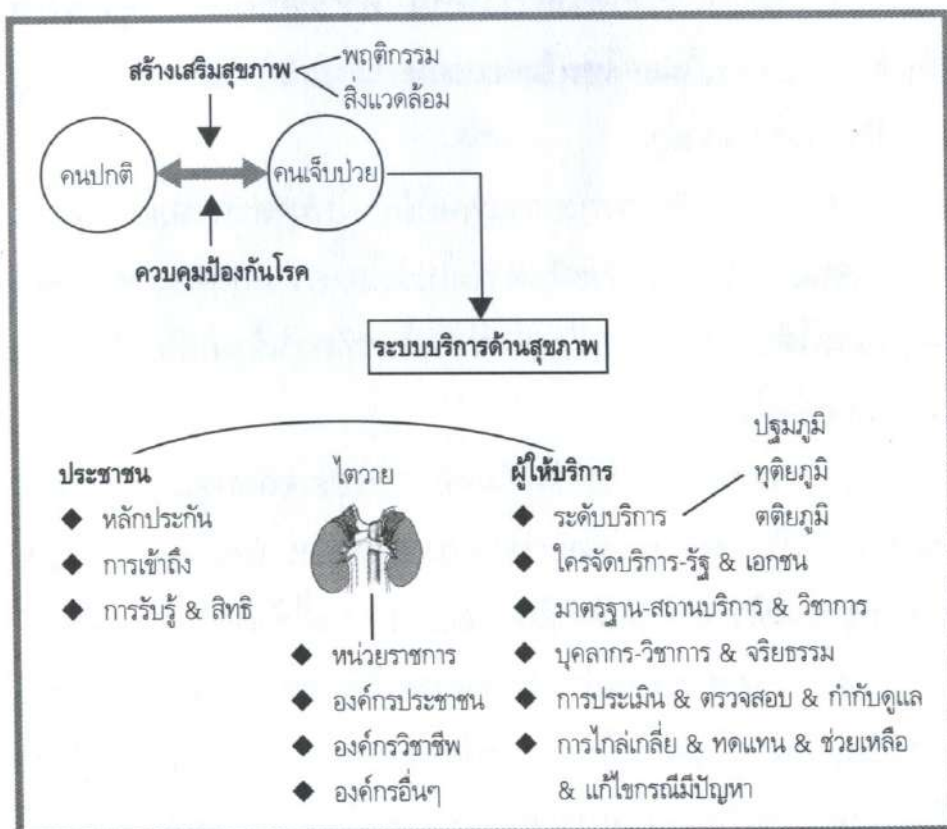
นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ

จากประเด็นข้อหาขายไต เมื่อวิเคราะห์เชิงระบบอาจมองเห็นความเชื่อมโยงของประเด็นและระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้ดังภาพที่ 1 และภาพที่ 2

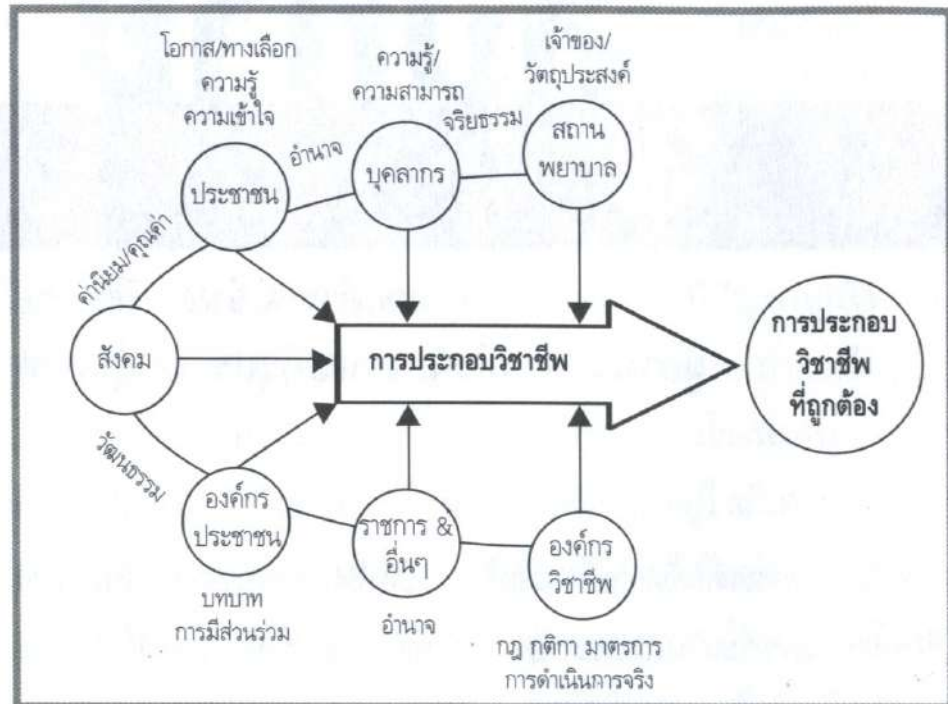
จากภาพทั้ง 2 จะเห็นว่าเรื่องที่เกิดขึ้นมิใช่เพียงแค่ปัญหาของบุคคลหรือปัญหาจริยธรรม หรือปัญหาเฉพาะเรื่องที่แยกตัวลอยอยู่โดดๆ หากแต่เป็นปัญหาที่เชื่อมโยงกับประเด็น ปัจจัย และระบบ

ภาพที่ 1 ประเด็นกรณีข้อหาขายไต





ภาพที่ 2 ความเชื่อมโยงของระบบจริยธรรมและระบบบริการด้านสุขภาพ



ย่อยอื่นๆ อย่างใกล้ชิดสนิทแนบ ดังนั้นการแก้ปัญหาเรื่องเช่นนี้ ต้องอาศัยการคิด การมอง และการแก้ไขระบบจึงแก้ปัญหาได้อย่างแท้จริง ซึ่งจากกรณีนี้อาจตั้งเป็นประเด็นตัวอย่างคำถามเชิงระบบได้ เช่น

1. ระบบบริการทางการแพทย์ ควรปล่อยให้ป็นธุรกิจเสรี เต็มตัว หรือควรเป็นแค่ไหนจึงจะเหมาะสม มีกลไกอะไรที่จะนำไปสู่ การปรับเปลี่ยนตรงนั้น

2. ระบบบริการทางการแพทย์มีกลไกมาตรการอย่างไรที่จะ ประกันคุณภาพบริการ ประกันความโปร่งใส ความถูกต้อง ความสม เหตุสมผลได้อย่างแท้จริง มีองค์กรหรือใครที่ควรเข้ามาเกี่ยวข้องตรง ไหนและอย่างไร

3. ระบบองค์กรวิชาชีพที่มีหลักการตรวจสอบดูแลมาตรฐาน คนในวงวิชาชีพเดียวกัน มีอะไรจะต้องปฏิรูปบ้าง เพื่อให้ความมั่นใจ แก่ประชาชนได้ว่าจะทำหน้าที่คุ้มครองประชาชนได้จริง

4. ระบบการคานอำนาจระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการที่ ดูจะมีปัญหามากในสังคมไทย ควรจัดระบบอย่างไร เรื่องสิทธิผู้ป่วย เรื่ององค์กรที่เป็นตัวแทนฝ่ายประชาชนได้อย่างแท้จริงจะเป็น



รูปธรรมได้อย่างไร

5. ระบบหลักประกันด้านสุขภาพ ควรครอบคลุมแค่ไหน ควรมีกี่ระบบ สิทธิประโยชน์อย่างไร ทำอย่างไรระบบนี้จะเอื้อประโยชน์แก่ทั้งฝ่ายประชาชนและฝ่ายผู้ให้บริการอย่างสมเหตุสมผล ไม่มีการเอารัดเอาเปรียบกันหรือเกิดความจ้องฉลขึ้น หากเกิดขึ้นจะมีระบบใดที่ตรวจสอบและจัดการได้

อย่างถูกต้อง เทียบธรรมและทันทางที่

ฯลฯ

การตั้งคำถามเชิงระบบเช่นนี้ น่าจะมีความสำคัญต่อการนำไปสู่การปฏิรูปเชิงระบบเพื่อป้องกันปัญหาอันไม่พึงประสงค์ ซึ่งนับวันแต่กำลังจะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น ในขณะที่กลไก มาตรการ และระบบที่มีอยู่เดิมเริ่มมีปัญหาและใช้ไม่ค่อยได้ผลมากขึ้นทุกวันๆ

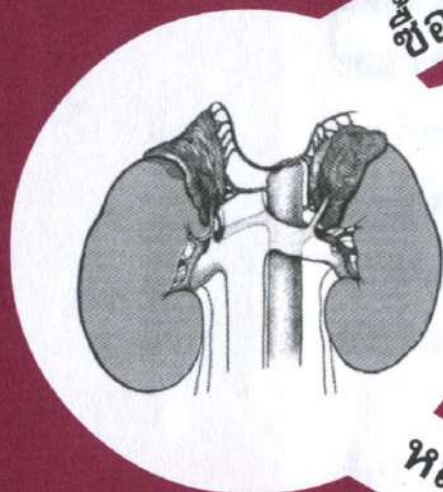
การเสวนาในครั้งนี้ แม้ใช้เวลาไม่มากนัก แต่ก็คงทำให้เกิดความคิด เกิดการเรียนรู้ เกิดปัญญา อันจะนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของสังคมไทย ให้เกิดเป็นรูปธรรมในอนาคตต่อไป

ทั้งหมดนี้ก็เพื่อสุขภาวะของคนไทยทุกคน



นพ.อำพล  
จินดาวัฒนะ





ซื้อขายไต วิกฤตระบบสุขภาพไทย?

เหตุผลที่คนอยากซื้อไต

พินิจวิกฤตการณ์ผ่านชะตากรรม

เรียนรู้จากกรณีการซื้อขายไต

หลายมุมมองของผู้เกี่ยวข้อง



## การกระจายอำนาจสู่ การบริหารด้านสาธารณสุข

การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นได้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมแล้วตามบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญปัจจุบันอันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในการปกครองและการบริหารประเทศในทุกด้าน ด้านสาธารณสุขนับเป็นอีกด้านที่จำเป็นจะต้องมีการปรับเปลี่ยนแนวทางการบริหารงานให้สอดคล้องกับทิศทางการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นที่จะมีขึ้นในระยะเวลาอันใกล้

กระทรวงสาธารณสุขเคยได้ชื่อว่าเป็นกระทรวงที่มีการกระจายอำนาจลงไปยังพื้นที่ท้องถิ่นมากที่สุดแห่งหนึ่งในทศวรรษที่ผ่านมา แต่ทว่าสหัสวรรษนี้การกระจายอำนาจรูปแบบเก่าตามสายการบังคับบัญชาที่ยังต้องขึ้นกับหน่วยเหนือของกระทรวงสาธารณสุขดูเหมือนจะไม่สอดคล้องกับสภาพความเปลี่ยนแปลงของสังคมเสียแล้ว เพราะในขณะนี้ประชาชนได้มีองค์กรปกครองตนเองขึ้นมากมายหลายระดับนับตั้งแต่ องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งกำลังก้าวขึ้นมาทำงานหลายด้านแทนที่หน่วยงานราชการส่วนภูมิภาคอย่างตำบล อำเภอ จังหวัด พร้อม ๆ กันไปหลายหน่วย



งานส่วนกลางก็เริ่มกระจายอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นลำดับมากขึ้นแล้ว เช่น กระทรวงศึกษาธิการ และ กระทรวงมหาดไทย

ดังนั้นเพื่อสร้างความเข้าใจต่อแนวทางในการเปลี่ยนแปลงด้านการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ซึ่งมีผลบังคับใช้แล้ว (18 พฤศจิกายน 2542) ต่อการบริหารงานกิจการด้านการสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.) จึงได้จัดประชุมวิชาการในเรื่องนี้ขึ้นเมื่อวันที่

21 มกราคม พ.ศ. 2543 ที่ผ่านมา

ในการประชุมครั้งนี้ได้รับความสนใจจากชาวสาธารณสุขเกินคาดการณ์จนทำให้ห้องประชุมใหญ่ทั้ง 2 ห้องแคบลงไปก้นดตะ จากที่ประมาณว่าจะมีผู้เข้าร่วมไม่เกิน 500 คน เมื่อถึงเวลาจริง ๆ มีผู้เข้าฟังมากกว่า 800 คน อีกทั้งเนื้อหาในการประชุมยังสร้างความสับสนให้กับคนสาธารณสุขกันอย่างถ้วนหน้า ทั้งนี้ไม่ใช่เพราะผู้อภิปรายพูดไม่รู้เรื่อง แต่อาจเป็นเพราะพูดรู้เรื่องมากเกินไปจนเกิดคำถามย้อนกลับไปยังกระทรวงสาธารณสุขอีกนับร้อย

อ่านต่อหน้า 2





ต่อจากหน้า 1

ซึ่งคำถามเหล่านี้ผู้กำหนดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเองก็ยุ่ง ๆ อยู่เหมือนกัน (ดูรายละเอียดเพิ่มเติม ร้อยบุฉาหาคำตอบไม่ได้)



รศ.ดร.สุพล นิธิไกรพล

การอภิปรายได้เริ่มจาก รศ.ดร.สุพล นิธิไกรพล หนึ่งในคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการได้เริ่มต้นโดยการชี้ให้เห็นว่าที่ผ่านมาเป็นเรื่องการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่นไม่ค่อยประสบผลสำเร็จก็เพราะส่วนใหญ่นักงานส่วนกลางมักไม่ค่อยยอมโอนอำนาจของตนออกไป หลายหน่วยงานก็เกรงว่าท้องถิ่นจะทำได้ไม่ดี หรือทำได้ก็ไม่ได้เท่าตัวเองทำ ขณะเดียวกันท้องถิ่นเองแม้ได้อำนาจในการบริหารกิจการงานหลายด้านก็ไม่รู้ว่าจะไปเอาเงิน เอาคน ที่ไหนไปทำงาน เช่น พระราชบัญญัติการปกครองท้องถิ่น พ.ศ. 2495 ก็ได้กำหนดให้เทศบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถบริหารงานด้านสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อมได้อย่างเต็มที่ แต่ปัญหาคือไม่มีเงินจะไปทำ

แต่มาคราวนี้ ภาพเช่นนั้นเปลี่ยน

ไปแล้ว เพราะตามพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจฉบับปัจจุบันนี้ระบุชัดว่าท้องถิ่นจะได้รับอำนาจในการจัดเก็บภาษีเพิ่มมากขึ้นด้วยตนเอง ภายในปี พ.ศ. 2544 รายได้ของรัฐบาลท้องถิ่นทั่วประเทศจะสูงขึ้นถึง 20 เปอร์เซ็นต์ จากเดิมที่มีอยู่ประมาณ 8-9 เปอร์เซ็นต์ เมื่อเทียบกับรายได้ของรัฐบาลกลาง และในปี พ.ศ. 2549 รายได้ของท้องถิ่นจะเพิ่มขึ้นไปอีกถึงประมาณ 35 เปอร์เซ็นต์ เมื่อมีรายได้เพิ่มมากขึ้นแล้วท้องถิ่นก็มีโอกาสทำงานและรับผิดชอบการบริหารงานด้านต่าง ๆ ได้มากขึ้น

โดยมีคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ ซึ่งประกอบไปด้วยตัวแทนจากภาคราชการส่วนกลาง 12 ท่าน จากผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 12 ท่าน และจากผู้ทรงคุณวุฒิ อีก 12 ท่านเพื่อทำหน้าที่ในการแบ่งงาน แบ่งคน และแบ่งเงินรายได้ระหว่างรัฐบาลส่วนกลางกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ฉะนั้นเท่ากับว่าคณะกรรมการชุดนี้แหละจะเป็นคนบอกว่าจะให้ท้องถิ่นทำอะไรและไม่ได้อะไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการบริหารงานด้านสาธารณสุข นั้นจะเป็นผู้กำหนดความชัดเจนลงไปว่า การที่ท้องถิ่นจะมีโรงพยาบาลได้นั้นหมายความว่าอะไร หมายถึงมีโรงพยาบาลเป็นของตนเอง หรือเป็นผู้กำกับดูแลโรงพยาบาล หรือมีโรงพยาบาลประเภทใดได้บ้าง ซึ่งเรื่องนี้ทางกระทรวงสาธารณสุขต้องเสนอแนะเข้ามาด้วย

รศ.ดร.สกนธ์ วรัญญูวัฒนา อาจารย์ประจำคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการคลังท้องถิ่นก็ได้กล่าวเสริมว่า



รศ.ดร.สกนธ์ วรัญญูวัฒนา

คณะกรรมการฯ ชุดนี้จะกำหนดให้ท้องถิ่นได้รับอำนาจการบริหารงานด้านสาธารณสุขมากขึ้นอย่างน้อยแค่ไหน ทางกระทรวงสาธารณสุขจะต้องทำการชี้แนะให้กับคณะกรรมการฯ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางต้องยอมรับความจริงที่จะต้องลดบทบาทตัวเอง และส่งเสริมเกื้อหนุนให้ท้องถิ่นได้มีโอกาสก้าวขึ้นมาดูแลการบริหารงานในพื้นที่กันเอง ทั้งนี้ทางส่วนกลางนั้นจะต้องเป็นผู้กำหนดกฎเกณฑ์ และมาตรฐานกลางในการบริหารงานด้านนั้น ๆ เพื่อคุมประสิทธิภาพและประสิทธิผลของหน่วยงานที่มีต่อประชาชนผู้รับบริการ

อาจารย์สกนธ์ย้ำว่า “แม้จะมีกฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจไว้เรียบร้อยแล้วแต่กระบวนการกระจายอำนาจไม่จบ เพราะตัวกฎหมายนี้ได้ระบุไว้เองว่าการกระจายอำนาจในด้านต่าง ๆ นั้นจะต้องมีการพิจารณาทบทวนกันทุก ๆ 5 ปี ถ้าอันไหนกระจายไปแล้วไม่ดีก็ต้องปรับปรุงแก้ไขกันอีก ดังนั้น ขณะนี้



คำถามจึงอยู่ที่ว่า กระทรวงสาธารณสุข จะให้อำนาจอะไรไปยังท้องถิ่นและจะ ช่วยพัฒนาให้ท้องถิ่นมีความพร้อมมา รับอำนาจเหล่านี้ได้อย่างไร”

ในปัจจุบันองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นยังมีความไม่พร้อมอยู่มาก จะ เห็นได้จากความรุนแรงที่เกิดขึ้นใน กระบวนการสรรหาตัวแทนของท้องถิ่น เองซึ่งก่อให้เกิดคำถามว่าตัวแทนเหล่านี้ เป็นตัวแทนที่แท้จริงหรือไม่ ดังนั้น กลไกการตรวจสอบการทำงานก็เป็น เรื่องที่สำคัญที่จะต้องเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับการกระจายอำนาจ ถ้ากระจายเงิน ออกไปอย่างเดียวไม่มีการตรวจสอบก็ จะเกิดปัญหาขึ้นมากมายภายหลัง

อาจารย์สกลธีได้คำนวณเม็ดเงิน คร่าวๆ ที่ท้องถิ่นจะได้รับภายในอีก 2-3 ปีข้างหน้าว่า เม็ดเงินรายได้ของ องค์กรปกครองท้องถิ่นโดยรวมจะเพิ่ม ขึ้นจาก 3-4 หมื่นล้านบาทเป็นกว่า แสนล้าน ซึ่งในปัจจุบันตัวอย่าง องค์กรการบริหารส่วนตำบลแค่มีเงินราย ได้เพียง 5-6 ล้านบาทก็บริหารงานมี ปัญหาแล้ว ดังนั้นในจุดนี้ส่วนกลาง อย่างกระทรวงสาธารณสุขที่จะกระจาย งานออกไปก็ต้องคิดถึงประสิทธิภาพ ความประหยัดคุ่มทุน การบริการที่ เข้าถึงประชาชนเป็นหลักสำคัญโดยต้อง จัดวางให้มีระบบ check and balance ที่มีประสิทธิภาพ เปิดโอกาสให้ ประชาชนในท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมใน การตรวจสอบด้วย เพราะภาค ประชาชนเป็นเจ้าของเงิน ไม่ใช่เพียงแค่ ยกงานสาธารณสุขจากส่วนกลางไปให้ ท้องถิ่นอย่างเดียวโดยไม่วางระบบอะไร

หากเป็นไปได้ในลักษณะดังกล่าวก็จะ ก่อให้เกิดระบบสาธารณสุขที่โปร่งใส และมีความรับผิดชอบที่ตรวจสอบได้ หรือที่เรียกว่า transparency and ac- countability อันจะทำให้ผู้บริหาร ท้องถิ่นเองต้องพัฒนาตัวเอง และปรับ เปลี่ยนบทบาทตัวเองมารับใช้ท้องถิ่น มากขึ้น

## ท้องถิ่นพร้อม ไม่พร้อม

อย่างน้อยก็พร้อมแล้วที่ปากแพรง

ในเรื่องความพร้อมขององค์กรป กครองท้องถิ่นในเรื่องการบริหาร งานด้านสาธารณสุข พันโท นพ.ปวีรรัต อุดมศักดิ์ นายกเทศมนตรีตำบลปาก



พันโท นพ.ปวีรรัต อุดมศักดิ์

แพรง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรม- ราช ซึ่งเป็นผู้แทนท้องถิ่นเพียงคนบน เวทีที่ได้กล่าวว่า เรื่องความพร้อม หรือ ไม่พร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นั้นทางกระทรวงสาธารณสุขควรที่จะ ทำการสำรวจวิจัยในเรื่องนี้อย่างจริงจัง มิใช่เพียงแค่กล่าวกันอย่างกว้าง ๆ โดย ไม่ได้ลงไปดูข้อเท็จ

พันโท นพ.ปวีรรัตได้เสนอเป็น

รูปธรรมด้วยว่าให้ทดลองสำรวจความ พร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล 3-4 หมื่นแห่งดูว่าสามารถที่จะรับงานการ บริหารด้านสาธารณสุขได้มากน้อยเพียง ใดและต้องลงไปดูถึงความพร้อมของ ชุมชนด้วยว่ามีความตื่นตัวที่จะรับ อำนาจเหล่านี้หรือไม่แค่ไหน ถ้าพบว่า ยังไม่พร้อมก็ต้องวิเคราะห์หาสาเหตุลง ไปอีกเพื่อที่จะช่วยพัฒนาปรับปรุงให้ ท้องถิ่นเกิดความพร้อมให้ได้ แต่ถ้า หากมีอบต.หรือเทศบาลไหนพร้อมก็ ค่อย ๆ คัดเลือกกระจายอำนาจให้ไป เรื่องการสาธารณสุขจะอยู่ที่ระบบรวม ศูนย์อย่างในปัจจุบันเช่นนี้ตลอดไปไม่ ได้แล้ว

“กระบวนการขั้นตอนการบริหารงาน สาธารณสุขต้องเปลี่ยนจากระบบรวม ศูนย์ได้แล้ว อย่างเทศบาลที่ผมอยู่ ระบบสั่งการแนวดิ่งจากส่วนกลางไม่ พร้อมที่จะอยู่ในปี ค.ศ. 2000 แล้ว เพราะหากเกิดความผิดพลาดกว่าจะ ตรวจสอบถึงก็แย่แล้ว แค่วันนี้วันผิด ไปหนึ่งวัน โครงการสี่แสนล้านหยุด ชะงักทันที การสั่งการแบบแนวดิ่งแล้ว กระจายออกไปหลายครั้งไม่มีความ เสมอภาค บางโรงพยาบาลเส้นดึกก็ได้ดีไป” นพ.ปวีรรัต กล่าว

ดังนั้นหากกระทรวงสาธารณสุขมี ความจริงใจที่จะกระจายอำนาจให้ท้องถิ่น ก็ควรมีนโยบายออกมาให้ชัดเจน เพื่อ ทางท้องถิ่นเองจะได้วางแผนทางการจัด โครงสร้างการบริหารให้สอดคล้อง เพราะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นมีความยืดหยุ่นสูง อยู่ใกล้ชิดกับ ประชาชนโดยตรง รู้ถึงความต้องการ ที่แท้จริงในเรื่องปัญหาสุขภาพของ





ประชาชน แต่หากส่วนกลางเกรงว่าเมื่อกระจายงานกระจายคนลงไปแล้วจะก่อให้เกิดปัญหา ก็ควรให้ท้องถิ่นได้มีโอกาสเสนอรูปแบบที่จะมีการตรวจสอบความโปร่งใสเพื่อก่อให้เกิดการบริหารงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

“ถ้ากระทรวง (สาธารณสุข) ยกโรงพยาบาลทุ่งสงให้ผมพ่วงนี้ผมก็พร้อมรับไปเลย แต่ต้องเอาเงินเอาคนมาด้วยนะ นายกเทศมนตรี สภาเทศบาลมาจากการเลือกตั้งโดยตรงของประชาชนอยู่แล้ว หากทำไม่ได้ทำไม่ดีก็ถูกปลดทันทีอยู่แล้ว อย่างนี้ก็เป็นการ check and balance ในตัวอยู่แล้ว”  
นพ.ปวิรรต ย้ำด้วยความมั่นใจ

### คำตอบจากสธ.ถึงท้องถิ่น

นพ. ณรงค์ศักดิ์ องค์กรสุพล รอง



ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นตัวแทนคนเดียวจากกระทรวงสาธารณสุขที่ร่วมอภิปรายถึงแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ซึ่งคำว่า “ความไม่ชัดเจนก็คือความชัดเจนอย่างหนึ่ง” ดูเหมือนจะเป็นบทสรุปของนโยบายในเรื่องนี้ได้ดีที่สุด



สำหรับกระทรวงฯ

ท่านรองปลัดได้อธิบายว่า การเปลี่ยนแปลงจากระบบปัจจุบันไปสู่รูปแบบการกระจายอำนาจนั้นถือเป็นเรื่องใหญ่ จำเป็นที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนอย่างเป็นระบบ มีรูปแบบที่ชัดเจนที่จะทำให้แน่ใจได้ว่าระบบใหม่นั้นจะดีกว่าที่เป็นอยู่ ทั้งนี้ที่ผ่านมาในปีพ.ศ. 2517 กระทรวงสาธารณสุขก็ได้มีการปรับระบบกันครั้งใหญ่ที่ก่อให้เกิดเอกภาพและเครือข่ายในการบริหารงานด้านสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ มีการจัดตั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีสถานีอนามัยตำบล เป็นเหมือนเซลล์ย่อยลงไปในชุมชน ขณะเดียวกันการบริหารงานในระดับสาธารณสุขอำเภอก็อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของนายอำเภอ สาธารณสุขจังหวัดก็อยู่ภายใต้การบริหารของผู้ว่าราชการจังหวัด

ยิ่งไปกว่านั้น นพ.ณรงค์ศักดิ์ ได้เปิดเผยว่า ขณะนี้ทางกระทรวงฯ ได้จัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพขึ้นมาแล้ว เพื่อทำการวิจัย เสนอแนะเพื่อหา

ทิศทางใหม่ในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้น ซึ่งต่อไประบบสาธารณสุขจะไม่ได้ดูแลแค่การมุ่งรักษาพยาบาลเท่านั้น ซึ่งในเรื่องนี้ทางกระทรวงฯก็เตรียมเสนอรัฐบาลให้มีตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติขึ้นในเร็ว ๆ นี้ นอกจากนั้นแล้วกระทรวงสาธารณสุขเองก็ได้ตั้งคณะกรรมการอำนวยการเพื่อศึกษาทบทวนบทบาทของตัวกระทรวงเองว่าจะต้องมีการปรับเปลี่ยนทิศทางการทำงานอย่างไรบ้างทั้งในด้านการชอกฎหมาย การบริหารคนงาน เงิน และคุณธรรมจริยธรรม ทั้งนี้ก็เพื่อสร้างระบบที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ส่วนการกระจายอำนาจลงสู่ชุมชนนั้น รองปลัดกระทรวงฯ ชี้แจงว่า ทางกระทรวงเร่งส่งเสริมให้โรงพยาบาลในระดับอำเภออย่างโรงพยาบาลบ้านแพ้ว แยกออกไปเป็นองค์กรมหาชนซึ่งจะมีอำนาจในการบริหารและจัดการตนเอง ด้านระดับตำบลขณะนี้ทางกระทรวงฯ ก็ร่วมกับหลายหน่วยงานทำโครงการนำร่องเพื่อศึกษาวิจัยการให้ อบต. เข้า





ด้านต่างๆ ที่กล่าวในข้างต้นเข้าด้วยกัน  
อย่างเป็นระบบ “ในปัจจุบันเรายังไม่มี  
รูปแบบที่ชัดเจน เราเพิ่งตั้งหลัก แต่  
ต้องทำภารกิจให้ครบ” เมื่อถูกถามถึง  
เรื่องการกระจายอำนาจทางกระทรวง  
สาธารณสุขจะเริ่มดำเนินการเมื่อใด  
ท่านรองปลัดกล่าวอย่างอึดอัดว่า “อย่าง  
ช้าสุดก็ 4 ปี อย่างเร็วสุดก็ 4 ปี”

ก็เป็นอันว่าเป็นไปตามกรอบ  
กฎหมายก็แล้วกัน ส่วนตอนนี้เห็นที่  
ต้องรอกันไปก่อน

● มามีบทบาทในการบริหารงานสถาบัน  
อนามัย ซึ่งในเรื่องนี้มีการส่งรายงาน  
ความคืบหน้ามายังกระทรวงฯ ทุก 3 เดือน  
และในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2543 นี้

ต้องแล้วเสร็จ

อย่างไรก็ตาม นพ.ณรงค์ศักดิ์  
ยอมรับว่า ทางกระทรวงฯ เองยังไม่ได้  
วางแนวทางการเชื่อมโยงระหว่างงาน

## แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและระยะเวลาดำเนินการ

**มาตรา 30** การดำเนินการตาม  
แผนการกระจายอำนาจ

(1) รัฐดำเนินการถ่ายโอนภารกิจการ  
ให้บริการสาธารณะ

- ภารกิจที่ซ้ำซ้อน (ภายใน 4 ปี)
- ภารกิจที่รัฐจัดให้บริการในเขตของ  
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกระทบถึง  
การปกครองส่วนท้องถิ่น (ภายใน 4 ปี)
- ภารกิจที่เป็นการดำเนินงานตาม  
นโยบายของรัฐบาล (ภายใน 4 ปี)

(2) กำหนดขอบเขตความรับผิดชอบ  
ในการให้บริการสาธารณะของหน่วยงานให้  
ชัดเจน ในระยะแรกอาจกำหนดให้แตกต่าง  
ได้ตาม สภาพความพร้อมของท้องถิ่นแต่ละแห่ง  
(ไม่เกิน 10 ปี)

(4) รัฐกำหนดการจัดสรรภาษีอากร  
เงินอุดหนุน และรายได้อื่นให้แก่องค์กรปกครอง  
ส่วนท้องถิ่นในสัดส่วน

- ไม่น้อยกว่า 20% ของรายได้รัฐ  
(ไม่เกิน พ.ศ. 2544)

- ไม่น้อยกว่า 35 % ของรายได้รัฐ  
(ไม่เกิน พ.ศ. 2549)

**มาตรา 32** คณะกรรมการดำเนิน  
การจัดทำแผนปฏิบัติการโดยต้องมีสาระ  
สำคัญดังต่อไปนี้ (ภายใน 1 ปี หลังจาก  
ปฏิบัติหน้าที่)

- (1) กำหนดแนวทางและวิธีปฏิบัติ
- (2) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีดำเนิน  
การในการจัดสรรสัดส่วนภาษี
- (3) เสนอรายละเอียดการแก้ไขกฎหมาย
- (4) จัดระบบการบริหารงานบุคคลของ  
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการสร้าง  
ระบบการถ่ายเทกำลังคนสู่ท้องถิ่น และสร้าง  
ระบบความก้าวหน้าสายอาชีพที่เหมาะสม

**มาตรา 34** คณะกรรมการพิจารณา  
ทบทวนการกำหนดอำนาจและหน้าที่และการ  
จัดสรรรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
ใหม่ (ระยะไม่เกิน 5 ปี)

## บทเฉพาะกาล

**มาตรา 35** ให้คณะกรรมการจัด  
ทำแผนตามมาตรา 30 และแผนปฏิบัติการ  
ตามมาตรา 32 (ภายใน 1 ปี-นับจากคณะ  
กรรมการเริ่มปฏิบัติหน้าที่)

**มาตรา 36** นายกรัฐมนตรีจัดให้  
การเลือกผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
และสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิตามมาตรา 6 (ภายใน  
60 วันนับตั้งแต่พระราชบัญญัติบังคับใช้)

**มาตรา 37** นายกรัฐมนตรีอาจมีคำ  
สั่งให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องดำเนินการ  
เพื่อช่วยเหลือการปฏิบัติงานของคณะ  
กรรมการได้ตามที่เห็นสมควร





# เสียงจากก廓ร สะท้อนความจริงใจ การกระจายอำนาจสาธารณสุข

หากพูดถึงการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาบริหารงานด้านสาธารณสุขแทนที่กระทรวงสาธารณสุขอย่างเต็มรูปแบบ ตัวแทนที่แสดงถึงขีดความสามารถในการทำหน้าที่ตรงนี้เห็นจะไม่มีใครเกินกรุงเทพมหานคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษที่เป็นอิสระที่ดำเนินงานตามแนวนโยบายรัฐบาลแต่ไม่ขึ้นตรงกับหน่วยงานกระทรวงทบวงกรมใด ๆ แม้แต่งานด้านการสาธารณสุข กทม. ก็สามารถบริหารจัดการโรงพยาบาลหลัก 8 แห่งเพื่อให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างยิ่ง พร้อม ๆ กันไปยังมีสถานบริการสาธารณสุขกระจายอยู่ทั่วครอบคลุมประชากร กทม. ได้เกือบหมด ชนิดที่กระทรวงสาธารณสุขแทบไม่ต้องเข้ามายุ่งเกี่ยวในเรื่องนี้ที่กทม.เลย

การที่กทม. สามารถบริหารงานด้านสาธารณสุขดูแลสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึงเช่นนี้ ปัจจัยสำคัญส่วนหนึ่งก็เพราะกทม.มีรายได้จากการจัดเก็บภาษีและการแบ่งรายได้จากส่วนกลางที่มากพอที่จะจัดจ้างกำลังคนเข้ามาบริหารงานด้านนี้ ซึ่งนี่ก็พอจะเป็นรูปแบบหนึ่งที่จะทำให้หลายคนนึกถึงรูปธรรมที่ชัดเจนได้ว่า หากกระทรวงสาธารณสุขต้องกระจายอำนาจด้านการจัดการสาธารณสุขไปให้กับ อบจ. เทศบาล และ อบต. ซึ่งล้วนแล้วเป็นองค์กรปกครองตนเองเช่นเดียวกับกทม.แล้วท้องถิ่นจะสามารถดำเนินงานด้านนี้ไปอย่างไรก็ต้องขึ้นกับการวางระบบการกระจายอำนาจ ระดับการเข้ามามีส่วนร่วมของ



ประชาชนในท้องถิ่น ช่วงเวลาในการพัฒนาการปรับปรุงประสิทธิภาพในการบริหาร ซึ่งล้วนเป็นสิ่งที่ทางกระทรวงสาธารณสุขต้องแสดงความเจตนาจริงใจและวางแนวนโยบายในเรื่องนี้ออกมาให้ชัดเจน

“คนมันไม่เคยทำ ไม่เคยได้โอกาส มันก็กลัวเป็นธรรมดา แต่ถ้าไม่ให้อำนาจไม่ให้อำนาจเราได้ทำบ้าง เมื่อไรมันจะเป็นเมื่อไรมันจะพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้นล่ะ ถ้ามีโอกาสมันก็จะเริ่มกล้าทำ กล้าพัฒนา” ร.อ.นพ.ทวี หลิมสมบุญณ์ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลเมืองภูเก็ต กล่าวด้วยสำเนียงปักษ์ใต้อย่างมั่นใจเมื่อถูกถามถึงความพร้อมของท้องถิ่นว่าจะสามารถรับงานบริหารด้านสาธารณสุขได้มากน้อยเพียงใด

ร.อ.นพ.ทวีชี้ว่า ปัญหาที่สำคัญขององค์กรปกครองส่วน



ท้องถิ่นส่วนใหญ่ คือขาดบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ เฉพาะด้านในเรื่องสาธารณสุข ส่วนบางพื้นที่เช่นที่ภูเก็ตมีผู้บริหารที่จบมาทางด้านแพทย์ ดังนั้นเรื่องการดูแลและบริหารกิจการสาธารณสุขจะไม่มีปัญหาแต่อย่างใด ไม่ว่าจะเป็นการบริหารกิจการโรงพยาบาล หน่วยบริการสาธารณสุข หรือการส่งเสริมสุขภาพก็ตาม

ร.อ.นพ.ทวีเป็นผู้หนึ่งในบรรดาผู้เข้าร่วมสัมมนาประชุมวิชาการด้านการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นกับการบริหารด้านสาธารณสุขที่สวรส.จัดขึ้น และเขาเป็นผู้ที่ถูกขึ้นคานกับคำถามจากคนสาธารณสุขที่มีต่อเวทีการสัมมนาว่า ท้องถิ่นจะพร้อมรับการกระจายอำนาจได้อย่างไรในเมื่อยังเต็มไปด้วยคนโง่และโกง

ต่อคำถามดังกล่าว ร.อ.นพ.ทวีโต้แย้งว่า คนฉลาดไม่ควรมองคนอื่นว่าโง่ ไม่ว่าจะเป็นท้องถิ่นหรือระดับชาติก็ไม่มีอะไรแตกต่างกัน ดูได้จากกรณีการทุจริตในหลายๆ เรื่องก็มีเรื่องลักษณะเดียวกันเกิดขึ้นทั้งนั้น อย่างนี้จะมองว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโง่กว่าและโกงกว่าได้อย่างไร

ในเรื่องการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้ท้องถิ่นนั้น ร.อ.นพ.ทวี ได้ให้สัมภาษณ์เป็นพิเศษยืนยันว่า อย่างน้อยที่สุด การกระจายอำนาจด้านนี้ไปให้ชุมชนช่วยกันดูแลนั้นเป็นสิ่งที่ดีแน่นอน เพราะจะทำให้ประชาชนตรวจสอบร้องเรียนได้อย่างทันทั่วที่หากได้รับการที่ไม่ดี เพราะประชาชนสามารถแจ้งให้ผู้แทนท้องถิ่นที่ตนเลือกเข้าไปสอดส่องดูแลเป็นหูเป็นตาแทนได้ ดังเช่นที่เกิดขึ้นกับศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลที่ตนเองดูแลอยู่ เมื่อเกิดความผิดพลาดหรือสิ่งที่ไม่เหมาะสมขึ้นหลายต่อหลายครั้งที่ประชาชนเดินขึ้นมานบนเทศบาลเพื่อร้องเรียนโดยตรงกับนายกเทศมนตรีที่เขาเลือกมากับมือ ซึ่งก็ทำให้ทางศูนย์เองมีความระมัดระวังในการรักษาและดูแลผู้เจ็บป่วยมากขึ้น

ยิ่งไปกว่านั้น ร.อ.นพ.ทวียังได้เสนอแนวทางในการกระจายอำนาจด้านการบริหารสาธารณสุขอีกว่า จริง ๆ แล้วทางกระทรวงสาธารณสุขควรที่จะเริ่มจากการปรับโครงสร้างด้วยการโอนย้ายการกำกับดูแลกิจการงานด้านสาธารณสุขไปอยู่กับท้องถิ่น โดยที่ลักษณะการบริหารงานภายใน ตำแหน่งเงินเดือน สวัสดิการยังขึ้นอยู่กับกระทรวงสาธารณสุข นั่นจะเป็นโครงสร้างที่ง่ายที่สุดและจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน

ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและส่วนกลาง

ตัวอย่างที่เห็นเป็นรูปธรรมที่เป็นอยู่ได้แก่ งานด้านการศึกษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินกิจการโรงเรียนในสังกัดเทศบาล ซึ่งโรงเรียนต้องบริหารการเรียนการสอนตามแนวนโยบายการศึกษาแห่งชาติ ขณะเดียวกันครูโรงเรียนเทศบาลก็ยังรับเงินเดือนจากส่วนกลาง หากแต่เพียงมีเทศบาลเข้ามาช่วยหนุนเสริมการดำเนินงานให้ดีขึ้น เพราะเป็นโรงเรียนที่ให้บริการแก่คนในชุมชนเทศบาลนั้น

ดังนั้น หากกระทรวงสาธารณสุขจะใช้รูปแบบนี้โดยการโอนโรงพยาบาลให้กับทางเทศบาลบริหารก็สามารถที่จะทำได้เลย ซึ่งโดยรูปแบบแล้วทางเทศบาลก็จะไม่เข้าไปก้าวก่ายงานภายในโรงพยาบาล ในทางตรงกันข้ามเทศบาลสามารถประยุกต์รูปแบบของคณะกรรมการอำนวยการเข้ามาช่วยเพิ่มความโปร่งใสและตรวจสอบถ่วงดุลได้ โดยให้คณะกรรมการอำนวยการประกอบด้วยผู้แทนฝ่ายต่างๆ ในท้องถิ่น และให้อำนาจการโรงพยาบาลเป็นเลขานุการคณะกรรมการ ซึ่งผู้ว่าการโรงพยาบาลต้องบริหารงานรับผิดชอบต่อคณะกรรมการในขณะที่คณะกรรมการต้องกำกับดูแลทิศทางให้โรงพยาบาลรับใช้ประโยชน์สูงสุดของประชาชนในท้องถิ่น

นอกจากนั้นแล้ว หากกระทรวงสาธารณสุขมีความจริงใจที่จะกระจายอำนาจให้กับท้องถิ่นก็เพียงแค่เริ่มโอนให้สาธารณสุขจังหวัดไปขึ้นกับการกำกับดูแลของ อบจ. และโอนสาธารณสุขอำเภอให้เทศบาล และ อบต. ช่วยดูแลสถานีนอนามัย โดยกระทรวงสาธารณสุขหันมาประสานนโยบายกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเหล่านี้โดยตรงแทน พร้อม ๆ กับการให้การสนับสนุนงบประมาณ กำลังคน งานวิชาการ แก่โรงพยาบาลและการสาธารณสุขท้องถิ่นระดับต่าง ๆ

“เพียงแค่ย้ายโครงสร้างแค่นี้ก็พอแล้ว ทำได้เลยวันนี้วันพรุ่งนี้ เรื่องอย่างนี้จะทำให้ง่ายมันก็ง่าย จะทำให้ดูยากมีปัญหายอะเยอะมันก็ได้ ลำคัญอยู่ที่ว่ากระทรวงสาธารณสุขมีความจริงใจที่จะกระจายอำนาจหรือเปล่า หรือเพราะกลัวว่าโอนย้ายงานไปให้คนอื่นแล้วหลายนโยบายมันจะสั่งลงไปให้หันซ้ายหันขวาหันไม่ได้” ร.อ.นพ.ทวีย้ำในตอนท้าย

# กระจายอำนาจ กับสู่ท้องถิ่น การบริหารงานสาธารณสุข คำตอบอยู่ที่กระทรวง?



ภาพหน้าปก

ท้องถิ่นกับการบริหาร  
ด้านสาธารณสุข ที่จัด  
ขึ้นโดยสถาบันวิจัยระบบ  
สาธารณสุข (สวรส.)

คำถามทั้งห้านี้  
ดูเหมือนจะเป็นสิ่งท้าทาย  
คนกระทรวงสาธารณสุข  
อย่างยิ่ง เพราะถึง  
ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุข  
ดูเหมือนจะเป็นอีก  
กระทรวงหนึ่ง ที่ยังไม่  
ชัดเจนในเรื่องการจัดการ  
ให้มีการกระจายอำนาจ  
ด้านการสาธารณสุขให้  
ชุมชน ท้องถิ่น ทั้งๆ

“ม” นีถึงเวลาแล้วที่กระทรวงสาธารณสุขจะต้องคิดว่า เอาอย่างไรกับเรื่องกระจายอำนาจนี้ จะทำอะไรให้ท้องถิ่นเกิดความพร้อม ทางกระทรวงฯต้องชัดเจน” นี่คือการพูดสรุปสุดท้ายที่รัฐมนตรีอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้มาโยนคำถามทิ้งท้ายไว้ให้กับกระทรวงสาธารณสุขต่อหน้าชาวสาธารณสุขกว่า 800 คน เมื่อปลายเดือนมกราคมที่ผ่านมาในการสัมมนาเรื่อง การกระจายอำนาจสู่

ที่เรื่องการกระจายอำนาจนี้รัฐธรรมนูญใหม่ได้กำหนด ขั้นตอนกรอบเวลาไว้อย่างชัดเจนมากกว่า 2 ปีแล้ว

แม้แต่กระทรวงศึกษาธิการที่ดูเคยได้ชื่อว่าเป็นหนึ่งในกระทรวงไม่ทันสมัยนัก ที่ไม่ค่อยจะพยายามเปลี่ยนแปลงอะไรมากนักในอดีตที่ผ่านมา ถึงวันนี้ก็ได้จัดเตรียมความพร้อมในเรื่องการกระจายอำนาจทางการศึกษาให้กับท้องถิ่นอย่างชัดเจนเป็นที่เรียบร้อยแล้ว



รัฐมนตรีอภิสิทธิ์ กล่าวในการสัมมนา เปรียบเทียบให้ผู้เข้าร่วมสัมมนา เห็นว่า กระทรวงศึกษาธิการนั้น ตอนนี้ค่อนข้างมีกรอบและทิศทางในการกระจายอำนาจชัดเจน ทั้งนี้เห็นได้จากการมีพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติฉบับใหม่ที่ได้รับรู้เรื่องกระจายอำนาจไว้ว่า กระทรวงศึกษาธิการจะต้องถ่ายโอนอำนาจต่าง ๆ ไปให้กับเขตพื้นที่การศึกษาในท้องถิ่น และในระดับชุมชนที่จะให้มีคณะกรรมการการศึกษาท้องถิ่น โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละระดับต้องเข้ามามีส่วนร่วม โรงเรียนต่าง ๆ จะไปขึ้นกับคณะกรรมการนี้ในแต่ละพื้นที่ ส่วนกระทรวงศึกษาธิการจะทำหน้าที่เพียงผู้กำกับดูแลให้ท้องถิ่นเดินไปตามแนวนโยบายการศึกษาของชาติ และทำหน้าที่ในด้านการพัฒนาวิชาการที่จะไปหนุนเสริมท้องถิ่นอีกทีหนึ่ง

#### บทใหม่ของเส้นทางกระจายอำนาจไทย

เรื่องการกระจายอำนาจเป็นเรื่องที่พูดกันมาเป็นเวลานานแล้ว แต่ได้เริ่มมีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากขึ้นเมื่อมีรัฐธรรมนูญใหม่ ซึ่งได้ให้การรับรองสิทธิชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีอำนาจในการบริหารงานและจัดการทรัพยากรของตนเองได้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งรัฐธรรมนูญใหม่นี้ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งจะทำหน้าที่ในการกระจายงานกระจายคน และกระจายเงินให้กับท้องถิ่นให้มีขีดความสามารถในการดำเนินการบริหารจัดการเพื่อคนใน

## มันถึงเวลาแล้วที่กระทรวงสาธารณสุขจะต้องคิดว่า เอาอย่างไรกับเรื่องกระจายอำนาจนี้ จะอย่างไรให้ท้องถิ่นเกิดความพร้อม ทางกระทรวงฯต้องชัดเจน”

ท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คุณอภิสิทธิ์ ได้เกริ่นนำถึงความสำคัญที่จะต้องมีการกระจายอำนาจในทุก ๆ ด้านจากส่วนกลางไปยังท้องถิ่นว่า ในสภาพปัจจุบันเป็นที่ตระหนักกันดีแล้วว่า การกระจายอำนาจนั้น เป็นการส่งเสริมระบบประชาธิปไตยให้กับประชาชน อันจะทำให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการกำหนดนโยบายในการปกครองตนเอง ในทางกลับกันทุกฝ่ายก็เห็นพ้องต้องกันแล้วว่า ระบบบริหารจัดการที่รวมอำนาจอยู่ที่ศูนย์กลางนั้นเป็นระบบที่ไม่สามารถก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับประชาชนอีกต่อไป เพราะระบบนี้ไม่มีความยืดหยุ่นเพียงพอที่จะตอบสนองความหลากหลายของประชาชนได้ทั้งหมด

หลังจากที่อารัมภบทถึงความสำคัญของการกระจายอำนาจแล้ว คุณอภิสิทธิ์ก็ไม่รีรอที่จะฟันธงต่อหน้าชาวสาธารณสุขว่า เรื่องระบบสาธารณสุขนั้นถึงเวลาแล้วที่รัฐต้องถอยห่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน เรื่องนี้ต้องเปิดทางให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรมหาชนอิสระเข้ามาทำ

หน้าที่แทน ทั้งนี้ก็เพราะในรัฐธรรมนูญใหม่ได้กำหนดเรื่องนี้ไว้ชัดว่าเป็นสิทธิชุมชนและท้องถิ่นที่จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อจัดบริการด้านสาธารณสุขให้ทั่วถึง

คุณอภิสิทธิ์ได้เน้นว่า เมื่อต้องกระจายอำนาจแน่ชัดแล้ว ก็ต้องมาพูดกันให้ชัดในเรื่องการให้อำนาจหน้าที่ที่ชัดเจนกับท้องถิ่น และจะต้องพยายามหาทางทำให้ท้องถิ่นมีความพร้อมอย่างเต็มที่ด้วยในเวลาเดียวกัน

ซึ่งรัฐสภาเองก็ได้ออกพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

กฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดแนวทางในการกระจายอำนาจอย่างเป็นระบบซึ่งได้เริ่มมีผลบังคับใช้เมื่อเดือนพฤศจิกายนที่ผ่านมาแล้ว สาระสำคัญของกฎหมายฉบับนี้อยู่ตรงที่การกำหนดให้มีคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยคณะกรรมการชุดนี้ที่ประกอบไปด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 36 คนเป็นคณะกรรมการอิสระไม่มีฝ่ายการเมืองเข้าไปเกี่ยวข้องมีเพียงปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี



เป็นฝ่ายเลขานุการให้เท่านั้น

โดยคณะกรรมการมีหน้าที่สำคัญในการกำหนดสัดส่วนการแบ่งรายได้จากส่วนกลางให้กับท้องถิ่นตามหน้าที่และความรับผิดชอบที่ท้องถิ่นจะต้องดำเนินการเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านสาธารณสุข ซึ่งรัฐมนตรีอภิสิทธิ์ชี้ชัดว่า ในมาตรา 19 ก็ได้กำหนดไว้ชัดว่า องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีหน้าที่ที่จะจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด ส่วนเทศบาล เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนตำบลก็มีหน้าที่ในการจัดบริการด้านสาธารณสุข การควบคุมโรคติดต่อให้กับเขตพื้นที่ของตนเอง โดยส่วนกลางจะทำหน้าที่เพียงกำกับดูแลให้ท้องถิ่นดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานในเรื่องนั้น พร้อม ๆ กับการพัฒนางานวิชาการต่าง ๆ ที่จะไปเกื้อหนุนการทำงานของท้องถิ่น และการพัฒนาประเทศในภาพรวม

อย่างไรก็ตามคุณอภิสิทธิ์ก็ย้ำให้เห็น

**ระบบบริหารจัดการที่รวมอำนาจอยู่ที่ศูนย์กลางนั้นเป็นระบบที่ไม่สามารถก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับประชาชนอีกต่อไป เพราะระบบนี้ไม่มีความยืดหยุ่นเพียงพอที่จะตอบสนองความหลากหลายของประชาชนได้ทั้งหมด**

ประเด็นปัญหาที่ทำนายว่า เนื่องจากกฎหมายฉบับนี้ไม่ได้ระบุชัดว่าส่วนกลางจะต้องถ่ายโอนอำนาจใดบ้างให้กับท้องถิ่น ส่วนกลางจะมอบอำนาจหน้าที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือไม่ให้ก็ได้ ทั้งนี้ตามวินิจฉัยของคณะกรรมการดังกล่าว การแบ่งอำนาจหน้าที่ให้กับท้องถิ่นตามกฎหมายนั้นจะต้องดำเนินการภายใน 4 ปี ทั้งนี้ขึ้นกับความพร้อมของท้องถิ่นเอง เรื่องนี้จึงสำคัญอยู่ที่

ความชัดเจนของราชการส่วนกลางแต่กระทรวงว่าจะเสนอแนวทางกระจายอำนาจอะไร และอย่างไรบ้างให้กับคณะกรรมการชุดดังกล่าวเป็นผู้พิจารณาอนุมัติ

ภาคทางใหม่

ให้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเพื่อก่อให้เกิดความพร้อมแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อเรื่องการกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุข ซึ่งยังไม่มี ความชัดเจนจากกระทรวงสาธารณสุข รัฐมนตรีอภิสิทธิ์เปิดเผยว่า ทางคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนกำลังทำโครงการนำร่องทดลองการกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุขให้กับองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดราชบุรี มหาสารคาม นครราชสีมาขึ้น เพื่อศึกษาหา รูปแบบที่เหมาะสม ตลอดจนศึกษา ปัญหาอุปสรรคในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่ชุมชนอย่างแท้จริง (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมโครงการนำร่องเพื่อการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข หน้า 13)

ขณะเดียวกันทางก.พ.ก็กำลังศึกษาหาแนวทางในการสร้างระบบจูงใจ

**สาระสำคัญของกฎหมายฉบับนี้อยู่ตรงที่การกำหนดให้มีคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยคณะกรรมการชุดนี้ที่ประกอบไปเป็นคณะกรรมการอิสระไม่มีฝ่ายการเมืองเข้าไปเกี่ยวข้องมีเพียง ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี เป็นฝ่ายเลขานุการให้เท่านั้น**



ให้คนในส่วนกลางโอนย้ายไปทำงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยได้รับผลตอบแทน สวัสดิการ และความก้าวหน้าไม่น้อยกว่าในราชการส่วนกลาง เพราะการกระจายงานด้านนี้ต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะด้านการสาธารณสุขอย่างมาก ถ้าปราศจากการกระจายคนที่มีประสิทธิภาพ การกระจายงานและเงินย่อมล้มเหลว

การเตรียมความพร้อมด้วยการศึกษาแนวทางจากโครงการนำร่องนี้เป็นเพราะในอดีตที่ผ่านมาหลายฝ่ายมักแต่่มุ่งถกเถียงไปในเรื่องของโครงสร้างการปกครองส่วนท้องถิ่นว่า ควรมีการเลือกผู้ว่าราชการจังหวัดหรือไม่ เทศบาลระดับต่าง ๆ ควรเลือกแบบไหน สภาตำบลเมื่อเปลี่ยนแปลงเป็นองค์การบริหารส่วนตำบลแล้วควรปรับโครงสร้างอย่างไร โดยไม่ได้พูดถึงความพร้อมในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ว่าจะเป็นอย่างไ และจะทำอย่างไรให้มีความพร้อมที่จะรับงานจากส่วนกลางไปดำเนินงานต่ออย่างมีประสิทธิภาพได้ จึงต้องมาศึกษาหาแนวทางที่เหมาะสมโดยเฉพาะในเรื่องการกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุขไปยังท้องถิ่น

“ในช่วงการดำเนินการกระจายอำนาจที่ผ่านมา เราไปติดอยู่กับโครงสร้างรูปแบบ การเปลี่ยนเป็นอบจ. อบต. เลือกตั้งผู้ว่าฯ แต่ไม่ได้คุยกันเลยว่าหน่วยงานพวกนี้จะทำอะไรบ้าง หน่วยงานพวกนี้มีความพร้อมหรือไม่ ในขณะที่อีกพวกหนึ่งก็จะหยิบยกสารพัดประเด็นไม่ให้มีการกระจายอำนาจ”

คุณอภิสิทธิ์ อธิบายว่า การที่ทางรัฐบาลได้พยายามเตรียมความพร้อมใน

ในช่วงการดำเนินการกระจายอำนาจที่ผ่านมา  
เราไปติดอยู่กับโครงสร้างรูปแบบ

การเปลี่ยนเป็นอบจ. อบต. เลือกตั้ง

ผู้ว่าฯ แต่ไม่ได้คุยกันเลยว่าหน่วยงานพวกนี้จะ

ทำอะไรบ้าง หน่วยงานพวกนี้มีความพร้อมหรือไม่

ในขณะที่อีกพวกหนึ่งก็จะหยิบยกสารพัดประเด็น

ไม่ให้มีการกระจายอำนาจ

ลักษณะเช่นนี้ก็เพราะรัฐบาลตระหนักดีว่าเรื่องความพร้อมนี้เป็นเงื่อนไขสำคัญให้พวกคัดค้านการกระจายอำนาจยกเอามาเป็นเหตุผลสำคัญในการที่จะไม่ให้อำนาจกับท้องถิ่น อย่างเช่นที่ผ่านมางานสร้างถนนหนทาง ซึ่งเป็นงานที่ไม่ค่อยมีความสลบซับซ้อนมากนักทางสำนักงานเร่งรัดพัฒนาชนบท กรมโยธาธิการก็ไม่ยอมโอนถ่ายงานไปให้เพราะอ้างความไม่พร้อมของท้องถิ่นเป็นสำคัญ แต่บางเรื่องท้องถิ่นก็ไม่มีความพร้อมจริง ๆ เช่น เรื่องสิ่งแวดล้อมที่รัฐบาลให้ท้องถิ่นจัดการดูแล แต่ถึงปัจจุบันก็ไม่มีอะไรคืบหน้าในเรื่องนี้

“ในเรื่องการกระจายอำนาจนั้นถ้ายึดตามกฎหมายอย่างเดียว สิ่งที่เกิดขึ้นก็จะเป็นเพียงการรับรูปแบบจากส่วนกลางลงไปอยู่ที่ท้องถิ่นเท่านั้นเอง การลดอำนาจจากส่วนกลางไม่ใช่เป้าหมายสุดท้าย ผมอยากเห็นภาพที่ให้องค์กรเข้ามาทำงานด้วยความคิดใหม่ เข้ามาทำงานด้วยความหลากหลาย ยืดหยุ่น

คล่องตัว ไม่ยึดติดกับระเบียบ ยศตำแหน่ง หรือสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ถ้าเราไม่สามารถเลี้ยวสิ่งเหล่านี้ได้มันก็จะเกิดรวมศูนย์อยู่ต่อไป”

นั่นดูเหมือนจะเป็นสิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขต้องขบคิดและเร่งวางแผนทางสร้างประสิทธิภาพให้กับการกระจายอำนาจด้านการสาธารณสุขสู่ท้องถิ่นอย่างเร่งด่วน คงจะมัวนั่งตีพิมพ์อยู่บนกำแพงเพื่อรอวันที่สุดท้ายในอีก 4 ปีข้างหน้าแล้วค่อยว่ากันคงไม่ได้แล้ว เพราะคำตอบเรื่องกระจายอำนาจการบริหารงานด้านสาธารณสุขนั้นคำตอบไม่ได้อยู่ที่หมู่บ้านเหมือนอย่างที่นักวิชาการหลายท่านพูดไว้ในอดีตที่ผ่านมา แต่หว่าคำตอบอยู่ที่ความเข้มแข็งของกระทรวงสาธารณสุขเองต่างหาก



# โครงการ นำร่อง เพื่อการกระจายอำนาจ ด้านสาธารณสุข

นยามของคำว่า “อำนาจ” นั้นหมายถึงการมีอิทธิพลเหนือการกระทำอย่างหนึ่งอย่างใด “อำนาจ” ในบริบทของการบริหารและการปกครอง ก็คือการมีอิทธิพลเหนือบุคคล การจัดสรรเงิน และการปฏิบัติงาน การกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุขสู่ท้องถิ่นก็มีความหมายไม่แตกต่างไปจากนี้ คือ เป็นการถ่ายโอนอิทธิพลเหนือบุคลากร การจัดสรรงบประมาณ และการกิจในการจัดบริการของกระทรวงสาธารณสุขไปสู่หน่วยงานระดับท้องถิ่น

นโยบายกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นเกิดขึ้นอย่างสอดคล้องกับบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 รัฐบาลโดยสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพร.) และกระทรวงมหาดไทยได้ดำเนิน “โครงการส่งเสริมการบริหารจัดการที่ดีโดยกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น” ภายใต้การสนับสนุนจากโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nation Development Program : UNDP) ซึ่งมีวัตถุประสงค์ และเป้าหมายตามแผนภูมิโครงการ

โครงการนี้เป็นโครงการนำร่องใน 3 จังหวัด คือ ราชบุรี มหาสารคาม และนครราชสีมา เพื่อทดลองรูปแบบการกระจายอำนาจของ 3 กระทรวงหลักสู่ท้องถิ่น คือ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงเกษตรฯ โดยมีระยะเวลาดำเนินการ 2 ปี (1 ต.ค. 2541 - 30 ก.ย. 2543)

สำหรับการกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุขนั้น เป็นการ

เหตุผลของการไม่ยินยอมทดลอง  
กระจายอำนาจแบบสมบูรณ์ คือ  
ถ่ายโอนภารกิจบุคลากร  
และงบประมาณไปให้ อบต. ทั้งหมด  
ยังคงเป็นปริศนา หากคำชี้แจงใด ๆ ไม่ได้

ทดลองถ่ายโอนงานสาธารณสุขระดับตำบล คือ งานของสถานีอนามัยไปให้กับ อบต. โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในส่วนกลาง ระดับจังหวัด และท้องถิ่นได้ร่วมกันกำหนดรูปแบบตามสภาพความพร้อมของแต่ละพื้นที่

รูปแบบการกระจายอำนาจนั้นมีอยู่ 2 แบบ แบบแรกคือ ถ่ายโอนภารกิจ บุคลากร และงบประมาณไปให้กับ อบต. ทั้งหมด (หรือเรียกง่าย ๆ ว่าโอน สอ. ไปให้ อบต. กำกับดูแล) อีกแบบหนึ่ง คือ ถ่ายโอนแต่ภารกิจ โดยที่บุคลากรและงบประมาณยังคงเป็นอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข

สำหรับจังหวัดนครราชสีมา เป็นจังหวัดที่มี อบต. ชั้น 1 ที่มีศักยภาพและความพร้อมในการรับโอนภารกิจในแบบแรก



## โครงการส่งเสริมการบริหารจัดการที่ดีโดยกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น

| แนวคิด                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | วัตถุประสงค์                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ภารกิจ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | กลยุทธ์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ผลที่ต้องการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● ท้องถิ่นเป็นส่วนหนึ่งของการปกครองของรัฐ มีหน้าที่ให้บริการพื้นฐานแก่ประชาชนในท้องถิ่น/ทำงานแทนรัฐบาลกลาง</li> <li>● ท้องถิ่นพึ่งตนเองได้/มีศักยภาพในการพัฒนาประเทศ</li> <li>● ท้องถิ่นต้องมีอิสระในการจัดการให้เหมาะสมกับสภาพของท้องถิ่น</li> <li>● การกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นต้องคำนึงถึงความพร้อมที่แตกต่างกันของแต่ละท้องถิ่น</li> <li>● มีรูปแบบการทำงานโปร่งใสตรวจสอบได้</li> <li>● ประชาชนมีส่วนร่วมดูแลปกป้องผลประโยชน์ในท้องถิ่นตน</li> <li>● การบริหารจัดการของท้องถิ่นต้องมีประสิทธิภาพ ประหยัด มาตรฐานบริการใกล้เคียงกัน</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ โครงสร้างกำลังคน ระบบการเงินสำหรับส่วนกลาง ภูมิภาค ท้องถิ่น</li> <li>● เพื่อกำหนดโครงสร้างระบบการบริหารท้องถิ่น</li> <li>● เพื่อดำเนินงานสร้างความพร้อมของท้องถิ่นรูปแบบใหม่</li> <li>● เพื่อทดลองดำเนินการรูปแบบใหม่</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● เพื่อศึกษาและกำหนดรูปแบบภารกิจจัดการที่ดี</li> <li>● เสนอนโยบายภารกิจที่จะถ่ายโอน</li> <li>● ทดลองรูปแบบใหม่ในพื้นที่เป้าหมาย</li> <li>● เสนอแนะแก้ไขกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง</li> <li>● ติดตาม ประเมินผล การทดลอง</li> <li>● ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบใหม่และเสนอรัฐบาลขยายผลอย่างกว้างขวางต่อไป</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● เสนอคณะกรรมการปรับปรุงกฎหมายปกครองท้องถิ่น เพื่อนำเสนอ ครม. ให้ความเห็นชอบรูปแบบใหม่</li> <li>● การมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในฐานะองค์กรหลักผลักดันให้การทดลองเกิดผลในทางปฏิบัติ</li> <li>● การประชาสัมพันธ์</li> <li>● การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● มีรูปแบบใหม่ด้านบทบาทหน้าที่ กำลังคน ระบบการเงินการคลัง และระบบงบประมาณ</li> <li>● มีรูปแบบใหม่ของระบบการบริหารงานบุคคลท้องถิ่น</li> <li>● มีการถ่ายโอนภารกิจ กำลังคน และการเงินไปท้องถิ่นและมีแผนการถ่ายโอน</li> <li>● มีการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง</li> <li>● มีแผนการพัฒนาความพร้อมของท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องด้านการบริหารจัดการ</li> </ul> |

และเสนอตัวทดลองรูปแบบแรกซึ่งต้องถือว่าเป็นการกระจายอำนาจแบบสมบูรณ์

แต่ดูเหมือนว่าโอกาสที่จะได้ทดลองรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่ท้องถิ่นแบบสมบูรณ์นี้จะลอยผ่านไป เพราะกระทรวงสาธารณสุขไม่ยินยอมลงนามบันทึกความเข้าใจให้มีการทดลองกระจายอำนาจในรูปแบบนี้ ดังนั้นจึงทดลองได้แต่รูปแบบที่สองในลักษณะแบ่งงานกันทำระหว่างสถานีนานามัยและอบต. โดยคณะทำงานแต่ละพื้นที่จะวางแนวทางการโอนภารกิจร่วมกันว่าภารกิจใดของสถานีนานามัยที่สามารถถ่ายโอนได้ทันที ภารกิจใดที่ต้องทำร่วมกัน และภารกิจใดที่ถ่ายโอนไม่ได้

สาเหตุผลของการไม่ยินยอมทดลองกระจายอำนาจแบบ

สมบูรณ์ยังคงเป็นปริศนา หากชี้แจงใด ๆ ไม่ได้

ขณะนี้โครงการนำร่องยังไม่ได้ปฏิบัติจริงในพื้นที่ เพราะต้องรอการปรับแผนงานของจังหวัดนำร่องบางแห่ง คาดว่าอีกประมาณ 1 เดือนคงจะเริ่มดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ ทั้งที่โครงการนี้เหลือเวลาอีกเพียง 7-8 เดือนก็จะสิ้นสุดโครงการแล้ว นั่นก็หมายความว่าโอกาสที่อบต.จะได้เรียนรู้ ลองผิดลองถูกในการบริหารงานสาธารณสุขเหลืออยู่น้อยมาก ผลการประเมินที่จะออกมาในเดือนกันยายนนี้จะเป็นตัวชี้วัดว่างานประเภทใดที่อบต. ทำได้ และประเภทใดที่ทำไม่ได้ แม้ว่า อบต. จะได้เริ่มทดลองปฏิบัติภารกิจเหล่านั้นก่อนการประเมินผลเพียงไม่กี่เดือนก็ตาม



# ร้อยละ ที่ยังทำ คำตอบไม่ได้

จากการประชุมสัมมนาเรื่องการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นกับการบริหารด้านสาธารณสุข ได้ก่อให้เกิดข้อสงสัยและความคิดเห็นจำนวนมากจากหลากหลายฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากชาวสาธารณสุขไม่ว่าจะเป็นข้าราชการระดับสูงไปจนถึงข้าราชการระดับล่าง ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทำงานด้านสาธารณสุขในหลาย ๆ องค์กร มากกว่าร้อยละคำถามที่พอจะรวบรวมได้ในช่วงเวลานั้น ๆ ที่เปิดให้ผู้เข้าร่วมฟังการสัมมนาได้เขียนข้อข้องใจ ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ขึ้นมาบนเวที ซึ่งบางส่วนเป็นคำถามที่สะท้อนความสนใจต่อเรื่องการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข บางส่วนเป็นข้อวิพากษ์วิจารณ์ที่มีต่อทั้งกระทรวงสาธารณสุข และต่อองค์กรปกครองท้องถิ่นต่าง ๆ อีกทั้งยังมีคำถามจำนวนมากที่ถามถึงผลกระทบและความเปลี่ยนแปลงในส่วนที่มีต่อชาวสาธารณสุขเอง และที่จะมีต่อการพัฒนาด้านสุขภาพพลานามัยของคนในชาติ

ผู้จัดเห็นว่าคำถามและข้อคิด

เห็นทั้งหมดล้วนมีประโยชน์ต่อแนวทางในการกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างยิ่ง จึงขอนำคำถามที่ยังไม่ได้รับคำตอบเหล่านี้มานำเสนอเพื่อให้หลายฝ่ายรับทราบและนำไปเป็นข้อพิจารณาในการดำเนินการที่เกี่ยวข้องต่อไป ซึ่งกว่าร้อยละคำถามและข้อคิดเห็นเหล่านี้พอจะสรุปออกมาได้เป็น 5 หมวดหลัก ๆ อันได้แก่





การถึงความพร้อมและความชัดเจนของ  
กระบวนการสาธารณสุข

คำถามในหมวดนี้เป็นคำถามที่ถามถึง  
ความชัดเจนในแนวนโยบายการกระจาย  
อำนาจของทางกระทรวงสาธารณสุขว่ามี  
มากน้อยเพียงใด ซึ่งเป็นกลุ่มคำถามดู  
จะมีปริมาณมากกว่าคำถามด้านอื่นถึง 3  
เท่าตัวทีเดียว โดยส่วนใหญ่ถามหา  
รูปธรรมที่ชัดเจนในการกระจายอำนาจ  
จากกระทรวงฯ ว่าจะมีลักษณะใดแน่  
และเรื่องการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่น  
กับเรื่องการให้โรงพยาบาลในสังกัดออกไป



ไปเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐจะเหมือนหรือแตกต่าง  
หรือมีความสัมพันธ์กันอย่างไร

นอกจากนั้นแล้วในเรื่องกระจายอำนาจนี้ ผู้บริหารของ  
กระทรวงฯ มีความคิดอย่างไรแน่ มีการเตรียมพร้อมมากน้อย  
แค่ไหน ลักษณะการถ่ายโอนภารกิจ และการกระจายกำลัง  
ด้านสาธารณสุขจะอย่างไร ที่สำคัญหลายคนได้ถามหา  
ความเข้มแข็งของผู้บริหารกระทรวงฯ ต่อการกระจาย  
อำนาจสู่ท้องถิ่น อาทิเช่น “การถ่ายโอนงานให้ท้องถิ่นต้องเป็น  
ตามที่กฎหมายกำหนด แต่มีการพูดจากระดับสูงว่า อย่าเพิ่ง  
เร่งรีบทำให้หนักถึงจิตใจของเจ้าหน้าที่ด้วย ตกลงจะต้อง  
เตรียมการโอนงานไปให้ท้องถิ่นหรือไม่ โดยเฉพาะงานที่พื้นที่  
จังหวัดนาร่องที่จะถ่ายโอนงานไปให้ท้องถิ่นเช่นในจังหวัดราชบุรี  
มหาสารคาม”

บางคนถึงขนาดระบายความในใจไปพร้อม ๆ กับการตั้ง  
คำถามว่า “ไม่น่าเชื่อแต่วิทยากรต้องเชื่อนะครับว่า ในสธ.นี้ mood  
ของคนส่วนใหญ่เห็นว่าเราต้องปฏิรูป อยากคิด อยากทำ แต่  
ติดที่ฝ่ายการเมือง และขรก.ประจำระดับสูง ไม่ส่ง signal  
ในทางบวกเอาเสียเลย บางครั้งยังแตะเบรกเสียด้วยซ้ำ  
หลายคนที่เคย active ก็เลิควางเฉย หมดปลงไป”

อย่างไรก็ตาม ในส่วนนี้ก็ยังมีคำถามที่เป็นเชิงข้อเสนอแนะ  
ให้ทางกระทรวงสาธารณสุขเร่งหาทางวางแผนเพื่อเผยแพร่  
ในเรื่องการกระจายอำนาจให้กับบุคลากรของกระทรวงฯ ในทุก ๆ  
ระดับเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมและปรับกระบวนทัศน์  
กันเสียใหม่กันเสียแต่เนิ่น

ข้อห่วงใยในพัฒนาการของสาธารณสุขไทย

คำถามในส่วนนี้เป็นคำถามที่แสดงความเป็นห่วงต่อคุณ  
ภาพและมาตรฐานในการให้บริการด้านสุขภาพภายหลังการ  
กระจาย อำนาจด้านสาธารณสุขสู่ท้องถิ่นแล้ว ซึ่งส่วนใหญ่ได้  
ตั้งคำถามในทางเดียวกันว่าใครจะเป็นผู้คอยกำกับดูแลและ  
ตรวจสอบการบริการตลอดจนการบริหารงานสาธารณสุขของ  
ท้องถิ่นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน และเท่า  
เทียมเป็นธรรมต่อประชาชน เพราะในหลายพื้นที่ที่มีความแตก  
ต่างทั้งด้านกำลังคน เงิน ความรู้ กันอย่างสิ้นเชิง

ดังเช่นที่ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ตั้งข้อสังเกตว่า ปัญหา  
ใหญ่ที่สุดในระบบสาธารณสุขปัจจุบันคือ ปัญหาความไม่  
เท่าเทียมกัน คนในเมืองหลวงได้รับการมากมาย แต่คน  
ชนบทห่างไกลขาดแทบทุกสิ่งทุกอย่าง ถ้าการกระจายอำนาจ  
ในระบบสาธารณสุขคือการยกสถานะโอนมาโยให้อบต. ซึ่ง  
แนวโน้มกำลังเป็นเช่นนั้น คนชนบทจะยิ่งถูกทอดทิ้งมากขึ้น  
และทำให้ช่องว่างระหว่างชนบทกับเมืองยิ่งมากขึ้นหรือไม่  
ขณะเดียวกันช่องว่างของคนชนบทกันเองจะยิ่งกว้างมากขึ้น  
หรือไม่เพราะอบต.แตกต่างกันมาก

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

หลายท่านได้แสดงความเห็นมาในเชิงบวกต่อบต. ว่า  
ย่อมจะมีพัฒนาการด้านศักยภาพในการบริหารงานขึ้นเรื่อย ๆ  
จึงไม่ควรมองและประเมินอบต. จากภาพลักษณ์ในปัจจุบันที่



มีการโกงหรือมีความรุนแรงเกิดขึ้นแต่เพียงอย่างเดียว ในทางตรงกันข้ามอบต. อาจจะจัดการให้เกิดการจัดบริการด้านสุขภาพที่มีความเสมอภาคทั้งในเชิงการเข้าถึงและคุณภาพบริการแก่ประชาชนได้ดีกว่าสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันก็ได้

นอกจากนั้นยังมีข้อเสนอแนะในเชิงการหนุนเสริมให้อบต. มีความเข้มแข็งในการบริหารจัดการที่ดีขึ้น เช่น คุณณวิมล ธรรมทวี ได้แสดงความเห็นว่า บุคคลในองค์กรท้องถิ่นมีความอยากรู้อยากพัฒนาตัวเองแต่ไม่มีผู้ให้คำอย่างจริงจัง โดยเฉพาะมหาดไทยผู้รับผิดชอบไม่ให้การอบรมอย่างจริงจังจริงจัง อีกทั้งยังไม่มีมาตรการตรวจสอบการใช้จ่ายเงินโดยสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินอย่างจริงจังเลย จึงทำให้คนทั่วไปมองอบต. ในแง่ร้ายไปเสียทั้งหมด

#### ข้อวิพากษ์ต่อความไม่พร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

คำถามและข้อคิดเห็นในหมวดนี้เป็นไปในลักษณะที่ระบุว่าการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นเต็มไปด้วยอิทธิพลผลประโยชน์ทางการเมือง และพวกพ้องที่มาครอบงำการดำเนินงานของท้องถิ่นอันจะเป็นอุปสรรคปัญหาสำคัญที่ทำให้การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ประชาชนอาจได้รับความเดือดร้อนอันจะไม่สอดคล้องกับเจตนารมณ์ด้านการกระจายอำนาจ ขณะเดียวกันหลายคนก็มองว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความไม่พร้อมเพราะขาดความรู้ขาดประสบการณ์ยังไม่ควรกระจายอำนาจออกไป ตัวอย่างเช่น

“การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ถามว่าองค์กรท้องถิ่นมีความพร้อมแล้วจริงหรือ โดยเฉพาะ อบต.บางแห่งยังไม่รู้บทบาทหน้าที่ของตนเองเลย วิสัยทัศน์ของอบต. คือ โง่ และโกง”

“ระบบการเมือง ระบบผลประโยชน์ยังมีอยู่ ระบบทนายทนายการเมืองเข้าสู่ตำบลแล้ว เช่นสมาชิกอบต. ก็คือคนของส.ส. ในพื้นที่เพื่อเป็นฐานอำนาจของส.ส. ในระดับตำบล เพราะชาวบ้านยังขาดความรู้ มองแต่สภาพปัจจุบันเป็นหลัก แต่ในอนาคตยังมองไม่ถึงว่าถ้าเลือกคนไม่ดีเป็นตัวแทนแล้ว



อะไรจะเกิดขึ้น แต่ปัจจุบันคนนี้จะให้เงินก็คิดว่าเขาเป็นคนดี”

#### ข้อกังวลต่ออนาคตของชาวธารนสุขกับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น

ผู้เข้าร่วมประชุมไม่น้อยเลยที่ต้องการขอให้ทางกระทรวงสาธารณสุขตอบคำถามเหล่านี้ให้ได้เพราะมันหมายถึงความมั่นใจในอาชีพการงานของตนในอนาคตอันใกล้ที่กำลังจะมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องด้านการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น คำถามในส่วนนี้ล้วนมีลักษณะร่วมที่เหมือนกันคือ เมื่อมีการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นแล้ว ชาวราชการสาธารณสุขที่อยู่ในพื้นที่จะยังเป็นราชการอยู่ต่อไปหรือไม่ สายการบังคับบัญชาและการเติบโตในสายงานจะเป็นอย่างไรหากต้องถูกโอนไปอยู่กับท้องถิ่น สวัสดิการขวัญกำลังใจจะเป็นอย่างไร การขอย้ายย้ายข้ามพื้นที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะทำได้หรือไม่ หรือถ้าไม่เปลี่ยนย้ายสังกัดจะมีปัญหาอะไรหรือไม่ ชาวราชการส่วนกลางจะไปต้องถ่ายโอนไปลงที่ไหนหรือไม่ และคนสาธารณสุขควรเตรียมตัวให้พร้อมกับเรื่องนี้อย่างไร

**ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจุลฉาเหล่านี้คงไม่ต้องรอให้อิทธิพลของวิสัยทัศน์แทนกระทรวงฯ นะครับ**



# พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

หน้า ๔๘

เล่ม ๑๑๖ ตอนที่ ๑๑๔ ก ราชกิจจานุเบกษา ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๔๒



**พระราชบัญญัติ**  
กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ  
ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
พ.ศ. ๒๕๔๒

**ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร.**  
ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๔๒  
เป็นปีที่ ๕๔ ในรัชกาลปัจจุบัน

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้  
ประกาศว่า  
โดยที่เป็นการสมควรมีกฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กร  
ปกครองส่วนท้องถิ่น  
จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอมของรัฐสภา  
ดังต่อไปนี้

มาตรา ๑ พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจาย  
อำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒”

มาตรา ๒ พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา  
เป็นต้นไป

มาตรา ๓ บรรดาถ้อยคำ กฎ และข้อบังคับใดๆ ในส่วนที่มีบัญญัติไว้แล้วในพระราชบัญญัตินี้  
หรือซึ่งขัดหรือแย้งกับบทแห่งพระราชบัญญัตินี้ ให้ใช้พระราชบัญญัตินี้แทน

มาตรา ๔ ในพระราชบัญญัตินี้

หน้า ๔๙

เล่ม ๑๑๖ ตอนที่ ๑๑๔ ก ราชกิจจานุเบกษา ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๔๒

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” หมายความว่า องค์กรบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหาร  
ส่วนตำบล กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีกฎหมายจัดตั้ง  
“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
“รัฐมนตรี” หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๕ ให้นายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง และรัฐมนตรีว่าการกระทรวง  
มหาดไทยรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ ทั้งนี้ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอำนาจและหน้าที่ของคณะและมิอำนาจ  
ออกกฎกระทรวง และระเบียบเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

กฎกระทรวงและระเบียบนั้น เมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้

**หมวด ๑**  
คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

มาตรา ๖ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่งเรียกว่า “คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กร  
ปกครองส่วนท้องถิ่น” ประกอบด้วย

(๑) นายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีซึ่งนายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธาน

(๒) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวง  
มหาดไทย ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการ  
คณะกรรมการกฤษฎีกา เลขาธิการ ก.พ. เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ  
ผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ และอธิบดีกรมการปกครอง

(๓) ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวนสิบสองคน ประกอบด้วยผู้บริหารองค์กรบริหาร  
ส่วนจังหวัดสองคน ผู้บริหารเทศบาลสามคน ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลห้าคน และผู้บริหาร  
กรุงเทพมหานคร ผู้บริหารเมืองพัทยาหรือผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่มีกฎหมายจัดตั้งขึ้น  
รวมสองคน ทั้งนี้ โดยให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทเลือกกันเองตามหลักเกณฑ์  
และวิธีการที่นายกรัฐมนตรีกำหนด

(๔) ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนสิบสองคน ประกอบด้วยบุคคลซึ่งมีความเชี่ยวชาญในด้านการ  
บริหารราชการแผ่นดิน ด้านการพัฒนาท้องถิ่น ด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านการปกครองส่วนท้องถิ่น  
ในสาขาวิชาเศรษฐศาสตร์หรือวิทยาศาสตร์ และด้านกฎหมาย ทั้งนี้ การสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิให้เป็นไปตาม  
หลักเกณฑ์และวิธีการที่นายกรัฐมนตรีกำหนด

หน้า ๕๐

เล่ม ๑๑๖ ตอนที่ ๑๑๔ ก ราชกิจจานุเบกษา ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๔๒

ให้หัวหน้าสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็น  
เลขาธิการคณะกรรมการ

มาตรา ๗ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีอายุไม่ต่ำกว่าสามสิบห้าปีบริบูรณ์

(๓) ไม่เป็นข้าราชการซึ่งมีตำแหน่งหรือเงินเดือนประจำ พนักงานหรือลูกจ้างของหน่วยงานราชการ  
หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เว้นแต่เป็นผู้สอนในสถาบันอุดมศึกษา  
ของรัฐ

(๔) ไม่เป็นผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมือง

(๕) ไม่เป็นสมาชิกสภาท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่น

(๖) ไม่เป็นเจ้าหน้าที่หรือผู้มีตำแหน่งใดๆ ในพรรคการเมือง

มาตรา ๘ กรรมการตามมาตรา ๖ (๓) พ้นจากตำแหน่งเมื่อลาออก โดยยื่นหนังสือลาออก  
ต่อประธานกรรมการหรือพ้นจากการเป็นผู้บริหารท้องถิ่น

มาตรา ๙ กรรมการตามมาตรา ๖ (๔) มีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละสี่ปี และอาจได้รับ  
สรรหาเป็นกรรมการอีกได้ไม่เกินสองวาระติดต่อกัน

ถ้ากรรมการตามวรรคหนึ่งว่างลง ให้สรรหากรรมการแทน และให้ผู้ที่ได้รับสรรหาอยู่ใน  
ตำแหน่งที่ว่างระหว่างที่เหลืออยู่ของผู้ซึ่งพ้นตำแหน่ง

ในระหว่างที่ยังมิได้สรรหากรรมการแทนตำแหน่งที่ว่างตามวรรคสอง และยังมีกรรมการเหลืออยู่  
เกินที่หนึ่ง ให้กรรมการที่เหลืออยู่ปฏิบัติหน้าที่ต่อไปได้

มาตรา ๑๐ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพ้นจากตำแหน่ง เมื่อ

(๑) ลาออก

(๒) ลาออกโดยยื่นหนังสือลาออกต่อประธานกรรมการ

(๓) เป็นบุคคลล้มละลาย

(๔) เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(๕) ขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๗

(๖) ได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก

มาตรา ๑๑ การประชุมของคณะกรรมการต้องมีกรรมการมาประชุม ไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของ  
จำนวนกรรมการทั้งหมดจึงจะเป็นองค์ประชุม



หน้า ๕๑

เล่ม ๑๑๖ ตอนที่ ๑๑๔ ก

ราชกิจจานุเบกษา

๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๒

ในการประชุม ถ้าประธานกรรมการ ไม่อยู่ในที่ประชุมหรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้ที่ประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งทำหน้าที่เป็นประธานในที่ประชุม

การวินิจฉัยชี้ขาดให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากัน ให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่งเป็นเสียงชี้ขาด

มาตรา ๑๒ ให้คณะกรรมการมีอำนาจและหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (๑) จัดทำแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแผนปฏิบัติการเพื่อขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีและรายงานต่อรัฐสภา
- (๒) กำหนดการจัดระบบการบริหารราชการส่วนท้องถิ่นและหน้าที่ระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง โดยคำนึงถึงภาระหน้าที่ของรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเองเป็นสำคัญ
- (๓) ปรับปรุงสัณฐานภูมิและอาคาร และรายได้ระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง โดยคำนึงถึงภาระหน้าที่ของรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเองเป็นสำคัญ
- (๔) กำหนดหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจจากราชการส่วนกลางและราชการส่วนภูมิภาคให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- (๕) ประสานการถ่ายโอนข้าราชการ ข้าราชการส่วนท้องถิ่น และพนักงานรัฐวิสาหกิจระหว่างส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับคณะกรรมการ พนักงานส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สอดคล้องกับการกำหนดอำนาจและหน้าที่การขึ้นต่อราชการและการเงินอุดหนุน เงินงบประมาณราชการส่วนกลางโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการถ่ายโอนภารกิจตาม (๒) (๓) และ (๔)
- (๖) เสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีให้มีการกระจายอำนาจการอุปถัมภ์การอุปถัมภ์ตามที่มีกฎหมายบัญญัติให้ต้องขออนุมัติหรืออนุญาตไปเพื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยคำนึงถึงความสะดวก รวดเร็ว ในการให้บริการประชาชน และการกำกับดูแลให้เป็นไปตามกฎหมายนั้นๆ เป็นสำคัญ
- (๗) เสนอแนะมาตรการด้านการเงิน การคลัง การภาษีอากร การงบประมาณและการรักษาวินัยทางการเงิน การคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- (๘) เสนอแนะการตราพระราชบัญญัติ พระราชกฤษฎีกา ออกกฎกระทรวง ประกาศ ข้อบังคับ ระเบียบ และคำสั่งที่จำเป็นเพื่อให้เป็นไปตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อคณะรัฐมนตรี

หน้า ๕๒

เล่ม ๑๑๖ ตอนที่ ๑๑๔ ก

ราชกิจจานุเบกษา

๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๒

(๕) เฝ้าระวังให้มีการตราพระราชกฤษฎีกา ออกกฎกระทรวง ประกาศ ข้อบังคับ ระเบียบ และคำสั่งที่จำเป็นเพื่อให้เป็นไปตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๑๐) เสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในการจัดสรรเงินงบประมาณที่จัดสรรเพิ่มขึ้นให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากการถ่ายโอนภารกิจจากส่วนกลาง

(๑๑) พิจารณาเลือกข้าราชการจัดสรรเงินอุดหนุนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามความจำเป็น

(๑๒) เสนอแนะและจัดระบบตรวจสอบและกรณีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่น

(๑๓) เสนอความเห็นต่อนายกรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาถึงการโอนภารกิจที่ปรากฏว่าส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจไม่ดำเนินการตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๑๔) เสนอรายงานเกี่ยวกับการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อคณะรัฐมนตรีอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

(๑๕) ออกประกาศกำหนดสถานที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติ

(๑๖) ปฏิบัติการอื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติและกฎหมายอื่น

ประกาศของคณะกรรมการตาม (๑๕) เมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้ มาตรา ๑๓ คณะกรรมการอาจแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินการ ตามที่คณะกรรมการมอบหมายได้

ให้นับบทบัญญัติมาตรา ๑๑ มาใช้บังคับกับการประชุมของคณะกรรมการ โดยอนุโลม

มาตรา ๑๔ ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้คณะกรรมการมีอำนาจออกคำสั่งเป็นหนังสือเรียกให้ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ และเจ้าหน้าที่ของรัฐ ส่งข้อมูลหรือเอกสารใดๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาได้ ในการนี้ถ้าหากบุคคลใด ไม่แจ้งเหตุให้

มาตรา ๑๕ ให้มีสำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี โดยมีอำนาจและหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (๑) รับคิชอบงานธุรการของคณะกรรมการ
- (๒) รวบรวมข้อมูล ศึกษา และวิเคราะห์เกี่ยวกับกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับงานของคณะกรรมการ
- (๓) ร่วมมือและประสานงานกับราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และรัฐวิสาหกิจเพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้
- (๔) ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนที่คณะกรรมการมอบหมาย
- (๕) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่นายกรัฐมนตรีกำหนดให้เป็นหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

หน้า ๕๓

เล่ม ๑๑๖ ตอนที่ ๑๑๔ ก

ราชกิจจานุเบกษา

๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๒

หมวด ๒

การกำหนดอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริหารราชการ

มาตรา ๑๖ ให้เทศบาล เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริหารราชการเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองดังนี้

- (๑) การจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง
- (๒) การจัดให้มีและบำรุงรักษาทางบก ทางน้ำ และทางระบายน้ำ
- (๓) การจัดให้มีและควบคุมตลาด ท่าเทียบเรือ ท่าข้าม และที่จอดรถ
- (๔) การสาธารณสุขและการก่อสร้างอื่นๆ
- (๕) การสาธารณสุข
- (๖) การส่งเสริม การฝึก และประกอบอาชีพ
- (๗) การพาณิชย์ และการส่งเสริมการลงทุน
- (๘) การส่งเสริมการท่องเที่ยว
- (๙) การจัดการศึกษา
- (๑๐) การสังคมสงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส
- (๑๑) การบำรุงรักษาศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น และวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่น
- (๑๒) การปรับปรุงแหล่งชุมชนแออัดและการจัดการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย
- (๑๓) การจัดให้มีและบำรุงรักษาสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ
- (๑๔) การส่งเสริมกีฬา
- (๑๕) การส่งเสริมประชาธิปไตย ความเสมอภาค และสิทธิเสรีภาพของประชาชน
- (๑๖) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของราษฎรในการพัฒนาท้องถิ่น
- (๑๗) การรักษาความสะอาดและความเรียบร้อยของบ้านเมือง
- (๑๘) การกำจัดมูลฝอย สิ่งปฏิกูล และน้ำเสีย
- (๑๙) การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล
- (๒๐) การจัดให้มีและควบคุมสุสานและฌาปนสถาน
- (๒๑) การควบคุมการเลี้ยงสัตว์
- (๒๒) การจัดให้มีและควบคุมการฆ่าสัตว์

หน้า ๕๔

เล่ม ๑๑๖ ตอนที่ ๑๑๔ ก

ราชกิจจานุเบกษา

๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๒

(๒๓) การรักษาความปลอดภัย ความเป็นระเบียบเรียบร้อย และการอนามัย โรงมหรสพ และสาธารณสถานอื่นๆ

(๒๔) การจัดการ การบำรุงรักษา และการใช้ประโยชน์จากป่าไม้ ที่ดินทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

(๒๕) การผังเมือง

(๒๖) การขนส่งและการวิศวกรรมจราจร

(๒๗) การดูแลรักษาที่สาธารณะ

(๒๘) การควบคุมอาคาร

(๒๙) การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

(๓๐) การรักษาความสงบเรียบร้อย การส่งเสริมและสนับสนุนการป้องกันและรักษาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

(๓๑) กิจกรรมอื่นใดที่เป็นผลประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

มาตรา ๑๗ ภายใต้บังคับมาตรา ๑๖ ให้้องการบริหารส่วนจังหวัดมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริหารราชการเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง ดังนี้

- (๑) การจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง และประสานการจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด
- (๒) การสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาท้องถิ่น
- (๓) การประสานและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น
- (๔) การแบ่งสรรเงินจากกองทุนเพื่อแบ่งให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น
- (๕) การคุ้มครอง ดูแล และบำรุงรักษาป่าไม้ ที่ดิน ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
- (๖) การจัดการศึกษา
- (๗) การส่งเสริมประชาธิปไตย ความเสมอภาค และสิทธิเสรีภาพของประชาชน
- (๘) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของราษฎรในการพัฒนาท้องถิ่น
- (๙) การส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสม
- (๑๐) การจัดตั้งและดูแลระบบบำบัดน้ำเสียรวม
- (๑๑) การกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลรวม
- (๑๒) การจัดการสิ่งแวดล้อมและของพิษต่างๆ



หน้า ๕๕  
เล่ม ๑๑๖ ตอนที่ ๑๑๔ ก  
ราชกิจจานุเบกษา  
๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๒

- (๑๓) การจัดกิจกรรมและแสดงนิทรรศการทางบกและทางน้ำ  
(๑๔) การส่งเสริมการท่องเที่ยว  
(๑๕) การพาณิชย์ การส่งเสริมการลงทุน และการทำกิจการไม่ว่าจะดำเนินการเองหรือร่วมกับ  
บุคคลอื่นหรือจากสหการ  
(๑๖) การสร้างและบำรุงรักษาทางบกและทางน้ำที่เชื่อมต่อระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น  
(๑๗) การจัดตั้งและดูแลตลาดกลาง  
(๑๘) การส่งเสริมการค้า การวิจัยและพัฒนา และวัฒนธรรมอันดีงามของท้องถิ่น  
(๑๙) การจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด การรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ  
(๒๐) การจัดให้มีพิพิธภัณฑ์และหอจดหมายเหตุ  
(๒๑) การขนส่งมวลชนและการวิศวกรรมจราจร  
(๒๒) การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย  
(๒๓) การจัดทำระบบรักษาความสงบเรียบร้อยในจังหวัด  
(๒๔) จัดทำกิจการใดอันเป็นอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่อยู่ในเขต  
และกิจการนั้นเป็นการสมควรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นร่วมดำเนินการหรือให้องค์การบริหาร  
ส่วนจังหวัดจัดทำ ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด  
(๒๕) สนับสนุนหรือช่วยเหลือส่วนราชการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นในการพัฒนา  
ท้องถิ่น  
(๒๖) การให้บริการแก่เอกชน ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครอง  
ส่วนท้องถิ่นอื่น  
(๒๗) การส่งเสริมการค้า และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส  
(๒๘) จัดทำกิจการอื่นใดตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติว่าด้วยการขยายอำนาจหน้าที่เป็น  
อำนาจและหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด  
(๒๙) กิจการอื่นใดที่เป็นผลประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามที่คณะกรรมการประกาศ  
กำหนด  
มาตรา ๑๕ ให้กรุงเทพมหานครมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์  
ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองตามมาตรา ๑๖ และมาตรา ๑๗  
มาตรา ๑๖ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่มีกฎหมายกำหนดไว้เป็นองค์กรปกครองส่วน  
ท้องถิ่นรูปแบบพิเศษไม่เต็มพื้นที่จังหวัด มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์  
ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองตามมาตรา ๑๖

หน้า ๕๖  
เล่ม ๑๑๖ ตอนที่ ๑๑๔ ก  
ราชกิจจานุเบกษา  
๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๒

ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่มีกฎหมายกำหนดให้เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
รูปแบบพิเศษเต็มพื้นที่จังหวัด มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของ  
ประชาชนในท้องถิ่นของตนเองตามมาตรา ๑๖ และมาตรา ๑๗  
มาตรา ๒๐ ในกรณีที่มีกฎหมายบัญญัติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจและหน้าที่  
เกี่ยวกับการให้บริการสาธารณะอย่างเดียวกันหรือคล้ายคลึงกัน ให้คณะกรรมการมีอำนาจกำหนดว่า  
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจและหน้าที่รับผิดชอบในส่วนใด  
มาตรา ๒๑ บรรดาอำนาจและหน้าที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบของรัฐตามกฎหมาย รัฐอาช  
มชอำนาจและหน้าที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการแทนได้  
ในการดำเนินงานตามอำนาจและหน้าที่ที่ระบุไว้ในมาตรา ๑๖ มาตรา ๑๗ มาตรา ๑๘ และ  
มาตรา ๑๙ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจร่วมมือกันดำเนินการหรืออาจร้องขอให้รัฐหรือองค์กร  
ปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น แสวงหาความร่วมมือดำเนินการแทนได้  
มาตรา ๒๒ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจมอบให้เอกชนดำเนินการตามอำนาจและหน้าที่  
แทนได้ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กําหนดในกฎกระทรวง

หมวด ๓  
การจัดสรรส่วนภูมิภาคและอาช

มาตรา ๒๓ เทศบาล เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบลอาจมีรายได้จากภาษีอากร  
ค่าธรรมเนียม และเงินรายได้ดังต่อไปนี้  
(๑) ภาษีโรงเรือนและที่ดินตามกฎหมายว่าด้วยภาษีโรงเรือนและที่ดิน  
(๒) ภาษีบำรุงท้องที่ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีบำรุงท้องที่  
(๓) ภาษีป้ายตามกฎหมายว่าด้วยภาษีป้าย  
(๔) ภาษีมูลค่าเพิ่มตามประมวลรัษฎากรที่ได้รับการจัดสรรในอัตราซึ่งเมื่อรวมกับการจัดสรร  
ตามมาตรา ๒๔ (๓) และมาตรา ๒๕ (๖) แล้วไม่เกินร้อยละสามสิบของภาษีมูลค่าเพิ่มที่จัดเก็บได้ หักส่วน  
ที่ต้องจ่ายคืนแล้ว โดยเป็นหน้าที่ของกรมสรรพากรที่จะจัดเก็บ  
(๕) ภาษีธุรกิจเฉพาะตามประมวลรัษฎากร โดยออกข้อบัญญัติจัดเก็บเพิ่มขึ้นในอัตรา  
ซึ่งเมื่อรวมกับอัตราตามมาตรา ๒๔ (๔) แล้วไม่เกินร้อยละสามสิบของอัตราภาษีที่จัดเก็บตามประมวล  
รัษฎากร โดยเป็นหน้าที่ของกรมสรรพากรที่จะจัดเก็บ

หน้า ๕๗  
เล่ม ๑๑๖ ตอนที่ ๑๑๔ ก  
ราชกิจจานุเบกษา  
๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๒

- (๖) ภาษีสรรพสามิตตามกฎหมายว่าด้วยภาษีสรรพสามิต ภาษีสุราตามกฎหมายว่าด้วยสุรา  
และค่าแสลงป้ายตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ ซึ่งเก็บจากการค้าในเขตเทศบาล เมืองพัทยา และองค์การ  
บริหารส่วนตำบล โดยออกข้อบัญญัติจัดเก็บเพิ่มขึ้นในอัตราไม่เกินร้อยละสามสิบของอัตราภาษีที่  
กรมสรรพสามิตจัดเก็บ และให้อธิบดีเป็นเจ้าและคำสนทนตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น โดยเป็นหน้าที่ของ  
กรมสรรพสามิตที่จะจัดเก็บ  
(๗) ภาษีและค่าธรรมเนียมรถยนต์ รวมทั้งเงินเพิ่มตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์ ภาษีรถ  
ตามกฎหมายว่าด้วยการขนส่งทางบก และค่าธรรมเนียมอื่นใดตามกฎหมายว่าด้วยล้อเลื่อน  
(๘) ภาษีการพนันตามกฎหมายว่าด้วยการพนัน  
(๙) ภาษีเพื่อการศึกษตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ  
(๑๐) อัตรการระงับคดีและผลประโยชน์อื่นอันเกิดจากการฆ่าสัตว์ตามกฎหมายว่าด้วยการ  
ควบคุมการฆ่าสัตว์และเจ้าหน้าที่ของรัฐ  
(๑๑) อัตรการขึ้นทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยอาคารพาณิชย์  
(๑๒) ค่าภาคหลวงแร่ตามกฎหมายว่าด้วยแร่ซึ่งหากักสั้งเป็นรายได้ของรัฐในอัตราร้อยละสี่สิบ  
แล้วส่งต่อไป  
(๑๓) องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่มีพื้นที่ครอบคลุมพื้นที่ตามประมวล  
ให้ได้รับการจัดสรรในอัตราร้อยละสิบของเงินค่าภาคหลวงแร่ที่จัดเก็บได้ภายในเขต  
(๑๔) องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลอื่นที่อยู่ในจังหวัดที่มีพื้นที่ครอบคลุมพื้นที่  
ตามประมวลให้ได้รับการจัดสรรในอัตราร้อยละสิบของเงินค่าภาคหลวงแร่ที่จัดเก็บได้ภายในเขต  
(๑๕) องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลในจังหวัดอื่นให้ได้รับการจัดสรรในอัตราร้อยละสิบ  
ของเงินค่าภาคหลวงแร่ที่จัดเก็บได้ภายในเขต  
(๑๖) ค่าภาคหลวงปิโตรเลียมตามกฎหมายว่าด้วยปิโตรเลียมซึ่งหากักสั้งเป็นรายได้ของรัฐ  
ในอัตราร้อยละสี่สิบแล้วส่งต่อไป  
(๑๗) องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่มีพื้นที่ครอบคลุมพื้นที่ตามประมวล ให้ได้รับ  
การจัดสรรในอัตราร้อยละสิบของเงินค่าภาคหลวงปิโตรเลียมที่จัดเก็บได้ภายในเขต  
(๑๘) องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลอื่นที่อยู่ในจังหวัดที่มีพื้นที่ครอบคลุมพื้นที่  
ตามประมวลให้ได้รับการจัดสรรในอัตราร้อยละสิบของเงินค่าภาคหลวงปิโตรเลียมที่จัดเก็บได้ภายในเขต  
(๑๙) องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลในจังหวัดอื่น ให้ได้รับการจัดสรรในอัตรา  
ร้อยละสิบของเงินค่าภาคหลวงปิโตรเลียมที่จัดเก็บได้ภายในเขต

หน้า ๕๘  
เล่ม ๑๑๖ ตอนที่ ๑๑๔ ก  
ราชกิจจานุเบกษา  
๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๒

- (๑๔) ค่าธรรมเนียมการจดทะเบียนสิทธิและนิติกรรมเกี่ยวกับอสังหาริมทรัพย์ที่มีรูป  
ภายในเขต ทั้งนี้ ตามประมวลกฎหมายที่ดินและกฎหมายว่าด้วยอาชารุช  
(๑๕) ค่าธรรมเนียมสนามบินตามกฎหมายว่าด้วยการเดินอากาศ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามอัตรา  
และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนด  
(๑๖) ค่าธรรมเนียมดังต่อไปนี้ โดยออกข้อบัญญัติจัดเก็บเพิ่มขึ้นในอัตราไม่เกินร้อยละสิบของ  
ค่าธรรมเนียมที่มีการจัดเก็บตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น  
(๑) ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตซื้อขายตามกฎหมายว่าด้วยสัญญา  
(๒) ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตการพนันตามกฎหมายว่าด้วยการพนัน  
(๑๗) ค่าธรรมเนียม ค่าใบอนุญาต และค่าปรับในการจัดการกฎหมายอาชารุชที่ให้แก่  
เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นเจ้าหน้าที่ดำเนินการภายในเขตอื่นนั้นๆ และให้ลดเป็น  
รายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดังกล่าว ในกรณีกฎหมายกำหนดให้เทศบาลเป็นผู้จัดเก็บค่าธรรมเนียม  
ค่าใบอนุญาต และค่าปรับ ให้มีรายได้ตามงบให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลที่อยู่ในเขตจังหวัดตามที่  
คณะกรรมการกำหนด  
(๑๘) ค่าใช้หนี้ค่าตามกฎหมายว่าด้วยน้บาดาล ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามสัดส่วนที่คณะกรรมการ  
กำหนด  
(๑๙) ค่าธรรมเนียมใดๆ ที่เรียกเก็บจากผู้ใช้บริการโดยประชาชนหรือการบริการสาธารณะที่จัดให้มีขึ้น  
(๒๐) รายได้อื่นตามที่กฎหมายบัญญัติให้เป็นของเทศบาล เมืองพัทยา และองค์การบริหาร  
ส่วนตำบล  
มาตรา ๒๔ องค์การบริหารส่วนจังหวัดอาจมีรายได้จากภาษีอากรค่าธรรมเนียม และเงินรายได้  
ดังต่อไปนี้  
(๑) ภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัด สำหรับเงินบำรุงและเงินที่คล้ายกัน น้บาดาล  
และน้บาดาลคล้ายกัน ถ้าขุดได้โดยวิธีใช้เงินเพื่อผลิตสำหรับบริโภคซึ่งเก็บจากค่าในเขตจังหวัด  
โดยออกข้อบัญญัติจัดเก็บเพิ่มได้ไม่เกินร้อยละสิบของค่าสำหรับน้บาดาล และให้ลดเป็นสัดส่วน  
สำหรับภาษีโรงเรือน  
(๒) ภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัดสำหรับยาสูบ ซึ่งเก็บจากการค้าในเขตจังหวัดโดย  
ออกข้อบัญญัติจัดเก็บเพิ่มได้ไม่เกินสามและสิบสตางค์  
(๓) ภาษีมูลค่าเพิ่มตามประมวลรัษฎากรที่ได้รับการจัดสรรในอัตราซึ่งเมื่อรวมกับอัตราตาม  
มาตรา ๒๓ (๔) และมาตรา ๒๕ (๖) แล้วไม่เกินร้อยละสามสิบของภาษีมูลค่าเพิ่มที่จัดเก็บได้หักส่วน  
ที่ต้องจ่ายคืนแล้ว โดยเป็นหน้าที่ของกรมสรรพากรที่จะจัดเก็บ



[52]

หน้า ๕๘

เล่ม ๑๑๖ ตอนที่ ๑๑๔ ก

ราชกิจจานุเบกษา

๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๒

(๔) ภาษีธุรกิจเฉพาะตามประมวลรัษฎากร โดยออกข้อบัญญัติจัดเก็บเพิ่มขึ้นในอัตราซึ่งเมื่อรวมกับอัตราตามมาตรา ๒๑ (๕) แล้วไม่เกินร้อยละสามสิบของอัตราภาษีที่จัดเก็บตามประมวลรัษฎากร โดยเป็นหน้าที่ของกรมสรรพากรที่จะจัดเก็บ

(๕) ภาษีและค่าธรรมเนียมรถยนต์ รวมทั้งเงินเพิ่มตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์ ภาษีรถตามกฎหมายว่าด้วยการขนส่งทางบก และค่าธรรมเนียมล้อเลื่อนตามกฎหมายว่าด้วยล้อเลื่อน

(๖) ภาษีเพื่อการศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ

(๗) อากรรังนกอันตามกฎหมายว่าด้วยอากรรังนกอัน

(๘) ค่าภาคหลวงแร่ตามกฎหมายว่าด้วยแร่ ให้ได้รับการจัดสรรในอัตราร้อยละสิบของค่าภาคหลวงแร่ที่จัดเก็บได้ภายในเขตขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนั้น

(๙) ค่าภาคหลวงปิโตรเลียมตามกฎหมายว่าด้วยปิโตรเลียม ให้ได้รับการจัดสรรในอัตราร้อยละสิบของค่าภาคหลวงปิโตรเลียมที่จัดเก็บได้ภายในเขตขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนั้น

(๑๐) ค่าธรรมเนียมบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยออกข้อบัญญัติเรียกเก็บจากผู้พักในโรงแรมตามกฎหมายว่าด้วยโรงแรม

(๑๑) ค่าธรรมเนียม ค่าใบอนุญาต และค่าปรับในกิจการที่กฎหมายมอบหมายหน้าที่ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นเจ้าหน้าที่จะดำเนินการภายในเขตขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนั้น และให้ลดเป็นรายได้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

(๑๒) ค่าธรรมเนียมใดๆ ที่เรียกเก็บจากผู้บริโภคได้รับประโยชน์จากบริการสาธารณะที่จะดำเนินการบริหารส่วนจังหวัดให้ดีขึ้น

(๑๓) รายได้อื่นตามที่กฎหมายบัญญัติให้เป็นขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

มาตรา ๒๕ กรุงเทพมหานครอาจมีรายได้จากภาษีอากร ค่าธรรมเนียม และเงินรายได้ดังต่อไปนี้

(๑) ภาษีโรงเรือนและที่ดินตามกฎหมายว่าด้วยภาษีโรงเรือนและที่ดิน

(๒) ภาษีบำรุงท้องที่ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีบำรุงท้องที่

(๓) ภาษีป้ายตามกฎหมายว่าด้วยภาษีป้าย

(๔) ภาษีบำรุงกรุงเทพมหานครสำหรับน้ำมันเบนซินและน้ำมันที่คล้ายกัน น้ำมันดีเซลและน้ำมันที่คล้ายกัน ภาษีปิโตรเลียมที่ใช้เป็นเชื้อเพลิงสำหรับรถยนต์ ซึ่งเก็บจากการค้าในเขตกรุงเทพมหานคร โดยออกข้อบัญญัติจัดเก็บเพิ่มขึ้นได้ไม่เกินร้อยละสิบสำหรับน้ำมัน และไม่เกินร้อยละสิบสำหรับภาษีปิโตรเลียม

หน้า ๖๐

เล่ม ๑๑๖ ตอนที่ ๑๑๔ ก

ราชกิจจานุเบกษา

๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๒

(๕) ภาษีบำรุงกรุงเทพมหานครสำหรับรถเข็นซึ่งเก็บจากการค้าในเขตกรุงเทพมหานคร โดยออกข้อบัญญัติจัดเก็บเพิ่มขึ้นได้ไม่เกินร้อยละสิบสำหรับรถเข็น

(๖) ภาษีมูลค่าเพิ่มตามประมวลรัษฎากรที่ได้รับการจัดสรร ในอัตราซึ่งเมื่อรวมกับอัตราตามมาตรา ๒๓ (๔) และมาตรา ๒๔ (๑) แล้วไม่เกินร้อยละสามสิบของภาษีมูลค่าเพิ่มที่จัดเก็บให้กับส่วนที่จัดเก็บแล้ว โดยเป็นหน้าที่ของกรมสรรพากรที่จะจัดเก็บ

(๗) ภาษีธุรกิจเฉพาะตามประมวลรัษฎากร โดยออกข้อบัญญัติจัดเก็บเพิ่มขึ้นในอัตราไม่เกินร้อยละสามสิบของอัตราภาษีที่จัดเก็บตามประมวลรัษฎากร โดยเป็นหน้าที่ของกรมสรรพากรที่จะจัดเก็บ

(๘) ภาษีสรรพสามิตตามกฎหมายว่าด้วยภาษีสรรพสามิต ภาษีสุราตามกฎหมายว่าด้วยสุรา และค่าแสลงป้ายตามกฎหมายว่าด้วยแสลงป้าย ซึ่งเก็บจากการค้าในเขตกรุงเทพมหานคร โดยออกข้อบัญญัติจัดเก็บเพิ่มขึ้นในอัตราไม่เกินร้อยละสามสิบของอัตราภาษีที่กรมสรรพสามิตจัดเก็บ และให้ถือเป็นภาษีและค่าแสลงป้ายตามกฎหมายว่าด้วยภาษีนั้น โดยเป็นหน้าที่ของกรมสรรพสามิตที่จะจัดเก็บ

(๙) ภาษีเพื่อการศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ

(๑๐) ภาษีและค่าธรรมเนียมรถยนต์ รวมทั้งเงินเพิ่มตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์ ภาษีรถตามกฎหมายว่าด้วยรถขนส่งทางบก และค่าธรรมเนียมล้อเลื่อนตามกฎหมายว่าด้วยล้อเลื่อน

(๑๑) ภาษีรถตามกฎหมายว่าด้วยรถขนส่งทางบก

(๑๒) ค่าภาคหลวงแร่ตามกฎหมายว่าด้วยแร่ที่จัดเก็บภายในเขตของกรุงเทพมหานคร ในอัตราร้อยละสิบของค่าภาคหลวงแร่ที่กรมทรัพยากรธรณีจัดเก็บได้จริง

(๑๓) ค่าภาคหลวงปิโตรเลียมตามกฎหมายว่าด้วยปิโตรเลียมที่จัดเก็บภายในเขตของกรุงเทพมหานคร ในอัตราร้อยละสิบของค่าภาคหลวงปิโตรเลียมที่กรมทรัพยากรธรณีจัดเก็บได้จริง

(๑๔) อากรการฆ่าสัตว์ และอากรประโชยขึ้นอันเกิดจากการฆ่าสัตว์ตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการฆ่าสัตว์และจำหน่ายเนื้อสัตว์

(๑๕) ค่าธรรมเนียมบำรุงกรุงเทพมหานคร โดยออกข้อบัญญัติเรียกเก็บจากผู้พักในโรงแรมตามกฎหมายว่าด้วยโรงแรม

(๑๖) ค่าธรรมเนียมสนับสนุนตามกฎหมายว่าด้วยการเดินอากาศ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามอัตราและวิธีการที่คณะกรรมการกำหนด

(๑๗) ค่าธรรมเนียมการจดทะเบียนสิทธิและนิติกรรมเกี่ยวกับอสังหาริมทรัพย์ที่มีทุนทรัพย์ตามประมวลกฎหมายที่ดินและกฎหมายว่าด้วยอาคารชุด

หน้า ๖๑

เล่ม ๑๑๖ ตอนที่ ๑๑๔ ก

ราชกิจจานุเบกษา

๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๒

(๑๔) ค่าธรรมเนียมค้ำต่อไปนี้ โดยออกข้อบัญญัติจัดเก็บเพิ่มขึ้นในอัตราไม่เกินร้อยละสามสิบของค่าธรรมเนียมที่จัดเก็บตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

(ก) ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตขุดเจาะตามกฎหมายว่าด้วยสุรา

(ข) ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตเล่นการพนันตามกฎหมายว่าด้วยการพนัน

(๑๕) ค่าธรรมเนียม ค่าใบอนุญาต และค่าปรับในกิจการที่กฎหมายมอบหมายหน้าที่ให้กรุงเทพมหานครเป็นเจ้าหน้าที่จะดำเนินการภายในเขตของกรุงเทพมหานคร และให้ลดเป็นรายได้ของกรุงเทพมหานคร

(๑๖) ค่าธรรมเนียมใดๆ ที่เรียกเก็บจากผู้บริโภคได้รับประโยชน์จากบริการสาธารณะที่จะดำเนินการจัดให้มีขึ้น

(๑๗) รายได้อื่นตามที่กฎหมายบัญญัติให้เป็นของกรุงเทพมหานคร

มาตรา ๒๖ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีกฎหมายกำหนดให้เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแบบพิเศษไม่เพิ่มพื้นที่จังหวัด มีรายได้จากภาษีอากร ค่าธรรมเนียม และเงินรายได้ดังต่อไปนี้

ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีกฎหมายกำหนดให้เป็นองค์กรปกครองรูปแบบพิเศษเพิ่มเติมพื้นที่จังหวัด มีรายได้จากภาษีอากร ค่าธรรมเนียม และเงินรายได้ดังต่อไปนี้

มาตรา ๒๗ ภาษีและอากรประเภทอื่นนอกเหนือจากที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๒๓ มาตรา ๒๔ มาตรา ๒๕ และมาตรา ๒๖ อาจกำหนดให้เป็นภาษีและอากรร่วมกันระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรืออาจกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดเก็บเพิ่มได้ เพื่อให้สอดคล้องกับการถ่ายโอนภาระหน้าที่และงบประมาณจากราชการส่วนกลางมาจัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ ตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การจัดสรรสัดส่วนภาษีและอากรตามวรรคหนึ่งในแต่ละปี ให้คณะกรรมการพิจารณา กำหนดโดยคำนึงถึงภาระหน้าที่ของรัฐบาลกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเป็นสำคัญ

มาตรา ๒๘ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจมีรายได้ดังต่อไปนี้

(๑) รายได้จากทรัพย์สินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๒) รายได้จากสาธารณูปโภค

(๓) รายได้จากการทำงานและกิจการที่กิจการ ไม่ว่าจะดำเนินการเองหรือร่วมกับบุคคลอื่น หรือจากสหกรณ์

หน้า ๖๒

เล่ม ๑๑๖ ตอนที่ ๑๑๔ ก

ราชกิจจานุเบกษา

๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๒

(๔) ภาษีอากร ค่าธรรมเนียม ค่าใบอนุญาต ค่าปรับ ค่าตอบแทน หรือรายได้อื่นใดตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ให้เป็นรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๕) ค่าบริการ

(๖) เงินอุดหนุนจากรัฐบาล ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น

(๗) เงินช่วยเหลือจากต่างประเทศ องค์การต่างประเทศ หรือองค์การระหว่างประเทศ

(๘) รายได้จากกิจการจำหน่ายสินค้า

(๙) เงินอุดหนุนจากรัฐ ทุน ทรัพย์สิน ทรัพย์สินของบุคคลต่างๆ

(๑๐) เงินอุดหนุนจากต่างประเทศ องค์การต่างประเทศ หรือองค์การระหว่างประเทศ

(๑๑) เงินและทรัพย์สินอย่างอื่นที่มีมูลค่า

(๑๒) เงินช่วยเหลือหรือเงินอุดหนุน

(๑๓) รายได้จากทรัพย์สินของแผ่นดิน หรือรายได้จากทรัพย์สินของรัฐวิสาหกิจที่ดำเนินการเพื่อมุ่งหาประโยชน์ในเขตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๑๔) รายได้จากค่าธรรมเนียมพิเศษ

การออกพันธบัตร (๕) การกู้เงินจากองค์กร หรือนิติบุคคลต่างๆ ตาม (๕) การกู้เงินตาม (๑๐) และการกู้เงิน (๑๑) โดยออกเป็นข้อบัญญัติท้องถิ่น โดยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการ

มาตรา ๒๘ การกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับรายได้ตามหมวดนี้ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข อัตราการจัดสรร การนำส่งรายได้และการได้รับเงินรายได้สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามที่คณะกรรมการกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ในกรณีที่การกำหนดรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องใดมีกฎหมายอื่นบัญญัติไว้ และเป็นกรกำหนดรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องใดมีกฎหมายอื่นบัญญัติไว้แล้วในบทบัญญัติเกี่ยวกับรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้วตามหมวดนี้ ให้ใช้บทบัญญัติตามหมวดนี้บังคับแทนบทบัญญัติของกฎหมายอื่น ทั้งนี้ ถ้าการกำหนดรายได้ในเรื่องใดมีกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข อัตราการจัดสรร การนำส่งรายได้และการได้รับเงินรายได้ไว้บังคับอยู่แล้ว ให้ใช้บังคับตามกฎหมายที่บังคับไว้ไปพลางก่อนจนกว่าจะมีประกาศของคณะกรรมการความระบอบหนึ่ง แต่ด้วยการกำหนดรายได้ในเรื่องใดไม่มีกฎหมายฉบับอื่น ให้การกำหนดรายได้ตามบทบัญญัติในหมวดนี้

มิชอบใช้บังคับเมื่อมีประกาศของคณะกรรมการความระบอบหนึ่ง

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมอบให้ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น จัดเก็บภาษีอากร ค่าธรรมเนียม ค่าใบอนุญาต ค่าตอบแทน หรือรายได้อื่นใด เพื่อองค์กร



ปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นก็ได้ ทั้งนี้ โดยให้ลิดล้ายำยได้ความหลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราที่กำหนด  
ในกฎกระทรวง

หมวด ๔  
แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

มาตรา ๓๐ แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการดังนี้

- (๑) ให้ดำเนินการถ่ายโอนภารกิจการให้บริการสาธารณะของรัฐด้านบริการอยู่ในที่พระราชบัญญัตินี้ไว้รับทราบแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายในกำหนดเวลา ดังนี้
- (ก) ภารกิจที่เป็นภารกิจการจัดซื้อระหว่างรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือภารกิจของรัฐจัดให้บริการในลักษณะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ดำเนินการให้เสร็จสิ้นภายในสี่ปี
- (ข) ภารกิจของรัฐจัดให้บริการในลักษณะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกระบวนเชิงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ให้ดำเนินการให้เสร็จสิ้นภายในสี่ปี
- (ค) ภารกิจที่เป็นการดำเนินงานตามนโยบายของรัฐบาล ให้ดำเนินการให้เสร็จสิ้นภายในสี่ปี
- (๒) กำหนดขอบเขตความรับผิดชอบในการให้บริการสาธารณะของรัฐและขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันด้วยกติกายานและหน้าที่ที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้ให้ชัดเจน โดยให้คณะกรรมการกำหนดขอบเขตภารกิจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้แตกต่างกันได้ โดยให้เป็นไปตามความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่ง ซึ่งสิ่งพิจารณาอาจรวมถึงได้แก่บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น จำนวนประชากร ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน ตลอดจนบทบาทในการให้บริการที่ประชาชนได้รับ ทั้งนี้ ต้องไม่เกินระยะเวลาสิบปี
- (๓) กำหนดกระบวนการแบ่งส่วนผลิตภัณฑ์ของรัฐทำหน้าที่ประสานความร่วมมือและช่วยเหลือการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพ
- (๔) กำหนดการจัดสรรภานีและกรณีเงินอุดหนุน และรายได้อื่นให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินการด้านงานและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกระบวนเชิงที่เหมาะสม โดยให้ช่วงระยะเวลาไม่เกิน พ.ศ. ๒๕๔๔ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีรายได้เพิ่มขึ้นทุกปีจนสัดส่วนรายได้ของรัฐรวมไม่น้อยกว่าร้อยละสิบ และในช่วงระยะเวลาไม่เกิน พ.ศ. ๒๕๔๕ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีรายได้เพิ่มขึ้นทุกปีจนกว่ารายได้ของรัฐรวมไม่น้อยกว่าร้อยละสามสิบ ทั้งนี้ โดยเกณฑ์การตัดสินส่วนระยะเวลาที่เหมาะสมแก่การพัฒนา ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่ง

ปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินกิจการบริการสาธารณะได้ด้วยตนเอง และโดยการจัดสรรสัดส่วนที่เป็นธรรมแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยคำนึงถึงรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นด้วย

- (๕) การจัดตั้งงบประมาณรายจ่ายประจำปีในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริการสาธารณะในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้รัฐจัดสรรเงินอุดหนุนให้เป็นไปตามความจำเป็นและความต้องการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น
- มาตรา ๓๑ ในการดำเนินการตามอำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถ้ามีกฎหมายใดบัญญัติไว้เป็นลักษณะที่เป็นลบทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่อาจดำเนินการตามอำนาจและหน้าที่ได้ด้วยตนเอง หรือมีลักษณะเป็นการขัดข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการสาธารณะระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกัน และคณะกรรมการพิจารณาเห็นสมควรให้มีการแก้ไขกฎหมายนั้น ให้คณะกรรมการรวบรวมงานต่อรัฐมนตรีเพื่อดำเนินการให้การแก้ไขตามกฎหมายดังกล่าวต่อไป
- มาตรา ๓๒ ให้คณะกรรมการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยอย่างน้อยต้องมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้
- (๑) กำหนดรายละเอียดของอำนาจหน้าที่ในการให้บริการสาธารณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละรัฐจะต้องกระจาย โดยในกรณีเป็นอำนาจและหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการของรัฐหรือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกัน ให้กำหนดแนวทางวิธีปฏิบัติเพื่อประสานการดำเนินการให้เกิดประโยชน์แก่ส่วนรวม
  - (๒) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการในการจัดสรรสัดส่วนภาษีและอากรให้เพียงพอแก่การดำเนินการตามอำนาจและหน้าที่ที่กำหนดให้เป็นอำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ โดยต้องคำนึงถึงภาระหน้าที่ของรัฐในการให้บริการสาธารณะเป็นส่วนรวมด้วย
  - (๓) รายละเอียดเกี่ยวกับการเสนอให้แก้ไขหรือจัดให้มีกฎหมายที่จะจำเป็นเพื่อดำเนินการตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
  - (๔) จัดระบบการบริหารงานบุคคลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกำหนดนโยบายและมาตรการการกระจายบุคลากรจากราชการส่วนกลางและราชการส่วนภูมิภาคไปสู่ส่วนท้องถิ่น โดยการสักระยะการถ่ายทอดถึงกันท้องถิ่น และสร้างระบบความก้าวหน้าให้สายอาชีพที่เหมาะสม
- แผนปฏิบัติการตามวรรคหนึ่งต้องกำหนดรายละเอียดวิธีปฏิบัติ และกำหนดผลหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบ หน้าที่ระยะเวลาในการดำเนินการให้ชัดเจนด้วย

มาตรา ๓๓ เมื่อคณะกรรมการจัดทำแผนปฏิบัติการตามมาตรา ๓๒ แล้ว ให้เสนอ  
คณะรัฐมนตรีไว้พิจารณาเห็นชอบ แล้วนำมาจัดรัฐสภาที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษาไว้บังคับต่อไป  
แผนปฏิบัติการที่ประกาศใช้บังคับตามวรรคหนึ่ง ให้มีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง  
ต้องดำเนินการตามแผนปฏิบัติการนั้น

ในกรณีที่สภาพการณ์เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างที่แผนปฏิบัติการใช้บังคับ คณะกรรมการอาจดำเนินการปรับปรุงแผนปฏิบัติการให้เหมาะสมกับสภาพการณ์นั้นได้

ให้คณะกรรมการมีหน้าที่ติดตามผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการและรายงานให้คณะรัฐมนตรีทราบทุกปี ในกรณีที่พบปัญหาอุปสรรคไม่อาจดำเนินการตามแผนปฏิบัติการได้ ให้คณะกรรมการรายงานให้คณะรัฐมนตรีทราบปัญหาและอุปสรรค และแนวทางแก้ไขด้วย

มาตรา ๓๔ ให้คณะกรรมการพิจารณาการกำหนดอำนาจและหน้าที่และการจัดสรรรายได้ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นภายใต้การบังคับบัญชาให้ดำเนินการตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปแล้ว โดยต้องพิจารณาหาหนทางที่จะกระจายอำนาจให้แก่รัฐบาลท้องถิ่นที่มีการกำหนดอำนาจและหน้าที่เรียบร้อยแล้วไว้ก่อนการจัดสรรรายได้ ทั้งนี้ จะต้องพิจารณาให้สอดคล้องเหมาะสมสมควรกำหนดอำนาจและหน้าที่และการจัดสรรรายได้ เพื่อกระจายอำนาจเพิ่มขึ้นให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

บทพระราชนิพนธ์

มาตรา ๓๕ ในวาระเริ่มแรก ให้คณะกรรมการจัดทำแผนตามมาตรา ๓๐ และแผนปฏิบัติการตามมาตรา ๓๒ ให้แล้วเสร็จภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่กรรมการเริ่มปฏิบัติงานที่ตามพระราชบัญญัติ

มาตรา ๓๖ ในวาระเริ่มแรก ให้นายกรัฐมนตรีจัดให้มีการเลือกผู้แทนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และสหราชอาณาจักรสหประชาชาติตามมาตรา ๖ ให้แล้วเสร็จภายในหกสิบวันนับแต่วันที่มีพระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

มาตรา ๓๗ ในวาระเริ่มแรก เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและหน้าที่ของคณะกรรมการ  
ตามพระราชบัญญัตินี้ นายกรัฐมนตรีอาจมีคำสั่งให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องดำเนินการเพื่อช่วยเหลือ  
การปฏิบัติงานของคณะกรรมการ ได้ตามที่เห็นสมควร

ผู้รับสนองพระบรมราชโองการ  
ชวน หลีกภัย  
นายกรัฐมนตรี

**นายอนุทิน** - เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่พบว่า *solo* ของรัฐธรรมนูญของรัฐฯ พยายามเพิ่มโทษให้แก่ผู้ต้องหาไว้โดยมิชอบตามที่เห็นสมควรและขัดต่อหลักการของระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข และอาจส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของรัฐชาติได้ จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้



พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ฉบับใหม่ที่กำลังจะเริ่มก่อร่างสร้างตัว จากความร่วมมือของหลาย ๆ ฝ่าย ดูเหมือนจะเป็นฟางเส้นสุดท้ายที่จะ กำหนดทิศทาง และสร้างความชัดเจน ให้กับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีเอกภาพ

ปราศจากพระราชบัญญัติฉบับนี้ แล้ว การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ไม่น่าจะเกิดขึ้น หรือเกิดขึ้นแล้วก็ อาจจะนำไปสู่ความวุ่นวายไร้ระเบียบ ฉ้อโกงขึ้นอย่างมากมายในท้องถิ่น ดัง เช่นที่หลายฝ่ายทั้งที่เห็นด้วยกับการกระจายอำนาจและที่ไม่เห็นด้วยกับการกระจายอำนาจหัวนเกรง

ทั้งนี้ก็เพราะพระราชบัญญัติฉบับนี้ จะเป็นกฎหมายหลักที่จะมากำหนด ความชัดเจนให้กับทิศทางการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ การแบ่งอำนาจและการกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุข ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน เช่นเดียวกับพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติฉบับใหม่ที่ได้สร้างความชัดเจนให้กับเรื่องการศึกษาแห่งชาติไปเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) อันเป็นหน่วยงานหลักในการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ฉบับใหม่ได้ให้สัมภาษณ์ “จับกระแส” ในเรื่องนี้ว่า หนึ่งใน 15 โจทย์ของการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ



นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ

ฉบับนี้ก็คือเรื่องการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขจากส่วนกลาง ไปยังชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยได้มีการตั้งประเด็นว่า จะมีการแบ่งอำนาจระหว่างส่วนกลาง กับส่วนท้องถิ่นอย่างไร อะไรที่รัฐบาลกลางกระทรวงสาธารณสุข จะต้องทำและอะไรจะเป็นหน้าที่หลักที่ชุมชน ท้องถิ่นควรจะได้เข้ามามีส่วนร่วม ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขอย่าง

จริงจัง

โดยพระราชบัญญัติฉบับนี้มุ่งที่จะวางกรอบ empower ให้กับชุมชนเป็นหลักเพื่อให้ชุมชนเมื่อมีเงินและงบประมาณตามพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจมากขึ้นแล้ว จะทำให้ชุมชนท้องถิ่นสามารถลุกขึ้นมาเล่นบทบาทนำในกระบวนการสร้างสุขภาพให้กับคนในชุมชนได้ด้วยตัวเองอย่างมีประสิทธิภาพให้สอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ

“ในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขนั้นไม่ใช่มานั่งเถียงกันว่าใครจะได้โรงพยาบาล ใครจะได้แพทย์ไป แต่ต้องมากำหนดหน้าที่กันให้ชัด การกระจายอำนาจนั้นต้องพูดกันด้วยเรื่องของภารกิจ ส่วนกลางควรมีหน้าที่อะไร ท้องถิ่นควรมีหน้าที่อะไร ซึ่งถ้าวางแผนกันให้ชัดแล้ว โครงสร้างใหม่ทั้งเรื่องงาน คน เงิน ก็จะต้องตามมาสนับสนุนอย่างเป็นระบบต่อไป” นายแพทย์อำพลย้ำ

สำหรับการแบ่งภารกิจของท้องถิ่น

**พระราชบัญญัติฉบับนี้มุ่งที่จะวางกรอบ empower ให้กับชุมชนเป็นหลักเพื่อให้ชุมชนเมื่อมีเงินและงบประมาณตามพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจมากขึ้นแล้ว จะทำให้ชุมชนท้องถิ่นสามารถลุกขึ้นมาเล่นบทบาทนำในกระบวนการสร้างสุขภาพให้กับคนในชุมชนได้ด้วยตัวเองอย่างมีประสิทธิภาพให้สอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ**



กับทิศทางในการปฏิรูประบบสุขภาพนั้น นายแพทย์อำพล ได้ให้ทรงเห็นว่า เนื่องจากที่ผ่านมาสังคมไทยมีความเข้าใจผิดอย่างมากในด้านสาธารณสุข กว่า 100 ปีมาแล้วที่เมื่อพูดถึงเรื่องสุขภาพ เรื่อง การสาธารณสุข ทุกคนคิดว่าเป็นเรื่องของ หมอ เรื่องของโรงพยาบาล แต่ในความเป็นจริงเป็นเพียงปลายเหตุแห่งเรื่องสุขภาพ เป็นหมอ พยาบาล โรงพยาบาลเป็นเรื่องของการซ่อมสุขภาพ ไม่ใช่การสร้างเสริมสุขภาพ

เรื่องสาธารณสุขนั้นต้องมุ่งเน้นที่การสร้างเสริมสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ของคนในชาติ อยู่ที่บ้าน ครอบครัว ชุมชน ซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่นอกโรงพยาบาล ชุมชนจะต้องลุกขึ้นมาทำหน้าที่ตรงนี้ ไม่ใช่ฝากความหวังในชีวิตและสุขภาพไว้ที่โรงพยาบาล

ดังนั้นการกระจายอำนาจที่กำลังจะเกิดขึ้นจึงสอดคล้องกับทิศทางใหม่ในการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติมุ่งที่จะพัฒนาให้ท้องถิ่นทำหน้าที่ในการสร้างเสริมสุขภาพเป็นหลัก ท้องถิ่นจะต้องจัดกติกา สังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ไม่ใช่มุ่งมาทำหน้าที่ในการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นการทำหน้าที่ปลายเหตุ ขณะเดียวกันในแนวทางของร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ก็จะวางแนวทางที่หนุนเสริมความเข้มแข็งของชุมชนในเรื่องด้านสาธารณสุขไปพร้อม ๆ กัน เช่น ท้องถิ่นนั้นควรมีที่ปรึกษาสุขภาพที่เป็นหมอ หรือ พยาบาลชุมชน คอยให้คำแนะนำในด้านการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น

ขณะเดียวกันรัฐบาลเองจะหันมา

**การกระจายอำนาจที่กำลังจะเกิดขึ้นจึงสอดคล้องกับทิศทางใหม่ในการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติมุ่งที่จะพัฒนาให้ท้องถิ่นทำหน้าที่ในการสร้างเสริมสุขภาพเป็นหลัก ท้องถิ่นจะต้องจัดกติกา สังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ไม่ใช่มุ่งมาทำหน้าที่ในการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นการทำหน้าที่ปลายเหตุ**

วางระบบการตรวจสอบและถ่วงดุล และกำกับดูแลการบริหารงานด้านสาธารณสุขในภาพรวมพร้อม ๆ กับการทำหน้าที่ในการพัฒนาให้ท้องถิ่นมีความรู้ความสามารถในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นรัฐบาลยังจะต้องทำหน้าที่หนุนเสริม และ empower ให้กลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในท้องถิ่นทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการหันมาให้ความสนใจในเรื่องสาธารณสุขมากขึ้น เพื่อเกื้อหนุนและตรวจสอบการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอีกทางหนึ่ง

หากปราศจากทิศทางความชัดเจนในเรื่องภารกิจเหล่านี้ที่จะเป็นตัวกำหนดโครงสร้างใหม่แล้ว การกระจายอำนาจเพียงอย่างเดียวก็จะนำไปสู่ความวุ่นวาย และความขัดแย้งกันระหว่างส่วนกลางและส่วนท้องถิ่นในหลายด้าน กระทรวงสาธารณสุขก็อาจจะทำหน้าที่หลายอย่างซ้ำซ้อนกับท้องถิ่น ขณะที่ท้องถิ่นเองก็อาจต้องเริ่มเรียนรู้ใหม่ในการที่จะคิดเพียงอย่างเดียวว่า ทำอย่างไรจึงจะได้บริหารโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลซึ่งมีเทคนิคสูง หมอในโรง-

พยาบาลก็อาจจะสับสนไม่รู้ว่าจะอยู่กับใครระหว่างส่วนกลางกับท้องถิ่น

อย่างไรก็ตามทรงพระชนของนายแพทย์อำพลนี้ไม่ใช่ทิศทางเบ็ดเสร็จที่มีต่อร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ หากแต่เป็นโจทย์สำคัญโจทย์หนึ่งที่มีต่อความชัดเจนในเรื่องการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ซึ่งจะให้ภาคีภาคประชาชนทั่วประเทศเข้ามาร่วมแสดงความคิดเห็นและร่วมกันร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้อย่างจริงจังก่อนจะออกมาเป็นกฎหมายบังคับใช้ภายในปีพ.ศ. 2544 โดยในขณะนี้สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) กำลังวางแผนวางในการเดินสายเพื่อระดมความคิดเห็นภาคีด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับกระบวนการร่างรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน และพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติฉบับใหม่ ที่ได้เปิดโอกาสให้ชุมชนและท้องถิ่นทั่วประเทศได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ดังเช่นคำขวัญที่ว่า “สังคมดีไม่มีขาย ถ้าอยากได้ต้องร่วมกันสร้าง”



# พระราชบัญญัติสุขภาพ แห่งชาติฉบับใหม่ : ฟางเส้นสุดท้าย แห่งการกระจายอำนาจ ด้านสาธารณสุข

กาลครั้งหนึ่งนานมาแล้ว ณ ชายทุ่ง แห่งหนึ่งไม่ใกล้ไม่ไกลเมืองหลวง หลังจากผู้ใหญ่ลี พาลูกบ้านแจ้งไปเป็นแถบ ๆ กับการเลี้ยงสุกรที่ รัฐบาลเค้า มาส่งเสริมแล้วไม่รับผิดชอบ อยู่ ๆ วันหนึ่งผู้ใหญ่ลีก็ติดกองประชุมอีกเพื่อ ระดมความคิดเห็นจากชาวบ้าน โดยตั้งโจทย์ขึ้นมาว่า ไก่เกิดก่อนไข่ หรือไข่ เกิดก่อนไก่เอ๋ย !

ยังไม่ทันที่ลูกบ้านจะตอบเพราะมัวแต่ทำหน้างั้น ๆ ผู้ใหญ่ลีก็รีบบอกขึ้น มาว่า ที่ถามเรื่องนี้ขึ้นมาเพราะดูเหมือนว่าตอนนี้ที่คนมีความรู้สูง ๆ ใน กระทรวงสาธารณสุขบ้านเรากำลังเถียงปัญหาเหมือนอย่างนี้กันอยู่นะ เค้า ว่า “รอให้ท้องถิ่นอย่างพวกเราพร้อมก่อนแล้วค่อยกระจายอำนาจมาให้เรา หรือว่ากระจายอำนาจมาให้ก่อนแล้วเดี๋ยวพวกเราก็จะเกิดการเรียนรู้เองและ พัฒนาเอง อะไรมันน่าจะเป็นก่อนกัน”

ด้วยความชำนาญด้านการเลี้ยงไก่ ไอ้แก่เลยลุกขึ้นตอบทันที ว่ารัฐบาล นั้นไซ้ ให้หาฟางมาปักไข่จะได้เป็นไก่น้อย ๆ ธรรมดาน่าจะดีที่สุด! มิฉะนั้น แล้วไข่ไม่มีวันเป็นไก่แน่ และเมื่อไม่มีไก่ก็จะมีไข่ต่อไปอีก นิทานเรื่องนี้ สอนให้รู้ว่า ฟางนั้นสำคัญไฉน !

ย้อนกลับมายังเมืองหลวง - ขณะที่รัฐบาลได้ออกพระราชบัญญัติ กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ซึ่งจะต้องมีการกระจายอำนาจทั้งในด้านการเงิน และ การบริหารงานด้านต่าง ๆ สู่อำเภอ กระทรวงสาธารณสุขเองยังไม่มี ความชัดเจนนักว่าจะทำอย่างไรกับทิศทางในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่ กำลังจะเกิดขึ้นตามข้อกำหนดในพระราชบัญญัติฯ

## ฉบับพิเศษ

ที่ปรึกษา

นพ.สุจิต ศรีประพจน์

ศ.นพ.ประเวศ วะสี

ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช

ศ.นพ. จรัส สุวรรณเวลา

นพ.สมศักดิ์ ชุณหะวัณ

บรรณาธิการอำนวยการ

นพ.วิพุธ พูเปจริญ

บรรณาธิการ

นายสุระชัย ชูผกา

ผู้จัดการ

นส.ดวงพร เสงบุญพันธ์

กองบรรณาธิการ

นพ.สุภากร บัวสาย

นส.เนาวรัตน์ ชูมยวง

นางสุภาวดี นุชรินทร์

นส.สุภาภรณ์ สว่างศรี

นส.ชลลดา สิทธิขันธ์

นส.รอนนดา ชูพิชัย

นส.นวลอนันต์ ตันติเกตุ

สถานที่ติดต่อ

โครงการสำนักพิมพ์

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต

ถ.ติวานนท์ อ.เมืองนนทบุรี 11000

โทร. 951-1286-93

โทรสาร. 951-1295

e-mail address:

duang@hsrint.hsri.or.th

ฉบับกระแส เป็นจดหมายข่าวรายเดือน จัด ทำโดยโครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุขมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านการวิจัย ระบบสาธารณสุขความคิดเห็นต่าง ๆ ที่ปรากฏเป็นของผู้เขียนไม่ได้ผูกพัน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ฉบับกระแส เปิดรับข้อเขียนทุกประเภทที่ สอดคล้องกับแนวเนื้อหาของจดหมาย ข่าวกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ใน การแก้ไขต้นฉบับตามความเหมาะสม ทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์จะได้รับสิ่ง ตอบแทนตามสมควร

การเขียนข้อความ ความคิดเห็น ขอรับ เป็นสมาชิก และการติดต่อขอข้อมูล, บทความที่ตีพิมพ์ไปเผยแพร่ต่อกรุณา ติดต่อผู้จัดการตามที่อยู่ข้างต้น





สร้างเครือข่าย  
ภูมิปัญญา  
พัฒนาระบบ  
สาธารณสุข  
Creating  
Partnership for  
Knowledge-based  
Health Systems

## สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข HEALTH SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE

[57]

ปฏิรูปแนวคิดคนไทย  
สุขภาพดีมีใจโรงพยาบาล

ที่ สวรส. 255 /2543

7 มีนาคม 2543

เรื่อง ขอบพระคุณ  
เรียน นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

ตามที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้จัดให้มีการประชุมปฏิบัติการเรื่อง "การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพ: คำโกรงสำหรับยกร่าง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ" ขึ้น เมื่อวันที่ 10-11 กุมภาพันธ์ 2543 ณ ห้องอัมรินทร์ โรงแรมวินเซอร์ สวีทส์ สุขุมวิท 20 และท่านได้ให้ความกรุณามาเป็นวิทยากรบรรยายในหัวข้อ "การปฏิรูประบบสุขภาพกับการจัดระบบหลักประกันสุขภาพ" ในวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2543 เวลา 10.15-12.00 น. นั้น

สวรส. ใคร่ขอขอบพระคุณในความกรุณาของท่าน มา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุกกร บัวสาย)

รองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สรุปรายงาน  
การประชุมปฏิบัติการ เรื่อง

การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพ :  
เค้าโครงสำหรับยกร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ

วันที่ 10-11 กุมภาพันธ์ 2543

ณ โรงแรมวินเซอร์ สวีทส์  
สุขุมวิท 20 กรุงเทพมหานคร

จัดโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



**สรุปรายงาน**  
**การประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง**  
**การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพ : เค้าโครงสำหรับยกร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ**  
 วันที่ 10-11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2543 ณ โรงแรมวินเซอร์ สุมวิท กรุงเทพมหานคร

**1. วัตถุประสงค์การประชุม โดย นพ.วิพุธ พูลเจริญ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข**

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้เกริ่นนำถึงความพยายามในการจะปฏิรูประบบสุขภาพ และวัตถุประสงค์ของการประชุมครั้งนี้ว่า ได้มีความพยายามในการที่จะปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้กำหนดนิยามของการมีสุขภาพดีที่กว้างกว่าการเจ็บป่วย ดังนั้นการปฏิรูปสุขภาพจึงมีความหมายที่กว้างกว่า การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ แต่ที่ผ่านมาเราก่อนข้างสนใจแต่ด้านการรักษาพยาบาล

การจะผลักดันการเปลี่ยนแปลงระบบ หัวใจสำคัญคือต้องเปลี่ยนมโนทัศน์ของการคิด และเชิงระบบ สิ่งที่ต้องระวังคือ ไม่ควรยึด พรบ. เป็นเป้าหมายแต่ควรให้ความสำคัญกับกระบวนการในการหล่อหลอมภาคีต่างๆให้เข้ามาร่วมกันในการสร้างแนวคิดในการปฏิรูประบบสุขภาพในมิติที่กว้างขวางกว่าเดิม นอกจากนั้นสิ่งที่ต้องพิจารณาอีกประการคือ ประกันสุขภาพนั้นเป็นได้เพียงด้านการรักษาพยาบาลหรือควรรวมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคด้วย

การเปิดประเด็นหลักประกันสุขภาพสำหรับประเทศไทยที่มีหลากหลายรูปแบบ การยกย่อง พรบ. มีความจำเป็นเนื่องจากต้องมีเครื่องมือในการให้พันธะสัญญากับประชาชนในการสร้างหลักประกันสุขภาพ การประชุมวันนี้จึงเป็นเวทีเปิดประเด็น เพื่อตั้งโจทย์หรือตั้งหลักในเรื่องหลักประกันสุขภาพของไทย ให้มาคุยกันในบริบทของไทยว่าควรจะเป็นอย่างไร โดยภาคเช้าจะเป็นการปูพื้นให้เข้าใจให้ตรงกัน ภาคบ่ายจะแบ่งกลุ่มย่อยและจะมีการนำมาสานกันในวันพรุ่งนี้ โดยมีตัวอย่างของการปฏิรูประบบการศึกษา และท้ายสุด นพ.อำพล จินดาวัฒนะจะมาเล่าให้ฟังว่าเรื่องนี้จะนำไปต่อกับ พรบ. สุขภาพอย่างไร สำหรับการประชุมในลักษณะแบบวันนี้ จะลงลึกไปในแต่ละเรื่องๆในครั้งต่อไป

โดยหลักวัตถุประสงค์ของการประชุมคือ

1. เพื่อหาเค้าโครงความคิดสำหรับการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย
2. เพื่อกำหนดแนวทางดำเนินงานวิชาการสนับสนุนการยกย่อง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพ

โดยใช้วิธีการการประชุมกลุ่มเพื่อสรุปประเด็นในส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยมีเป้าหมายให้ภาคีต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างแนวคิด ว่าบริบทของหลักประกันสุขภาพของไทยควรเป็นแบบใด โดยต้องมองระบบสุขภาพที่กว้างขวางกว่ามิติเดิม รวมถึงการผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลงระบบ โดยต้องเปลี่ยนมโนทัศน์ของการคิดในเชิงระบบ

**2. ประเทศไทยจำเป็นต้องมีหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าหรือไม่?**

โดย ศ. ดร. อัมมาร สยามวาลา

Key word สำคัญคือ ปฏิรูป, ระบบ, หลักประกัน, และ สุขภาพ โดยสิ่งที่เน้นคือเรื่องหลักประกัน ทั้งนี้เนื่องจากในชีวิตของคนนั้นมีภัย อยู่ตลอดเวลา ภัยที่เกิดขึ้นกับปัจเจกนั้นบางครั้งบางอย่างสังคมต้องเข้ามาดูแล เข้ามาเกี่ยวข้อง

ด้วย สำหรับวิธีการจัดการกับภัยต่าง ๆ นั้นก็มีทั้งอาศัยกลไกตลาด และการจัดการของภาครัฐ สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือที่เรียกกันว่าประกันสังคม หลักๆ คือ ภัยจากชราภาพ ภัยจากสุขภาพ ภัยจากความผันผวนทางเศรษฐกิจ ระบบประกันสังคมนี้ได้แพร่หลายในประเทศที่พัฒนาแล้ว มีภัยสองอย่างที่ใช้หลักของการประกันได้ โดยภัยจากชราภาพนั้นที่จริงไม่ใช่สิ่งที่คาดการณ์ไม่ได้ อยู่ในวิสัยที่รับผิดชอบกันเองได้ รัฐควรเข้าไปก้าวก่ายหรือไม่ขอไม่พูดถึงในวันนี้ ส่วนภัยจากการว่างงานนั้นมีการบรรเทาและเทคนิคซึ่งมีลักษณะเฉพาะ

ภัยจากสุขภาพนั้นการจะพิจารณาว่าควรมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือไม่นั้นมีมิติของความเสมอภาคด้านสุขภาพเข้ามาเป็นตัวกำหนด ประเด็นที่น่าสนใจคือการเอามิติของความเสมอภาคมาใช้ในระบบเศรษฐกิจที่ขาดความเสมอภาค กล่าวคือการจะไปแก้ปัญหาด้านการกระจายรายได้โดยตรงให้มีความเสมอภาคนั้นเป็นสิ่งที่ยากและมีแรงต้านมาก แต่สำหรับด้านสุขภาพนั้นเป็นสิ่งที่ดำเนินการได้ง่ายกว่าเนื่องจากได้รับการยอมรับและสอดคล้องกับเจตคติของคนในสังคมที่ชอบทำบุญ การให้หลักประกันแก่ประชาชนว่าเมื่อเจ็บป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้แบบถ้วนหน้าจึงสอดคล้องกับมิติด้านคุณธรรมและจะช่วยด้านการกระจายความเป็นธรรมในสังคม ดังนั้นการประกันสุขภาพควรเป็นระบบประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้า เป็นการยอมรับในด้านสิทธิและความเสมอภาคของคนในสังคม สิ่งที่ต้องพิจารณาคือทำอย่างไรให้มีผลกระทบด้านการคลังของประเทศไปในทิศทางที่เหมาะสม ซึ่งรัฐก็ต้องเข้าไปเกี่ยวข้องด้วยไม่ด้านใดก็ด้านหนึ่ง เช่น หากรูปแบบเป็นการระดมเงินเข้าในระบบส่วนกลาง (กองทุนเดียว) รัฐจะมีบทบาทค่อนข้างสูง ประเด็นที่ต้องพิจารณาให้ลึกซึ้งคือ การนำมาซึ่งประสิทธิภาพของระบบภายใต้เงินที่จำกัดนั้นอาจนำมาซึ่งความไม่เสมอภาคในบางมิติ เช่นคุณภาพบริการที่ได้รับอาจไม่เท่ากัน

ทำไมต้องมีหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้า?

ระบบหลักประกันสุขภาพในปัจจุบันมีปัญหาหลายประการ ระบบประกันสุขภาพที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการจ้างงานของไทยมีปัญหาค่อนข้างมาก ทำให้ประชาชนที่ไม่อยู่ในระบบการจ้างงานไม่ได้รับ ซึ่งการให้หลักประกันสุขภาพกับคนบางกลุ่มในขณะที่บางกลุ่มไม่ได้รับนั้นเป็นสิ่งที่รับไม่ได้ นอกจากนั้นการมีหลักประกันจะกระตุ้นทั้งอุปสงค์และอุปทานของบริการสุขภาพทำให้ราคาค่าบริการสูงขึ้นและเป็นภาระกับคนที่ไม่มีหลักประกันด้วย ประชาชนไทยส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่ในระบบแรงงานที่จะเอาระบบประกันสุขภาพมาใช้ได้ ขณะนี้รัฐบาลมีนโยบายในการให้หลักประกันแก่ประชาชนคือ โครงการบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งพบว่ามีปัญหาในตัวเองจากการเป็นการประกันแบบสมัครใจ มี adverse selection<sup>1</sup> การแก้ปัญหาที่บริษัทประกันเอกชนคือจะไม่ขายประกันแก่ปัจเจกชนแต่จะขายเป็นกลุ่ม ดังนั้นการประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าจึงเป็นสิ่งที่ต้องพิจารณา

ปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากการประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าคือ การมีหลักประกันสุขภาพจะทำให้อุปสงค์ของบริการเพิ่มขึ้นดังนั้นจะทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ซึ่งจะเป็นภาระกับโรงพยาบาลของรัฐ นอกจากนั้นราคาก็จะเพิ่มขึ้นตามกลไกการตลาดเนื่องจากอุปทานยืดยุ่นน้อยนี้เป็นประเด็นที่ต้องพิจารณาถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้น

<sup>1</sup> คือ การที่ผู้ขายและผู้ซื้อประกันมีแรงจูงใจที่ต่างกัน คนขายอยากให้คนมีสุขภาพดีเข้ามาในระบบมากๆ เพื่อช่วยกระจายความเสี่ยง แต่คนที่อยากซื้อประกันส่วนใหญ่จะเป็นคนที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ทำให้มีปัญหาค่าขาดการกระจายความเสี่ยงที่ดี หรือการคัดเลือกเฉพาะคนที่มีสุขภาพดีเข้าในระบบ



อีกประเด็นที่ต้องพิจารณาคือจะจัดการอย่างไรสำหรับคนที่อยากมีประกันสุขภาพนอกเหนือที่รัฐจัดให้<sup>2</sup> ซึ่งการที่จะสามารถจำกัดบทบาทของเอกชนได้แสดงว่าภาครัฐต้องเข้มแข็งมาก ดังเช่นการที่ระบบสาธารณสุขแห่งชาติของอังกฤษจำกัดบทบาทของภาคเอกชนค่อนข้างมาก การมีหลักประกันแบบถ้วนหน้าโดยที่ยังให้มีระบบประกันเอกชนอยู่จะยิ่งทำให้มีความเหลื่อมล้ำมากขึ้น เนื่องจากจะมีการผลักภาระมาอยู่ในภาครัฐ การดูดซับทรัพยากรไปยังภาคเอกชน ดังนั้นหากจะให้เอกชนเข้าร่วมต้องจัดระบบให้ดีเพื่อป้องกันปัญหาการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงสูง แรงกดดันต่อด้านอุปทาน และภาระด้านการเงินการคลังว่ามีความเป็นไปได้เพียงใด

แนวทางการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าเป็นไปในสองลักษณะคือ การค่อยๆขยายจากระบบปัจจุบันที่มีอยู่ ซึ่งจะยังคงปัญหาการขาดประสิทธิภาพและความเป็นธรรมของระบบ เนื่องจากการไปเยียวยาเฉพาะกลุ่มอาจทำให้มีการลูกลามาของโรคไปยังกลุ่มอื่นด้วย สำหรับอีกแนวทางคือคิดเปลี่ยนใหม่ทั้งระบบ ซึ่งมีเหตุผลอย่างน้อยสามประการที่สนับสนุนคือ เหตุผลด้านความเสมอภาค เหตุผลด้านค่าใช้จ่ายที่ขาดประสิทธิภาพของการปรับเล็กปรับน้อย และเหตุผลสุดท้ายคือค่าใช้จ่ายไม่แพงอย่างที่คิด สำหรับข้อมูลจากการสำรวจความเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมนั้น 62.5% คิดว่าประเทศไทยสามารถจัดหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า

### 3. สรุปองค์ความรู้

#### 3.1 สถานการณ์ความไม่เป็นธรรมในด้านสุขภาพ โดย นพ. ดร. ศุภสิทธิ์ พรธนาโรจน์ทัย

ความเป็นธรรมตีความได้หลายแบบขึ้นกับผู้ที่ดีค่า สำหรับหลักการกระจายนั้นสามารถจำแนกเป็น 6 ประเภท คือ

1. บัณฑิตอย่างละเท่า ๆ กัน
2. บัณฑิตตามความสามารถ เช่นการจ่ายค่าตอบแทนตามความสามารถในการทำงาน
3. บัณฑิตตามการจ่ายล่วงหน้า เช่น การจ่ายชดเชยชราภาพ
4. บัณฑิตตามคุณธรรม เช่นคุณสมบัติของผู้ที่จะมาดำรงตำแหน่งบริหาร
5. บัณฑิตตามความสามารถในการจ่าย ใช้กันมากในระบบตลาดเสรี กลไกตลาด
6. บัณฑิตตามความจำเป็น

โดยสรุป การยอมรับความเป็นธรรมทางสุขภาพนั้น การกระจายทรัพยากรด้านสุขภาพและการบริการควรปันส่วนตามความจำเป็น โดยมีการจ่ายเงินตามหลักความสามารถในการจ่าย

สถานการณ์ความไม่เป็นธรรมที่จะนำเสนอคือ หลักประกันสุขภาพ สถานะสุขภาพ การใช้บริการ และด้านการคลังสุขภาพ หลักประกันสุขภาพ

ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพย่อยๆหลายระบบ งบประมาณในการสนับสนุนระบบประกันสุขภาพจากรัฐแต่ละระบบแตกต่างกันค่อนข้างมาก สปร. ได้รับงบประมาณ 273 บาท/คน บัตรสุขภาพ 249 บาท ประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ จ่ายพันกว่าบาทต่อคนต่อปี คำถามคือทำไมรัฐจึงจ่ายสนับสนุนคนต่างกันเช่นนี้

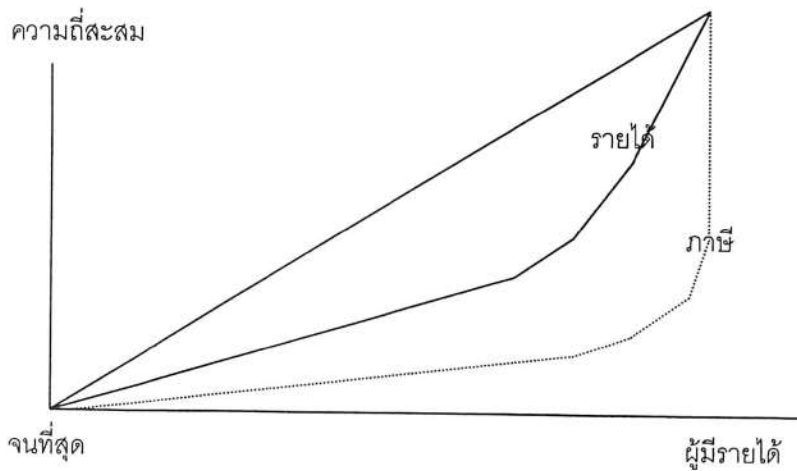
<sup>2</sup> จะให้ภาคเอกชนเข้ามาแข่งขันในการจัดหลักประกันสุขภาพหรือไม่ (two tract system)? หรือจะให้ประชาชนสามารถซื้อประกันเพิ่มเติมจากเอกชนได้หรือไม่ (two tier system)?

ส่วนสถานะสุขภาพ ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของประชาชนพบว่าผู้ที่อยู่ในระบบ สปร. มีอัตราการป่วยและใช้บริการ 5.9 / 3.7 ครั้งต่อคนต่อปี บัตรสุขภาพ 5 / 3 ครั้ง/คน/ปี ประกันสังคม 2.6 / 1.5 ครั้ง/คน/ปี ข้าราชการ 4.5 / 2.2 ครั้ง/คน/ปี สำหรับคนไม่มีหลักประกัน 3.3 / 1.9 ครั้ง/คน/ปี ข้อสังเกตคือ คนที่ไม่มีหลักประกันมักรายงานว่าตนเองป่วยและใช้บริการน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ สำหรับการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลนั้นก็ต่างกันโดยกลุ่ม สปร. และบัตรประกันสุขภาพนั้นมีอัตราการใช้บริการสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ในขณะที่กลุ่มไม่มีหลักประกันและประกันสังคมมีอัตราการใช้บริการต่ำสุด ซึ่งการให้บริการนั้นสะท้อนสองปัจจัย คือ สถานะสุขภาพ และการมีหลักประกัน

| หลักประกันสุขภาพ | ค่าใช้จ่ายของรัฐ(บาท/คน/ปี)ปี 2542 | การเจ็บป่วย/การให้บริการ(ครั้ง/คน/ปี)ปี 2539 | ร้อยละการนอน รพ. |
|------------------|------------------------------------|----------------------------------------------|------------------|
| สปร.             | 273                                | 5.9 / 3.7                                    | 9                |
| ประกันสุขภาพ     | 249                                | 5.0 / 3.3                                    | 9                |
| ประกันสังคม      | 1,284                              | 2.6 / 1.5                                    | 5                |
| ข้าราชการ        | 2,106                              | 4.5 / 3.2                                    | 8                |
| ไม่มีหลักประกัน  | -                                  | 3.3 / 1.9                                    | 5                |

ที่มา: ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาระด้านการคลัง นักเศรษฐศาสตร์ได้พัฒนาดัชนีขึ้นมาวัด ความก้าวหน้าต่อรายได้ เรียกว่า ดัชนีคัความ



ข้อพิจารณา

1. เส้นกระจายรายได้ที่ห่างจากเส้นทะแยงมุมแสดงว่าการกระจายรายได้อาจไม่เป็นธรรม
2. เส้นภาวียากยิ่งห่างจากเส้นทะแยงมุมมากแสดงว่ามีความก้าวหน้ามากและเป็นธรรม

ดัชนีคัความ Cภาวะ- Cรายได้

หากมีค่าเป็น

- + ความก้าวหน้าต่อรายได้.....เป็นธรรม
- ความก้าวหน้าต่อรายได้.....ไม่เป็นธรรม



## ดัชนีค่านีของการคลังสุขภาพ

0.032

- 0.096

-0.11 (2534)

-0.145

-0.22 (2529)

ไทย

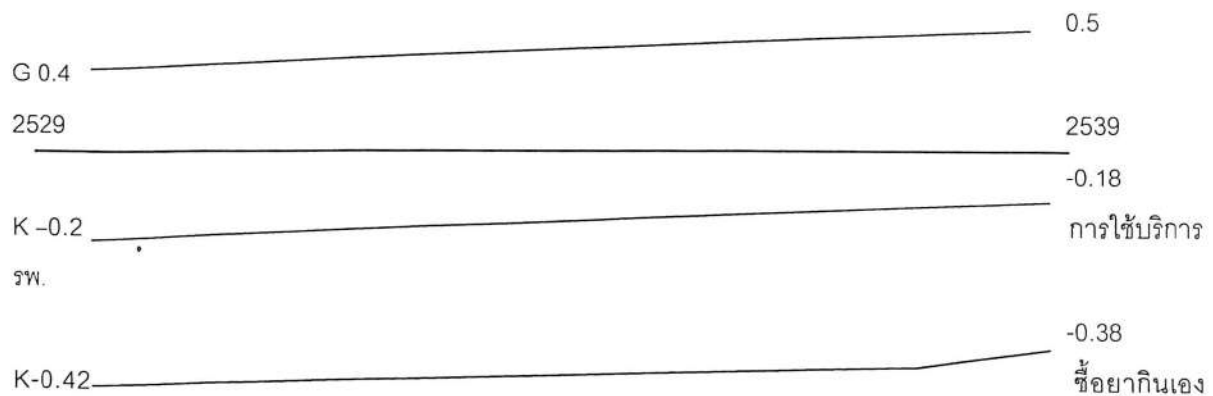
เนเธอร์แลนด์

สหรัฐอเมริกา

อังกฤษ

จากข้อมูลด้านการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือนของไทย ปี 2529-2534 พบว่า ดัชนีค่านี เป็นลบแต่มีค่าลดลงในปี 2534 แสดงว่าความก้าวหน้าต่อรายได้เป็นธรรมมากขึ้นกว่าเดิม และเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆพบว่าประเทศอังกฤษมีดัชนีค่านีเป็นบวกแสดงว่ามีความเป็นธรรมในระบบการคลังด้านสุขภาพ ในขณะที่ประเทศ เนเธอร์แลนด์และอเมริกามีค่าเป็นลบ

## ดัชนีนี้กระจายรายได้และภาระการคลังด้านสุขภาพ



## ข้อพิจารณา

1. ค่า G (ดัชนีการกระจายรายได้) ที่มีค่ามากขึ้นแสดงถึงการกระจายรายได้ไม่ดี และไม่เป็นธรรม
2. ค่า K (ดัชนีค่านีด้านการคลังสุขภาพ) เป็นลบน้อยลงแสดงถึงระบบการคลังด้านสุขภาพมีแนวโน้มของการกระจายดีขึ้น แต่ดัชนีค่านีของการซื้อยากินเอง ไม่เป็นธรรมมากกว่าการให้บริการ รพ.ของรัฐ ซึ่งหากพล็อตค่า K ของการให้บริการของเอกชนจะมีแนวโน้มที่ติดลบน้อยกว่าของรพ.รัฐ<sup>3</sup> แสดงถึงระบบบริการที่ไม่ให้หลักประกันสุขภาพที่เป็นธรรมแก่ประชาชน ดังนั้นรัฐบาลควรคุ้มครองคนจนให้มีหลักประกันด้านสุขภาพมากกว่านี้

<sup>3</sup> แสดงว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ไปใช้บริการรพ.เอกชนเป็นไปตามลักษณะตามความสามารถในการจ่ายมากกว่ารพ.ของรัฐ ที่เป็นเช่นนี้อาจอธิบายจากผู้ไปใช้บริการจากรพ.เอกชนนั้นมีรายได้ค่อนข้างสูงในขณะที่ความรุนแรงของโรคอาจไม่มาก แต่ภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นนั้นอาจเป็นบริการที่อำนวยความสะดวกมากกว่าบริการทางการแพทย์

สรุป หลักประกันสุขภาพที่ให้แก่ประชาชน ยังไม่เป็นธรรม และขาดความครบถ้วน และยังมีที่ไม่มีหลักประกันที่ต้องเข้าพบนักสังคมสงเคราะห์อยู่

### 3.2 มโนทัศน์ว่าด้วยโครงข่ายนิรภัยทางสังคม โดย ดร.กนกศักดิ์ แก้วเทพ

นิยาม โครงข่ายนิรภัย หรือ ตาข่ายนิรภัยทางสังคม (Social Safety net) มีความหมายมากกว่าด้านสุขภาพ ธนาคารโลก/IMF วิจารณ์ว่าโครงข่ายความปลอดภัยในสังคมไทยนั้นไม่เพียงพอ ซึ่งเห็นชัดเมื่อเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ งบประมาณที่รัฐจ่ายด้านสุขภาพ เพียงร้อยละ 1.6 ขณะที่ ILO วิจารณ์ว่า สังคมไทยขาดความปลอดภัย และยังไม่มีความอ่อนแออยู่ ทำให้มีความจำเป็นต้องจัดบริการขั้นต่ำ(ระดับไหน?) สำหรับประชาชนเพื่อลดความรุนแรง/ผลกระทบเมื่อเจอภาวะวิกฤต

|                             |                |                  |
|-----------------------------|----------------|------------------|
| ตาข่ายนิรภัยทางสังคม        | World Bank     |                  |
| โครงข่ายความปลอดภัยทางสังคม | IMF            | หลังวิกฤตปี 2540 |
| Social Safety Net           | ADB            |                  |
|                             | Neo-Liberalism |                  |

ปี 2540



|                                             |                   |                  |
|---------------------------------------------|-------------------|------------------|
| บริการทางสังคม - การศึกษา<br>- สุขภาพอนามัย | รัฐสวัสดิการ<br>+ |                  |
| การประกันสังคม                              |                   |                  |
| สวัสดิการทางสังคม                           | ภาคเอกชน<br>+     | ก่อนวิกฤตปี 2540 |
| การสังคมสงเคราะห์                           | องค์กรเอกชน       |                  |
| การช่วยเหลือเกื้อกูล = พุนทางสังคม          | ประชาชน           |                  |

จุดหมายของตาข่ายทางสังคม : เพื่อจัดบริการทางสังคม "ขั้นต่ำ" ที่มีกลุ่มเป้าหมายของสังคมโดยเฉพาะ โดยลดบทบาทและภาระของรัฐ โดยให้ประชาชนเป็นผู้รับภาระมากขึ้นและรัฐเพียงคอยจัดตาข่ายให้กับคนที่ต้องให้ความช่วยเหลือ รูปแบบของตาข่ายนิรภัยมีสื่ออย่างดังนี้

- บริการทางสังคม คือ การศึกษา สุขภาพ
- ประกันสังคม
- สวัสดิการสังคม
- สังคมสงเคราะห์



ปัญหาที่มีคือความไม่เพียงพอและปัญหาด้านคุณภาพ เนื่องจากยังการบริการทางสังคมยังไม่ครอบคลุมประชาชนบางส่วน ทั้งในส่วนที่ภาครัฐและสังคม ที่ต้องดูแล

สิ่งที่น่าสนใจในช่วงหลังคือ กองทุนในชุมชนภาคที่ไม่เป็นทางการ การช่วยเหลือของคนในชุมชนที่อาจลดบทบาทลงเมื่อสังคมหรือรัฐเข้าไปจัดการตามด้กล่าว โดยมีการยกตัวอย่างของกองทุนชุมชนที่จัดสวัสดิการสำหรับการรักษาพยาบาลให้แก่สมาชิก

คำถามสำหรับการคลังชุมชนคือ ความเป็นไปได้ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมโดยรวมของระบบจะเป็นอย่างไร บทบาทของชุมชนในการเข้ามาจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรเป็นอย่างไร

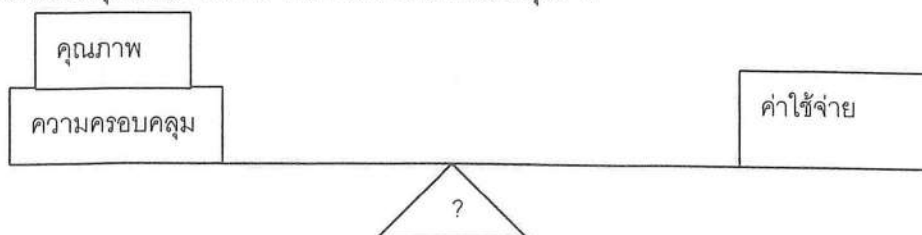
### 3.3 สรุปบทเรียนจากต่างประเทศที่น่าสนใจ โดย ผศ. ดร.เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์

เหตุผลที่ทำให้หลายๆประเทศไม่สร้างหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าคือกลัวความเป็นไปไม่ได้ของด้านค่าใช้จ่าย ซึ่งจากการศึกษาประเทศที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่ามีการค่าใช้จ่ายที่ต่างกัน คำถามคือเกิดจากอะไร แสดงว่าการมีหลักประกันสุขภาพไม่ได้หมายความว่าทำให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้นเสมอไป การเพิ่มอำนาจการซื้อ มีการจัดการที่ดีค่าใช้จ่ายควรต่ำลง แสดงว่ามีความแตกต่างกันระหว่างประสิทธิภาพของการจัดการ (ผู้ซื้อรายเดียวหรือหลายราย)

ข้อมูลการคลังของประเทศต่าง ๆ

| Country     | Health Security   | H.Exp as % GDP 1997 | H.Eep per Cap(PPP-Adj) 1997 |
|-------------|-------------------|---------------------|-----------------------------|
| Australia   | Universal         | 8.3                 | 1,805                       |
| New Zealand | Universal         | 7.6                 | 1,352                       |
| Singapore   | Universal         | 6                   | 379                         |
| Malaysia    | Public Assistance | 3.73                |                             |
| Japan       | Universal         | 7.3                 | 1,741                       |
| Germany     | Universal         | 10.4                | 2,339                       |
| Netherlands | Universal         | 8.3                 |                             |
| UK          | Universal         | 6.7                 | 1,347                       |
| US          | Universal         | 14.0                | 4,090                       |
| Canada      | Universal         | 9.3                 | 2,095                       |

ข้อพิจารณา: สหรัฐอเมริกา มีสัดส่วนของการใช้เงินด้านสุขภาพต่อรายได้ประชาชาติอย่างหยาบ รวมถึงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวของประชากร สูงกว่าประเทศอื่น ๆ ที่ศึกษา ปัญหาคือ ทำอย่างไรให้เกิดความสมดุลด้าน คุณภาพ ความครอบคลุม และค่าใช้จ่าย กับการสร้างหลักประกันสุขภาพ



คำถามที่เกิดขึ้นคือ

เราจะจัดโครงสร้างระบบอย่างไร ?

กระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพอย่างไร ?

การปฏิรูประบบสุขภาพของต่างประเทศ

โครงสร้างระบบ

- ความครอบคลุมแบบถ้วนหน้า ส่วนใหญ่ครอบคลุมแบบรอบด้าน ได้วันและเกาหลีครอบคลุมแพทย์แผนโบราณ
- ผู้ที่จ่ายสำหรับระบบประกัน บางประเทศก็เป็นผู้จ่ายรายเดียวทำให้มีอำนาจมาก
- บทบาทของแต่ละกลุ่มในการมีส่วนร่วมจ่าย รัฐ คริวเรือน นายจ้าง
- มาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายสำหรับประชาชนอย่างไร co-pay / gate-keeper ขึ้นกับวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ
- วิธีการจ่ายเงิน

จากประสบการณ์ของประเทศไทยพบว่ามีความแตกต่างกันของแต่ละประเทศ ทั้งนี้ควรมีการทำทางเลือกในแต่ละประเด็นและให้สังคมช่วยกันตัดสินใจและเลือก (รายละเอียดในตารางข้าง)

กระบวนการ

การสร้างหลักประกันสุขภาพเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา มักเริ่มจากผู้ไ้แรงงานภาคอุตสาหกรรม และค่อยขยายไปยังครอบครัว และกลุ่มอื่นๆ ของสังคม ดังนั้นจึงเป็นการเชื่อมหลักประกันกับการสร้างงาน การเข้ามาสู่ภาคอุตสาหกรรมจะทำให้ Safety Net ธรรมชาติในสังคมหายไป สังคมจึงต้องเข้ามาจัดการใช้การออกกฎหมายเป็นมาตรการในการสร้างหลักประกันสุขภาพ แต่การมีกฎหมายไม่ได้ประกันว่าจะสร้างหลักประกันได้ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพจะมีการเปลี่ยนแปลงเรื่อยๆ ช่วงแรกมักเพื่อขยายความครอบคลุมต่อมาจะเป็นการควบคุมค่าใช้จ่าย, ระดับของกฎหมายส่วนใหญ่ เป็นพระราชบัญญัติ

ตัวอย่างประเทศต่าง ๆ ที่ใช้ระยะเวลาในการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพ

|                                |        |      |
|--------------------------------|--------|------|
| - Germany: 1883                | —————→ | 1975 |
| - Australia : 1900             | —————→ | 1983 |
| - UK: (1837 New Poor Law) 1911 | —————→ | 1948 |
| - Japan: 1922                  | —————→ | 1961 |
| - Taiwan: 1950                 | —————→ | 1995 |
| - US: 1920s                    | —————→ | ??   |

มาตรการดำเนินการต่าง ๆ เพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพของประเทศต่าง ๆ มีดังนี้

1. การสร้างความพร้อมด้านเทคนิค (ประเทศไต้หวัน) เนื่องจากปัญหาการไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข เนื่องจากมีราคาแพง และห่างไกล โดยสร้างมาตรการสร้างโครงสร้างพื้นฐาน ดังนี้

ปี

มาตรการ

1983

เพิ่มการผลิตแพทย์ Family Practice



|      |                                                             |
|------|-------------------------------------------------------------|
| 1985 | ปฏิรูปเครือข่ายบริการ                                       |
| 1987 | รัฐบาลมีมติประกันสุขภาพแห่งชาติและทำ Hospital Accreditation |
| 1988 | สร้างเครือข่ายข้อมูล                                        |
| 1990 | ตั้งกระทรวงสวัสดิการสังคมและสุขภาพ                          |

## 2. การสร้างความพร้อมทางการเมือง (ประเทศสิงคโปร์)

| ปี   | มาตรการ                                                                                                                     |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1981 | กระทรวงสุขภาพอภิปรายร่วมแพทย์และมหาวิทยาลัย                                                                                 |
| 1982 | กระทรวงสุขภาพเสนอโครงการ Medisave สู่สาธารณะ                                                                                |
| 1983 | เสนอเอกสารแผนสุขภาพแห่งชาติสู่สาธารณะ ระดมความเห็นประชาชนผ่านสื่อต่าง ๆ อภิปรายในชุมชน ผู้แทนสมาพันธ์แรงงาน และสมาคมวิชาชีพ |
| 1984 | เริ่มใช้ Medisave มีการใช้ "แผน" เป็นตัวนำ                                                                                  |

## 3. การปฏิรูประบบย่อย VS การปฏิรูประบบรวม (ประเทศมาเลเซีย)

| ปี        | มาตรการ                                |
|-----------|----------------------------------------|
| 1981-1985 | 4 th Plan: contract out                |
| 1983      | Malasian incorporated policy           |
| 1986-1995 | 5 th - 6 <sup>th</sup> Plan: privatize |
| 1992      | Corporatize Nstional Health Institute  |
| 1997      | Privatize 71 hospitals                 |
| 1999      | Halt privatization                     |

ข้อพิจารณาสำหรับสังคมไทยคือ ประเด็นด้านความเป็นธรรม สังคมไทยให้คำเรื่องนี้อย่างไร ทั้งในเรื่อง  
เครือข่ายโครงข่ายนิรภัยทางสังคม รูปแบบการสร้างหลักประกัน

## โครงสร้างระบบประกันสุขภาพของประเทศต่างๆ

| Country     | Pop Coverage      | Service Coverage                                                                                                            | Insurance/Payer                                                                                    | Sources of Finance                                                                                                             | Utilization Requirements                                              | Payment Mechanism                          |
|-------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Australia   | Universal         | Comprehensive, include drugs, nursing home etc.                                                                             | -Maj 3 <sup>rd</sup> party: Medicare<br>- (private insurance)                                      | Gen. tax (Fed/State/Ter) + premium + Co-pay                                                                                    | -cost sharing<br>-no gatekeeper                                       | -OP: fee schedule<br>-IP: fee schedule/DRG |
| New Zealand | Universal         | Comprehensive, include drugs, dental, mental, rehab, prevention, promotion                                                  | - Maj 3 <sup>rd</sup> party: HFA<br>- private insurance                                            | Gen tax +premium+ co-pay                                                                                                       | -cost sharing for OP                                                  | Capitation                                 |
| Singapore   | Universal         | include dental, home, rehab, screen, prevention, promotion, health education                                                | - Medisave<br>- Medishield<br>- Medifund                                                           | Employee(6-8 % of income), +employer-gen tax                                                                                   | Cost sharing 20% 1-care oop                                           | FFS                                        |
| Malaysia    | Public assistance |                                                                                                                             |                                                                                                    | Gen tax +co-pay                                                                                                                | Nominal cost sharing                                                  | FFS                                        |
| Taiwan      | Universal         | Comprehensive, include Chinese medicine                                                                                     | NHI                                                                                                | Gen tax +premium + employer                                                                                                    | -cost sharing<br>-no gatekeeper                                       | FFS                                        |
| Japan       | Universal         | Comprehensive, include long term, home, mental care, check up, health education<br>-excl: dental mats, special room/nursing | -multiple 3 <sup>rd</sup> parties<br>- employment-based<br>+Community-based (NHI)+fund for Elderly | -Employment –based: employee + employer<br>- NHI(Community-based): premium / tax<br>Elderly: other HI funds + gen tax + co-pay | - Cost sharing 20%<br>- Multiple access                               | FFS                                        |
| Germany     | Universal         | Comprehensive, include drugs, nursing home, rehab, PT                                                                       | -Sickness Fund<br>-employment-based                                                                | Employee + employer + government + co-pay                                                                                      | -cost sharing<br>- gatekeeper                                         | Fee schdl, DRG, global, Per diem           |
| Netherland  | Universal         | Comprehensive, include drugs, mental, nursing home                                                                          | -Sickness Funds(private insurance)                                                                 | Employee + employer + government + co-pay + premium                                                                            | - gatekeeper                                                          | Capitation, FFS, global budget             |
| UK          | Universal         | Comprehensive, include rehab, prevent                                                                                       | -major sing payer(NHS)<br>-(private insurance)                                                     | General taxes                                                                                                                  | - gatekeeper<br>- nominal cost sharing                                | Capitation                                 |
| US          | Non-universal     | -insurance policies vary<br>- IP,OP                                                                                         | -multiple 3 rd parties<br>-Medicare, Medicaid as maj payers                                        | Premium + co-pay + gov.budget                                                                                                  | - insn policies vary<br>- gatekeeper and cost sharing may be required | FFS, DRG, capitation                       |

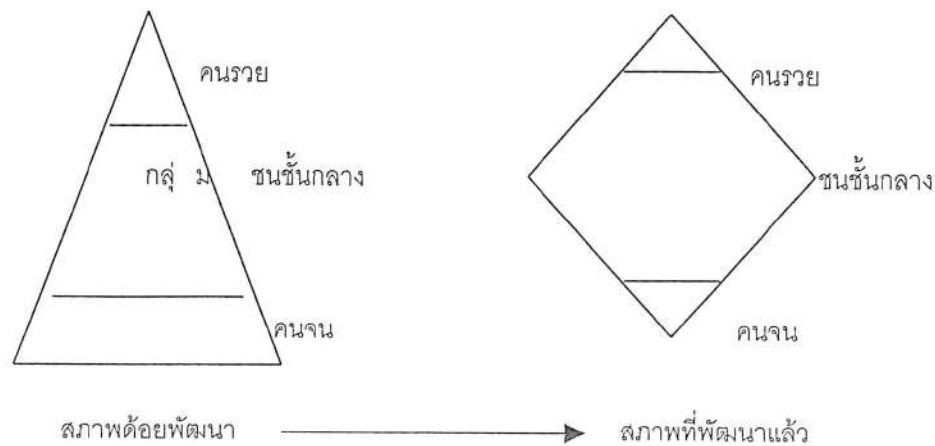


#### 4. การปฏิรูปจำเป็นต้องตอบคำถามนโยบายที่สำคัญอะไรบ้าง? โดย ศ. ดร.สมบัติ อรรถธัญวงศ์

สุขภาพนั้นเหมือนกับการศึกษา หากมองว่าทุกคนต้องมีการศึกษา ทุกคนก็ควรต้องมีสุขภาพดี เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญพื้นฐานของประชาชนในการดำรงชีพและปัจจัยการผลิตในระบบเศรษฐกิจ ในการพิจารณาระบบประกันสุขภาพ จะเกี่ยวข้องกับโครงสร้างของประชากรในสังคมไทย ซึ่งมีคนวัยประมาณ 20% แต่ครอบครองความมั่งคั่งประมาณ 60% ส่วนคนจน 20% ครอบครองความมั่งคั่งเพียง 3.8% และคนในเมือง 30% ครอบครองความมั่งคั่งถึง 77% และเมื่อพิจารณารายได้ของประชาชนรายจังหวัดพบว่า คนในกรุงเทพฯ มีรายได้เฉลี่ย 2 แสนกว่าบาทต่อปี สูงที่สุดในประเทศและสูงกว่าภาคอีสานถึง 10 เท่า คือภาคอีสานประชากรมีรายได้เฉลี่ยเพียง 2.6 หมื่นบาท/ปี

ในการที่จะสร้างหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้านั้น ปัญหาประการแรกที่ต้องทราบคือ คนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพเป็นกลุ่มไหน และจากโครงสร้างประชากร หากเราจะจัดหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้านั้นเราจะเอาเงินจากไหน จะเอาเงินจากคนกลุ่มเล็กๆ มาช่วยภาพรวมได้หรือไม่

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของประชากร แสดงได้ดังนี้



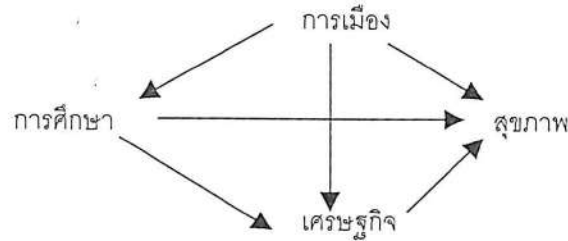
ประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีโครงสร้างประชากรแบบสี่เหลี่ยม คือมีคนจนเป็นส่วนน้อยที่รัฐต้องดูแล ส่วนชนชั้นกลางจะเป็นกลุ่มใหญ่ ซึ่งรัฐและเอกชนสามารถร่วมมือกันให้มีการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น

ประเด็นที่ต้องพิจารณาคือ เราจะจัดหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าโดยไม่ต้องสนใจโครงสร้างประชากรแบบนี้เลยได้หรือไม่ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในอนาคตจะเป็นอย่างไร ประเทศพัฒนาแล้วมีแนวโน้มปรับจากสามเหลี่ยมหน้าจั่วเป็นสี่เหลี่ยมข้าวหลามตัด หากแนวโน้มเป็นแบบนี้เราจะไม่มีปัญหาด้านการหาเงินมาทำ หากยังคงเป็นสามเหลี่ยมหน้าจั่วอยู่ยังคงเป็นปัญหาใหญ่ว่าจะเอาเงินมาจากไหน

ปัจจัยและความสัมพันธ์ ของ ระบบใหญ่ 4 ระบบ ที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ระบบการศึกษา ระบบการเมือง ระบบเศรษฐกิจ ที่มีผลต่อระบบสุขภาพของคนไทย ดังนี้

1. ระบบการศึกษาจะทำให้ประชาชนมีความรู้ เรื่องการป้องกันโรค และการสร้างรายได้ ทำให้มีผลต่อการประหยัดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
2. ระบบการเมือง เป็นผู้ออกกฎหมาย ให้มีการส่งเสริมให้มีประชาชนมีการศึกษา และการสร้างงานให้กับประชาชน

3. ระบบเศรษฐกิจ ที่เอื้อต่อการสร้างงาน การกระจายรายได้  
ความสัมพันธ์ดังกล่าวแสดงได้ดังแผนภูมิ ดังนี้



เมื่อพูดถึงสุขภาพจะละเลยส่วนอื่นไม่ได้ หากเราต้องการให้คนมีสุขภาพดี เราก็ควรต้องทำให้ประชาชนมีการศึกษาดีขึ้น เนื่องจากจะทำให้มีความรู้ในการดูแลตนเองดีขึ้น เศรษฐกิจที่ดีขึ้นทำให้มีความสามารถในการมาจ่ายเข้าระบบสุขภาพ หากประเทศเรามีระบบเศรษฐกิจแบบภาคเกษตรกรรมคำถามคือจะมีรายได้พอมาจ่ายเข้าระบบประกันได้หรือไม่ ระบบการเมืองก็เป็นปัจจัยสำคัญ ทำไมประชาชนไทยจึงยังคงมีการศึกษาเฉลี่ยเพียง 5.9 ปี ประเทศเรามีนโยบายด้านนี้ล้าหลังประเทศญี่ปุ่นถึง 50 ปี ประเทศที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาค่าใช้จ่ายในการศึกษา 5-7% GDP แต่ของไทยเพียง 3%

ประเทศไทยในขณะนี้สรุปได้ว่า ปัญหาหลักๆ ของระบบสุขภาพคือ

- การขาดความเป็นธรรมในด้านสุขภาพ/บริการ ทั้งระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มเอง (อภิสิทธิ์ในสังคมไทยค่อนข้างสูง) และการขาดความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชน
- ความไม่โปร่งใส มีการใช้โอกาสบิดเบือนไป
- การขาดประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุข ทำอย่างไรให้บริการสุขภาพมีความประหยัด การส่งเสริมให้คนเจ็บป่วยน้อยลง ทำอย่างไรเมื่อเจ็บป่วยแล้วมีการใช้ยาที่เหมาะสม มีการให้บริการที่เหมาะสม
- ขาดการปฏิรูปให้ระบบสุขภาพพึ่งพาตนเอง กลับพึ่งพาต่างประเทศด้านเทคโนโลยี ควรต้องมีการส่งเสริมให้มีการประดิษฐ์วิจัย และพัฒนามากขึ้น สิ่งที่ต้องพิจารณาคือ ชุมชนจะเข้ามามีบทบาทอย่างไรในการปฏิรูประบบสุขภาพ รัฐจะร่วมมือกับองค์กรชุมชนอย่างไร

การพัฒนาของไทยที่ผ่านมาค่อนข้างจะอิงระบบแบบอเมริกา หากระบบของเรายังมีโครงสร้างประชากรแบบสามเหลี่ยมหน้าจั่ว (มีคนจนมาก) รัฐก็มีความจำเป็นต้องเข้ามาดูแล หากเราไปถึงจุดที่ประเทศเราพัฒนาแล้วแบบสี่เหลี่ยมข้าวหลามตัด ก็ยังคงมีคนจนอยู่ที่รัฐต้องเข้าไปดูแล ส่วนคนรวยก็ไม่ต้องไปยุ่งกับเค้า คนส่วนใหญ่ตรงกลางก็จะมีทางเลือกสำหรับตนเองในการสร้างหลักประกันสุขภาพ



## 5. การประชุมระดมความคิดเห็น

### 5.1 สรุปผลการประชุมกลุ่มที่ 1 : คำโครงการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพ

(นำเสนอโดย ศ. ดร. อัมมาร์ สยามวาลา และ นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์)

#### 1. ระบบสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นไปได้หรือไม่ อย่างไร สำหรับประเทศไทย

##### 1.1 ประเทศไทยควรมีระบบประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าหรือไม่ ?

คำตอบชัดเจนคือ ควรมี ด้วยเหตุผลสนับสนุนหลายประการคือ

- โดยพหุติใน การดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันเหมือนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากหากประชาชนไม่สามารถเสียค่าใช้จ่ายได้ก็สามารถขอรับการสงเคราะห์จากโรงพยาบาล (ผู้ป่วยประเภท ข.) แต่ควรทำให้เป็นทางการมากขึ้น เนื่องจากความไม่เป็นทางการนั้นนำมาซึ่งความไม่เป็นธรรมด้วย นอกจากความเป็นทางการแล้วสิ่งที่ต้องทำให้ชัดเจนคือชุดสิทธิประโยชน์ว่าครอบคลุมบริการอะไรบ้าง
- เป็นการประกาศรับรองสิทธิของประชาชนซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับอำนาจซื้อ สิ่งที่เป็นห่วงคือการประกาศให้เป็นทางการ
- กรอบของการคิดถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ไม่น่าจะพิจารณาแค่ระบบเศรษฐกิจที่ดีถึงจะจัดได้ ควรต้องคิดถึงหลักสิทธิมนุษยชนด้วย นอกจากนั้นจากการศึกษาหลายประเทศพบว่าประเทศที่พัฒนาได้เจริญก้าวหน้าขึ้นขึ้นกับการจัดระบบบริการพื้นฐานที่ดีให้กับประชาชนด้วย
- ปัจจุบันประชาชนต้องอยู่บนความเสี่ยง/ภัยมากมาย การจัดบริการเฉพาะกลุ่มของรัฐยังไม่ทั่วถึง รัฐได้จัดบริการดังกล่าวมานาน แต่ก็ยังไม่สามารถจัดได้อย่างทั่วถึงและขาดความตรงของกลุ่มเป้าหมาย

##### 1.2 ความเป็นไปได้หรือไม่ในการจัดหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าของไทย

ในการพิจารณาความเป็นไปได้นั้น พิจารณาในประเด็นหลักๆ คือ ด้านเทคนิค โครงสร้างบริการ ทรัพยากร การเมือง และการบริหารจัดการ ในด้านเทคนิคนั้นไม่ได้อาศัยเทคโนโลยีอะไรใหม่มากมาย ดังนั้นจึงไม่น่าจะมีปัญหา โครงสร้างบริการในปัจจุบันก็ขยายได้ครอบคลุมเกือบหมดแล้ว ด้านการเมืองในระดับชาติหากมีข้อเสนอชัดเจนเป็นรูปธรรมก็ไม่น่าจะมีคนคัดค้าน ในระดับประชาชนยังไม่จำเป็นต้องมีปัญหาคือ ด้านทรัพยากร โดยเฉพาะในประเด็นด้านการกระจายใหม่ให้เหมาะสม และด้านการบริหารจัดการ เนื่องจากในปัจจุบันมีหลายหน่วยงานที่ดูแลอยู่ดังนั้นปัญหาใหญ่จะเป็นการเมืองในระบบราชการ

|                                  |                                                                            |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| เทคโนโลยี (Technology)           | • ไม่มีปัญหา                                                               |
| โครงสร้างบริการ (Infrastructure) | • ไม่มีปัญหา                                                               |
| ทรัพยากร (Resource)              | • คิดว่าเพียงพอแต่ปัญหาคือจะจัดการกระจายใหม่อย่างไรให้มีประสิทธิภาพ        |
| การเมือง (Politic)               | • ถ้ามีข้อเสนอชัดเจนเป็นรูปธรรมไม่น่ามีปัญหา ในระดับประชาชนก็ไม่ได้มีปัญหา |
| การบริหารจัดการ                  | • น่าจะเป็นปัญหาใหญ่คือการเมืองภายในระบบราชการ                             |

กระทรวงสาธารณสุขเคยพยายามกระจายทรัพยากรไปให้ครอบคลุมพื้นที่ แต่เมื่อครอบคลุมพื้นที่แล้วในขณะที่เรากำลังพยายามครอบคลุมประชากร เป็นการพัฒนาด้านคุณภาพ ประเทศไทยใช้ประมาณ 5-6% GDP และภาคเอกชนมีบทบาทด้านการคลังมากกว่ารัฐ ปัจจุบันนี้โครงสร้างบริการค่อนข้างทั่วถึงแล้ว ใช้จ่ายส่วนใหญ่จะเป็นด้านดำเนินการ ดังนั้น หากมองความเป็นไปได้ของเงินแล้วคิดว่าน่าจะเป็นไปได้ นอกจากนั้นจากข้อมูลการคาดการณ์ค่าใช้จ่ายของการจัดหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้า ในชุดสิทธิประโยชน์ขั้นต้น การเจ็บป่วยจนถึงขั้นล้มละลาย และชุดสิทธิประโยชน์แบบรอบด้าน (นพ.ศุภสิทธิ์ และคณะ) เมื่อเปรียบเทียบกับเงินที่ไหลเวียนอยู่ในระบบงบประมาณนั้นพบว่าใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายที่คาดการณ์ แสดงว่าระบบงบประมาณที่แยกส่วนในปัจจุบันนั้นขาดอำนาจจึงไม่สามารถจัดหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้า

สิ่งที่น่าสนใจอีกประการคือ การเมืองของชนชั้นกลาง เมื่อไปถึงจุดมีหลักประกันให้กับประชาชนทุกคน คำถามคือจะใช้ระบบอย่างอังกฤษหรือไม่ ห้ามระบบการประกันเอกชนหรือจำกัดบทบาทเอกชนหรือไม่ ต้องมีการเตรียมการพอสมควร ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มนี้จะรู้สึกเสียประโยชน์ นอกจากนั้นการจัดระบบ จะเป็นระบบอิสระในการบริหารจัดการหรือรัฐเข้าไปจัดการเอง จะเป็นระบบใหญ่หรือระบบย่อย กระจายอำนาจหรือรวมศูนย์

## 2. คำถามเชิงนโยบายที่มีความสำคัญในเรื่องการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- บทบาทของรัฐ ชุมชน ทำอย่างไรถึงการกระทำของรัฐบาลไม่เป็นการบั่นทอนและทำลายระบบของชุมชน ในกรณีที่ชุมชนทำได้ดีอยู่แล้ว จะเป็นระบบคู่ที่เดินไปด้วยกันได้หรือไม่ ทำอย่างไรถึงจะไม่เป็นการไปกีดการเติบโตหรือการขยายของบทบาทองค์กรชุมชน นอกจากนั้นชุมชนมักมองปัญหาของตนเองอย่างองครวมมากกว่าการมองแต่ด้านสาธารณสุขเพียงด้านเดียวซึ่งทำให้มองข้ามปัญหาที่แท้จริงไป

การประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้านั้นควรต้องเป็นการคลังภาครัฐ ต้องลดความซ้ำซ้อนของระบบประกันสุขภาพให้น้อยที่สุด กรณีของกองทุนชุมชน เกิดขึ้นเพราะรัฐไม่จัดให้แต่ถ้ารัฐจัดหลักประกันให้แล้วก็ไม่ควรให้มีความซ้ำซ้อนกัน ชุมชนควรทำในส่วนที่รัฐไม่คุ้มครองคล้ายกับการให้สิทธิประโยชน์เพิ่มเติม หรือคนชั้นกลางก็อาจนำเงินของตนเองไปเพิ่มเพื่อรับบริการเพิ่มเติมได้ พบ.กระจายอำนาจกำลังจะสร้างความซ้ำซ้อนของทั้งระบบบริการและการคลัง

การดำเนินงานของกองทุนชุมชนหลายแห่งเกิดจากความต้องการความช่วยเหลือกันเองของคนในชุมชน ทำให้สามารถยั่งยืนได้ (Solidarity) ปัญหาใหญ่ของสังคมในภาพรวมคือการขาดความรู้สึกร่วมในการช่วยเหลือกัน การที่กลุ่มบางกลุ่มถูกจำกัดสิทธิจะเป็นอุปสรรคในการพัฒนา ควรเรียนรู้การสร้างความรู้สึกร่วมในการช่วยเหลือกันของคนในชุมชน

- บทบาทของภาคเอกชน/ภาครัฐในระบบประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าทั้งในด้านระบบการคลัง และระบบบริการสุขภาพ ควรเป็นอย่างไร ? (supplement vs complimentary) จะใช้จุดแข็งของแต่ละฝ่ายในการออกแบบระบบอย่างไร ส่วนไหนน่าจะเป็นบทบาทของเอกชนส่วนไหนน่าจะเป็นบทบาทของรัฐ

ประเด็นที่ต้องมีการพิจารณาคือจะยอมให้มี two tier system (คือการซื้อประกันเอกชนเพิ่มเติมจากสิทธิประโยชน์ที่รัฐจัดให้หรือไม่) อังกฤษนั้นไม่ยอมให้เกิดขึ้น เนื่องจากจะเป็นตัวที่ทำให้ต้องมีการเรียกร้องของคนชั้นกลางให้ต้องเพิ่มสิทธิประโยชน์ขึ้นเรื่อยๆ แต่ยอมให้มีระบบ two tract คือไม่รับบริการที่รัฐจัดให้เลยแต่ไปใช้บริการเอกชนจ่ายเงินเอง (เหมือนเยอรมัน ถ้าไม่ต้องการเข้าระบบประกันสังคมของรัฐก็ออกไปเลยแต่เมื่อออกไปแล้วไม่มีสิทธิกลับเข้ามา)

สังคมในอังกฤษในขณะที่ NHS เข้ามานั้น ภาคเอกชนมีบทบาทน้อยและความเหลื่อมล้ำด้านรายได้มีค่อนข้างน้อย หากยอมให้ผู้มีรายได้มากสามารถเลือกใช้บริการ ถึงแม้จะเป็น two tract ไม่ใช่ two tier ก็จะไปสู่ two tier system อยู่ดีเนื่องจากจะดึงดูดทรัพยากรไปยังภาคเอกชนมากขึ้น



- ความครอบคลุมทั่วถึงทั่วหน้านั้นแค่ไหน กล่าวคือชุดสิทธิประโยชน์มีอะไรบ้าง ครอบคลุมบริการอะไรบ้าง ไม่ครอบคลุมอะไรบ้าง
- การปฏิรูปจะเป็นไปตามบริบทของระบบที่เป็นอยู่หรือสร้างระบบใหม่ขึ้นมาเลย เราจะมีระบบประกันสุขภาพหลักโดยเป็นระบบเดียวที่กินทรัพยากรมากกว่า 80% หรือไม่

โดยสรุปประเด็นคำถามหลักๆประกอบด้วย

1. หลักประกันสุขภาพคืออะไร หมายความว่าอย่างไร
2. หากจะสนับสนุนต้องใช้เงินซักเท่าไร จะมาจากไหนบ้างจะเกลี่ยจากไหน
3. ในภาพรวมของระบบจะเป็นอย่างไร จะเป็นระบบคู่ขนาน หรือระบบเดียว บทบาทภาครัฐ /เอกชนในระบบบริการ และระบบการเงินการคลัง
4. บทบาทของชุมชน
5. ขอบเขต (Package)
6. รูปแบบการบริหารจัดการระบบ

โดยเฉพาะประเด็นคำถามที่ 3 และ 5 ได้รับการให้ความสำคัญจากกลุ่ม

## 5.2 สรุปผลการประชุมกลุ่มที่ 2 : ระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไทย เมื่อวัยบั้นปลายชีวิต ควรเป็นอย่างไร

นำเสนอ โดย รศ. ดร. มัทนา พนานิรมัย , นพ.บรรลु ศิริพานิช, คุณอารีย์ น้อยวงศ์

โดยหัวข้อในการประชุมครั้งนี้เน้นถึงการจ้ดระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไทยทั่วไปเมื่ออายุล่วงเข้าสู่วัยชราในอนาคต ไม่เน้นการจ้ดระบบสำหรับผู้สูงอายุในกาลปัจจุบัน การประชุมจึงเป็นการมองไปข้างหน้าเพื่อจ้ดระบบในวันนี้ ให้รองรับเหตุการณ์ในอนาคต

หัวข้อ

1. หลักประกันคุณภาพชีวิตสำหรับวัยชรา ในภาพรวมควรประกอบด้วยหลักประกันต่อไปนี้
  - 1.1 การมีสุขภาพกายดี สุขภาพจิตดี
  - 1.2 อยู่ในครอบครัวและสังคมอย่างมีความสุข
  - 1.3 ตายก็ได้รับการปฏิบัติตามคตินิยม สมศักดิ์ศรี
2. ข้อดี - ข้อเสีย ของการจัดการ/บริหารระบบหลักประกันสุขภาพเป็นระบบเดียวกับหลักประกันด้านอื่น ๆ เทียบกับการแยกบริหารระบบหลักประกันสุขภาพออกมาเป็นเอกเทศ
 

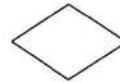
ที่ประชุมไม่ตอบคำถามประเด็นนี้ แต่ได้ให้ข้อคิดเห็นดังนี้

  - 2.1 ถ้าระบบเล็ก รูปแบบจะเป็นชนิด Comprehensive จะเหมาะสม แต่ระบบใหญ่ทำไม่ได้
  - 2.2 เม็ดเงินควรรวมกัน โดยแยกสัดส่วนไปคุ้มครอง แต่ละส่วน และให้มีความเชื่อมโยงกันได้
  - 2.3 ไม่ควรแยกหลักประกันออกมาเฉพาะผู้สูงอายุ และไม่ควรแยกเพศ หรือวัย ควรมีหลักการโอนเงินของคนที่อยู่ในระบบจ้างงาน เพื่อไปใช้คุ้มครองในยามชรา

3. เงินทุนสำหรับจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับวัยชราควรมาจากแหล่งใดบ้าง สัดส่วนที่เหมาะสมจากแต่ละแหล่งควรเป็นเท่าใด  
ที่ประชุม ได้ให้ความคิดเห็นว่า เงินทุนจะต้องผสมระหว่างรัฐ และบุคคล (ที่ออมไว้ตั้งแต่วัยทำงาน)
4. แนวทางการจัดระบบหลักประกันสุขภาพในปัจจุบันสามารถรองรับเหตุการณ์ในอนาคตหรือความจำเป็นในวัยชราควรมีหลักการอย่างไร  
ที่ประชุมให้ความเห็นดังนี้
  - 4.1 เห็นควรให้ใช้แนวทางของกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ สนับสนุนการออม ทั้งสหกรณ์ออมทรัพย์ และการออมของชุมชน
  - 4.2 แก้ไขและปรับปรุงกฎหมายให้ขยายการคุ้มครองไปสู่ผู้สูงอายุ เช่น การประกันของเอกชน ที่ปฏิเสธการทำประกันชีวิตของผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป หรือกฎหมายประกันสังคม ที่ไม่คุ้มครองเรื่องการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

สรุป ประเด็นความคิดเห็นจากที่ประชุมกลุ่ม 2

1. รูปแบบของหลักประกัน อาจมีหลายรูปแบบทั่วประเทศ (Micro level) เข้าถึงตัวได้มากที่สุด
2. มีการกระจายความเป็นธรรมให้ผสมผสานกัน และไม่มีหลายระบบ
3. พยายามทำให้รูปโครงสร้างประชากรเป็น สี่เหลี่ยมข้าวหลามตัด
4. ควรขยายความคุ้มครองของการจ้างถึงครอบครัวด้วย
5. หลักประกันสังคมมี Basic Package เท่ากัน ไม่ว่าจากเอกชนหรือของรัฐ



5.3 สรุปผลการประชุมกลุ่มที่ 3 : แนวทางการระดมความคิดและการมีส่วนร่วมเพื่อการปฏิรูป  
นำเสนอ โดย คุณสารี อ่องสมหวัง

หัวข้อ

1. จำเป็นต้องสร้างความเข้าใจกับกลุ่มใดบ้าง ในการผลักดันให้เกิดนโยบายหลักด้านประกันสุขภาพ  
ผลการประชุมสรุป ว่ามีกลุ่มดังต่อไปนี้
  - 1.1 กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่
    - ก) กลุ่มที่มีหลักประกัน
      - ตามกฎหมายรัฐจัดให้ ได้แก่ ข้าราชการ เอกชน ได้แก่ ลูกจ้างในสถานประกอบการตั้งแต่ 10 คน ขึ้นไป
      - กลุ่มผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ฯลฯ
    - ข) กลุ่มที่ไม่มีหลักประกัน
      - ได้แก่ คนจน กลุ่มแรงงานนอกระบบ กลุ่มเกษตรกร
  - 1.2 กลุ่มผู้ให้บริการ
    - ได้แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพแผนใหม่ / แผนโบราณ สถานประกอบการ(โรงพยาบาลของรัฐ และร้านขายยา
  - 1.3 ผู้จ่ายเงิน
    - ได้แก่ นักการเมือง ข้าราชการ นายจ้าง ผู้จ่ายเงินเอง
2. สำหรับแต่ละกลุ่ม ประเด็นที่ต้องเน้นสร้างความเข้าใจคืออะไรบ้าง และ



3. มีประเด็นใดบ้างหรือไม่ อันเป็นประเด็นที่คนต่างกลุ่มอาจมีทัศนคติที่แตกต่างกัน อาจนำไปสู่ข้อขัดแย้งในสังคม (เช่น สวัสดิการที่แตกต่างกันมากระหว่างกลุ่ม สวัสดิการฟรี/ไม่ฟรี)  
โดยกลุ่มได้สรุป ข้อ 2 และ 3 ว่า ประเด็นในการสร้างความเข้าใจควรมีการจำแนกกลุ่มที่เกี่ยวข้อง เป็นกลุ่มที่เห็นด้วย กลุ่มที่ไม่เห็นด้วย หรือกลุ่มที่คัดค้าน โดยต้องมีการสร้างความเข้าใจในทุกกลุ่มภาคี ประเด็นที่ต้องเน้นสร้างความเข้าใจ ได้แก่
  1. นโยบายหลักประกันสุขภาพ เป็นอย่างไร มีกี่แบบ และ แบบใด ดีที่สุด
  2. หลักประกันคืออะไร
4. ขั้นตอน วิธีการหรือแนวทางในการสร้างความเข้าใจแก่กลุ่มต่าง ๆ เพื่อให้เรื่องนี้เป็นนโยบายสาธารณะควรมีอะไรบ้าง  
สรุปขั้นตอน ได้แก่
  1. การคุยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในทุกภูมิภาค
  2. การคุยในกลุ่มทุกกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ได้แก่ คนจน คนพิการ ผู้ติดเชื้อ กลุ่มแรงงาน สตรี และผู้สูงอายุ
  3. สนับสนุนให้มีการรณรงค์เรื่องนี้

ประเด็นที่มีการพูดคุยเพิ่มเติมในกลุ่มที่ 3

1. กลุ่มที่เกี่ยวข้องมีวิธีการมองได้หลายแบบ
2. กรอบเรื่องหลักประกันสุขภาพ พิจารณาที่
  - ความเท่าเทียม
  - Universal Coverage
  - Minimum Package
3. กลุ่มต่าง ๆ จะสนับสนุนกันอย่างไร เพื่อให้เป็นพลังร่วมของสังคมในการดำเนินการ  
ข้อสังเกต
  1. หลักประกันสุขภาพปัจจุบัน มีสภาพแบบไม่เป็นทางการ
  2. รูปแบบมีความหลากหลาย
  3. หลักประกันควรเป็นอย่างไร

#### 5.4 สรุปผลการประชุมกลุ่ม โดยนายแพทย์ยงยุทธ

ประเด็นที่ควรพิจารณาจากการประชุมกลุ่ม ว่าระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. ควรมีหรือไม่
2. หน้าตาเป็นอย่างไร
3. เป็นไปได้หรือไม่
4. นโยบายสำคัญ เป็นอย่างไร
5. แนวทางเป็นอย่างไร
6. ผู้ที่เกี่ยวข้องกลุ่มต่างๆ คือใคร ทำความเข้าใจอย่างไร ช่องทาง เนื้อหา

ที่ควรพิจารณาต่อไปเป็นพิเศษ คือ

1. หลักประกันวัยชรา
2. ความครอบคลุม
3. ที่มาและการจัดการ
4. ทรัพยากรที่ใช้

หน้าตาของหลักประกัน

- equal access มีการเข้าถึงบริการ ทั้งด้านกายภาพ คุณภาพ และการเงิน
- according to equal need

คำถามคือ

1. หน้าตา เป็นอย่างไร - จะเป็น แบบ 2 tier, 2 tract หรือไม่, basic package, หรือเพิ่มตามความต้องการ
2. ที่มาของทรัพยากร
  - 1) รัฐบาล จากระบบภาษี ของกองทุน หรือ Personnel Account
  - 2) การออมของปัจเจกบุคคล หรือกองทุน
  - 3) ชุมชน
3. ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่
  - 1) ผู้รับบริการ ทั้งที่มีหลักประกันอยู่แล้ว หรือไม่มีหลักประกันในปัจจุบัน
  - 2) ผู้ให้บริการ ทั้งกลุ่มวิชาชีพต่างๆ และสถานประกอบการ
  - 3) ผู้จ่ายเงิน

เนื้อหาที่ต้องทำความเข้าใจ - หลักประกันคืออะไร ได้อะไรจากการมีหลักประกัน ฯลฯ

สิ่งที่ต้องทำความเข้าใจก่อนคือรูปร่างหน้าตาระบบประกันจะเป็นอย่างไร มีข้อดีข้อเสียอย่างไร ก่อนที่จะนำไปขายให้กับกลุ่มต่างๆ

ประเด็นที่ต้องนำเรื่องหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุด้วยนั้นเพื่อให้เกิดเป็นสามมิติด้วยคือผลที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ด้วยการที่ต้องพูดถึงการมีส่วนร่วมของกลุ่มต่างๆก็ต้องคิดถึงผลกระทบต่อคนกลุ่มต่างๆด้วย



## 5. หลักประกันการศึกษาขั้นพื้นฐาน : ตัวอย่างรูปธรรมของกฎหมายแม่บท

โดย รศ. ดร.สมคิด เลิศไพฑูรย์

ได้นำพูดในสามประเด็นคือ

1. องค์กรที่รับผิดชอบในการร่าง
2. ขอบเขตของกฎหมาย
3. วิธีการทำกฎหมายฉบับนี้

### 5.1 องค์กรรับผิดชอบ ในการร่างประกอบด้วย

1. ฝ่ายการเมือง รัฐธรรมนูญกำหนดให้มีการปฏิรูประบบการศึกษาให้เสร็จสิ้นภายในห้าปี ฝ่ายการเมืองมีความต้องการและผลักดันให้เรื่องนี้เกิดขึ้นอย่างจริงจัง โดยมีการผลักดัน รมว. ที่มีบทบาทเข้ามาดำเนินการรับผิดชอบ ดังนั้นในเรื่องนี้ฝ่ายการเมืองที่เข้ามารับผิดชอบต่อข้ออ้างพร้อมและแข็ง
2. สภาการศึกษาแห่งชาติ ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลายฝ่าย ที่ให้แนวคิดด้านการปฏิรูป
3. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ ที่มีบุคลากรที่ค่อนข้างพร้อม มีความรู้ พร้อมในการผลักดัน ที่จะทำให้เกิด พบ. โดยมีคณะกรรมการปฏิรูปการศึกษา ซึ่งเป็นคนนอกวงการศึกษาจึงสามารถปฏิรูปวงการศึกษาได้ เนื่องจากความเป็นคนภายนอกจะประสบความสำเร็จได้มากกว่าการให้คนภายในทำเอง โดยสำนักงานปฏิรูปการศึกษา ทำเรื่องนี้เรื่องเดียวไม่ได้ทำเรื่องอื่นเลย

### 5.2 ขอบเขตของการปฏิรูปการศึกษา จำกัดในสองเรื่อง

- 1) เนื้อหา
- 2) องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูป

#### 1. เนื้อหา

ในกรอบส่วนใหญ่ถูกกำหนดโดย มาตราต่างๆในรัฐธรรมนูญ จำนวน 5 มาตรา ได้แก่

มาตรา 42 เสรีภาพทางวิชาการและการศึกษา

มาตรา 43 สิทธิการศึกษาขั้นพื้นฐาน 12 ปี ที่รัฐจัดให้ฟรี

มาตรา 69 หน้าที่ในการรับการศึกษา

มาตรา 81 รัฐต้องจัดการศึกษาอบรม และสนับสนุนให้เอกชนจัดการศึกษา ให้เกิดความรู้

มาตรา 289 ให้ท้องถิ่นจัดการศึกษาเองได้

เมื่อเทียบกับการสาธารณสุข ในรัฐธรรมนูญมีเพียงสองมาตราคือ พูดยถึงบริการที่ได้มาตรฐาน การบริการสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในระบบสาธารณสุข

โดยสรุป เนื้อหารัฐธรรมนูญที่เกี่ยวกับการสาธารณสุขมีขอบเขตที่กว้างกว่า นอกจากนั้นองค์กรที่เกี่ยวข้องก็กว้างกว่าการศึกษามากเนื่องจากเกี่ยวกับหลายกระทรวงมาก ซึ่งองค์กรด้านการศึกษาที่เกี่ยวข้องมีเพียง สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ ทบวงมหาวิทยาลัย และกระทรวงศึกษาธิการ

2. องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูป ที่ต้องกำหนดคือต้องมีองค์กรรับผิดชอบที่จะดำเนินการในการปฏิรูป พบ.การศึกษา มีสององค์กร คือ

1. องค์การที่ทำหน้าที่ปรับโครงสร้าง คือ สำนักงานการปฏิรูปการศึกษา
2. องค์การตรวจสอบและควบคุมคุณภาพ คือ สำนักงานมาตรฐานการศึกษาแห่งชาติ ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมคุณภาพ และควบคุมภายใน

การปฏิรูปนั้นจะให้คนที่ถูกปฏิรูปมาทำการปฏิรูปไม่ได้ การที่จะให้กระทรวงศึกษาและทบวงมหาวิทยาลัยปฏิรูปการศึกษาเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ยาก ทั้งนี้เนื่องจากการปฏิรูปที่จะทำให้ระบบดีขึ้นจะกระทบต่ออำนาจของคนหรือผู้ถูกปฏิรูป ระบบที่กระจายไปสู่เขตการศึกษาทำให้กระทรวงศึกษาหมดอำนาจ ผู้มีอำนาจคัดค้านแต่ไม่สามารถขัดกระแส ดังนั้นความสำเร็จของการปฏิรูปการศึกษานั้นอยู่ที่กระแส ถูกบังคับด้วยกระแส หน่วยงานที่ถูกกระทบมีปัญหามาก มีการยุบหน่วยงานจาก 14 หน่วยงานเหลือเพียง 4 หน่วยงาน

กลไกที่จะมาบังคับให้คนถูกปฏิรูปต้องทำ คือ มีกฎหมายกำหนด ตามรัฐธรรมนูญกำหนดต้องทำให้เสร็จใน 5 ปี แต่ฝ่ายการเมืองต้องการให้ออกใน 2 ปี แต่ด้านสภาพนั้น รัฐธรรมนูญไม่ได้กำหนดกรอบเวลา สำนักงานการปฏิรูปการศึกษานั้นมีบทบาทหน้าที่ต้องดำเนินการให้เสร็จภายใน 3 ปี ตามพรบ.การศึกษาฉบับใหม่ ซึ่งสำนักงานการปฏิรูปการศึกษาคือเป็นองค์การมหาชน ที่ขึ้นตรงต่อรัฐมนตรีหรือนายกรัฐมนตรีแต่ไม่มีอำนาจในการสั่งกระทรวง

5.3 วิธีการในการจัดทำกฎหมายการปฏิรูปการศึกษา เกิดจากการระดมความคิดเห็นค่อนข้างกว้าง และสรุปประเด็นที่ต้องมีการปฏิรูป พบว่ามี 42 ประเด็น และรวบรวมเป็นกลุ่มเป็น 10 กลุ่ม โดยมีวิธีการดังนี้

1. เริ่มจากการสร้างองค์ความรู้ให้ 10 กลุ่มไปทำวิจัย ส่วนใหญ่การร่างกฎหมายทั่วไปในประเทศไทยไม่ได้มีการทำวิจัย แต่ในกรณีนี้มีการจัดคนทำวิจัยซึ่งมีลักษณะพิเศษ สถานการศึกษาทำการวิจัยในสองลักษณะ คือด้านเนื้อหาของการปฏิรูปสำหรับของไทยเอง และการวิจัยในเชิงการเปรียบเทียบกับต่างประเทศว่าตุ๊กตาของต่างประเทศทำอะไร เพื่อให้สามารถมองย้อนเปรียบเทียบกับไทยได้

2. หลังจากวิจัยเสร็จก็นำตุ๊กตามาร่างกฎหมาย ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงร่างบ่อยมาก อาจเปลี่ยนวันต่อวัน หรืออาจมีร่าง 10-30 ร่าง ซึ่งก็มีทั้งข้อดีข้อเสีย ดีในแง่ยืดหยุ่น แต่ไม่ดีในด้านความสับสนของคน

3. จัดระดมความคิดเห็นซึ่งทำในสองลักษณะ คือ

- ในเชิงปริมาณ ดูเนื้อหาว่ามีความคิดเห็นอย่างไรบ้าง ให้คนที่เกี่ยวข้องเป็นเจ้าของความคิด โดยให้หน่วยงาน สถานศึกษาต่างๆนำไปวิจารณ์ สำนักงานการศึกษาแห่งชาติได้มีการจัดพิมพ์เพื่อให้คนได้อ่านช่วยกันคิดและวิพากษ์วิจารณ์ ซึ่งมีความสำคัญมาก
- ในเชิงคุณภาพ ให้มีการจัดสัมมนาแบบสลับครั้งเพื่อให้คนที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านมาวิจารณ์ให้ได้เนื้อหาที่แท้จริงเฉพาะด้าน เช่น ด้านการกระจายอำนาจ การแบ่งเขตการศึกษา ฯลฯ เพื่อให้ได้ต้นร่างที่สมบูรณ์ขึ้น

เมื่อได้ต้นร่างจากหน่วยงาน ที่เปลี่ยนแปลงไปจนถึงวาระสุดท้ายก่อนประกาศ แล้วก็ให้นำส่งกฤษฎีกา เพื่อเสนอเข้าสภา และมีการเปลี่ยนแปลงตลอด ทั้งในขั้นตอนกฤษฎีกา และสภาพิจารณา

เหตุผลที่ร่างมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเนื่องจากมีคนวิพากษ์มาก นอกจากนั้นในอดีตคนร่างมักมีการปกป้องร่างของตนเองมาก ส่วน พรบ.นี้มีการประนีประนอม เช่น เรื่องมหาวิทยาลัยออกนอกระบบ เดิมมีการพูดว่าควรเขียนเพียงหนึ่งหรือสองมาตรา ตอนหลังมหาวิทยาลัยมาเขียนเพิ่มเติม เช่น การยกที่ดินให้มหาวิทยาลัย ตัวอย่างเรื่องใคร



เป็นคนดูแลเรื่องการปฏิรูปการศึกษา ร่างเดิมคือให้สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติดูแล ท้ายสุดต้องมาตั้ง  
หน่วยงานกลางคือสำนักงานคณะกรรมการปฏิรูปการศึกษามาดูแล ดังนั้นจุดเด่นของกฎหมายนี้คือมีการประนีประนอม

พรบ.สุขภาพแห่งชาติ จะมีลักษณะคล้ายคลึงกับ พรบ.การศึกษา ที่มีกฎหมายกลางเป็นกฎหมายแม่บท ซึ่งจะ  
มีผลกระทบต่อกฎหมายอื่นอีกหลายฉบับ ดังนั้นควรจะมีการแก้ไขกฎหมายเก่าด้วย

สำหรับเนื้อหาสาระนั้น กฎหมายทุกฉบับต้องมีเนื้อหาหลักๆว่าต้องการปฏิรูปอะไร เนื้อหาของการปฏิรูปคืออะไร

## 6. สาระ "หัวใจ" ของการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพและเค้าโครงร่าง พรบ. สุขภาพ

### 6.1 มุมมองด้านการเมือง โดย นพ.บุรณัชย์ สมุทรักษ์

การปฏิรูป พูดถึงการจัดสรร การปันส่วนสิ่งที่คนได้รับ การเมืองต้องคิดในการเปลี่ยนแปลงให้ราบรื่นมากที่สุด  
ส่วนที่จะบรรยายมีสองส่วน คือประเด็น กลไกการผลักดันให้เกิดการปฏิรูป และเนื้อหา

กลไก มีจุดกำเนิดที่อยู่ในร่างรัฐธรรมนูญ ในเชิงการเมืองนั้นนับเป็นข้ออ้างที่เหมาะสมในหลาย ๆ กรณี การ  
สนับสนุนการปฏิรูปด้านสุขภาพจากทางการเมืองอาจไม่ต่างจากการสนับสนุนด้านการศึกษามากนัก สำคัญคือกลไกการ  
ขับเคลื่อนนั้นมีหรือไม่อย่างไร กลไกการขับเคลื่อนด้านวิชาการดูค่อนข้างมาก กระแสสังคมในปัจจุบันเอื้อต่อความจำเป็น  
การปฏิรูปพอสมควร ทั้งในข่าวต่างๆที่เกิดขึ้น กลไกการเปลี่ยนแปลงถึงจุดเปลี่ยนที่สำคัญ เนื่องจากกลไกการตลาดนั้นไม่  
ทำงานในระบบสุขภาพ ดังนั้นต้องมียุทธศาสตร์ในการควบคุมกำกับที่ดี ถึงหัวเลี้ยวที่ต้องตัดสินใจว่าจะไปทางไหน ดังนั้น  
อยากเสนอว่าต้องพูดถึงกลไก และขั้นตอนของการปฏิรูป สำหรับด้านสุขภาพมียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องมากกว่าด้านการศึกษา  
หลายเท่า ทั้งในด้านระบบการคลัง ระบบบริการ ดังนั้นคงต้องสังวรในการผลักดัน การออกกฎหมายกลางออกมาเพื่อจัด  
การกับกฎหมายต่างๆนั้นมียากในปัจจุบันยังไม่เห็นใครทำการศึกษาเรื่องนี้อย่างจริงจัง

ด้านเนื้อหา กฎหมายย่อยในการให้บริการสุขภาพต่างจากกฎหมายย่อยของการศึกษาที่มักกล่าวถึงบทบาท  
หน้าที่ของหน่วยงานตนเอง แต่กฎหมายย่อยด้านสุขภาพ เช่น พรบ. ประกันสังคม พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ เกี่ยวข้องกับ  
องค์กรต่างๆอีกมากมาย งานวิจัยจึงถือเป็นกลไกสำคัญสำหรับการปฏิรูป และหากมีงานวิจัยที่มีเนื้อหาและความน่าเชื่อ  
ถืออาจทำให้มีการเปลี่ยนมติของที่ประชุมได้ ดังนั้นงานวิชาการจะมีบทบาทสำคัญมากขึ้น เช่นเรื่อง บุหรี่สามารถนำงาน  
วิจัยมาใช้ได้มาก ขณะเดียวกันก็อาจมีงานวิจัยช่วยลบล้างเรื่องดังกล่าวได้เหมือนกัน รัฐบาลถือว่าการจัดการด้านบริการ  
สุขภาพนั้นมีความสำคัญ

สำหรับเรื่องสุขภาพนั้นได้รับการประกาศเป็นวาระแห่งชาติแล้ว (National Agenda) และอีกเรื่องคือด้านสิ่งแวดล้อม (เรื่องเมืองน่าอยู่) ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมคือการจัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพฯ เพื่อเป็นตัวอย่างในการดำเนินงาน  
เป็นรูปธรรม และกระทบกับกลุ่มที่เคยมีอำนาจหลายกลุ่ม การผลักดันเจตอุปสรรคหลายอย่าง มีการจัดทำร่างพระราช  
กฤษฎาญการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งกำลังรอเข้าสภา กรณี พรบ. การศึกษา มีการเมืองสนับสนุนมาก

การผลักดันด้วยการจัดตั้งองค์กรก่อนที่จะมีเนื้อหาของสุขภาพก็น่าเป็นปัญหาท้าทายต่างจากด้านการศึกษา  
สำนักงานปฏิรูปฯตั้งมาได้พรบ. การปฏิรูปฯ กฎหมายย่อยในด้านสุขภาพ เช่น พรบ. ประกันสังคมหลายมาตราที่เพิ่มมี

การบังคับใช้ ดังนั้นกระบวนการเปลี่ยนแปลงคงต้องใช้เวลาาน ในปัจจุบันจึงมีเพียงการผลักดันการปฏิรูปย่อยๆ แทน เช่น การตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพ

โดยสรุปจากการบรรยายจัดลำดับความสำคัญในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้แก่

1. การวางโครงสร้างการเปลี่ยนแปลงในองค์กร
2. การขับเคลื่อนโดยการแสดงความคิดเห็นของนักวิชาการ
3. กระแสสังคม

โดยในเชิงนโยบายจะต้องมีการตัดสินใจที่แน่วแน่ชัด

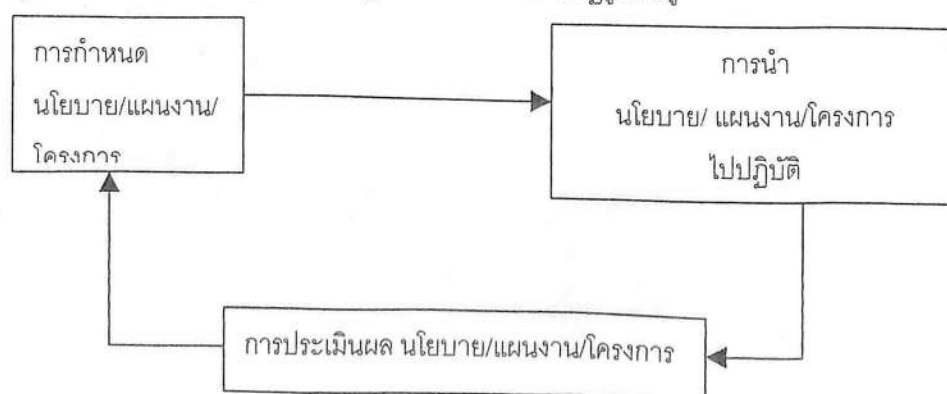
ส่วนกลไกและขั้นตอน จะประกอบด้วย

1. การมีส่วนร่วมขององค์กรต่าง ๆ ที่จะให้การสนับสนุน โดยเฉพาะเรื่องงานสาธารณสุข จะมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมากกว่าด้านการศึกษา 4-5 เท่า
2. การใช้งานวิจัยมาสร้างแรงผลักดันให้เกิดกฎหมายให้เป็นที่ยอมรับ
3. การใช้แรงส่งทางการเมือง ที่สอดคล้องกับงานวิจัย
4. ความสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน

อ. ศรีสว่าง ได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า กระแสหลักของการปฏิรูปจากประชาชนนั้นเป็นตัวสำคัญในการทำให้กล้าไปบั่นทอนอำนาจของกรมกองต่างๆ ในการปฏิรูประบบการศึกษา รวมทั้งมีงานวิจัยสนับสนุนที่ได้มีการเผยแพร่ไปยังประชาชน ทำให้มีความมั่นใจในการแสดงพลังของประชาชน ดังนั้นพลังประชาชนเป็นแรงผลักดันที่ดีทำให้การต่อต้านลดลง ด้านการเมืองแรงต้านทานเยอะมาก ความคิดที่จะเปลี่ยนอะไรครั้งละมากๆ นั้น ปกติไม่ค่อยชอบ แรงต้านทานยังคงมีอยู่ทำให้เวลาออกกฎหมายลูกก็อาจมีการติดขัดเป็นระยะ ต้องยอมรับกระแสพลังของประชาชน ต้อง empower ประชาชนให้เข้มแข็งขึ้น เราจะไม่สามารถปฏิรูปอะไรได้หากประชาชนไม่เข้มแข็ง หากเราไม่สามารถเปลี่ยนโครงสร้างประชากรให้มีการกระจายรายได้ให้ดีขึ้นการเปลี่ยนอย่างอื่นยาก กระบวนการปฏิรูปการศึกษาอาจเป็นตัวอย่างและบทเรียนที่ดีสำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ กระบวนการนิติบัญญัตินั้นก็ต้องมีการเรียนรู้และต้องใช้เวลาในการปรับตัว ต้องพยายามประสานกับให้ตีตอนร่าง พรบ. กำลังจะเข้าสู่สภา ต้องระวังกฎหมายล้ม พรบ. ทั้งฉบับ ทำให้เสียเวลา ต้องสร้างกระแสให้ดีก่อนที่จะ พรบ. จะเข้าสู่สภา ความชัดเจนของพลังประชาชนและการสนับสนุนของวิชาการจะทำให้ประสบความสำเร็จ

## 6.2 มุมมองด้านบริหาร: ผศ.ทวีศักดิ์ สุททกวาทิน

จากมุมมองของระบบบริหาร ปัญหาที่นำไปสู่ความจำเป็นในการปฏิรูปมีอยู่





ด้านกฎหมาย รัฐธรรมนูญ 2540 ได้กำหนดสิทธิของประชาชนด้านนี้คือ

หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย

มาตรา 52 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพโดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายรัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา 82 รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

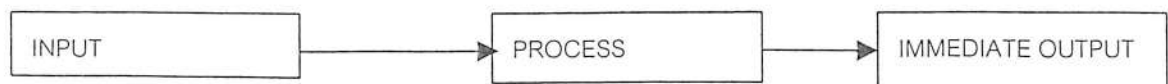
ในทางปฏิบัติปัญหาของระบบบริการสุขภาพปัจจุบันที่ทำให้ต้องมีการปฏิรูป

สิทธิในการได้รับบริการสุขภาพยังขาดระบบรองรับ



บริการสุขภาพที่ประชาชนได้รับเป็นบริการที่เจ้าหน้าที่หยาบย่นให้ตามที่เห็นสมควร

- ไม่ครอบคลุมครบถ้วน
- ไม่เป็นธรรม



-POLICY

- Health Care Service System

-Universal Coverage of health care at the least cost

Resource

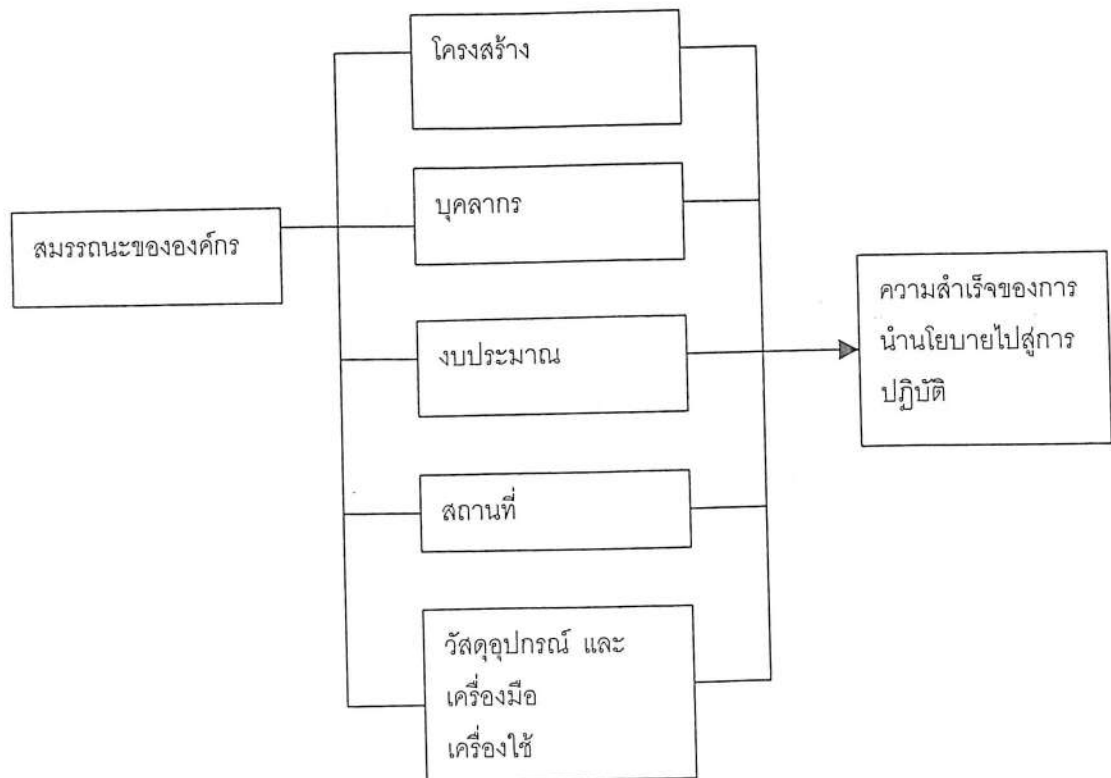
Insurance

1. General Tax
2. Social insurance
3. Free choice

- Health care management system
- Financial management
- Monitoring system
- Quality control system
- etc.

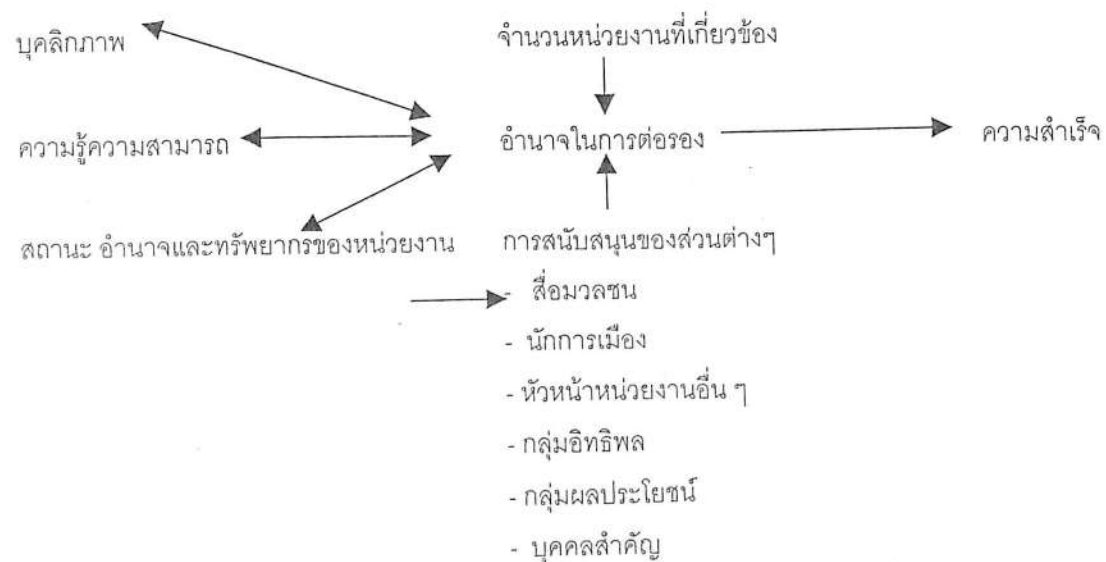
พรบ. สุขภาพแห่งชาติ

## Limited Additional Resources for Health Care Service



ในเชิงระบบนั้นอาจมองความสำเร็จขึ้นกับศักยภาพในการบริหารจัดการเป็นหลัก

ความสำเร็จของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัตินั้นเป็นกระบวนการทางการเมืองเป็นอำนาจการต่อรอง



ดังนั้นความสำเร็จของการปฏิรูปจะขึ้นกับ กระบวนการ สถานะของหน่วยงาน และความร่วมมือสนับสนุนของหน่วยงานต่างๆ



## 7. การปฏิรูประบบสุขภาพกับการจัดหลักประกันสุขภาพ

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

ในบ้านเมืองเรามีสิ่งที่ดีและไม่ดีหลายอย่าง มีพรบ.ใหม่ๆเกิดขึ้น วิธีการเขียนกฎหมายปัจจุบันได้เปลี่ยนจาก บังคับประชาชนมาเป็นการบังคับรัฐ กระแสของสังคมในขณะนี้ต่างเห็นด้วยว่าจำเป็นต้องมีการปฏิรูป ทั้งประชาชนและเจ้าหน้าที่ต่างก็มีทุกข์ คนที่เข้าไม่ถึงก็ทุกข์ ดังนั้นจำเป็นต้องปฏิรูปแต่ปัญหาคือจะไปทางไหนดี

คำสัมภาษณ์นายกชวน

"ประชาชนควรมีหลักประกันสุขภาพ แต่ต้องพึงระวังไม่ให้ขาดความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง ปัจจุบันยังสรุปไม่ได้ว่ารูปแบบใดดีที่สุด แต่ไม่ควรเป็นทั้งภาระของรัฐและประชาชนมากเกินไป ภาระของรัฐคือภาระของสังคม อาจต้องมีการศึกษาวิจัยเฉพาะเรื่อง โดยเฉพาะความครอบคลุม ของหลักประกันในประชากรบางกลุ่ม เช่น เกษตรกร และกลุ่มประชากรรับจ้าง

หลักประกันสุขภาพควรเป็นระบบที่เป็นมาตรฐานขั้นต่ำที่ประชาชนได้รับตามจำเป็น ไม่ให้ความเจ็บป่วยไปเป็นภาระของครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยทางภาระของผู้เสียภาษีมากเกินไป ปัจจุบันยังอาศัยผู้มีฐานะเกื้อกูลผู้ยากจน ระบบนี้ ไม่นั่นเอง ปัจจุบันคงมีระบบที่ดีกว่านี้"

สรุปประเด็นหลัก

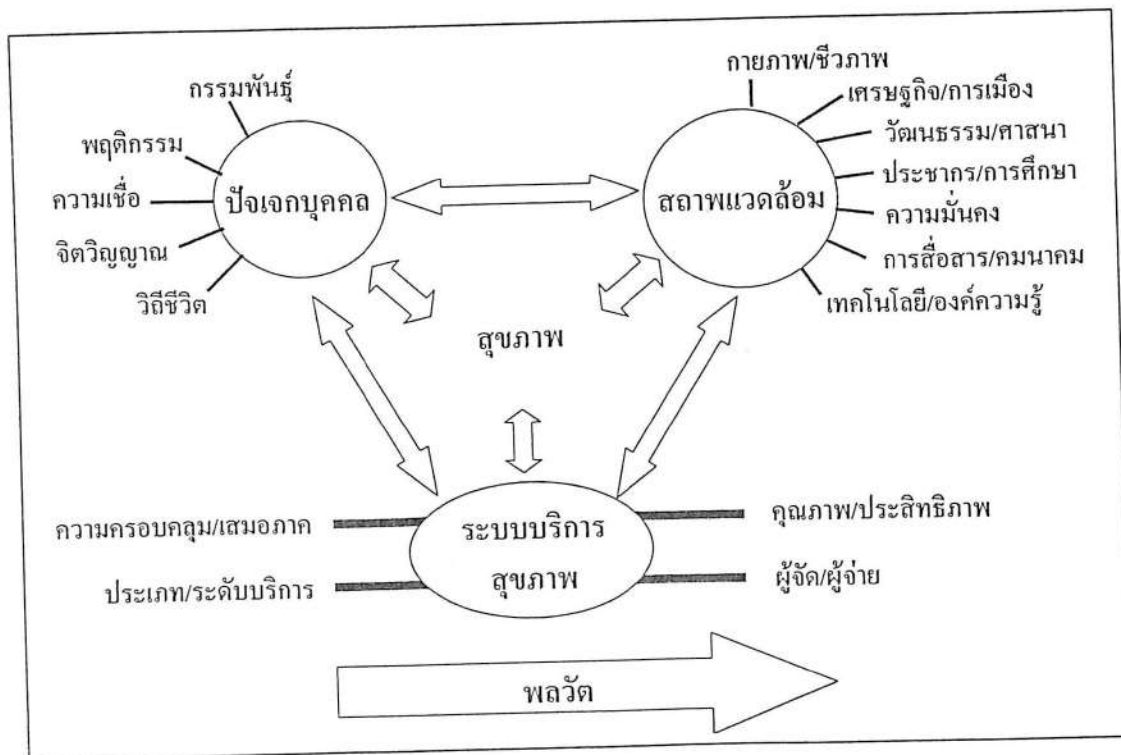
1. หลักประกันควรคุ้มครองขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชนทุกคน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาส เน้นให้เกิดความครอบคลุม
2. ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมและป้องกัน
3. ให้ความสำคัญกับการปรับปรุงปฏิรูประบบสุขภาพเป็นวาระแห่งชาติ ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยให้ราชการเป็นเจ้าของเรื่อง ไม่ใช่การเมืองเพื่อให้เกิดความก้าวหน้าและมีความต่อเนื่อง

ความเชื่อมโยงและพลวัตรเกี่ยวกับสุขภาพ

ระบบสุขภาพ หมายถึงระบบที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการมีสุขภาพของมวลชน ไม่ว่าจะเป็นด้านที่เกี่ยวกับการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม อาหาร องค์ความรู้และเทคโนโลยี ฯลฯ รวมไปถึงระบบบริการด้านสุขภาพ ก็เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพด้วย

ภาพที่ 1 ความเชื่อมโยงและพลวัตเกี่ยวกับสุขภาพ

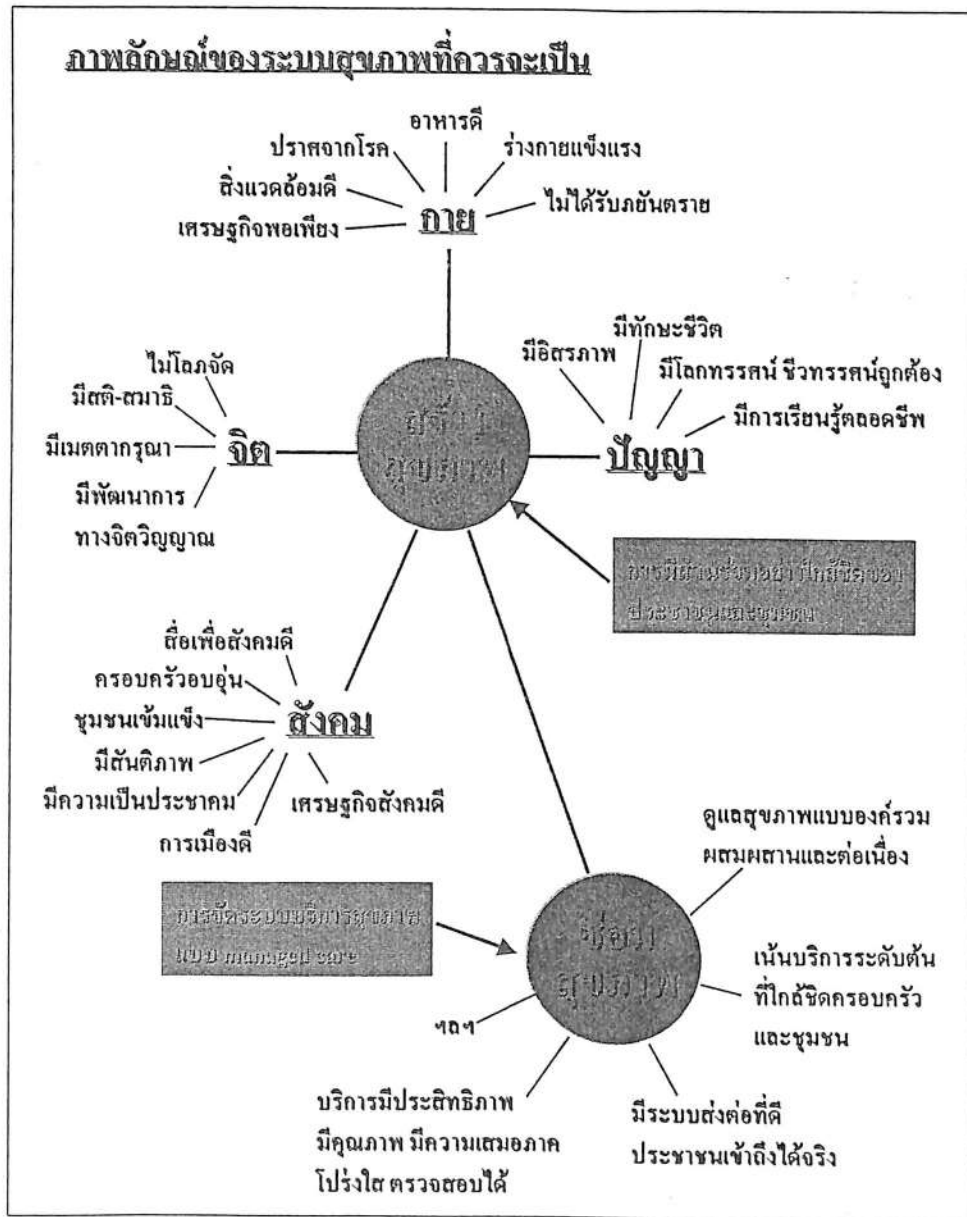
(จากการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541 กระทรวงสาธารณสุข)



ถึงเวลาต้องปฏิรูประบบสุขภาพ โดยปฏิรูประบบจากระบบตั้งรับเป็นระบบรุก รุกออกไปสร้างสุขภาพดีโดยมีระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคที่ดีที่สุด ให้คนทั้งมวลมีสุขภาพดี ไม่ให้เจ็บป่วยโดยไม่จำเป็น การทำให้สุขภาพดี เสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษาเมื่อสุขภาพเสียแล้ว เมื่อมีผู้สุขภาพเสียไม่มาก ทำให้เรามีทรัพยากรเพียงพอที่จะสร้างระบบบริการที่มีคุณภาพ ที่คนไทยเข้าถึงได้ทุกคน โดยไม่ต้องคำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ

สำหรับภาพลักษณ์ของระบบสุขภาพที่ควรจะเป็น อาจแสดงเป็นตัวอย่าง ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 ภาพลักษณ์ของระบบสุขภาพแห่งชาติที่ควรจะเป็น





### การพัฒนาระบบสุขภาพ

1. เปลี่ยนเป็นระบบสร้างสุขภาพ
2. ระบบควบคุมและป้องกัน
3. พัฒนาระบบบริการ มีการใช้ทรัพยากร ความรู้และเทคโนโลยี ที่เหมาะสม

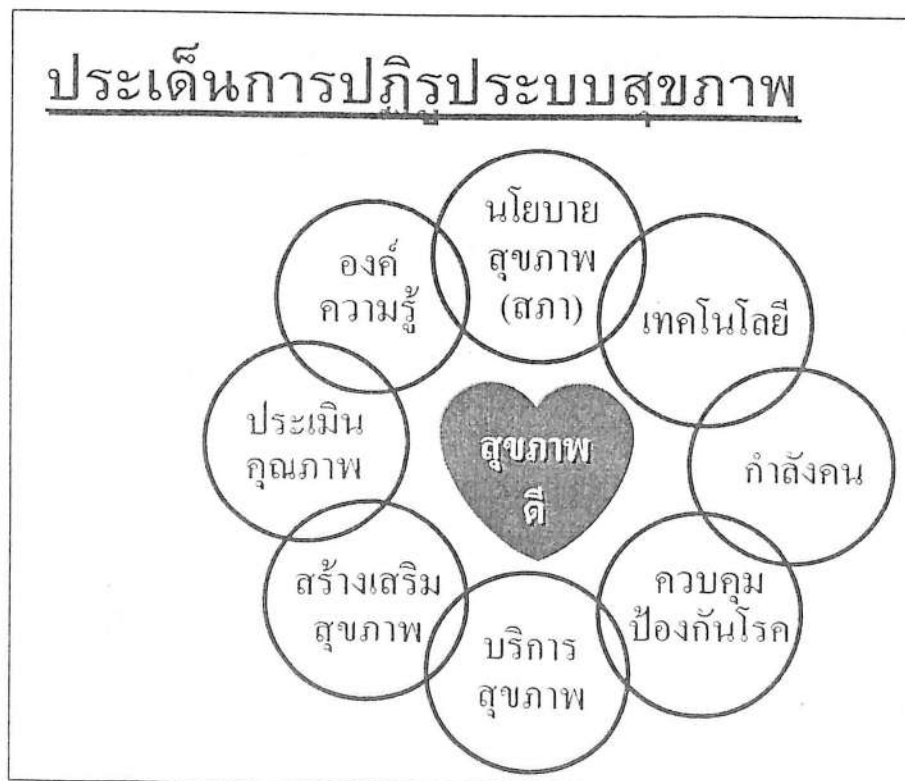
การปฏิรูประบบสุขภาพของชาติเป็นเรื่องใหญ่และยากเพราะต้องการการปฏิรูปวิธีคิดของคนไทยทั้งสังคมเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ และต้องการการปฏิรูประบบทั้งปวงที่ดำรงอยู่ก่อนแล้วให้เป็นระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ที่จะสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้าได้จริง

การจัดทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้เป็นธรรมนูญด้านสุขภาพของชาติเป็นการประกาศเจตนารมณ์ด้านสุขภาพของสังคมไทย กำหนดเงื่อนไข ระบบและโครงสร้างหลักเพื่อให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพของชาติอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม คือหนทางสำคัญของการปฏิรูป

การจัดทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติไม่ใช่เป้าหมายสุดท้ายแต่เป็นเครื่องมือสำหรับการสร้างกระแส ปรับเปลี่ยนวิธีคิดใหม่เกี่ยวกับสุขภาพพระมตความร่วมมือจากทุกภาคของสังคม ช่วยกันคิด ช่วยกันฝัน ช่วยกันสร้างระบบสุขภาพที่พึงปรารถนาร่วมกัน

โดยใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ อาจมีการกำหนดประเด็น โครงสร้าง องค์กร ระบบและเงื่อนไขต่าง ๆ ผูกโยงให้เกิดเป็นระบบสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทย (ดูตัวอย่างประเด็น ด้วยภาพที่ 3)

ภาพที่ 3 ประเด็นการปฏิรูประบบสุขภาพ

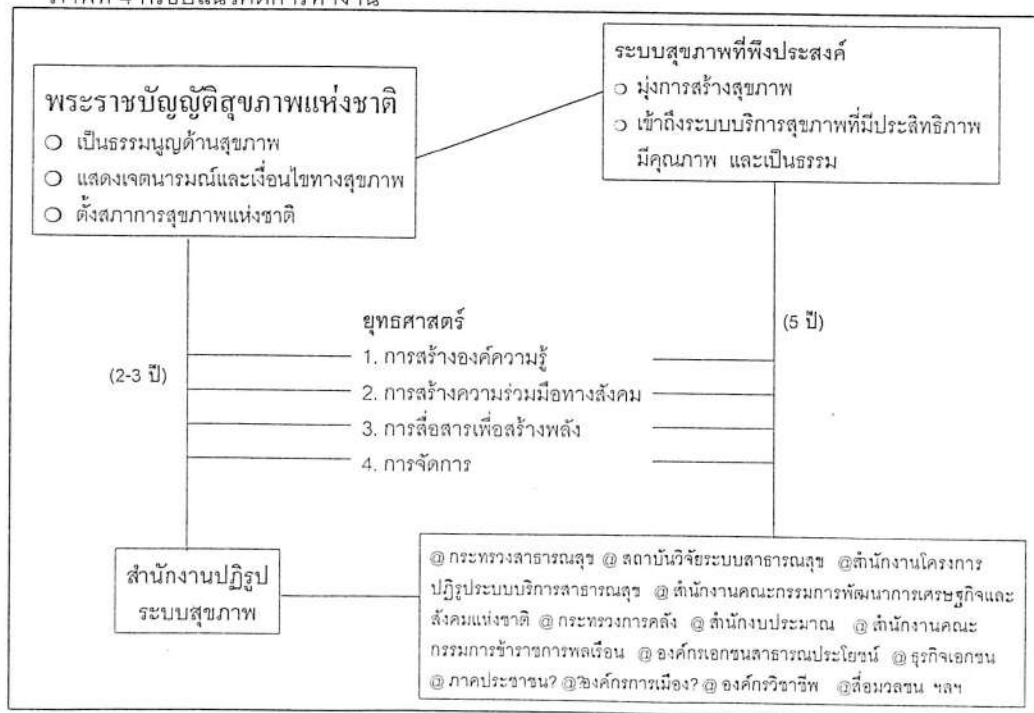


ประเด็นการปฏิรูป ของนพ.ประเวศ วะสี

- นโยบายสุขภาพ
- การสร้างองค์ความรู้
- เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่เป็นระบบ (การวิจัย ประเมิน ควบคุมกำกับ)
- การประเมินคุณภาพ
- สร้างเสริมสุขภาพ
- บริการสุขภาพ (E Q E) ตรงนี้ระบบประกันจะเข้ามาเกี่ยวเยอะ 
- ควบคุมป้องกันโรค
- กำลังคน

กรอบความคิดในการทำงาน

ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดการทำงาน

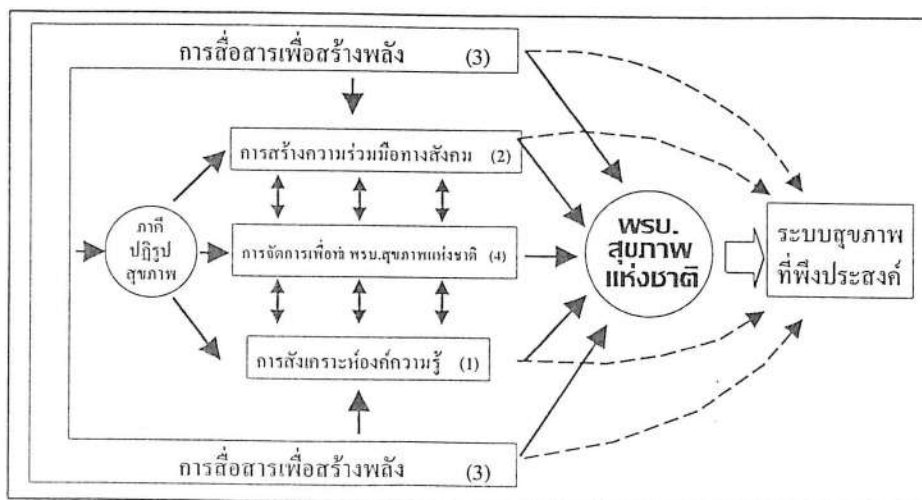


เพื่อให้การดำเนินงานเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเป็นไปอย่างรวดเร็ว จึงได้มีการจัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) ในรูปของสำนักงานชั่วคราว (interim) ขึ้นในระหว่างที่รอให้พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งมีผลบังคับใช้โดยสมบูรณ์ สำนักงานนี้มีวัตถุประสงค์ดังนี้

- สร้างกระแส การปรับเปลี่ยนวิธีคิดด้านสุขภาพของคนไทย จากการชอมสุขภาพมาสู่การสร้างสุขภาพ เพื่อการมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า
- เคลื่อนไหวสังคม โดยการเข้าร่วมและสนับสนุนกิจกรรมที่จะสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน สังคม และองค์กรทุกส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในประเด็นสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ
- สนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการ เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ในประเด็นสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ สำหรับบรรจุเป็นสาระบัญญัติในรูป พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมในระยะถัดไป
- ประสานงานกับภาคการเมือง ภาคราชการ หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความร่วมมือผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างกว้างขวาง

โดยการดำเนินงานของสำนักงาน มีการเคลื่อนไหวยุทธศาสตร์ ดังภาพที่ 5

ภาพที่ 5 การเคลื่อนไหวยุทธศาสตร์เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ





### ปฏิรูปแล้วจะเกิดผลดีอย่างไร

คนไทยทั้งมวลจะต้องมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วยและตายโดยไม่จำเป็น สามารถควบคุมโรคภัยที่เกิดแล้วให้สงบ ควบคุมโรคภัยใหม่ไม่ให้ระบาดในสังคมไทย คนไทยทุกคนที่เจ็บป่วย สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่รับรองคุณภาพ อย่างทั่วถึงโดยไม่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ

### ประชาชนจะมีส่วนร่วมได้อย่างไร

- คนไทยทุกคนร่วมได้โดยการศึกษาเรียนรู้ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ เพื่อปรับสัมมาทัศนะให้ตรงกัน ร่วมได้โดยการคิด ผัน เสนอแนะ ร่วมเคลื่อนไหว และร่วมผลักดันการจัดทำพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ สำหรับใช้เป็นเครื่องมือปฏิรูประบบสุขภาพให้เป็นไปทิศทางที่ควรจะเป็น

- สุขภาพคือสิทธิของทุกคน และเป็นหน้าที่ของทุกคนที่จะทำให้เกิดการมีสุขภาพดีโดยถ้วนหน้า
- การปฏิรูประบบสุขภาพ จึงเป็นหน้าที่ร่วมกันของทุกคน
  - โดย
    - ♦ ร่วมคิด
    - ♦ ร่วมฝัน
    - ♦ ร่วมผลักดัน
    - ♦ ร่วมเสนอแนะ
    - ♦ ร่วมแก้ไข

### 8. ประเด็นอภิปรายเพิ่มเติมจากผู้เข้าร่วมประชุม

ครูชบ ยอดแก้ว :

พรบ.สุขภาพแห่งชาติควรกำหนดให้เป็นหน้าที่ของประชาชนในการที่ต้องดูแลสุขภาพ การปลูกจิตสำนึกเกี่ยวกับสุขภาพส่วนบุคคลให้เกิดขึ้นกับคนทุกหมู่เหล่าเพื่อแบ่งเบาภาระของรัฐบาล

นพ.ยงยุทธ :

เมื่อมีกฎหมายแล้วต้องมีการบังคับใช้ด้วย ดังนั้นต้องมีการผลักดันการบังคับใช้

มาตรการที่สามารถทำได้อีกอย่างนอกจากการลงโทษแล้วคือมาตรการด้านภาษี เช่นการให้รางวัลแทนด้านภาษี

นพ.บรรลุ :

การตั้งสำนักงานเพื่อมาร่างพรบ. และเมื่อมีพรบ. แล้วจะให้สภากาชาดสุขภาพเป็นผู้นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (ด้านการศึกษา มีสำนักงานการศึกษาแห่งชาติที่ค่อนข้างเป็นกลางและเป็นตัวผลักดันหลักให้เกิด พรบ. แต่ในด้านสุขภาพไม่มีตัวกลไกกลางที่จะมาเคลื่อนด้านสุขภาพ อาจมีหลายวิธีคือการตั้งองค์และกำหนดอายุและมีความเป็นอิสระ รัฐ

บาลสนับสนุนงบประมาณ ทำหน้าที่ร่างพรบ. และทำหน้าที่ในการปรับเปลี่ยนความคิดเรื่องสุขภาพแก่ประชาชนเพื่อให้การปฏิรูปเกิดขึ้นราบรื่นขึ้น)

ปัจเจกชนที่เป็นหมอมีศักยภาพสูงในการต่อต้านอะไรๆ

กลุ่มเป้าหมายของการปฏิรูป เป็นสิ่งที่ต้องพิจารณา เช่น พรบ.การศึกษาให้ความสำคัญกับการศึกษาของกลุ่มด้อยโอกาสต่างๆ ดังนั้นในด้านสุขภาพก็ควรให้ความสำคัญกับกลุ่มต่างๆเหล่านี้ด้วย เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ

อาจารย์สมชาย :

องค์ความรู้ที่จะนำมาใช้เพื่อการปฏิรูปนั้นมีค่อนข้างน้อย เนื่องจาก Academic freedom มีค่อนข้างน้อย ควรต้องให้มองอย่างรอบด้านทั้งตัวอย่างที่สำเร็จและล้มเหลว ควรให้มีการมีส่วนร่วมและทางเลือกมากขึ้น ต้องคำนึงถึงคุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วย ประเด็นที่ต้องพิจารณาต่อไปคือหากต้องการปฏิรูประบบสุขภาพนั้นต้องพิจารณา ultimate goal ใหม่หรือไม่ หากต้องการให้ประชาชนมีสุขภาพดีต้องไปเกี่ยวข้องกับองค์กรอื่นๆ อีกมากนอกจากนั้นไม่ได้มองในด้าน productivity จำเป็นหรือเปล่าที่ต้องมองการพัฒนาเป็นระบบที่ไม่ได้แยกจากกันจากสังคม เนื่องจากการพัฒนาเดิมนั้นอยู่ภายใต้กรอบการพัฒนาเดียวกัน แต่ตอนนี้มีการแยกของแต่ละหน่วยแล้วมันจะประสานกับการพัฒนาสังคมโดยรวมอย่างไร ควรมองภาพให้กว้างกว่านั้นและมองให้เห็นภาพของสังคมโดยรวมทั้งหมด

อาจารย์เสาวคนธ์:

ในอดีตที่ผ่านมานโยบายนั้นไม่ได้ตั้งอยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ การวิจัยเองก็มีข้อจำกัดด้วยกรอบคำถาม สิ่งที่สำคัญเมื่อเห็นว่าจะอะไรได้ผลนั้นมันเกิดจากอะไรมีปัจจัยอะไรที่ทำให้ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว ประเด็นที่มีการพูดถึงกันคือเรื่องการกระจายอำนาจ เป็นการเปลี่ยน incentive structure ในระบบ สิ่งที่ต้องพิจารณาต่อคือจะกระจายอะไรกระจายมากน้อยเท่าไร สิ่งที่เป็นไมใช่ decentralize or centralized แต่ที่สำคัญคือ optimized การนำวิจัยมาใช้นั้นต้องนำมาใช้ทั้ง package ไม่ใช่นำมาเพียงแค่เลือก

## 9. สรุป โดย ศ. ดร. อัมมาร์ สยามวาลา:

คงต้องมีระบบประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่ง เนื่องจากหากปล่อยให้ระบบเป็นไปตามยถากรรมแล้วจะเป็นไปอย่างระบบอเมริกันซึ่งขาดประสิทธิภาพ และความเป็นธรรม หากเราไม่ระวังเราจะค่อยๆ ลื่นไหลไปตามระบบอเมริกันตามตรรกที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ดังนั้นจึงต้องมาคิดเรื่องระบบประกันสุขภาพ แต่สิ่งที่ต้องมาคิดอีกด้านคือ การที่เราคิดว่าระบบประกันคือสิ่งที่รัฐให้กับประชาชนแต่จริงๆ แล้วคือการที่ประชาชนให้เงินกับรัฐเพื่อมาจัดบริการให้กับตน หากจำเป็นเราอาจต้องเพิ่มภาษีอากรแต่มันเห็นถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ไม่อยากให้เกิดว่าเป็นสิ่งที่รัฐประทานให้กับประชาชน ต้องพยายามทำให้ประชาชนรู้สึกว่าเป็นเจ้าของและเข้ามามีส่วนร่วม

ฉันถามตัวอย่างเดียวไม่พอ ต้องดูว่ารายละเอียดเป็นอย่างไร งานที่เห็นของอาจารย์เสาวคนธ์ที่มีการ map out ออกมาเป็นสิ่งที่ดี สิ่งที่ยากเห็นต่อไปคือการแกะสลัก และต้องไปหาช่างมาทำการแกะ การขอขึ้นต่อคือระบบที่ต้องการนั้นจะมีรูปร่างหน้าตาอย่างไรจึงจะเหมาะสมกับสังคมไทย

ภารกิจขั้นต่อไป นำข้อเสนอนี้มาหารูปแบบที่เหมาะสมกับเมืองไทย ในช่วงแรกอาจมีกลิ่นมเนยค่อนข้างมาก แต่คงต้องเติมน้ำพริกน้ำปลาลงไป มีประเด็นหลัก ๆ สำหรับประเทศไทย คือ การผูกขาดโดยรัฐเป็นสิ่งที่น่ากลัว ถ้าให้อำนาจผูกขาดไปอยู่กับราชการ ตรรกของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือการรวมศูนย์ ดังนั้น ต้องหาระบบในการคานอำนาจ

ระบบต่างชาตินั้นอิงกับระบบภาคการจ้างงานเป็นหลัก สำหรับบ้านเราคงต้องหาคำตอบสำหรับกลุ่มที่ไม่ได้อยู่ในภาคการจ้างงาน

ภารกิจที่ต้องสานต่อคือเรื่อง ระบบการคลัง และต้นทุนค่าใช้จ่ายต่าง ๆ

ประเด็นต่อไปคือ ความต้องการบุคลากร หากอุปสงค์เพิ่มขึ้นส่วนที่ inelastic มากที่สุดคือเรื่องบุคลากร การพัฒนาศักยภาพของการจัดการจึงเป็นสิ่งจำเป็น

ปัจจัยที่ต้องพิจารณาต่อไปคือ ปัจจัยด้านการเมือง ใครได้ใครเสีย ภาคเอกชนจะเอาไปวางตรงไหน กระบวนการทางการเมืองต้องมีการต่อรองและบิดเบือนไปบ้าง จุดอ่อนของนักวิชาการมักมองอะไรเป็นระบบและออกแบบเป็นระบบและใครจะมาเปลี่ยนอะไรนิดอะไรหน่อยไม่ได้ เป็นหน้าที่ของนักวิชาการอีกประการคือการ trade off ระหว่างข้อดีข้อเสีย และวิเคราะห์ว่าใครได้ใครเสีย

ประเด็นที่ต้องมีการสานต่อคือ ความยั่งยืนของกองทุนและระบบ ปัญหาที่จะกระทบความยั่งยืนระยะยาวคือปัญหาเดียวกับที่ญี่ปุ่นมีคือจำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้น ปัญหานี้เชื่อมโยงกับระบบกองทุนเลี้ยงชีพ ประเด็นที่เราไม่ค่อยได้พูดถึงคือเราจะหยุดชีวิตการทำงานที่อายุเท่าไร มีผู้สูงอายุอีกจำนวนมากที่ยังกระฉับกระเฉงสามารถทำงานและสร้างผลผลิตให้กับประเทศชาติได้ ประเทศไทยไม่มีระบบการดูแลคนชราโดยปล่อยให้เป็นการลูกหลานหากไม่มีระบบรองรับอนาคตคงจะมีปัญหา ที่สำคัญมากที่สุดคือเรื่องสุขภาพ ความสัมพันธ์กับหลักประกันสุขภาพ กับการมีสุขภาพดีเป็นจุดที่ต้องพิจารณาต่อไป นอกจากนี้ การออกแบบระบบจะต้องมีความยืดหยุ่น

ดังนั้น จึงต้องการบทบาทของนักวิชาการที่มีความสามารถสองระดับ คือการดูภาพรวมทั้งหมด อย่างน้อยแบบหยาบๆในภาพรวม แต่มีอีกเรื่องหนึ่งที่สำคัญคือ trade off ซึ่งต้องวิเคราะห์ใครได้ใครเสีย และการทำวิจัยในรายละเอียดปลีกย่อยค่อนข้างมาก

นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ

จัดทำรายงานการประชุม

17 กุมภาพันธ์ 2543



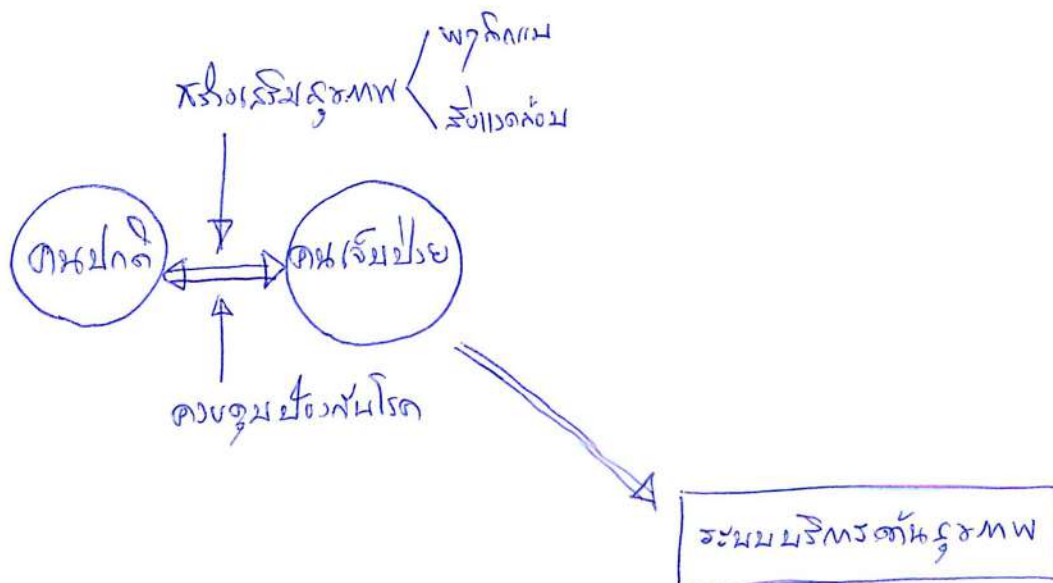
## รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

เรื่อง การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพ : คำโครงการสำหรับยกวาง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ  
วันที่ 10-11 กุมภาพันธ์ 2543 ณ ห้องอัมรินทร์ ชั้น 32 โรงแรม วินเซอร์ สวีทส์

- |                                  |                                                       |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1. รศ.ดร.กนกศักดิ์ แก้วเทพ       | คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาฯ                                  |
| 2. คุณกุลิศ สมบัติศิริ           | กรมบัญชีกลาง                                          |
| 3. คุณกุลธิดา ศรีวิจิตร          | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข                              |
| 4. คุณงามจิตต์ จันทร์สาธิต       | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข                              |
| 5. ทพ.จเร วิชาไทย                | สำนักงานโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข                    |
| 6. นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์       | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                   |
| 7. คุณรชบ ยอดแก้ว                | ผู้นำชุมชน จังหวัดสงขลา                               |
| 8. คุณดวงกมล วัฒนิกิจ            | กองโครงการสังคม สภาพัฒนา                              |
| 9. ผศ.ทวีศักดิ์ สุธกาวาทิน       | คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์      |
| 10. รศ.ดร.ทัศนีย์ บุญทอง         | คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราช                               |
| 11. ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล        | คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ ม.หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ     |
| 12. อาจารย์นพดล กรรณิการ์        | ผู้อำนวยการ ABAC KSC อินเทอร์เน็ตโพล                  |
| 13. นพ.นฤฤทธิ์ อ้นพร้อม          | รพ.พระนั่งเกล้า                                       |
| 14. คุณนวลอนันต์ ดันติเกตุ       | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข                              |
| 15. นพ.บรรลุ ศิริพานิช           | อดีตรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข                           |
| 16. ดร.บัณฑิต อ่อนคำ             | สถาบันนโยบายและการจัดการสังคม ม.เกริก                 |
| 17. นพ.บุรณชัย สมุห์รักษ์        | สำนักนายกรัฐมนตรี                                     |
| 18. รศ.ดร.มัทนา พานานิรามย์      | มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย              |
| 19. รศ.นพ.ยงยุทธ ขจรธรรม         | คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี                            |
| 20. ศ.ยุพา วงศ์ไชย               | คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์         |
| 21. รศ.วิจิตร ระวังวงศ์          | สมาคมพัฒนาอีสาน                                       |
| 22. รศ.ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ       | รองอธิการบดี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่                     |
| 23. นพ.วิพุธ พูลเจริญ            | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข                              |
| 24. คุณศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์     | วุฒิสมาชิก                                            |
| 25. นพ.ดร.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์                    |
| 26. นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์       | สำนักงานโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข                    |
| 27. รศ.ดร.สมคิด เลิศไพฑูรย์      | คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์                   |
| 28. ผศ.ดร.สมชาย สุขสิริเสวีกุล   | คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์                  |
| 29. ศ.ดร.สมบัติ อารัมภ์บุญวงศ์   | คณบดีคณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ |
| 30. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์   | สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข                 |
| 31. คุณสารี อ่องสมหวัง           | มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค                                 |
| 32. ศ.นพ.สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล  | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                   |

- |                                    |                                                               |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 33. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร         | โรงพยาบาลขอนแก่น                                              |
| 34. นพ.สุภกร บัวสาย                | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข                                      |
| 35. ผศ.ดร.สุวณีย์ สุรเสียงสังข์    | คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาฯ                              |
| 36. ผศ.ดร.เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ | คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                          |
| 37. คุณอัมพร ดั่งปาน               | ผู้นำชุมชนคลองเปரியะ จ.สงขลา                                  |
| 38. ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา           | มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย                      |
| 39. ผศ.ดร.อาทร วัฏไพบูลย์          | คณะเภสัชศาสตร์ ม.มหิดล                                        |
| 40. คุณอารีย์ น้อยวงศ์             | ผู้อำนวยการกองนโยบายการออมและการลงทุน สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง |
| 41. นพ.อำพล จินดาวัฒนะ             | สำนักวิชาการสาธารณสุข                                         |
| 42. คุณนิภาพร ศรีณรงค์สุข          | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข                                      |
| 43. คุณเนาวรัตน์ ชุมยวง            | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข                                      |
| 44. นางสาวกรรข อมรเวช              | สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์                                  |
| 45. นางสาวเกสร เกษมชื่นยศ          | สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์                                  |
| 46. คุณสมจิต คงทน                  | มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค                                         |
| 47. คุณบัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ       | มูลนิธิอามรณพงศ์พจน์                                          |
| 48. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์            | โครงการเมธีวิจัยอาวุโส                                        |
| 49. พญ.จกมล เลิศธีรดำรง            | โครงการเมธีวิจัยอาวุโส                                        |
| 50. ภญ.อารยา ศรีไพโรจน์            | โครงการเมธีวิจัยอาวุโส                                        |
| 51. นางสาวพัชณี ธรรมวันนา          | สำนักงานประกันสุขภาพ                                          |
| 52. นางสาวสายพันธ์ พึ่งพระคุ้มครอง | สำนักงานประกันสุขภาพ                                          |
| 53. นางสาวสาหร่าย เรืองเดช         | สำนักงานประกันสุขภาพ                                          |
| 54. นางจินตนา ศรีวงษา              | สำนักงานประกันสุขภาพ                                          |
| 55. นางสาวพรรณิ วโรภาษ             | สสจ. พะเยา                                                    |
| 56. นางสาวกนกนาถ เทพนภา            | ศูนย์ศึกษาและพัฒนาผู้รับงานไปทำที่บ้าน                        |
| 57. คุณศรีสุดา เจริญดี             | โรงพยาบาลพะเยา                                                |

# การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ วิถีการดูแลสุขภาพไทย?



๒๕๕.



ผู้ให้ข้อมูล

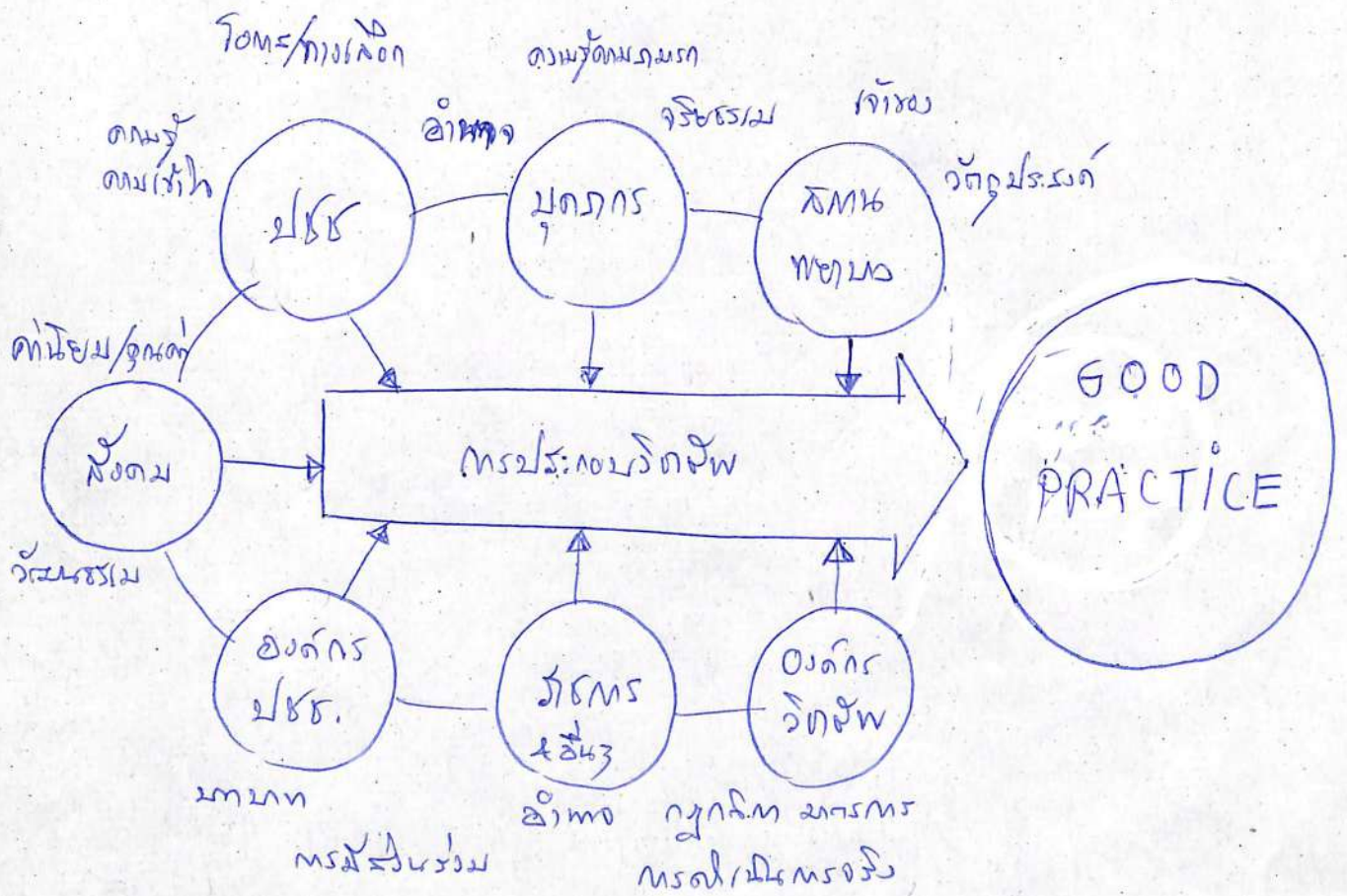
- หลักประกัน
- การเข้าถึงบริการ
- ความรู้ และ สติ
- มารยาท

หน่วยงาน  
องค์กร ๒๕๕.  
องค์กรวิชาชีพ  
องค์กรอื่น ๆ

- ระบบนิเวศน์สุขภาพ
- โครงสร้างพื้นฐาน - ๕๕๕๕๕๕๕๕
- การเข้าถึง - ความรู้ และ สติ
- บุคลากร - วิชาชีพ และ อื่น ๆ
- การประเมินผล และ การติดตาม
- การให้ข้อมูล และ การสื่อสาร



ระบบจริยธรรม / ระบบบริหาร ด้านคุณธรรม



ฝ่ายประชาสัมพันธ์

กองกลาง กระทรวงสาธารณสุข  
หนังสือพิมพ์ ผู้จัดการ หน้า.....  
ฉบับวันที่..... 18 ก.พ. 2543

# แพทยสภาฯ อิม เอาจริงหมอโจร ดันกฎหมายขโมย อวัยวะเจอคุก

ผู้จัดการรายวัน - แพทยสภาฯ เผย  
มีแพทย์ทำผิดจรรยาบรรณแพทย์  
จำนวนมาก แต่ไม่มีกฎหมายเอาผิด  
หมอได้เสีย ซึ่งที่ผ่านมาอย่างเก่งทำได้  
แค่ยึดใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์  
หรือออกเรื่องในเตรียมต่อนกรรมการ  
ทางพ.ร.บ. เพื่อกำหนดโทษทางอาญา  
และระบุให้แพทย์จ่ายค่าเสียหายกับ  
คนไข้

วานนี้ (17 ก.พ.) ที่อาคารเฉลิม  
พระบารมี 50 ปี สมาคมปลูกถ่าย  
อวัยวะแห่งประเทศไทยได้จัดสัมมนา  
เรื่อง "การปลูกถ่ายอวัยวะในสังคม  
ไทย" โดยมี พ.ต.อ.ชุมศักดิ์ พงษ์พา  
พงษ์ กรรมการแพทยสภา โดยมี นพ.  
ไพฑูริย์ จิตประไพ นายกสสมาคม  
ปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย นาย  
เดชอุดม ไกรฤทธิ์ อุปนายกฝ่าย  
นโยบายและแผนงานสุขภาพนายความ  
นายแสวง บุญเฉลิมวิภาส อาจารย์  
ประจำคณะนิติศาสตร์และแผนงาน  
สุขภาพนายความ นายทศพร เสรีรักษ์  
กรรมการการสาธารณสุข สภาผู้แทน  
ราษฎร และเข้าร่วมสัมมนา

พ.ต.อ.ชุมศักดิ์ กล่าวว่า เมื่อ  
ปลายปีที่ผ่านมามีแพทย์บางคนทำผิด  
จรรยาบรรณแพทย์อย่างเรื่อง การซื้อ-  
ขายไต ของโรงพยาบาลวชิรปราการ



ข่าวอื้อฉาวเกี่ยวกับการผิดจรรยาบรรณของแพทย์ในด้านต่างๆ โดยเฉพาะการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ทำให้แพทย์  
สภาเตรียมเสนอพร.ฉบับใหม่ลงโทษทางอาญากับแพทย์ที่ทำความผิดและต้องมีการจ่ายค่าเสียหายให้กับคนไข้ด้วย

จังหวัดสมุทรปราการ ที่แพทยสภาได้  
ตรวจสอบหลักฐานว่ามี การซื้อขายจริง  
ดังนั้นจึงได้ยึดใบอนุญาตประกอบโรค  
ศิลป์ และถอดจากการเป็นสมาชิก  
สภาฯ ขาดไทย

"ที่เป็นข่าวเสื่อมเสียวงการแพทย์  
อีกเรื่องคือ ก่อนหน้านี้มีข่าวชาวบ้าน  
ถูกหมอควักตาเทียมเมื่อไม่มีเงินจ่าย  
ค่ารักษาซึ่งเป็นเรื่องที่ถูกวิพากษ์  
วิจารณ์กันมากในเรื่องมนุษยธรรม"

พ.ต.อ.ชุมศักดิ์ บอกว่า การที่  
แพทย์กระทำความผิดจรรยาบรรณ  
แพทย์นั้น ทางกฎหมายไม่สามารถ  
เอาผิดทางด้านอาญาได้ เนื่องจาก  
ประเทศไทยไม่มีกฎหมายระบุความ  
ผิดทางอาญาที่ชัดเจนไว้

อย่างไรก็ตาม ในอนาคตอันใกล้  
จะมีกฎหมายควบคุมแพทย์ที่กระทำ  
ความผิด และคนที่กระทำผิดมีสิทธิ์  
ติดคุกและถูกปรับได้ เนื่องจากขณะนี้

แพทยสภาได้แต่งตั้งคณะกรรมการ  
วิชาการขึ้นมาหนึ่งชุด โดยมีตัวแทน  
จากหลายฝ่ายมาร่วมร่างพระราช  
บัญญัติเพื่อป้องกันไม่ให้แพทย์ทำ  
ความผิด และบังคับร่างดังกล่าวเสร็จ  
เรียบร้อยแล้ว

ผู้สื่อข่าวถามว่า ร่างของพ.ร.บ.  
ในการกำหนดโทษหมอที่ผิดจรรยา  
บรรณกับคนไข้มีอะไรบ้าง กรรมการ  
แพทยสภาฯ กล่าวว่า ขณะนี้ ต้องผ่าน

ฝ่ายประชาสัมพันธ์  
 กองกลาง กระทรวงสาธารณสุข  
 หนังสือพิมพ์ ผู้จัดการ หน้า ๖.....  
 ฉบับวันที่ ๑๘ ก.พ. ๒๕๔๓.....

การพิจารณาของแพทย์สภา ก่อนที่จะเข้าคณะรัฐมนตรีเพื่อเป็นพระราชบัญญัติ ดังนั้น จึงไม่สามารถให้รายละเอียดได้ ต้องให้ผ่านขั้นตอนดังกล่าวไปก่อน

"นับจากวันนี้เป็นต้นไป โรงพยาบาลที่จะผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายอวัยวะจะต้องขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกต่อสภาการแพทย์ไทย จึงจะนำอวัยวะต่างๆ ไปเปลี่ยนให้แก่ผู้ป่วยได้ และแพทย์ต้องรายงานผลการผ่าตัดและติดตามผลจนกว่าผู้ป่วยจะดำเนินชีวิตได้เหมือนคนปกติทั่วไป" พ.ต.อ.ชุมศักดิ์ กล่าว

นายแพทย์วิศิษฐ์ จิตวิวัฒน์ ผู้อำนวยการศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย กล่าวว่า ควรออกกฎหมายที่ชัดเจนสำหรับแพทย์ที่ทำผิดมหันตภัยนี้ เพราะก่อนที่จะมีกรณีโรงพยาบาลวชิรปราการเกิดขึ้น มีอีกหลายแห่งที่ได้ซื้อ-ขายอวัยวะเพียงแต่ไม่มีหลักฐาน

"ผมตั้งข้อสังเกตว่า แพทย์กล้าทำผิดเพราะคิดว่าไม่มีกฎหมายอาญาเอาผิดได้ เพราะโทษผิดจรรยาบรรณแพทย์ มีโทษแค่ถอนใบอนุญาต นอกจากนี้มีเงินจำนวนสูงล่อใจแพทย์จึงกล้าทำผิด ด้วยเหตุนี้ ถ้าหากมีพ.ร.บ.ออกมา ควรกำหนดโทษให้จำคุกหลาย

ปี ชดใช้ค่าเสียหายและถอนใบอนุญาต อย่างไรก็ตาม เรื่องร่างกฎหมายควรผลักดันให้มีผลออกมาบังคับใช้ให้เร็วที่สุด" ผู้อำนวยการศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย กล่าว

นายทศพร กรมการสาธารณสุข กล่าวว่า ปัญหาการกระทำผิดของหมอที่ตึงใจกระทำผิดและประชาชนไม่สามารถเรียกร้องค่าเสียหายได้ ตนเห็นด้วยกับการผลักดันร่างพระราชบัญญัติ หากร่างดังกล่าวเสนอมายังคณะรัฐมนตรี ตนจะผลักดันให้มีการพิจารณาให้ร่างพ.ร.บ.ฉบับดังกล่าวเพื่อออกเป็นพระราชบัญญัติบังคับใช้ให้เร็วที่สุด

ด้านนายแสวง บุญเฉลิมวิภาส อาจารย์ประจำคณะนิติศาสตร์และแผนงานสหภาพนายความ กล่าวถึงปัญหาเรื่องการตีความของแพทย์เกี่ยวกับแกนสมองตายว่า ปัจจุบันนี้แพทย์หลายคนยังเข้าใจผิดว่า "เจ้าชายนิรรา" นั้นถือตายแล้วซึ่งความจริงคือคนป่วยชนิดหนึ่งเท่านั้น เนื่องจากบางรายยังดำเนินชีวิตถึง 10-20 ปีก็มี ดังนั้น แพทย์ควรทำความเข้าใจให้ถูกต้อง และแพทย์ที่มีความรู้เรื่องแกนสมองตายควรมาถ่ายทอดความรู้ให้แพทย์ที่เข้าใจผิดให้เข้าใจให้ถูกต้อง ■



กองกลาง กระทรวงสาธารณสุข

**ทนายลุย  
ขายไต  
เข้าแจ้งป.  
"เปลี่ยนไต"  
ถึงมือกองปราบฯ  
★ มีต่อหน้า 19**

หนังสือพิมพ์ ไทยรัฐ หน้า 1

ฉบับวันที่ 18 ก.พ. 2543

## ทนายลุย

## ☆ ต่อจากหน้า 1

แล้ว สภานายความนำหลักฐานเข้าแจ้งความให้ดำเนินการ  
การมีผู้ปลอมแปลงเอกสาร เพื่อนำคนไข้ไปผ่าตัดเอา  
อวัยวะไปปลูกถ่ายให้แก่คนอื่น ส่วนเรื่องความผิดต่อ  
ชีวิตที่หาให้ผู้อื่นตายไปโดยไม่สมควรเพื่อเอาอวัยวะ  
ไปใช้เป็นเรื่องที่ตำรวจต้องขยายผลต่อไป "อัครวิ  
ญญเมือง" รับถูก ส่ง ผกก.2 ปล. ดำเนินการหาข้อเท็จจริง  
ทันที ถ้ามีมูลจะตั้งกรรมการชุดใหญ่ขึ้นสอบสวน เมฆ  
ทองป๊อราบมีข้อมูลว่ายังมีโรงพยาบาลอีกหลายแห่งมี  
พฤติกรรมเช่นเดียวกัน และอยู่ระหว่างรวบรวมข้อมูล  
เพื่อดำเนินคดี

ตามที่แพทย์ของ รพ.จิรปราการ 5 คน ถูก  
แพทย์สงฆ์ฟ้องและพักไว้ในอนุญาโตการประกอบ  
วิชาชีพแพทยกรรม กรณีการผ่าตัดเปลี่ยนไตคนไข้ ที่  
สภานายความเข้าวันที่ 17 ก.พ. นายสีก กอแสงเรือง  
นิเวศสภานายความได้เชิญ พ.ต.อ.ทวี สอดส่อง ผกก.2  
ปล. พ.ต.ท.ชนะชัย ถิ่นประเสริฐ รอง ผกก.2 สสท.ช่วย  
ราชการหน้าสำนักงาน พล.ต.อ.ณรงค์ชัย ไททอง รอง  
ผบ.ตร. และ พ.ต.ท.วิจิต ปัทมว รอง ผกก.2 ปล. เข้า  
หารือพร้อมทั้งมอบสำนวนการสอบสวนในเบื้องต้นและ  
เอกสารที่มีการปลอมแปลง รวมทั้งหนังสือร้องทุกข์ให้เพื่อ  
ขอให้มีการสอบสวนดำเนินคดีกับคณะแพทย์ในข้อหา  
ปลอมและใช้เอกสารปลอมแล้ว

นายสีก กอแสงเรือง นายกสภานายความ  
แถลงข่าวถึงผลการสอบสวนของคณะทำงานของสภา  
ทนายความว่า สภานายความได้มอบหลักฐานการ  
กระทำความผิดและได้ร้องทุกข์กับตำรวจกองปราบฯ  
แล้วว่า เรื่องที่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลจิรปราการนั้น  
เป็นการกระทำโดยทุจริต โดยมีกลุ่มบุคคลได้ทำการ  
ปลอมแปลงเอกสารเพื่อนำคนไข้ไปทำการผ่าตัดเอา  
อวัยวะไปปลูกถ่ายให้แก่บุคคลอื่นโดยที่ไม่มีการยินยอม  
เบื้องต้นได้พิจารณาแล้วเห็นว่า การกระทำอย่างนี้  
เป็นการทำผิดในทางอาญา เพราะข้อความการแจ้งการ  
ยินยอมนั้น ปรากฏหลักฐานข้อเท็จจริงว่าเป็นข้อความ  
เท็จที่ญาติคนตายไม่ทราบและไม่รับมาก่อน

นายกสภานายความกล่าวว่า ส่วนความผิดอื่น  
ที่อาจจะเข้าข่ายความผิดต่อชีวิต และต้องตายไปโดยไม่  
สมควร โดยเป็นการหวังผลเพื่ออวัยวะไปใช้ประโยชน์  
เพราะที่ผ่านมาทางแพทย์สงฆ์ไม่ได้มีการดำเนินการใน  
ทางอาญา และเมื่อทางสภานายความได้สอบสวนหา  
หลักฐานก็พบว่า เรื่องที่เกิดขึ้นนี้เป็นความผิดอาญาแล้ว

ส่วนจะมีกระบวนการเกี่ยวข้องกับโยงโยไปอย่างไรนั้นเป็น  
เรื่องที่ตำรวจจะต้องขยายผลดำเนินการ เพราะถ้าไม่มี  
การหยุดยั้ง ต่อไปจะเกิดขบวนการในเชิงพาณิชย์เพื่อ  
หาอวัยวะมาเปลี่ยนให้แก่บุคคลอื่น โดยไม่ถูกต้องตาม  
ขั้นตอน เป็นปัญหาใหม่ของสังคมและจะเกิดการฆ่าคน  
โดยมีอาชีพอาศัยวิชาชีพเป็นอันตรวตต่อสังคม คนทำ  
ผิดต้องไม่เล็ดลอดกฎหมาย

พ.ต.อ.ทวี สอดส่อง ผกก.2 ปล.กล่าวว่า จะขอศึกษา  
เอกสารที่ได้มาบางส่วนก่อนว่าเรื่องราวเป็นอย่างไร ตอนนี้  
เราได้รับเรื่องร้องทุกข์ของสภานายความแล้ว และ  
ในวันที่ 20 ก.พ.นี้ ก็จะมีการประสานงานไปยังแพทย์สภา  
เพื่อขอทราบผลการตัดสินลงโทษแพทย์ 5 คนของคณะ  
กรรมการแพทย์สภาว่าเป็นอย่างไรด้วย นอกจากนี้  
ก็ได้มอบหมายให้พนักงานสอบสวนประมาณ 10 คน  
แยกย้ายกันไปหาข้อมูลจากทุกด้านก่อนที่จะนำมาประชุม  
สรุปอีกครั้งหนึ่งว่าเป็นอย่างไร ตำรวจจะทำการสอบสวน  
อย่างละเอียดและรัดกุมที่สุดเพราะเรื่องนี้เป็นเรื่องละเอียด  
อ่อนและเป็นเรื่องใหม่ในสังคม

พล.ต.อ.อัศวิน ขวัญเมือง ผบ.ก.ปล.กล่าวว่า ได้สั่ง  
ให้ทาง พ.ต.อ.ทวี สอดส่อง ผกก.2 ปล. รับดำเนินการ  
สอบสวนข้อเท็จจริงในเรื่องนี้แล้ว และให้รายงานผล  
ให้ทราบภายในวันที่ 22 ก.พ.นี้ ว่าคดีจะมีมูลในทาง  
อาญาหรือไม่ แต่เท่าที่ฟังดูในเบื้องต้นนั้นน่าจะเชื่อว่ามี  
มูลจริง จากนั้นก็จะมีการตั้งชุดทำงานชุดใหญ่มาทำการ  
สอบสวนดำเนินคดีกับทุกคนที่เกี่ยวข้องไม่มีการละเว้น  
โดยเด็ดขาด เพราะเป็นเรื่องที่ร้ายแรงมาก ทราบว่าใน  
คดีนี้มีผู้เสียหายร้องทุกข์แล้ว 2 ราย ซึ่งในวันที่ 18 ก.พ.  
ได้สั่งให้ ผกก. 2 ปล.หาหนังสือประสานงานไปยังแพทย์  
สภาเพื่อขอผลการตัดสินลงโทษผู้ที่เกี่ยวข้องกับกรณี  
ดังกล่าวมาพิจารณาว่า ทางคณะกรรมการของแพทย์สภา  
ได้มีการสั่งการลงความเห็นว่ามีความผิดอย่างไรบ้าง  
และเข้าข่ายความผิดตามกฎหมายอย่างไร นอกจากนี้  
เท่าที่ข้อมูลของทางกองปราบทราบมาว่าในเรื่องดังกล่าว  
ยังมีโรงพยาบาลอื่นๆอีกหลายแห่งที่มีพฤติกรรมเหมือน  
เรื่องที่เกิดขึ้นนี้ ซึ่งทางกองปราบฯอยู่ระหว่างการรวบรวม  
ข้อมูลเพื่อดำเนินการตามกฎหมายอย่างต่อเนื่องต่อไป

## ฝ่ายประชาสัมพันธ์

กองกลาง กระทรวงสาธารณสุข

หนังสือพิมพ์ ไทยโพสต์ หน้า 13.....

ฉบับวันที่ 18 ก.พ. 2543.....

# ทลายห้าง5หมอนฉาว แจ้งดำเนินคดีลักไต พบใช้เอกสารปลอม

กรุงเทพฯ • สภานายความแจ้งตำรวจดำเนินคดีแพทย์ ร.พ.วชิรปราการ ขโมยไตผู้ป่วย พบหลักฐานปลอมเอกสารและใช้เอกสารปลอม ขอให้สอบสวนผลถึงคนนำผู้ป่วย

สภานายความแห่งประเทศไทย ได้เปิดแถลงข่าวเมื่อวันที่ 17 ก.พ.นี้ ที่สำนักงานสภานายความฯ

อ่านต่อหน้า 16

## ลักไต

ถนนราชดำเนิน ถึงผลการสอบสวนตามคำร้องเรียนกรณีแพทย์ขโมยไตคนไข้ โดยนายลัก กอแสงเรือง นายกสภานายความ กล่าวไว้ว่า ในขั้นต้นพบการกระทำเข้าข่ายความผิดอาญาในการกรอกข้อความลงเอกสารอันเป็นเท็จ ซึ่งจะเข้าแจ้งความดำเนินคดี ซึ่งการสอบสวนอาจขยายผลไปสู่ความผิดต่อชีวิต ในกรณีที่มีการกระทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายโดยไม่สมควร เพื่อหวังผลนำอวัยวะไปใช้ประโยชน์

มีการร้องเรียนแพทย์สภาและสภานายความแห่งประเทศไทย ถึงข้อสงสัยว่า โรงพยาบาลวชิรปราการ ขโมยอวัยวะผู้ป่วย ภายหลังการสอบสวน แพทย์สภาพบว่า มีแพทย์ของโรงพยาบาลนี้ 6 คนกระทำความผิด จึงมีมติลงโทษ น.พ.สิทธิโรจน์ ภานุจนปัญญาผล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรปราการ ด้วยการเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยระบุว่า น.พ.สิทธิโรจน์ ประพฤติผิดข้อบังคับแพทย์สภาหลายข้อ ทลายกรรมหลายวาระ ในหลายกรณีเป็นความผิดที่ทางการแพทย์อวัยวะถือเป็นความผิดทางจริยธรรมร้ายแรง ทั้งในเรื่องการบริจาคอวัยวะและการปฏิบัติในการฝังศพอวัยวะ

รายที่ 2 ลงโทษพักใช้ใบอนุญาต

ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของ น.พ.วีระเดช เลิศดำรงลักษณ์ ผู้ร่วมกระทำความผิด น.พ.สิทธิโรจน์ เป็นเวลา 6 เดือน รายที่ 3 น.พ.นิสิต อุบารักษ์ ตรวจผู้ป่วยสมองตายในบางรายบกพร่องพักใช้ใบอนุญาต 3 เดือน รายที่ 4 น.พ.ไพรัช เจาตะเกษตริน หนึ่งในผู้บริหาร ร.พ.วชิรปราการ ร่วมกระทำความผิดเกี่ยวกับการจ่ายเงินตอบแทนแก่ญาติผู้ป่วยไต และจ่ายค่าตอบแทนในการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ลงโทษพักใช้ใบอนุญาต 1 ปี

สำหรับรายที่ 5 คือ น.พ.สุกิจ จำปาเงิน ผู้ทำหนังสือร้องเรียนต่อเลขาธิการแพทยสภาว่ามีการลักลอบปลูกถ่ายอวัยวะใน ร.พ.วชิรปราการ โดย น.พ.สุกิจเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลอยู่ในขณะร้องเรียน แพทยสภาพิจารณาแล้วเห็นว่า น.พ.สุกิจน่าจะร่วมมือในการจ่ายเงินค่าตอบแทนแก่ญาติผู้บริจาคไตจากโรงพยาบาลใกล้เคียง ลงโทษพักใช้ใบอนุญาต 1 ปี

ในส่วนของสภานายความญาติของผู้ป่วยที่เสียชีวิต 2 รายได้เข้าร้องเรียนว่า ผู้ป่วยถูกผ่าตัดเอาอวัยวะไปโดยที่มิได้ยินยอม โดยให้เซ็นเอกสารที่ญาติไม่ทราบว่าเป็นการบริจาคอวัยวะ แต่โรงพยาบาลแจ้งว่าเซ็นเพื่อนำศพออกจากโรงพยาบาล สภานายความจึงได้ตั้งคณะทำงานพิเศษสอบสวนเรื่องนี้

นายกสภานายความชี้ว่ากรณีหากไม่มีการหยุดยั้งและหาตัวผู้กระทำความผิดดำเนินคดี ต่อไปกระบวนการพิจารณาจะเข้าครอบงำการหาอวัยวะ ปลูกถ่ายอวัยวะ จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร หรือไม่มีการรักษาที่ถูกต้อง เพื่อหวังผลประโยชน์จากการเสียชีวิตของคนไข้เหล่านั้น

“ครั้งนี้เป็นปัญหาใหม่ของสังคม ต่อไปญาติพี่น้อง สามีภรรยา หรือบุตรของผู้ป่วยอาจได้รับข้อเสนอว่า นอกจากจะไม่เสียเงินค่ารักษาพยาบาลแล้ว ยังได้รับเงินอีกก้อนหนึ่งด้วย จะเกิดกระบวนการผูกคอตายอย่างเล็ดลอด เบื้องรายหายาหรือพี่น้อง หรือผู้รับคินัยกรรม เมื่อเห็นว่าถ้าไม่รักษา นอกจากจะได้ผลตอบแทนแล้ว ยังได้รับมรดกทันทีก็จะอาศัยวิธีการนี้ที่จำกัดซึ่งกันและกันได้” นายสุภะบุ

หลังจากเปิดแถลงข่าว สภานายความได้มอบหมายให้นายสมบัติ วงศ์กำแหง เลขานุการโครงการเผยแพร่ความรู้ทางกฎหมายสภานายความ เข้าร้องทุกข์กล่าวโทษที่สำนักงานตำรวจแห่งชาติในเย็นวันเดียวกัน โดย พล.ต.ต.เอก อังคนานนท์ ผู้ช่วย ผบ.ภ.3 ช่วยบก.ตร. เป็นผู้รับหนังสือ เพื่อเสนอผบ.ตร.สั่งการต่อไป

ในการเข้าร้องทุกข์ สภานายความยังได้มอบเอกสารเกี่ยวกับการบริจาคไตของร.พ.วชิรปราการ รวมทั้งเอกสารอื่นๆ ที่ชี้พบว่า การจ่ายเงินช่วยเหลือพิเศษของ ร.พ.วชิรปราการ ช่วงปี 2539-2540 มีทั้งสิ้น 98 รายจ่ายเงินตั้งแต่รายละ 2 หมื่นถึง 2 แสนบาท นอกจากนี้ ยังมีเอกสารการซื้อขายไตให้ผู้ป่วยแต่ละรายนำไปปลูกถ่ายต่อไปนั้น ไตข้างหนึ่งมีมูลค่าสูงถึง 750,000 บาท

นายสมบัติกล่าวว่า นอกเหนือจาก ร.พ.วชิรปราการที่ได้ร้องทุกข์กล่าวโทษไปแล้ว ยังรับทราบว่ามีโรงพยาบาลอีก 2 แห่งดำเนินการในลักษณะเดียวกัน เพียงแต่สภานายความยังไม่มีหลักฐาน หากมีผู้ใดเข้าร้องเรียน ก็พร้อมดำเนินการตรวจสอบต่อไป

สภานายความได้รับเรื่องร้องเรียนจากญาติผู้ป่วยเมื่อปลายปีที่แล้ว รายแรกชื่อ นายเจริญ โยธา แจ้งว่า เมื่อปี 2540 ลูกสาวประสบอุบัติเหตุ เข้ารักษาที่ ร.พ.วชิรปราการ ชั้นแรกแพทย์บอกว่าเป็นอะไรมาก แต่ต่อมาบอกว่าต้องเข้ารับการผ่าตัด นำเอกสารมาให้เซ็น โดยนายเจริญไม่ทราบว่าเป็นเอกสารอะไร หลังจากนั้นไม่นานลูกสาวก็เสียชีวิต เมื่อจะเผาศพก็พบว่า มีรอยผ่ายาวบริเวณหน้าท้อง หลังจากตกเป็นข่าว ทางร.พ.ก็ขอเจรจาจ่ายเงินให้ 100,000 บาท ไม่รวมค่าทำศพ ค่ารักษา

อีกราย นายทรัพย์ นงพรหมมา แจ้งว่า ภรรยาชื่อ นางนาง นงพรหมมาป่วยเข้ารักษาที่โรงพยาบาลของรัฐในสมุทรปราการ ต่อมาญาติให้เซ็นในเอกสารแผ่นหนึ่ง ทราบภายหลังว่าเป็นการปฏิเสธการรักษา

ที่โรงพยาบาลแห่งนี้ ส่วนผู้ป่วยถูกย้ายไป ร.พ.วชิรปราการ แพทย์ให้นายทรัพย์เซ็นชื่ออนุญาตให้ผ่าตัดภรรยา หลังจากนั้นนางนางก็เสียชีวิต ถูกตัดไตโดยที่นายทรัพย์ยืนยันว่าไม่เคยคิดบริจาค.



**เตรียมคนสู่นาคต 4-5 สิงหาคม 2542 โรงแรมเรดิสัน กรุงเทพมหานคร**  
 สถาบันพระบรมราชชนก ชั้น 7 อาคาร 2 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000  
 โทรศัพท์ 590-1815, 590-1818 โทรสาร 590-1817, 591-8624 E-mail : tippyp@health.moph.go.th

① แพทย์ ร/ร.

ศูนย์รณรงค์ 4-5 สิงหาคม 2542 โรงแรมเรดิสัน สำนักงานพัฒนาคุณภาพ

|  
 มรสว.เพื่อสุขภาพ  
 เรดิสัน  
 มรสว.เพื่อสุขภาพ | สำนักงานพัฒนาคุณภาพ

② แพทย์ ร/ร. ทั่วประเทศ

③ แพทย์ ร/ร. ทั่วประเทศ

④ กรมอนามัย

- เริ่มจาก ร/ร. ทั่วประเทศ - - -
- พริ้งพวง & วิทยาลัย ร/ร. ทั่วประเทศ  
 สหพันธ์ ร/ร. ทั่วประเทศ
- ร/ร. ทั่วประเทศ ร/ร. ทั่วประเทศ  
ร/ร. ทั่วประเทศ & ร/ร. ทั่วประเทศ



# สำนักงานโฆษกกระทรวงสาธารณสุข

[101]

อาคาร 3 ชั้น 2 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี 11000 ☎ 5901311-3 โทรสาร 5901320

รวม → ชุดได้ ✓

① วิจัยไปรวม → "ชุดรวม"

- ① วิจัยรวม
- ② รวมรวม
- ③ วิจัยรวม
- ④ วิจัยรวม / รวมรวม

รวมรวม  
รวมรวม  
รวมรวม

รวม + 1 รวม

รวมรวม 40 → รวมรวม

รวมรวม → รวมรวม

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ

มือถือ 01-9891275

โฆษกกระทรวงสาธารณสุข

เพจเจอร์ 1188 เรียก 6312487

I | ① medical record | → active search  
 ± | ② peer reviews

II સમીક્ષા - VS. કાલેજ

III નોંધણી ન. ~~સમીક્ષા~~ — ૨૬ સ્ટ્રેટ

IV સમીક્ષા ન. સમીક્ષા → જાણ  
 ગુણવત્તા સમીક્ષા

V kick back

(VI સમીક્ષા → )

ન. ~~સમીક્ષા~~

2541

સમીક્ષા  
 ગુણવત્તા

વિદ્યાર્થીઓ

૬  
 સમીક્ષા સમીક્ષા  
 | એ  
 સમીક્ષા સમીક્ષા  
 | એ, સમીક્ષા

Third Party Player



# สำนักงานโฆษกกระทรวงสาธารณสุข

[103]

อาคาร 3 ชั้น 2 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี 11000 ☎ 5901311-3 โทรสาร 5901320

medical record →  
- per se

- ตามที่ในหนังสือ  
กระทรวงสาธารณสุข

รวมร่างข้อ ๕

OK.

กรณี

↓  
กรณี

±

องค์ประกอบ : เอกสาร

รวมร่างข้อ ๕

II เจตนาฆ่าตัวตาย : องค์ประกอบ

III เจตนาฆ่าตัวตาย





วิธี      งานที่มุ่งเน้นสู่โรค ฟ      |      สุขภาพ โรค

I รวมเชิงโครงสร้าง ฟ โรค ฟ โรค

↓  
โครงสร้าง ฟ โรค

② ↑ โครงสร้าง ฟ โรค

II ③ ฟ โรค ฟ โรค - ฟ โรค ฟ โรค

↓  
โครงสร้าง ฟ โรค

④ ฟ โรค ฟ โรค

⑤ ฟ โรค ฟ โรค

↓  
โครงสร้าง ฟ โรค

III

ฟ โรค ฟ โรค

ฟ โรค ฟ โรค

medical record  
peer review

- lesson  
4 lesson



[905] ②

**เตรียมคนสู่อากาศ** 4-5 สิงหาคม 2542 โรงแรมเรดิสัน กรุงเทพมหานคร  
สถาบันพระบรมราชชนก ชั้น 7 อาคาร 2 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000  
โทรศัพท์ 590-1815, 590-1818 โทรสาร 590-1817, 591-8624 E-mail : tippyp@health.moph.go.th

วันเฝ้า → อากาศที่

พฤษภาคม — ๑๖/๕

๑๖/๕ - ๑๖/๖

↓  
ไม่ได้ไปประชุม

|   |                  |
|---|------------------|
| I | ① รพ. รพ. กทม    |
|   | ② รพ. รพ. ภูเก็ต |

II อากาศ → 16/๕  
16/๕ - 16/๖

III

I 16/๕ → 16/๕ - 16/๖ 16/๖ - 16/๗

↓  
16/๕ - 16/๖

II 16/๕ < preventable  
non preventable

1. Ans

WS 17

① auftrags-orientiert — o.m. orientiert

② maximierung → maximierung — maximierung

↓  
maximierung

③ zucht → maximize profit

↓  
maximierung

④ Integration

↓  
maximierung

↓  
maximierung — maximierung — maximierung

⑤ Uffw...

↓  
maximierung

→ maximierung

↓  
maximierung → maximierung

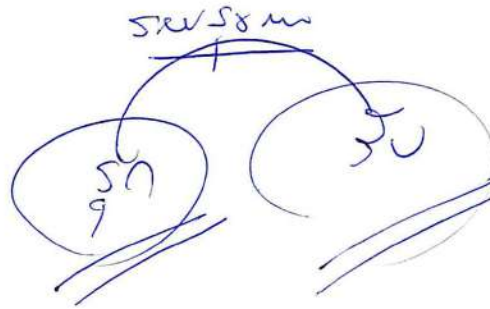




# เตรียมคนสู่นาคต 4-5 สิงหาคม 2542 โรงแรมเรดิสัน กรุงเทพมหานคร

สถาบันพระบรมราชชนก ชั้น 7 อาคาร 2 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000  
โทรศัพท์ 590-1815, 590-1818 โทรสาร 590-1817, 591-8624 E-mail : tippyp@health.moph.go.th

พญ. ประม



↓  
อภิปฎิ — 72% Hypothesis

100% 400 1106 → 17% 1/4 ของ 1106

158 นาที < วิเคราะห์ - informant  
RPH.

↑  
จัดการไม่ได้  
Chronic  
long term case  
terminal case

ปัญหาจัดการ เกล็ดเนื้อ — 101% =

↓  
จัดการใหม่

new order

ดูกรณี  
ศึกษา

↓  
7/7

→ ครอบคลุม

↓  
วิเคราะห์  
\* พญ.  
พญ. กนก

↓  
พญ.

วิเคราะห์ + วิเคราะห์

สรุป

↓  
วิเคราะห์

## ความมั่นคงทางสุขภาพผู้หญิง วาระที่สำคัญของชาติ

จินตนา ยูนิพันธุ์<sup>#</sup>

### สุขภาพประชาชาติ กับสุขภาพผู้หญิง

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แถลงในการประชุมสุดยอดเพื่อการพัฒนาสังคม ที่กรุงโคเปนเฮเกน ประเทศเดนมาร์ก ระหว่างวันที่ 6-12 มีนาคม 2538 ว่าสุขภาพ คือ เสาหลักของการพัฒนาสังคม เรื่องสุขภาพเป็นทั้งเป้าหมายและหนทางนำไปสู่ความสำเร็จของการพัฒนาสังคม สุขภาพไม่อาจแบ่งแยกออกจากเรื่องเศรษฐกิจ ผลผลิตทางสังคม หรือเรื่องครอบครัว ด้วยเหตุนี้ การมีสุขภาพดี และความเสมอภาคในการได้รับบริการทางสุขภาพของประชาชน จึงเป็นองค์ประกอบหลักในการพัฒนาสังคม ดังนั้นการพัฒนาสุขภาพประชาชนจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาสังคมหรือประเทศชาติ

สุขภาพของผู้หญิงมีส่วนสำคัญต่อสุขภาพของประชาชาติ มิใช่ด้วยเหตุผลในด้านจำนวนที่เห็นชัดว่าพลเมืองครึ่งหนึ่งในประเทศ แต่ด้วยเหตุผลที่เกี่ยวกับหน้าที่และการมีส่วนร่วมสร้างสรรค์สังคมและประชาชาติของผู้หญิง ทั้งการที่ผู้หญิงเป็นเสาหลักของครอบครัวที่เกี่ยวกับสภาพชีวิตที่เป็นสุข ความเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัว ซึ่งเป็นหน่วยหรือกลุ่มบุคคลที่เป็นพื้นฐานของสังคม และมีความสำคัญที่สุดของประเทศชาติ ในครอบครัวผู้หญิงเป็นผู้ที่รับหน้าที่และมีความรับผิดชอบสำคัญในการให้กำเนิดบุตร การดูแล [care] เลี้ยงดู [nurture] และประคับประคอง [support] สมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพดี นอกจากนั้น ผู้หญิงในสังคมยุคโลกาภิวัตน์ มีหน้าที่หารายได้จุนเจือครอบครัวเช่นเดียวกับชาย ทั้งในบทบาทของการทำงานนอกบ้านหรือในบ้านเพื่อรายได้

เมื่อผู้หญิงซึ่งมีจำนวนเป็นครึ่งหนึ่งของประชากรของชาติ และมีส่วนสำคัญในการทำงานก่อประโยชน์ต่อสังคมเช่นนี้ หากผู้หญิงมีสุขภาพไม่ดี ก็ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชาติด้วย ดังนั้นการลงทุนของประชาชาติในโครงการใดๆ ที่เกี่ยวกับ สุขภาพของผู้หญิงย่อมได้ผลคุ้มค่าในทางการพัฒนาประชาชาติโดยรวมด้วยเช่นกัน

### ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้หญิง

#### 1. ความหมายของความมั่นคงทางสุขภาพ

“ความร่ำรวยและความพอใจจากการมีสุขภาพดี เป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนพึงได้รับ โดยปราศจากการแบ่งแยกตามเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อทางการเมือง หรือสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม”

“สุขภาพของประชาชนทุกคนเป็นพื้นฐานของสันติภาพและความมั่นคงของสังคม และขึ้นอยู่กับความร่วมมืออย่างเต็มกำลังของบุคคล กลุ่มคน และรัฐ”

<sup>#</sup> รองศาสตราจารย์ ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 281-7709

เรียบเรียงจากเอกสารรายงานการวิจัย การทบทวนองค์ความรู้ รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ เครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพ 2542

คำกล่าวที่อ้างถึง มาจากบทบัญญัติสูงสุดขององค์การอนามัยโลกซึ่งแสดงถึงการให้ความสำคัญของการมีสุขภาพดีอยู่ภายใต้บริบทของสิทธิมนุษยชน สันติภาพ และความมั่นคง ความมุ่งมั่นขององค์การอนามัยโลกสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ เริ่มต้นตั้งแต่การรณรงค์การใช้กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน [Primary Health Care] เพื่อเป้าหมาย สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ค.ศ.2000 โดยถือว่าเป็นระดับที่เป็นไปได้ และนำไปสู่การที่ประชากรโลกสามารถดำรงชีวิต และมีส่วนร่วมในการทำให้การดำรงชีวิตของตนเป็นไปในทางสร้างสรรค์เชิงสังคมและเชิงเศรษฐกิจ เงื่อนไขพื้นฐานของการมีสุขภาพดี คือ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบนิเวศวิทยาที่เหมาะสม ความเป็นธรรมทางสังคมและความเท่าเทียมในสังคม

จากแนวคิดที่ว่า การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิของบุคคล อีกทั้งยังเป็นสิทธิพื้นฐานที่ทุกคนพึงมีพึงได้รับ จึงมีความจำเป็นที่ตามมาคือ การปกป้องสิทธิของตน และการคุ้มครองบุคคลให้ได้รับสิทธิที่พึงมีนั้น แนวคิดของคำว่า ความมั่นคงทางสุขภาพ [Health Security] มาจากหลักการของความเท่าเทียม สะท้อนให้เห็นถึง ความสำคัญของหลักการสากลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลเมื่อมีปัญหาสุขภาพ โดยมีเป้าหมายให้ทุกคนดำรงชีวิตด้วยตนเองได้อย่างอิสระ ไม่มีความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ และความเจ็บป่วยที่ป้องกันได้ ตลอดจนสามารถใช้บริการสุขภาพทั้งของรัฐ และชุมชนได้ถูกต้องและในราคาที่ยุติธรรม

## 2. ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้หญิงไทย

เมื่อความมั่นคงทางสุขภาพของผู้หญิงไทยเป็นเป้าหมายของความพยายามทั้งมวลของภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาชนทั้งหญิงและชาย โดยเฉพาะผู้หญิงเอง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้หญิงทุกคนมีสุขภาพดีตามสิทธิพื้นฐานที่พึงมีโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ การพิจารณา สถานภาพเกี่ยวกับความมั่นคงทางสุขภาพของผู้หญิงไทยในปัจจุบันจะแบ่งเป็น สองตอน คือ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางสุขภาพของผู้หญิง และ ประเด็นปัญหาทางสุขภาพของผู้หญิงไทยที่เป็นที่มาของการเรียกร้องการให้ผู้หญิงของทุกฝ่ายร่วมกันแสดงความรับผิดชอบ

### 2.1 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางสุขภาพของผู้หญิง

#### - กฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

โดยที่ประเทศไทยได้เข้าเป็นภาคีอนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ [Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women - CEADAW] ที่จัดทำขึ้นโดยองค์การสหประชาชาติ และได้รับการรับรองจากที่ประชุมสมัชชาแห่งสหประชาชาติ สมัยที่ 34 เมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2522 โดยวิธีภาคยานุวัติ [accession] มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 8 กันยายน 2528 ซึ่งจนกระทั่งปัจจุบันประเทศไทยยังขอสงวนตามอนุสัญญา ข้อ 16 เรื่องการสมรสและความสัมพันธ์ทางครอบครัว และ ข้อ 29 เรื่องการตีความในการระงับข้อพิพาท หรือการใช้อนุสัญญานับนี้

ความก้าวหน้าเกี่ยวกับสถานะภาพของผู้หญิงที่เกิดจากการปฏิบัติตามอนุสัญญานี้ ทำให้สถานะภาพของผู้หญิงโดยเฉพาะทางกฎหมายมีความก้าวหน้าขึ้น ในส่วนที่เกี่ยวกับสุขภาพ รัฐภาคีได้ใช้



มาตรการทางกฎหมายเพื่อจัดการเลือกปฏิบัติต่อผู้หญิงในด้านการรักษาสุขภาพ เพื่อเป็นการประกันโอกาสได้รับบริการในการรักษาสุขภาพ ประกันให้ผู้หญิงได้รับบริการที่เหมาะสมเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอดบุตรและระยะหลังคลอดบุตร โดยการให้บริการแบบให้เปล่าเมื่อจำเป็น รวมทั้งการให้โภชนาการที่เพียงพอระหว่างการตั้งครรภ์และระยะการให้นม รวมทั้งบริการที่เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว บนพื้นฐานของความเสมอภาคระหว่างหญิงและชาย ในส่วนนี้มีทั้งสิ่งที่นับว่าเป็นความสำเร็จสู่เป้าหมายความมั่นคงทางสุขภาพของผู้หญิง แต่ก็ยังมีบางประเด็นที่จะต้องมีการแก้ไข เพื่อให้ผู้หญิงมีความมั่นคงทางสุขภาพมากขึ้น ดังต่อไปนี้

ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยได้จัดการบริการสุขภาพไว้ โดยหญิงและชายมีสิทธิได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน การบริการสุขภาพที่จำเป็นโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายรัฐได้จัดไว้ให้เพียงพอสำหรับผู้มีรายได้น้อย คือรายได้น้อยกว่า 2,000 บาทต่อเดือน หรือ 28,000 บาทต่อครอบครัว ในโรงพยาบาลของรัฐทุกระดับ นอกจากนี้ยังมีบริการบัตรสุขภาพ และบริการรักษาฟรีสำหรับผู้สูงอายุและเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ทั้งนี้รวมถึงค่ายา ค่าตรวจ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการผ่าตัดและการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตาม แม้รัฐจะจัดการบริการไว้ บนพื้นฐานของความเสมอภาคระหว่างชายและหญิง ทำให้ผู้หญิงสามารถเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพดีขึ้นมาก คือ ผู้หญิงในเขตเทศบาลนิยมไปรับบริการที่โรงพยาบาลมากขึ้น การดูแลสุขภาพอนามัยของมารดา ทารกและเด็ก และสถานการณ์ด้านสุขภาพโดยทั่วไปก็ดีขึ้นแล้วก็ตาม แต่การเข้าถึงหรือใช้บริการอาจเป็นอุปสรรคสำหรับกลุ่มผู้หญิงที่ยากจน ไม่มีค่าพาหนะเดินทางไปรับบริการที่รัฐจัดไว้ให้ได้ ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่สำคัญและเกิดกับผู้หญิงในชนบทเป็นส่วนใหญ่ อุปสรรคสำคัญอีกส่วนหนึ่งเกิดจากข้อจำกัดทางสังคมเกี่ยวกับค่านิยมบทบาทหญิงชาย ที่ทำให้ผู้หญิงไม่สามารถใช้บริการ สุขภาพที่รัฐจัดไว้ได้เต็มที่ เนื่องจากภาระรับผิดชอบในครอบครัว และการที่ผู้หญิงเองไม่ได้ให้ความสำคัญ หรือใส่ใจกับสุขภาพของตนเองเท่าที่ควรด้วยเช่นกัน รวมทั้งข้อจำกัดทางเศรษฐกิจที่ทำให้ต้องมีการหารายได้เพื่อจุนเจือครอบครัว ทำให้กลุ่มผู้หญิงในชนบทเป็นกลุ่มสำคัญที่ด้อยโอกาสที่จะมีความมั่นคงทางสุขภาพ สมควรที่รัฐและกลุ่มบุคคลทุกฝ่ายต้องให้ความสนใจเป็นอย่างยิ่ง

สำหรับข้อกฎหมายที่ยังไม่ได้แก้ไขและแสดงถึงการเลือกปฏิบัติต่อผู้หญิง และส่งผลกระทบต่อสุขภาพ คือกฎหมายครอบครัวเกี่ยวกับการหย่า และกฎหมายพื้นฐานเกี่ยวกับการกระทำผิดทางเพศ เหล่านี้เป็นปัจจัยที่ยังไม่ได้ให้ความเป็นธรรมแก่ ผู้หญิงโดยเฉพาะอย่างยิ่ง กฎหมายไม่มีส่วนเอื้อให้ผู้หญิงในสังคมไทยมีอันตรายน้อยลง หรือตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงในครอบครัว และความรุนแรงในชุมชน โดยเฉพาะช่องโหว่ของกฎหมายเกี่ยวกับการค้าประเวณี

ในกลุ่มผู้หญิงที่เป็นผู้ใช้แรงงานในภาคอุตสาหกรรมทั้งอุตสาหกรรมและสมัครแล้ว ซึ่งมีจำนวนอยู่ไม่น้อยกำลังเผชิญกับอันตรายต่อสุขภาพ จากการสะสมสารพิษไว้ใน ร่างกายทำให้ป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับสมอง เลือด ไต ระบบทางเดินอาหาร และระบบสืบพันธุ์ สำหรับผู้หญิงที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์และอุปกรณ์ไฟฟ้า และผู้หญิงที่ทำงานในโรงงานทอผ้าที่ป่วยด้วยปัญหาจากฝุ่นฝ้าย แร่

งานหญิงเหล่านี้มิได้เผชิญกับโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น แต่ยังคงเผชิญกับความไม่เป็นธรรมในการเรียกร้องค่าชดเชยจากโรคภัย เหล่านี้ ทั้งนี้เกี่ยวเนื่องกับการไม่ปฏิบัติตามกฎหมายและมาตรฐานแรงงานที่กำหนดไว้แล้ว ของโรงงานจำนวนมาก

- ความยากจนกับความมั่นคงทางสุขภาพของผู้หญิง

ในสังคมที่เชื่อว่าการพัฒนาเศรษฐกิจเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนา ถ้าปราศจากความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจแล้ว สังคมจะไม่มีทรัพยากรเพียงพอในการพัฒนาสังคม รวมถึงการดำเนินโครงการทางสังคมต่างๆ ได้แก่ การศึกษาและสุขภาพ นั้น ขณะนี้ได้ประจักษ์ผลที่ชัดเจนแล้วว่า การพัฒนาสังคมที่ใช้เศรษฐกิจเป็นตัวนำนั้น ทำให้สังคมตกอยู่ในปัญหาวิกฤติทางสังคมอย่างมากมาย ปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งคือการกระจายรายได้ต่อหัว แม้ว่ารายได้เฉลี่ยต่อหัวของประชากรจะสูงขึ้น แต่ครัวเรือนที่ยากจนยังมีจำนวนที่ไม่น่าพอใจดังได้กล่าวถึงแล้วในบริบท

ภาวะเศรษฐกิจที่โรจนรุ่ง รายได้ประชาชาติ รายได้ประชาชนสูงอย่างทั่วถึงเท่านั้นไม่เพียงพอที่จะช่วยให้ประชาชนมีความมั่นคงทางสุขภาพได้ ทั้งนี้เพราะการที่บุคคลจะมีสุขภาพดีได้นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสังคมแวดล้อม ปัจจัยภายในตัวบุคคลทั้งทางชีว สรีร จิตใจและค่านิยมวัฒนธรรม ตลอดจนประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ ดังนั้น นโยบายของรัฐที่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างมากมายส่งผลกระทบที่ไม่พึงปรารถนาต่อสุขภาพและสถานะภาพทางสังคมของกลุ่มบุคคล โดยเฉพาะกลุ่มที่เสี่ยงมาก ได้แก่ กลุ่มผู้หญิง เด็กหญิง ผู้สูงอายุ บุคคลว่างงาน ผู้พิการ ผู้หิวโหยและไร้ที่อยู่อาศัย ผู้อพยพ และประชาชนที่ยากจน

ความยากจน เมื่อเกิดขึ้นกับครอบครัวใดก็ตามสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ ผู้หญิง ทั้งนี้เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ค่านิยมในสังคมไทยที่ถือว่าผู้ชายเป็นใหญ่เป็นผู้นำ เป็นผู้ที่จะได้ใช้ทรัพยากรในครอบครัวก่อนผู้หญิง ดังเช่น หากในครอบครัวมีอาหารอยู่จำกัด เด็กเล็กจะได้รับประทานก่อนเด็กโต เด็กชายก่อนเด็กหญิง ผู้ชาย และผู้หญิงเป็นคนสุดท้ายเสมอ ทั้งนี้เพราะผู้หญิงจะถูกกล่อมเกล่าให้ยอมรับการเสียสละ หน้าที่ในการเลี้ยงดู ดูแลให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพดีและเป็นสุข แม้ว่าความเชื่อหรือค่านิยมนี้มีคุณค่าอย่างยิ่งต่อสังคมสมควรจะมีการสืบทอดต่อไปก็ตาม แต่ถ้าสมาชิกอื่นในครอบครัวโดยเฉพาะชายรับค่านิยมนี้ไว้ด้วย คือถือว่าผู้หญิงต้องเสียสละเห็นแก่ผู้อื่นก่อนเสมอ จะส่งผลร้ายต่อ ความเป็นอยู่ที่ดีของผู้หญิงอย่างแน่นอน ผู้หญิงจะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพได้ง่าย ซึ่งส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางสุขภาพของผู้หญิงไม่น้อยทีเดียว

- การขาดโอกาสทางการศึกษากับความมั่นคงทางสุขภาพ

โดยเหตุที่ผู้หญิงเมื่ออยู่ในวัยเรียนยังมีความไม่เท่าเทียมกับชายในวัยเดียวกันในการได้รับการศึกษาโดยเฉพาะการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ทำให้ผู้หญิงส่วนหนึ่ง อ่านหนังสือไม่ออก ทำให้ไม่สามารถจะอ่านข้อมูลที่บุคลากรทางสุขภาพจัดเตรียมไว้ให้หรือผ่านสื่อมวลชน อีกทั้งภาระกิจผูกพันในครอบครัวก็เสริมกันทำให้ไม่มีและขาดโอกาสที่จะได้รับข้อมูลที่จำเป็น ที่ถูกต้อง และมากพอ ในเรื่องการดูแลตนเองด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการป้องกันโรค การปฏิบัติตนเมื่อเผชิญกับปัญหาสุขภาพระดับเล็กน้อย เมื่อผู้หญิงขาดข้อมูลหรือความรู้ที่จำเป็น ทำให้การประเมินปัญหาสุขภาพของตนเองไม่ถูกต้อง

ตัดสินใจหรือเลือกวิธีปฏิบัติตนหรือดูแลตนเองไม่เหมาะสม หรืออาจกล่าวได้ว่าผู้หญิงยังขาดโอกาสที่จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เนื่องจากความไม่เท่าเทียมทางสังคมเพราะอ่านหนังสือไม่ออกหรือไม่มีโอกาสได้รับข้อมูลที่จำเป็น นับว่าเป็นอุปสรรคสำคัญอย่างหนึ่งต่อการมีสุขภาพดีของผู้หญิงในสังคมไทยจำนวนไม่น้อยทีเดียว

- การเข้าถึงบริการสุขภาพกับความมั่นคงทางสุขภาพ

ผู้หญิงในครอบครัวในชนบทหรือครอบครัวที่ยากจน เมื่อเกิดปัญหาทางสุขภาพ หรือเกิดการเจ็บป่วยขึ้น จะประสบกับปัญหาการมีโอกาสดูแลสุขภาพในระบบบริการสุขภาพที่รัฐจัดไว้ให้ เนื่องจากมีรายได้น้อย แม้ว่าจะระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันจะเอื้อต่อผู้มีรายได้น้อยเต็มที่แล้วก็ตาม อุปสรรคจะอยู่ที่การไม่สามารถไปใช้บริการได้ อาจเป็นไม่มีค่าพาหนะเดินทาง หรือต้องผูกพันกับภาระในครอบครัว ภาระการหารายได้มาจุนเจือครอบครัว เหล่านี้ยิ่งทำให้ปัญหาสุขภาพที่มีอยู่เล็กน้อยกลายเป็นปัญหาที่ซับซ้อนยากที่จะแก้ไขได้ เช่นนี้จึงนับได้ว่าหากสภาพความยากจนซึ่งกระจายอยู่ทั่วไปในชุมชนเมือง และในชนบทยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง ผลกระทบต่อความมั่นคงทางสุขภาพของผู้หญิงย่อมมากขึ้นจนกระทบต่อประชาชาติได้

- การปรับเปลี่ยนสภาพสังคมโลกาภิวัตน์กับความมั่นคงทางสุขภาพ

สภาพสังคม "โลกาภิวัตน์" ซึ่งให้ความสำคัญมากในการพัฒนาเศรษฐกิจและเทคโนโลยี ลักษณะเด่นของสังคม การแข่งขัน มุ่งเน้นที่การลงทุนที่คุ้มค่า การใช้ข้อมูลข่าวสารในการตัดสินใจ เห็นชัดว่าให้ผลทางลบต่อวัฒนธรรมและความเป็นเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ การที่มนุษย์กระตือรือร้นที่จะรับสิ่งใหม่ ๆ จากต่างประเทศ การเปิดประตูอย่างกว้างขวางรับวัฒนธรรมต่างถิ่น รับประโยชน์จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสารนั้น แม้จะเป็นสิ่งที่ดี แต่บางครั้งอาจจะนำไปสู่การถูกกลืน ทำให้เกิดการสูญเสียหรือปรับเปลี่ยน วิธีปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยมที่มีมาแต่ดั้งเดิม สูญเสียวิถีทางดำรงชีวิตที่มีรูปแบบเฉพาะของแต่ละชุมชนหรือสังคม นั่นคือ สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง

ในสังคมไทย ผลกระทบที่เห็นได้ชัดอย่างหนึ่งจากความเป็น "โลกาภิวัตน์" คือ การเปลี่ยนแปลงของลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว และลักษณะเอื้ออาทร และการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชน ทั้งสังคมชนบทและสังคมเมือง เป็นที่ประจักษ์ว่าคนยุคโลกาภิวัตน์ที่มุ่งแข่งขัน แก่งแย่งเอาชนะกันทางเศรษฐกิจ และการดำรงชีวิตอย่างเร่งรีบทำให้มีเวลาอยู่ร่วมกัน ทำกิจกรรมในครอบครัวร่วมกัน ปรึกษาหารือแก้ปัญหาจะร่วมกันจะน้อยลง สภาพเช่นนี้มีผลกระทบที่ชัดเจนที่สุดต่อเด็ก ผู้ได้รับตามาคือ ผู้หญิง ทั้งนี้เพราะวิถีชีวิตดังกล่าวผู้หญิงในฐานะมารดา มักเป็นผู้ที่ต้องรับภาระในการเลี้ยงดูอบรมสั่งสอนบุตร ซึ่งเป็นภาระที่ทำให้ดีได้ยากหากไม่มีการมีส่วนร่วมของบิดา สภาพเช่นนี้ผู้หญิงในสังคมยุคนี้จึงมีความเครียดสูงจนเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

นอกจากนี้สภาพครอบครัวในยุคโลกาภิวัตน์ ยังมีความเสี่ยงต่อการมีสภาพครอบครัวที่แตกแยกได้ง่าย และถ้ามีความแตกแยกเกิดขึ้น (ซึ่งก็มีแนวโน้มจะสูงขึ้นทุกปี และในทุกสังคม) ผลกระทบย่อมเกิดความเจ็บปวดทั้งต่อชายและหญิง แต่ผู้หญิงอีกเช่นกันที่ย่อมได้รับผลกระทบที่มากกว่าเพราะ



เป็นผู้ที่สังคมคาดหวังว่าจะต้องรับภาระในการเป็นหัวหน้าครอบครัวและอบรมเลี้ยงดูบุตรไปพร้อมกัน นับได้ว่าในสภาพดังที่กล่าวมาผู้หญิงในยุคนี้เสี่ยงต่อความมั่นคงทางสุขภาพไม่น้อยทีเดียว

- สภาพการทำงานของผู้หญิงกับความมั่นคงทางสุขภาพ

โดยเหตุที่สภาพของสังคมเปลี่ยนไป ความตื่นตัวในการใช้ศักยภาพของตนเองของผู้หญิงในปัจจุบันมีมากขึ้น สังคมยอมรับบทบาทของผู้หญิงในการทำงานมากขึ้น ทำให้ผู้หญิงออกทำงานนอกบ้านมากขึ้น ทั้งงานที่เป็นงานอาชีพ และวิชาชีพต่างๆ ในหน่วยงานของรัฐ และเป็นเจ้าของธุรกิจ โดยการปฏิบัติของผู้หญิงและผู้ชายในสังคมไทยส่วนใหญ่ แม้ว่าผู้หญิงจะทำงานนอกบ้านเหมือนผู้ชาย แต่ภาระหน้าที่ในการทำงานบ้าน ภาระในการอบรมเลี้ยงดูบุตรก็ยังอยู่ในความรับผิดชอบของผู้หญิงเกือบทั้งหมด ด้วยภาระหน้าที่ทำให้ผู้หญิงในวัยทำงานต้องทำงานหนัก บางคนมีเวลาพักผ่อนหรือดูแลตนเองด้านสุขภาพน้อยกว่าที่ควร ดังตัวอย่าง การมีพฤติกรรมการเล่นกีฬาของผู้หญิงในวัยทำงาน คือ อายุ 25-59 ปี พบว่าเพียงร้อยละ 9.39 เท่านั้นซึ่งเป็นจำนวนที่น้อยกว่าชายเกือบ 5 เท่าตัว การเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายน้อย บวกกับความเครียดจากภาระการทำงานและความรับผิดชอบในครอบครัว เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาโรคภัยไข้เจ็บได้มาก

ในสภาพการทำงานของผู้หญิงในกลุ่มที่ยากจน ซึ่งมีจำนวนอยู่ไม่น้อย ผู้หญิงกลุ่มนี้มีทางเลือกชนิดของงาน และสภาพของการทำงานน้อย ทำให้ต้องยอมรับสภาพการทำงานหรือสภาพการอยู่อาศัยที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่นการยอมรับการจ้างงานในสถานที่ทำงานที่ไม่ปลอดภัย ต้องอยู่ในสภาพครอบครัวที่แออัด ไม่ถูกสุขลักษณะ ซึ่งเป็นที่แน่ชัดว่ามีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ที่อยู่ในสภาพนั้นไม่ว่าหญิงหรือชาย แต่ในสภาพความเป็นจริง จากการรายงานพบว่า แรงงานหญิงเป็นกลุ่มที่ยอมรับการจ้างงานที่มีรายได้ต่ำและอยู่ในสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัยมากกว่าชาย ทั้งนี้เกี่ยวเนื่องกับความรู้พื้นฐานอาชีพ ความชำนาญงานที่น้อยกว่าชาย ซึ่งผูกโยงไปถึงการมีโอกาสในการศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบโรงเรียนของเด็กหญิง ดังนั้น หากการพัฒนาประเทศที่มุ่งพัฒนางานด้านอุตสาหกรรมโดยไม่มุ่งสร้างสรรค์สภาพการทำงานและสภาพการอยู่อาศัยที่ปลอดภัยควบคู่กันไป ก็จะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางสุขภาพของผู้หญิงอย่างมากและจะต่อเนื่องไปถึงเด็กทารกในกลุ่มผู้หญิงที่กำลังตั้งครรภ์ หรือถึงเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มผู้หญิงที่มีบุตรต้องเลี้ยงดู ซึ่งเป็นผลเสียต่อทรัพยากรมนุษย์ของประเทศเป็นอย่างยิ่ง

- ความรุนแรงต่อผู้หญิงกับความมั่นคงทางสุขภาพ

ในสภาพสังคมที่เต็มไปด้วยการแก่งแย่งชิงดี แข่งขัน และสังคมที่มองว่าผู้หญิงเป็นวัตถุเพศและค่านิยมทางสังคมวัฒนธรรมเกี่ยวกับสถานภาพที่ไม่เท่าเทียมของ ชาย-หญิง ส่งผลให้เกิดความรุนแรงต่อผู้หญิงทั้งความรุนแรงที่เกิดขึ้นในครอบครัว ซึ่งปรากฏออกมาในหลายลักษณะ เช่น การทุบตีหรือข่มขืนภรรยา การเอาเปรียบทางเพศจากเด็ก และความรุนแรงต่อผู้หญิงในชุมชน เช่นการข่มขืน การคุกคามทางเพศ การบังคับ ค้ำประเวณี เป็นต้น ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงในลักษณะใด ผู้หญิงเป็นผู้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต

### สถานะสุขภาพสตรี: แนวโน้มในอนาคต

การพิจารณาประเด็นปัญหาทางสุขภาพของผู้หญิงควรพิจารณาทั้งจากมุมมองตามบทบาทสำคัญของผู้หญิง และการดำรงชีวิตของตลอดช่วงอายุของผู้หญิง ซึ่งสามารถสรุป ประเด็นผู้หญิงและสุขภาพในอนาคตได้ ดังนี้

- การเป็นมารดาและการคุมกำเนิด แนวคิดสำคัญของการศึกษาเกี่ยวข้องกับสิทธิส่วนบุคคลของผู้หญิง ภาวะสุขภาพ วัฒนธรรม เศรษฐกิจและการมีส่วนร่วมรับภาระของผู้หญิงและผู้ชาย
- สิทธิของผู้หญิงและความสัมพันธ์ของผู้หญิงและผู้ชาย ที่เกี่ยวข้องกับการไม่มีลูก การดำรงตนเป็นโสด และผู้หญิงรักผู้หญิง
- การทำแท้งและปัญหาทางเพศของวัยรุ่น การทำแท้งจะเป็นประเด็นปัญหาทางสังคมปัจจุบัน เนื่องจากวัยรุ่นความเชื่อและพฤติกรรมทางเพศที่เปลี่ยนไป นอกจากนั้นการมีโรคทางพันธุกรรม และโรคเพศสัมพันธ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตทั้งของมารดาและเด็กทารกก็มีความเกี่ยวเนื่องกับปัญหานี้ด้วย
- ปัญหาสุขภาพของผู้หญิงวัยหมดระดู ในปัจจุบันการหมดประจำเดือนของผู้หญิงในช่วงวัยต่อระหว่างวัยผู้ใหญ่กับวัยสูงอายุ นับว่าเป็นกระบวนการหนึ่งของชีวิต มิใช่เป็น "โรค" ตามความเชื่อทางการแพทย์เดิม การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้หญิงในวัยนี้ จึงควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดที่เหมาะสม
- สุขภาพผู้หญิงสูงอายุ กระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิตผู้หญิงหรือผู้ชายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จากมุมมองทางด้านกายภาพอาจจะไม่แตกต่างกันนัก แต่หากพิจารณาทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม จะมองเห็นความเฉพาะที่จำเป็นจะต้องมีการศึกษา เรื่องสุขภาพผู้หญิงในวัยนี้อย่างจริงจัง และโดยที่ ผู้หญิงมีอายุเฉลี่ยสูงกว่าชาย ในอนาคตจึงคาดกันว่าจะมีผู้หญิงสูงอายุจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ยิ่งจำเป็นต้องมีการศึกษาเพื่อกำหนดมาตรการการดูแลบุคคลกลุ่มนี้อย่างจริงจังต่อไป
- ปัญหาสุขภาพและความปลอดภัยของผู้หญิงในการทำงาน เนื่องจากผู้หญิงมีแนวโน้มจะทำงานนอกบ้านมากขึ้น โดยเฉพาะผู้หญิงเป็นแรงงานสำคัญในภาคอุตสาหกรรมและการบริการ สุขภาพและความปลอดภัยเกี่ยวกับอาชีพจะเป็นเรื่องสำคัญรัฐและเอกชนควรร่วมกันใส่ใจ ปัญหาอุบัติเหตุ และความเจ็บป่วยจากสภาพแวดล้อมในการทำงานและสภาพการอยู่อาศัยในโรงงานจะมีมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้หญิงที่ใช้แรงงานในภาคอุตสาหกรรมพบว่า คนงานหญิงในโรงงานสิ่งทอจะมีการเจ็บป่วย เนื่องจากฝุ่นผงมากถึง 30 คนงานหญิง ในโรงงาน อุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ มักเจ็บป่วยจากการสะสมสารพิษไว้ในร่างกาย เช่น สารตะกั่ว อะลูมิเนียม และสารเคมีอื่นๆ ระดับสารตะกั่วที่ตรวจพบในร่างกายคนงานหญิงมากถึง ร้อยละ 36 นอกจากนั้นคนงานหญิงที่ได้รับสารตะกั่วจะป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับสมอง เลือด ไต ระบบทางเดินอาหาร และระบบการสืบพันธุ์ สารพิษเหล่านี้เป็นสาเหตุให้เกิดการแท้ง เสียบบั่น การคลอดที่ผิดปกติ รวมทั้งการชะงักงันของการเจริญเติบโตและการพัฒนาทางสมองของทารกด้วย
- สุขภาพของผู้หญิงกับการบริการสุขภาพ โดยที่บทบาทดั้งเดิมทางสังคมทั้งในครอบครัว หรือในชุมชน ภาระการดูแลสุขภาพผู้ใกล้ชิดตกอยู่กับผู้หญิง แม่ดูแลลูก สามีนี และทุกคนในครอบครัว

เมื่อมีปัญหาสุขภาพขึ้นในชุมชน ผู้ที่มีบทบาทในการปฏิบัติการช่วยเหลือ คือ ผู้หญิง ยิ่งไปกว่านั้น วิชาชีพการดูแลสุขภาพ คือ พยาบาล ผู้ปฏิบัติงานในวิชาชีพนี้ส่วนมากเป็นผู้หญิง ดังนั้น การที่ผู้หญิงจะรับการดูแลสุขภาพผู้อื่นจนลืมน หรือไม่ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเองจึงเป็นสิ่งที่พบได้เป็นธรรมดา

- สุขภาพจิตของผู้หญิง เนื่องจากภาวะแข่งขันทางเศรษฐกิจในปัจจุบัน และการปรับเปลี่ยน มุมมองเกี่ยวกับบทบาทของผู้หญิงในฐานะของผู้ที่ทำงานนอกบ้าน ที่ยังต้องรับภาระงานในบ้านอย่างเต็มที่เท่าเดิม รวมทั้งค่านิยมทางสังคมที่เกี่ยวกับความไม่เป็นธรรมชาติของบทบาทหญิงชายในสังคมไทย เป็นสิ่งคุกคามสุขภาพจิตของผู้หญิงไทยเป็นอย่างมาก ปัญหาสุขภาพจิตของผู้หญิงจึงเป็นเรื่องที่สำคัญเรื่องหนึ่ง

- ปัญหาผู้หญิงกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง แม้ว่าผลกระทบของ "โรค" และ "ความเจ็บป่วย" ที่มีต่อร่างกายของผู้หญิงและผู้ชายจะไม่แตกต่างกันมากนัก แต่ผลกระทบทางจิตใจ และทางสังคม จะมากกว่าและในลักษณะที่แตกต่างกัน การพิจารณาปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้หญิงจึงสมควรได้รับความสนใจเป็นพิเศษ

- ปัญหาผู้หญิงการเป็นโรคติดเชื้อระบบเจริญพันธุ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ โดยเหตุที่ปัจจุบันทั้งผู้หญิงและผู้ชายมีการใช้บริการทางเพศและการสำส่อนทางเพศมากขึ้น เป็นเหตุให้การเจ็บป่วยด้วยโรคทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์จะมีแนวโน้มสูงขึ้น รวมทั้งการติดเชื้อของผู้หญิงที่มีสามีสำส่อน ซึ่งมีผลกระทบถึงทารกในครรภ์ด้วย ปัญหานี้จึงได้รับความสนใจในประชาคมทุกระดับ

- ปัญหาการส่งเสริมและการรักษาสุขภาพ โดยที่ปัจจุบันสินค้าประเภทอาหารและยาจะมีความหลากหลายและมีปริมาณมากขึ้น กลยุทธ์การขายก็มีการพัฒนาขึ้นและประสบความสำเร็จ สูง ประกอบกับลักษณะการบริการสุขภาพ ที่เน้นการแพทย์สมัยใหม่ มีการใช้ยาอย่างฟุ่มเฟือย การโฆษณาให้ผู้หญิงใช้ยาและบริการสาธารณสุขที่ไม่จำเป็นดูเหมือนจะมีมากขึ้น อีกทั้งประสิทธิภาพของการช่วยให้ผู้หญิงโดยเฉพาะกลุ่มด้อยโอกาสได้รับข้อมูลที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ ดูแลสุขภาพของตนเองในเรื่องการใช้ยายังไม่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาสุขภาพต่อจากการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องที่รุนแรงขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้ปัญหาการสูบบุหรี่และดื่มสุราในกลุ่มผู้หญิง ซึ่งพบได้มากในสังคมปัจจุบัน ดังนั้นในฐานะผู้ใช้จึงต้องมีความรู้ในการเลือกอาหารและยาเพื่อบริโภคให้ถูกต้องและเหมาะสม การคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นผู้หญิง การสร้างเสริมนิสัยการบริโภคที่ถูกต้องและการออกกำลังกายซึ่งจะนำไปสู่ความแข็งแรงของร่างกายเป็นเรื่องสำคัญ

- ความรุนแรงต่อผู้หญิงทั้งในครอบครัวและในชุมชน เช่นการทุบตี และความโหดร้ายทารุณทั้งทางกาย ทางเพศ และทางใจในสังคมปัจจุบันมีเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากสภาพทางเศรษฐกิจสังคมและจริยธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้หญิงจะตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงเหล่านี้มากขึ้น

กล่าวโดยสรุป รัฐควรเร่งรัดดำเนินงานตามนโยบายและแผนงานหลักสตรีระยะยาว (พ.ศ. 2535-2554) ซึ่งรัฐบาลได้ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดเป็นเป้าหมายและแผนงานการพัฒนาสตรีใน



แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๘ (พ.ศ. 2539-2544) ให้บรรลุเป้าหมาย อย่างจริงจัง ทั้งนี้เพื่อเป็นการแสดงว่า ในสายตาของผู้บริหารของรัฐ สุขภาพผู้หญิงเป็นเรื่องสำคัญอย่างหนึ่งในแผนงานทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมระดับชาติ

การพัฒนาความมั่นคงทางสุขภาพของผู้หญิง จำเป็นต้องพิจารณาแบบองค์รวม แยกออกจากการพัฒนาเศรษฐกิจไม่ได้ และสังคมลักษณะอื่นๆ โดยเฉพาะต้องทำควบคู่กันไปกับการดำเนินงานเกี่ยวกับสถานภาพผู้หญิง ด้วยการศึกษา การจ้างงาน และความมีอิสระเชิงเศรษฐกิจ การมีรายได้ และการปรับเปลี่ยนค่านิยมเกี่ยวกับบทบาทหญิงและชาย รวมทั้งควรเร่งรัดการเสริมพลังอำนาจในกลุ่มผู้หญิง และจัดโอกาสให้ผู้หญิงได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองด้วยวิธีการที่หลากหลาย และจริงจัง

## ความรุนแรงต่อผู้หญิงในสังคมไทย

จาก รศ. ดร. กฤตยา อาชวนิจกุล

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ตัดตอนและเรียบเรียงมาจาก รายงานการทบทวน รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ เครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพ สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ทุกวันนี้เมื่อหันมองรอบตัว เราจะพบเห็นการกระทำรุนแรงต่อผู้หญิงเกิดขึ้นจริงไม่ใกล้ไม่ไกลตัวเราเสมอ อาจเป็นในบ้านเราเอง ช้างบ้าน ในที่ทำงาน บนถนน ข่าวนบนหนังสือพิมพ์หน้าแรก และจินตนาการที่สร้างความรุนแรงผ่านทางวิทยุ ทางโทรทัศน์ ทางภาพยนตร์ ทางโฆษณา และแม้ใน อินเทอร์เน็ต

ในการพิจารณาสถานการณ์ความรุนแรงต่อผู้หญิงในสังคมไทยอาจมีวิธีการเลือกนำเสนอ แตกต่างกันไป เช่น เวทีหญิงไทยโดยกลุ่มผู้หญิงรากหญ้าได้เลือกประเด็นความรุนแรงต่อผู้หญิงเพื่อเสนอในที่ประชุมเรื่องผู้หญิงที่กรุงปักกิ่งเมื่อปีที่แล้วรวม 3 ประเด็นด้วยกัน คือ ความรุนแรงในครอบครัว การค้าหญิงข้ามชาติ และความรุนแรงต่อหญิงรักหญิง (กฤตยา อาชวนิจกุล, 2538) ในเอกสารวิชาการของผู้เขียนเองเรื่องปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้หญิงไทย ความรุนแรงต่อผู้หญิงได้ถูกพิจารณาว่าเป็นปัญหาพิเศษทางด้านสุขภาพผู้หญิง โดยผู้เขียนเลือกเสนอการกระทำรุนแรง 2 รูปแบบ คือ ความรุนแรง ในครอบครัว และความรุนแรงทางเพศ (Archavanitkul & Pramualratana, 1990) ในครั้งนี้ผู้เขียนขอนำเสนอและอภิปรายถึงปรากฏการณ์ความรุนแรงที่เห็นเด่นชัดในสังคมไทยปัจจุบันรวม 4 รูปแบบ คือ ความรุนแรงทางเพศ (sexual violence) การเลือกปฏิบัติต่อเด็กผู้หญิง (discrimination against girl child) การบังคับค้าประเวณี (forced prostitution) และการค้าหญิงข้ามชาติ (international trafficking in women)

ความรุนแรงทั้ง 4 แบบนี้มีความสัมพันธ์และพาดพิงกันเองค่อนข้างมาก การที่ผู้เขียนมิได้รวมเรื่องความรุนแรงในครอบครัวไว้ด้วยทุกๆ ที่เป็นปัญหาที่เด่นชัดมากในสังคมไทยเพราะเรื่องนี้ได้ถูกนำเสนอเป็นบทหนึ่งในหนังสือเล่มนี้แยกต่างหากออกไปแล้ว ถ้านำความรุนแรงดังกล่าวนี้มาจัดประเภทกล่าวได้ว่าความรุนแรงทางเพศและความรุนแรงในครอบครัวเป็นสิ่งที่เห็นได้ชัดในแง่ของการทำร้ายกันตรงไปตรงมา ในขณะที่ความรุนแรงที่เกิดจากการเลือกปฏิบัติต่อเด็กหญิง การบังคับค้าประเวณี และการค้าหญิง จะเป็นความรุนแรงที่เกิดจากโครงสร้างส่วนบนของสังคมมากกว่า และโครงสร้างส่วนบนที่สำคัญของสังคมก็คือตัวรัฐเอง จึงพึงระวังตรงนี้ได้ว่าประเภทของความรุนแรงอย่างการค้าหญิง การบังคับค้าประเวณี การค้าโสเภณีเด็ก เป็นความรุนแรงที่นโยบายรัฐมีส่วนอุ้มสมอยู่อย่างสำคัญทีเดียว ดังจะอธิบายต่อไป

(1) ความรุนแรงทางเพศ เป็นเรื่องยากที่จะประเมินว่า สถานการณ์แท้จริงของความรุนแรงทางเพศในสังคมไทยมีมากขึ้นหรือน้อยลง เพราะยังขาดฐานข้อมูลระดับมหภาค (macro-level

data base) จำนวนเด็กและผู้หญิงที่ถูกล่วงเกินทางเพศ ทำให้ไม่สามารถประเมินแนวโน้มและการกระจายของปรากฏการณ์นี้ได้ แต่ถ้าพิจารณาเฉพาะปริมาณข่าวสารที่ปรากฏประจำชั้ตต่อสาธารณะ กล่าวได้ว่า ในรอบสามปีที่ผ่านมา ข่าวสารและข้อมูลการล่วงละเมิดทางเพศและการเอารัดเอาเปรียบทางเพศ โดยเฉพาะที่เกิดต่เด็กชัดเจนมากขึ้นมากทั้งในเชิงปริมาณ คือ มีจำนวนข่าวสารเรื่องความรุนแรง ทางเพศมากขึ้น ซึ่งระบุพื้นที่ที่เกิดความรุนแรงขึ้นทั้งในเขตเมืองใหญ่ เมืองเล็ก และในหมู่บ้านชนบททั่วประเทศ ดูเป็นเรื่องราวธรรมดาไปแล้วที่เข้าขึ้นมา เราก็อพบเรื่องผู้หญิงถูกล่วงเกินทางเพศ ถูกข่มขืน และข่มขืนแล้วฆ่า เป็นข่าวหน้าแรกบนหนังสือพิมพ์เสมอ

ในเชิงความรุนแรงของการทารุณกรรมทางเพศพบว่า มีรายงานข่าวจำนวนเด็กและผู้หญิง ที่ถูกข่มขืนแล้วฆ่ามากขึ้น อายุของผู้ที่ตกเป็นเหยื่อน้อยลง ต่ำสุดที่มีการรายงานคือ 8 เดือน สูงสุดคือแม่เฒ่าอายุ 106 ปี อายุผู้กระทำการรุนแรงก็ลดน้อยลงด้วย คือ เป็นความรุนแรงที่เด็กผู้ชายอายุ 13 ปี ข่มขืนแล้วฆ่าเด็กผู้หญิงอายุ 4 ปี และจำนวนกรณีที่พ่อข่มขืนลูกตนเองปรากฏเป็นข่าวเพิ่มมากขึ้นมาก เพศของผู้ที่ต้องเผชิญความรุนแรงมีทั้งเด็กหญิงเด็กชายและผู้หญิง เด็กที่ตกเป็นเหยื่อมีทั้งเด็กไทยและเด็กจากประเทศเพื่อนบ้านที่อพยพหรือลี้ภัยมาอาศัยอยู่ในประเทศไทย หลายรายถูกกระทำจากบุคคลในบ้านซ้ำๆ ติดต่อกันเป็นเวลานาน โดยไม่มีใครกล้ายื่นมือเข้าไปช่วยเหลือ และรูปแบบการละเมิด ทางเพศทวีความซับซ้อนและรุนแรงมากขึ้น

#### แหล่งข้อมูลสำคัญของปัญหานี้คือ

- **หนึ่ง** ข่าวที่ปรากฏในสื่อสารมวลชน ทั้งในรูปสถานการณ์ประจำวันที่เกิดขึ้น และสารคดีพิเศษ ในหนังสือพิมพ์ นิตยสาร วิทยุและโทรทัศน์ ดังรายงานของมูลนิธิเพื่อนหญิงที่รวบรวมข่าวเรื่องนี้ในรอบปี พ.ศ.2538 จากหนังสือพิมพ์ 5 ฉบับที่ตีพิมพ์ในกรอบแรกคือ ไทยรัฐ เดลินิวส์ มติชน ข่าวสด และสยามโพสต์ พบว่ามีอัตราความรุนแรงที่ทำร้ายกันถึงชีวิตในคดีภัยทางเพศเพิ่มขึ้นมากกล่าวคือ จากจำนวนภัยทางเพศ 139 กรณี เป็นการข่มขืนแล้วฆ่าถึงร้อยละ 31 โดยที่อัตราการข่มขืนหมู่เพิ่มมากขึ้นด้วย หากรวมการรวมทรมแล้วฆ่าจะมีร้อยละ 19 แต่ที่น่าตระหนกก็คือมีเด็กผู้หญิงอายุไม่เกิน 15 ปีตกเป็นเหยื่อจำนวนสูงมากถึงร้อยละ 40 เด็กที่อายุน้อยที่สุดมีอายุเพียง 8 เดือนเท่านั้น ที่น่าสลดใจมากก็คือผู้ลงมือกระทำการร้ายนี้มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54) เป็นผู้ใกล้ชิดหรือมีความคุ้นเคยกับผู้หญิงและเด็ก ในที่นี้คือพ่อ พ่อเลี้ยง ญาติ พระครู ผู้บังคับบัญชา และมีกรณีที่ตำรวจข่มขืนผู้หญิงดีใจในห้วงน้ำของสถานบริการคาราโอเกะ 1 ราย
- **สอง** ข้อมูลจากองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเด็กและผู้หญิง ที่ให้ความช่วยเหลือเด็กที่ตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงทางเพศ จำนวนสถิติของผู้ที่มาปรึกษาและขอความช่วยเหลือ



เหลือจากองค์การพัฒนาเอกชนเฉพาะเรื่องการถูกล่วงเกินทางเพศพบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี

- สาม สถิติจำนวนคดีข่มขืนกระทำชำเราจากกองวิจัยและวางแผน กรมตำรวจ แหล่งข้อมูลนี้ไม่มีการแยกรายละเอียดว่าผู้เสียหายอายุเท่าไร และไม่ได้รวมคดีข่มขืนแล้วฆ่าไว้ด้วย จากตัวเลขที่มีรายงานอย่างเป็นทางการของกรมตำรวจ พบว่าคดีข่มขืนกระทำชำเราที่รับแจ้งเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี จาก 2,544 คดีในปี พ.ศ.2526 เป็น 2,547 คดีในปี พ.ศ.2530 และเพิ่มเป็น 3,544 คดีในปี พ.ศ.2537 หรือเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2526 ถึง ร้อยละ 30 เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าสถิติอาชญากรรมทางเพศของทุกประเทศจะต่ำกว่าความเป็นจริงมาก สำหรับประเทศไทยมีผู้คาดประมาณว่าจำนวนคดีดังกล่าวเป็นแค่เพียงร้อยละ 5 ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงเท่านั้น (สุชีลา ตันชัยนันท์, 2535) และเพียงตัวเลขที่ได้นำมาคิดค่าเฉลี่ยจะพบว่าในกรุงเทพฯ จะมีผู้หญิงถูกข่มขืนเฉลี่ยแล้ววันละ 1 คน และมีผู้ถูกข่มขืนแล้วฆ่าเฉลี่ยแล้วเดือนละ 2 คน
- สี่ สถิติการเข้ารับการรักษาพยาบาลของเด็กและผู้หญิงที่ถูกละเมิดทางเพศตามโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูล que แสดงถึงลักษณะผลกระทบของความรุนแรงทางเพศที่สำคัญ แต่ที่น่าเสียดายที่มิได้มีการรวบรวมไว้อย่างเป็นระบบนอกจากจะถูกนำมาใช้ในงานวิจัย ดังตัวอย่างเช่น การศึกษาเรื่องความชุกของโรคติดต่อเพศสัมพันธ์ในเด็กและวัยรุ่น ที่เป็นคนไข้ของโรงพยาบาลบางรักในช่วงปีงบประมาณ 2531 ถึง 2537 จำนวน 338 ราย ที่พบว่าในจำนวนเด็กหญิงอายุ 4 วัน - 12 ปี 81 ราย ที่มารับการรักษาเป็นกามโรคสูงถึงร้อยละ 24 ในจำนวนนี้ 14 รายเคยถูกล่วงเกินทางเพศ ส่วนอีก 67 รายซึ่งไม่มีการซักประวัติละเอียดก็ถูกสันนิษฐานว่า มีสาเหตุมาจากการถูกล่วงเกินทางเพศเช่นเดียวกัน

(2) การเลือกปฏิบัติต่อเด็กผู้หญิง อาจดูเป็นเรื่องแปลกที่ผู้เขียนเลือกนำเสนอความรุนแรงรูปแบบนี้ ทั้งๆ ที่จากการศึกษาวิจัยเรื่องครอบครัวของไทยจำนวนมากแสดงผลสอดคล้องกันว่า พ่อแม่ไทยให้คุณค่าลูกสาวและลูกชายไม่แตกต่างกันนัก ไม่มีปรากฏการณ์ที่แสดงว่าพ่อแม่ไทยต้องการลูกชายมากกว่าลูกสาวมาก ส่วนใหญ่เพียงใจที่จะมีทั้งสองเพศ และถ้ามีเพียงเพศใดเพศเดียวก็ไม่ใช้เป็นเรื่องคอขาดบาดตายในการทำพิธีจารีตในครอบครัวแต่อย่างใด สาเหตุสำคัญเรื่องนี้คงมาจากในอดีตสังคมไทยนับญาติข้างแม่สำคัญกว่าข้างพ่อ และเมื่อมีการแต่งงานเกิดขึ้นฝ่ายเจ้าบ่าวจะเป็นฝ่ายย้ายไปอยู่บ้านเจ้าสาว หมายความว่ามีการมีลูกสาวทำให้ได้แรงงานเพิ่มขึ้นในครอบครัวด้วย ในแง่การแบ่งสมบัติ พ่อแม่ไทยมักจะแบ่งให้ลูกทั้งสองเพศอย่างเท่าเทียมกัน

โดยเฉพาะลูกสาวที่ดูแลพ่อแม่ (ส่วนใหญ่จะเป็นลูกสาวคนเล็กสุด) มักจะได้มรดกมากที่สุดด้วย (ผู้สนใจเรื่องนี้ โปรดดูงานของ Rabinbhadana, 1984; Podhisita, 1985)

ถ้าอย่างนั้นแล้ว อะไรบ้างที่แสดงว่า สังคมไทย ครอบครัวไทยเลือกปฏิบัติต่อเด็กผู้หญิง?

- ประการแรก โอกาสที่แตกต่างกันของเด็กผู้หญิงและเด็กผู้ชายในการศึกษา สถิติในระดับชาติแสดงว่า ความแตกต่างของเด็กผู้หญิงและเด็กผู้ชายในการได้รับการศึกษาถึงภาคบังคับนั้นมีน้อยมาก แต่ความแตกต่างนี้จะเห็นชัดเจน เมื่อพิจารณาสัดส่วนเด็กที่เรียนต่อชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นทั่วประเทศที่ พบว่าเด็กผู้ชายมีอัตราส่วนได้เข้าเรียนต่อ สูงกว่าเด็กผู้หญิงมาก (ศูนย์ข้อมูลสตรี กสส., 2539) ทั้งนี้เพราะการจัดการศึกษาระดับนี้ ยังไม่ทั่วถึง และการศึกษาระดับนี้ยังไม่ได้เป็นการศึกษาให้เปล่าจากรัฐ ความเสียเปรียบของเด็กผู้หญิงนี้หลักๆ มาจากทัศนคติของพ่อแม่ที่คิดว่า ผู้ชายจำเป็นต้องเรียนสูงเพื่อ ทำมาหาเลี้ยงชีพ ดังนั้น ในสถานการณ์ที่พ่อแม่ต้องเลือกพ่อแม่จึงมักเลือกส่งลูกชายเรียนต่อมากกว่า พ่อแม่จำนวนหนึ่งไม่ยอมให้ลูกสาวเรียนต่อแม้สามารถส่งเสียได้เพราะโรงเรียนอยู่ไกล จึงกังวลถึงความปลอดภัยของลูกสาว โดยเฉพาะโอกาสเสี่ยงที่ ต้องเผชิญต่อการละเมิดทางเพศจากการที่ต้องเดินทางไกลไปโรงเรียนทุกวัน (นภาพรณ ะหวานนท์, 2537) อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์ความตั้งใจของพ่อแม่ในชนบทเรื่องการเรียนต่อของลูก ทั้งในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายโดยใช้สถิติขั้นสูง พบว่าในครอบครัวที่มีลูกทั้งสองเพศ พ่อแม่ไทยไม่ว่าจะมีการศึกษาระดับไหน รวยหรือจน มีการศึกษาสูงหรือต่ำ ต่างก็ต้องการส่งเสียให้ลูกชายเรียนสูงกว่าลูกสาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ, 2537) การมีโอกาสได้รับการศึกษาน้อยกว่าของเด็กผู้หญิงแสดงว่า โดยภาพรวมแล้วสังคมไทยลงทุนในการปลูกฝังต้นทุนความรู้ให้กับชีวิตของเด็กผู้หญิงน้อยกว่าเด็กผู้ชาย เท่ากับเป็นการจำกัดโอกาสในการพัฒนาศักยภาพของเด็กผู้หญิงต่อไปในอนาคต ขณะเดียวกันก็เป็นการผลักให้เด็กผู้หญิงออกไปใช้กำลังแรงงานก่อนวัยอันควร ซึ่งจะเป็นประเด็นที่สองที่จะเชื่อมโยงให้เห็นต่อไป
- ประการที่สอง การใช้แรงงานเด็กผู้หญิง ทั้งเด็กหญิงและเด็กชายที่เข้าสู่ตลาดแรงงานก่อนวัยอันควรจะถูกนายจ้างเอารัดเอาเปรียบในเรื่องเงื่อนไขของการทำงานไม่แตกต่างกันนัก คือ ส่วนใหญ่ต้องทำงานเกินกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน มีเวลาพักและวันหยุดน้อย แต่ความแตกต่างที่เห็นชัดคือ อายุเฉลี่ยของเด็กผู้หญิงที่ถูกจ้างเข้าสู่ตลาดแรงงานมีอายุน้อยกว่าเด็กชาย อัตราส่วนของเด็กผู้หญิงในตลาดแรงงานมีสูงกว่าเด็กผู้ชาย เด็กผู้หญิงได้ค่าแรงต่ำกว่าเด็กผู้ชายแม้ทำงานประเภทเดียวกัน และถ้าพิจารณาการจ้างแรงงานเด็กอย่างผิดกฎหมาย เด็กผู้หญิงจะถูกนิยมนจ้างมากกว่า ทั้ง

นี้ไม่นับรวมการจ้ำงบังคับ คำประเวณี ข้อค้นพบดังกล่าวนี้แสดงว่า แรงงานเด็กหญิงถูกขูดรีดเอาเปรียบมากกว่าแรงงานเด็กชาย นอกจากนี้แล้ว แรงงานเด็กหญิงจำนวนมากต้องเสี่ยงต่อการกระทำรุนแรงทางเพศทั้งจากนายจ้างและเพื่อนร่วมงานด้วย (Archavanitkul & Havanon, 1991) เมื่อศึกษาผลกระทบทางสุขภาพของการจ้ำงแรงงานเด็กในสถานประกอบการอุตสาหกรรมการผลิต 7 ประเภท โดยสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ (2529:267-287) พบว่าสภาพการทำงานมีผลกระทบต่อสภาวะอารมณ์และจิตใจ ก่อให้เกิดภาวะสุขภาพจิตเสื่อมต่อเด็กผู้หญิงมากกว่าเด็กผู้ชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- **ประการสุดท้าย การทารุณกรรมเด็กผู้หญิงทางเพศ รวมถึงการบังคับเด็กผู้หญิงค้าประเวณี** ความรุนแรงต่อเด็กผู้หญิงทางเพศนี้สะท้อนมาบ้างแล้วจากสถานการณ์ความรุนแรงทางเพศข้างต้น และจะซ้ำบ้างกับประเด็นความรุนแรงที่จะอภิปรายต่อไป แต่ที่ผู้เขียนเจตนาหยิบยกเรื่องนี้ขึ้นมาต่างหาก เพราะจากประสบการณ์ของผู้เขียนที่ร่วมทำงานกับองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเด็กมานานร่วมสิบปี ผู้เขียนพบว่าเด็กผู้หญิงในบ้านเราถูกเอาเปรียบทางเพศมากขึ้นทั้งในเชิงปริมาณและเชิงความรุนแรงของการทารุณกรรม อย่างต้องกลับมาตั้งคำถามกันว่า อะไรกำลังเกิดขึ้นในบ้านเรา ดังตัวอย่างต่อไปนี้

- \* ในการสนทนาของผู้เขียนกับอัยการจังหวัดกาญจนบุรี (ที่บังเอิญเป็นผู้หญิง) เมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ.2539 อัยการท่านนี้ได้ตั้งข้อสังเกตว่า มีคดีทำร้ายเด็กทางเพศเพิ่มมากขึ้นมากในกาญจนบุรี และมีคดีที่น่าเศร้าสลด เช่น เด็กผู้ชายอายุ 14 ปี ข่มขืนเด็กผู้หญิงข้างบ้านอายุ 6 ขวบ เด็กผู้หญิงว่าจะบอกพ่อแม่ตนเอง เด็กผู้ชายเลยบีบคอเด็กผู้หญิงตาย
- \* จากบันทึกการทำงานของอาสาสมัครผู้หญิงของมูลนิธิผู้หญิงในเขตชนบทใน 4 จังหวัดภาคเหนือและอีสาน พบว่าปัญหาการล่วงเกินเด็กทางเพศเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญเรื่องความรุนแรงทางเพศ และเด็กที่ประสบปัญหามักจะไม่มีที่พึ่งต้องเผชิญต่อเหตุการณ์อย่างโดดเดี่ยว
- \* การล่อลวงเด็กผู้หญิงมาค้าประเวณี ได้แพร่กระจายพื้นที่ออกไปนับตั้งแต่รัฐบาลประกาศปีท่องเที่ยวไทยเมื่อ พ.ศ.2530 จากเดิมที่รุนแรงในเขตภาคเหนือตอนบน มายังภาคเหนือตอนล่าง และหลายจังหวัดในภาคอีสาน
- \* รายงานภาคสนามจากองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ระบุว่า นายหน้าและผู้จัดหาเด็กไปค้าประเวณีเป็นคนในพื้นที่มากขึ้น ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ครู พ่อแม่เด็กเอง อดีตหญิงบริการ และพระสงฆ์ โดยรูปแบบของการชักจูงมีการพัฒนาซับซ้อนมากขึ้น เฉพาะประเด็นความรุนแรงทางเพศที่เกิดจากการบังคับเด็กเข้าสู่





สร้างเครือข่าย  
ภูมิปัญญา  
พัฒนาระบบ  
สาธารณสุข

## สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข HEALTH SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE

การค้าประเวณีจะเชื่อมโยงชนิดคนละเรื่องเดียวกันกับความรุนแรงอีก 2 แบบที่  
จะอภิปรายต่อไปข้างล่างนี้

ที่ผ่านมาได้มีความพยายามจากองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเด็กและผู้หญิงหลายแห่ง ใน  
การเข้าไปช่วยเหลือเด็กและผู้หญิงที่ถูกล่วงเกินทางเพศและถูกทารุณกรรมโดยบุคคลในครอบครัว  
แต่ถ้า ผู้ถูกกระทำทารุณกรรมเป็นเด็ก มักประสบปัญหาในการเข้าถึงตัวเด็ก เนื่องจากข้อกฎหมายไทย  
ให้สิทธิกับผู้เป็นพ่อแม่ในการปกป้องคุ้มครองดูแลบุตร แต่ยังไม่มีความคุ้มครองสวัสดิ  
ภาพเด็กโดยตรงหรือเป็นการเฉพาะ องค์กรที่ให้ความช่วยเหลือเด็ก ไม่มีสิทธิตามกฎหมายในการ  
คุ้มครองเด็กแต่อย่างใด เมื่อเกิดปัญหาขึ้นเด็กจะถูกส่งกลับไปยังครอบครัวของตน และวงจรอุบาทว์ใน  
การทำร้ายเด็กก็เริ่มขึ้นใหม่ ในกรณีที่เด็กถูกล่วงเกินทางเพศหรือทารุณกรรมโดยพ่อแม่หรือผู้ป  
ครอง จึงไม่สามารถเข้าไปช่วยเหลือเด็กได้อย่างทันท่วงที เพราะข้อกฎหมายไม่เอื้ออำนวยให้ทำ  
เช่นนั้น แทบทุกครั้งที่มีข่าวทางหน้าหนังสือพิมพ์เกี่ยวกับการล่วงเกินทางเพศในเด็ก องค์กรที่เกี่ยว  
ข้องมักเรียกร้องให้รัฐออกกฎหมายที่คุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก แต่ยังไม่ได้รับการตอบสนองจากรัฐ  
บาล ยกเว้นกรณีการค้าเด็ก ซึ่งกฎหมายการค้าเด็กและผู้หญิงฉบับใหม่ที่มีผลบังคับใช้เมื่อ  
พฤศจิกายน พ.ศ.2540 มีบทลงโทษ พ่อแม่ที่ขายลูก และให้สิทธิต่อองค์กรช่วยเหลือในการดูแลเด็ก  
ถ้าเด็กต้องการหรือจำเป็น อย่างไรก็ตามตั้งแต่กฎหมายนี้มีผลบังคับใช้ก็ยังไม่มีการจับกุมใคร  
ในข้อหานี้

(3) การบังคับค้าประเวณี สถานบริการธุรกิจการค้าประเวณีในบ้านเรามีหลากหลายรูป  
แบบมากมายถึง 25 แบบ เป็นที่รับรู้กันทั่วไปว่าธุรกิจเหล่านี้เป็นธุรกิจทำเงินมหาศาล โดยรายได้  
ส่วนใหญ่มาจากการเอาเรียดเอาเปรียบและแสวงหาผลประโยชน์จากเด็กและผู้หญิงด้วยวิธีการต่าง  
นานา และในหลายๆ กรณีด้วยวิธีการโหดร้ายทารุณและละเมิดสิทธิมนุษยชนอย่างยิ่ง ความรุน  
แรงที่เกิดและดำรงอยู่ในธุรกิจนี้เป็นความรุนแรงเชิงโครงสร้างที่ชัดเจน เพราะธุรกิจนี้มีมาแต่ดึกดำ  
บรรพ์ คงอยู่และเฟื่องฟูได้ก็เพราะมีผู้ร่วมตักตวงหรือรับผลประโยชน์จำนวนมากทั้งทางตรงและทาง  
อ้อม ดังนั้นการจัดหรือยุติธุรกิจเพศพาณิชย์นี้ดูเหมือนว่าไม่เพียงแต่ทำไม่ได้เท่านั้น แต่การทำให้  
ธุรกิจนี้หดตัวเล็กลง เอาเปรียบผู้หญิงน้อยลงก็ทำได้ลำบากยากยิ่งเช่นกัน

ในจำนวนผู้หญิงบริการที่ยังอยู่ในธุรกิจคงคาดประมาณได้ยากว่า มีสัดส่วนเท่าไรที่ถูก  
บังคับค้าประเวณี อย่างไรก็ตามจากประสบการณ์ในการศึกษาวิจัยและทำงานเรื่องนี้ของผู้เขียน  
พอสรุปข้อเท็จจริงได้ว่า เมื่อแรกเริ่มที่เข้าสู่อาชีพนี้ผู้หญิงบริการเกือบทั้งหมด ไม่เต็มใจ ที่จะ  
ประกอบอาชีพนี้ แต่ด้วยแรงผลักดันทางเศรษฐกิจ สังคม ค่านิยม ความเชื่อ และความคาดหวังของ  
พ่อแม่ มีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้หญิงเหล่านี้ตัดสินใจกระโจนเข้ามาสู่อาชีพนี้ แม้รู้ว่าจะถูกเอาเปรียบ  
มากมายก็ตาม ในกลุ่มที่ไม่เต็มใจนี้ มากกว่าหนึ่งในสี่ เริ่มต้นอาชีพนี้โดยการถูกบังคับ และ





สร้างเครือข่าย  
ภูมิปัญญา  
พัฒนาระบบ  
สาธารณสุข

## สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข HEALTH SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE

ในจำนวนที่ถูกบังคับนี้ เมื่อประกอบอาชีพไปไประยะหนึ่งส่วนใหญ่จะประมาณ 6 เดือน ถึง 1 ปี จึงเกิดการปรับตัวลักษณะตนเองให้สอดคล้องกับงานที่ทำ ซึ่งถ้าไปสอบถามในช่วงที่ยอมรับตนเองแล้วจะได้คำตอบว่าเต็มใจทำ

- (4) การค้าหญิงข้ามชาติ บทบาทของประเทศไทยปัจจุบันที่แสดงอยู่ในระบบการย้ายถิ่นข้ามชาติ คือ เป็นทั้งประเทศที่ส่งออกแรงงานและนำเข้าแรงงาน ซึ่งรวมถึงเป็นพื้นที่ต้นทางและพื้นที่ปลายทางของการค้าผู้หญิงด้วย ผู้หญิงและเด็กที่ตกเป็นสินค้าข้ามชาตินี้ เกือบทั้งหมดมักถูกผลักดันเข้าสู่อาชีพการค้าประเวณีในที่สุด รูปแบบการค้าหญิงข้ามชาติแบบอื่น ได้แก่ แรงงานบังคับในโรงงานรกร้างต่างแดน การจัดหาคู่แต่งงาน เป็นต้น

แต่ไม่ว่าจะเป็นองค์กรเล็กหรือใหญ่ จะมีวิธีการนำผู้หญิงผ่านด่านตรวจคนเข้าเมืองคล้ายคลึงกัน ได้แก่ การเดินทางในรูปศิลปินนักแสดงทางวัฒนธรรม การเดินทางไปทำงานบ้าน การแต่งงานกับชาวต่างชาติ การจดทะเบียนรับรองเป็นบุตรบุญธรรม หรือการเดินทางแบบการเป็นนักท่องเที่ยว วิธีการหลอกล่อก็คล้ายคลึงกัน คือ ใช้จำนวนเงินรายได้เป็นตัวล่อหลักว่า เป็นยอดสูงหลายหมื่นบาทต่อเดือน กลุ่มผู้หญิงที่ถูกหลอกล่อเรื่องการทำงานไม่ว่าจะเป็นงานแบบไหนก็ตาม หรือการแต่งงาน หรือการรับรองเป็นลูกบุญธรรม จะไม่รู้มาก่อนเลยว่าถึงที่สุดจะต้องมาทำการค้าประเวณี ประเทศไทยเป็นทั้งประเทศต้นทางในการส่งออกผู้หญิงไปยังประเทศหลักๆ ดังกล่าวข้างต้น และเป็นประเทศปลายทางของการค้าหญิงในการนำเข้าผู้หญิงจากประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ การนำเข้าเด็กผู้หญิงชนกลุ่มน้อยตามรอยตะเข็บชายแดนไทยพม่า เด็กพม่า เด็กหญิงจีนจากมณฑลยูนนานตอนใต้ของประเทศจีน จากลาว เขมร และเวียดนาม มาค้าประเวณีในไทย และนำล่องไปยังมาเลเซีย สิงคโปร์ ใต้หวัน และญี่ปุ่น (กฤตยา อาชวนิจกุล, 2537 และ 2541ก)

คำถามที่สำคัญในเรื่องนี้ก็คือ ทำอย่างไรสังคมจึงจะยุติความรุนแรงที่มีต่อผู้หญิง หรือจำกัดความรุนแรงนี้ให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทำอย่างไร "บ้าน" ในนัยที่หมายถึงบ้านจริงๆ จะมีความปลอดภัยต่อผู้หญิง โดยผู้หญิงจะไม่ถูกเลือกปฏิบัติ หรือละเมิดสิทธิในรูปแบบต่างๆ และ "บ้าน" ในนัยที่หมายถึงชุมชนและสังคมอันกว้างใหญ่ไพศาล จะทำให้ผู้หญิงปราศจากความกลัวและไร้ความวิตกกังวล เมื่อต้องเดินแต่เพียงลำพังไม่ว่าจะเป็นเวลากลางวันหรือกลางคืน และไม่ว่าจะเป็นบนถนนสายเปลี่ยว หรือบนถนนที่คลาคล่ำด้วยผู้คนมากมายก็ตาม คำถามนี้เป็นคำถามสำหรับคนทุกคนที่สนใจแสวงหาสังคมที่เสมอภาคและสันติสุข สำหรับมนุษย์หญิงชายและมนุษย์รุ่นลูกหลานที่จะเกิดตามมา

ผู้เขียนเห็นว่า ถึงปัจจุบันก็ยังมียุทธศาสตร์ของรัฐบาลที่เกือบไม่ได้ขยับตัว ที่ควรตราไว้ก็คือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพ การสงเคราะห์ประชาชน และการบังคับใช้กฎหมายบนระบบกระบวนการอำนวยความสะดวกของรัฐ คำถามที่สำคัญเฉพาะหน้าต่อปัญหานี้ก็คือ ทำ



สร้างเครือข่าย  
ภูมิปัญญา  
พัฒนาระบบ  
สาธารณสุข

## สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข HEALTH SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE

อย่างไรรัฐและเอกชนจึงจะร่วมช่วยคลี่คลายผลกระทบของความรุนแรงที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้หญิง ทั้งทางกายและจิตใจ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวอย่างเป็นระบบ โดยมีไฮไลต์หน้าทึบนี้ ใ้หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเท่านั้น แต่ต้องเป็นการทำงานร่วมประสานกันของหน่วยงานรัฐหลาย กรมกอง และกับหน่วยงานเอกชนที่ทำงานด้านนี้อยู่แล้ว

ความรุนแรง เกี่ยวข้องกับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชาติ กรอบการแก้ไขปัญหาดังกล่าวต้องแก้ไขปัญหาย่างองค์รวม เห็นมิติความรุนแรงในทุกระดับ ความรุนแรงต่อผู้หญิงไม่ใช่เรื่องส่วนตัว แต่เป็นปัญหาสังคมที่เกี่ยวข้องโยงแนบแน่นกับโครงสร้างระบบความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเมืองในสังคมนั้นๆ และเป็นอาการป่วยของสังคมที่มีรากเหง้ามาจากอาการเจ็บป่วยของความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างหญิงชาย

[124]



สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ  
Health Systems Reform Office



[125]

ที่ สปรส.ร.๐๖๒ /2543

วันที่ 5 เมษายน 2543

เรื่อง ขอเชิญประชุมปรึกษาหารือการเคลื่อนไหวปฏิรูปฯ

เรียน นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. วาระการประชุม  
2. รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

สืบเนื่องจากการประชุมปรึกษาหารือเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2543 ที่ประชุมมีความเห็นว่าการประชุมในลักษณะนี้น่าจะเป็นการประชุมอย่างสม่ำเสมอ

สปรส.ในฐานะองค์กรประสานและทำหน้าที่เลขานุการของการปรึกษาหารือเช่นนี้ ได้หารือกับ ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช แล้วเห็นว่าการประชุมในครั้งต่อไปควรจะเป็นวันเสาร์ที่คนส่วนใหญ่น่าจะสะดวกพอสมควร ในการนี้จึงขออนุญาตหมายการประชุมปรึกษาหารือการเคลื่อนไหวปฏิรูประบบสุขภาพ (ครั้งที่ 1) ในวันเสาร์ที่ 29 เมษายน 2543 เวลา 12.00 น. ณ ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยมีหัวข้อการปรึกษาหารือตามวาระการประชุมที่แนบมาด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและเข้าร่วมประชุม หากท่านขัดข้องประการใด กรุณาตอบกลับไปที่ คุณสุภาวดี นุชรินทร์ โทรศัพท์. 951-1286-93 ต่อ 117 หรือ โทรสาร. 9511295 ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

- ทกบ, ปศ  
- เกษมทรัพย์ (2)

อ.พล

71.4.43

อ.พล จินดาวัฒนะ

(นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ)

ผู้อำนวยการโครงการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ

- ☐ เข้าร่วมประชุมได้  
☐ เข้าร่วมประชุมไม่ได้

## วาระการประชุมปรึกษาหารือการเคลื่อนไหวกฎบัตร

วันเสาร์ที่ 29 เมษายน 2543 เวลา 9.30 น.

ณ ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ประธาน ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช

| วาระที่ | เรื่อง                                                                                                                                                                                                         | ผู้นำเสนอ                                         |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 1       | <u>เสนองานการเคลื่อนไหวกฎบัตรระบบสุขภาพ</u><br>1.1 Health Care Reform Project (HCR)<br>1.2 สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข (สนผ.)<br>1.3 มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.)<br>1.4 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) | นพ.สงวน<br>นพ.สมศักดิ์<br>นพ.ไพฑูริย์<br>นพ.วิพุธ |
| 2       | ปรึกษาหารือการประสานแผน / ประสานบทบาทเพื่อการปฏิรูป                                                                                                                                                            | สปรส.                                             |

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมปรึกษาหารือการเคลื่อนไหวปฏิรูปฯ

วันเสาร์ที่ 29 เมษายน 2543 เวลา 9.30 น.

ณ ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ศ.นพ.ประเวศ วะสี

นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์

ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี

ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย

ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

นพ.ชูชัย ศุภวงศ์

นพ.สุภกร บัวสาย

นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์

รศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล

พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ

นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

นพ.วิพุธ พูลเจริญ

นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

นพ.วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์

นายโสภณ สุภาพงษ์

นพ.วิพุธ—พูลเจริญ

พญ.สุพัตรา ศรีวิณิชชากร

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล

นพ.ปรีดา แต้อารักษ์

นพ.พลเดช ปิ่นประทีป

นพ.พงศธร พอกเพิ่มดี

นส.ดวงพร เสงบุญพันธ์

คุณวณี ปิ่นประทีป



# จับกระแส



<http://www.moph.go.th/hsri>

จดหมายข่าวสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 (49) มกราคม-กุมภาพันธ์ 2543 ISSN 0859-9351

สุขภาพเด็ก คือ สุขภาพของชาติ

สวรส. ร่วมกับ อรสม สุทธิสาคร นักเขียนอิสระ เจาะลึก 10 คดี อาชญากรเด็ก เพื่อนำไปสู่การวิจัยหามาตรการป้องกันและลดความรุนแรงของปัญหา อันถือเป็นวิถีทางเลือกหนึ่งของ การปฏิรูประบบสุขภาพไทย.....หน้า 12

## พระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ ค้นเร่บบเคลื่อนสู่การ ปฏิรูประบบสุขภาพ



### เรื่องในฉบับ

- 1... ขับเคลื่อน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ
- 5... เกาะกระแส..“ตั้งกองทุนลดสุรา บุหรี่และสร้างเสริมสุขภาพ”
- 6... เกาะกระแส..“ชุดโครงการวิจัยผู้สูงอายุ ของ อ.ยุพา และคณะ”
- 9... เกาะกระแส..“ประกวดเว็บไซต์สุขภาพ”
- 10... “บริการสาธารณสุขเชิงรุก ทิศทางใหม่สู่การปฏิรูประบบสุขภาพ”..ในกระแสสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ
- 12... กระแสความคิด..“ชุดค่ายรากปัญหาก่อโรคอาชญากรเด็ก”
- 16... ปลายกระแส



“ก็เพราะว่าโครงสร้างต่างๆ ในสังคมปัจจุบันนี้ล้มเหลว เราจึงต้องเริ่มปฏิรูประบบสุขภาพกันใหม่ทั้งหมด”

นพ.วิฑูร พูลเจริญ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ให้สัมภาษณ์ถึงความเคลื่อนไหวในการดำเนินการ “ปฏิรูประบบสุขภาพ” ซึ่งถือว่าเป็นก้าวที่สำคัญที่สุดก้าวหนึ่งของสังคมไทยในขณะนี้

นพ. วิฑูร ชี้ให้เห็นถึงความล้มเหลวของการรักษาสุขภาพของคนไทย ซึ่งสะท้อนออกมาในหลายรูปแบบว่า อัตราการตายของคนไทยเพิ่มมากขึ้น ทั้งที่คนไทยใช้จ่ายเงิน

(อ่านต่อหน้า 2)





# เรื่องจากปก

จำนวนมหาศาลถึงราว 200,000 ล้านบาท ต่อปีเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นอีก 5 เท่าในอีก 20 ปีข้างหน้า เมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ เช่น ศรีลังกา จีน และมาเลเซีย ปรากฏว่า ไทยมีรายจ่ายด้านสุขภาพมากกว่าและมีอัตราการตายมากกว่าประเทศเหล่านี้เสียอีก

ที่สำคัญยังมีค่านิยมและความคิด “เก่าๆ” ที่ไม่เอื้อต่อการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนอย่างถูกต้อง เช่น คนไทยมักคิดว่าเมื่อมีคนเจ็บป่วยมาก ก็ต้องสร้างโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ผลิตหมอพยาบาล และบุคลากรด้านสาธารณสุขให้มาก แต่ความจริงที่เราเผชิญอยู่ก็คือว่า สร้างโรงพยาบาลมากเท่าไรก็ไม่พอต่อการรองรับผู้ป่วย

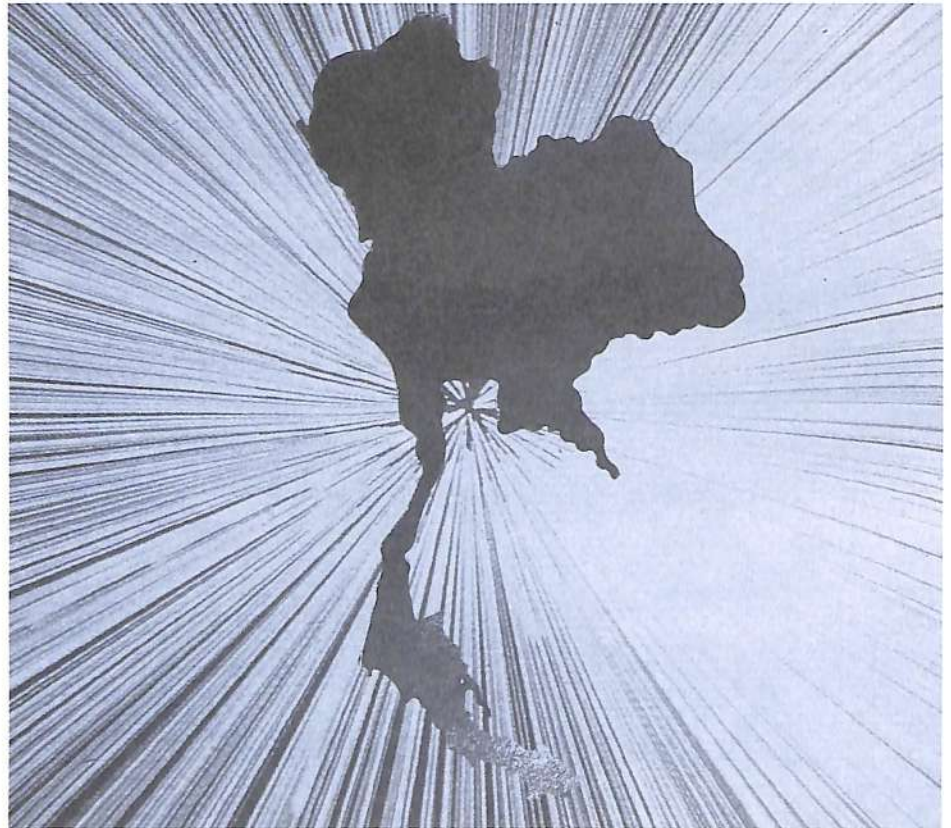
หรือคิดว่า เมื่อเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยก็ต้องรีบไปหาหมอ ความจริงที่เราเผชิญก็คือ เราต้องเสียเงิน เสียเวลา จำนวนมากเพื่อไป “ซ่อม” สุขภาพ และมีคนเพียงหยิบมือเดียวเท่านั้นที่มีเงินไปหาหมอ แต่ยังมีคนไทยอีกถึง 37 ล้านคนที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการของแพทย์

หรือคิดว่าการมีเครื่องมือเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพงจำนวนมาก จะเป็น “ของวิเศษ” ทำให้ตัวเองหายจากโรคภัยไข้เจ็บได้ในเร็ววัน แต่ความจริงก็คือ ประเทศไทยมีเครื่องเอ็กซเรย์มากกว่าประเทศสวีเดน แต่อัตราการตายกลับมากกว่า หนาซ้ำเรามีแนวโน้มต้องเผชิญกับโรคติดต่อใหม่ๆ เช่น โรคเอดส์ และโรคจากสิ่งแวดล้อมและอาหารเป็นพิษ เช่น มะเร็งมากขึ้นเรื่อยๆ

**“เราเดินถูกทางหรือไม่?”**

นพ.วิพุธ ตั้งคำถาม

“ต่อไปเราจะรองรับภาระพวกนี้ไม่



ไหว จะมันต่างประเทศหลายประเทศซึ่งเห็นปัญหาเหล่านี้เขาได้เริ่มปฏิรูประบบสุขภาพไปแล้ว เช่น สวีเดน ออสเตรเลีย แคนาดา มีการรณรงค์เปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน จนสามารถลดอัตราการเป็นโรคหัวใจ และการเกิดอุบัติเหตุก็ลดน้อยลงกว่าเมืองไทยเป็น 10 เท่า หรือในหลายประเทศก็ลดอัตราเป็นมะเร็งปอดได้”

ฉะนั้นนี่คือภาวะจำเป็นที่ประเทศไทยต้อง “ตื่นตัว” ลุกขึ้นมาปรับเปลี่ยน “ระบบสุขภาพ” ก่อนที่วิกฤตทางด้านคุณภาพชีวิตจะลุกลามเข้าไปทำลายทุกส่วนของสังคม

แต่อะไรคือ การปฏิรูประบบสุขภาพ นพ.วิพุธ ให้มุมมองในเรื่องนี้ว่า ประการแรกก็ต้องเปลี่ยนแปลงวิถีคิดในสังคม ให้เกิดมิติใหม่และมุมมองใหม่ของระบบสุขภาพ จนนำไปสู่การเปลี่ยน

แปลงพฤติกรรม และประการที่สอง ต้องสร้างหรือปรับปรุงระบบ และโครงสร้างส่วนต่างๆ ใหม่มารองรับเพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่ควรจะเป็น

อะไรคือระบบสุขภาพที่ควรจะเป็น?

นี่คือคำถามที่สำคัญที่สุดเพราะเป็นเรื่องของทุกคนที่ไม่อาจปฏิเสธได้ และเป็นเรื่องที่ทั้งสังคมจำเป็นต้องตระหนักร่วมกัน

**ระบบสุขภาพที่ดี หมายถึง ระบบที่เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ**

การสร้างสุขภาพ ไม่ใช่การสร้างระบบสาธารณสุข แต่เป็นสภาวะที่เป็นปกติสุขทั้งกาย ใจ และจิตวิญญาณ เช่น ได้รับอาหารดี สะอาด อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เป็นมลพิษ มีความเมตตากรุณา ไม่เครียดหรือเต็มไปด้วยความโลภ โกรธเกลียด มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง





## เรื่องจากปก

มีอิสรภาพ มีโลกทัศน์ที่ถูกต้อง

ส่วนระบบซ่อมสุขภาพที่ดี หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีความเสมอภาค โปร่งใส ตรวจสอบได้ มีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ผสมผสานและต่อเนื่อง มีระบบส่งต่อที่ดี ประชาชนเข้าถึงได้จริง

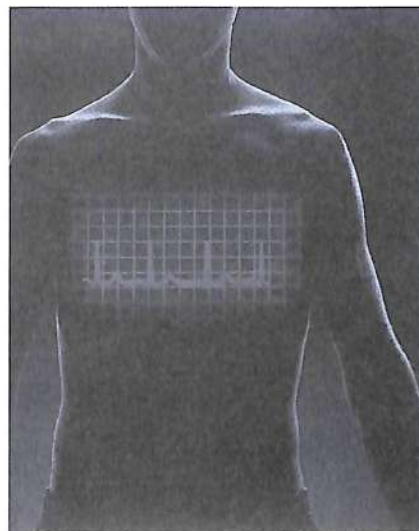
ที่ผ่านมาประเทศไทยจะเน้นการซ่อมสุขภาพมากกว่าการสร้างสุขภาพ และเป็นการซ่อมที่ขาดประสิทธิภาพ และ

ปรับปรุงโครงสร้างของระบบต่างๆ ซึ่งอาจจะเป็นแนวคิดใน ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติว่า โครงสร้างการบริหาร การปกครอง โรงพยาบาลทั่วประเทศต้องเปลี่ยน ระบบการใช้เงินของรัฐบาลในการจัดการด้านสุขภาพ การบริหารโรงพยาบาลควรจะปรับปรุงให้แต่ละชุมชนแต่ละท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการด้วย ระบบปัจจุบันนี้โรงพยาบาลเพียงแต่รับผิดชอบต่อกระทรวงต้นสังกัด

ถึงได้จริง

แต่ใครล่ะ คือผู้สร้างและผลักดัน การปฏิรูประบบสุขภาพนี้ แล้วจะไปกันด้วย “หนทาง” ไດ?

ในด้านขั้นตอนต่างๆ ตามกฎหมาย และการประสานงานขอความร่วมมือ รวมทั้งสนับสนุนข้อมูลพื้นฐาน จัดหาข้อมูลเชิงวิชาการ ปัจจุบันมีหน่วยงานที่เป็นผู้ประสานงานและช่วยสนับสนุนคือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข แต่ในอีกไม่ช้าไม่นาน **“สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ”** หรือ สปรส. จะกำเนิดขึ้นภายใต้พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งขณะนี้ร่าง พ.ร.ฎ. ดังกล่าวได้เสนอเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรีแล้ว และ สปรส. จะเป็นหน่วยงานกลางในการระดมความคิด ความเห็นจากทุกส่วนของสังคม เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ในประเด็นสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อบรรจุเป็นสาระสำคัญ ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติต่อไป



จ่ายแพงเสียด้วย แต่การปฏิรูประบบสุขภาพเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ เพราะในระยะยาวแล้วเป็นการลดค่าใช้จ่าย และสร้างคุณภาพชีวิตอย่างแท้จริง

ฉะนั้นสังคมไทยจะต้องช่วยกันคิด ช่วยกันแสวงหา “หนทาง” และ “เครื่องมือ” ที่จะนำไปสู่เป้าหมายดังกล่าวให้ได้ เครื่องมืออย่างหนึ่งที่จำเป็นคือ **พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ** ซึ่งถือว่าเป็นธรรมนูญด้านสุขภาพของชาติ เป็นการระบุเจตนารมณ์ด้านระบบสุขภาพที่ควรจะเป็น เป็นข้อบังคับที่กำหนดเงื่อนไข ระบบ และโครงสร้างให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพของชาติ

นพ.วิพุธ ยกตัวอย่างถึงการ

อย่างเดียว ไม่ได้รับผิดชอบต่อชุมชน บางครั้งชาวบ้านไม่มีสิทธิโต้เถียงเลย ในขณะเดียวกันคนอีก 30 เปอร์เซ็นต์ ไม่มีหลักประกันในชีวิตเลย เจ็บป่วยแล้วไม่รู้จะหาเงินที่ไหนไปรักษา รัฐบาลจะสนับสนุนชุมชนอย่างไรให้เขามีสวนร่วมด้วย ตรวจสอบได้ด้วย

ความคาดหวังอย่างน้อยที่สุดที่การปฏิรูประบบสุขภาพจะช่วยผ่อนคลายได้ คือ โรคและปัญหาที่ทำให้คนไทยต้องเสียสุขภาพโดยไม่จำเป็น ป้องกันโรคและปัญหาใหม่ที่จะเกิดขึ้นได้ ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ และประชาชนมีสุขภาพดีจริง มีทั้งด้านสุขภาพที่ดี มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ มีความเสมอภาคและเข้า

แต่ สปรส. และกระทรวงสาธารณสุข ไม่ใช่ผู้สร้างระบบสุขภาพที่ดีได้ ผู้ที่จะสร้างได้คือ ตัวประชาชนเอง หน่วยงานทุกหน่วยงาน ทุกกระทรวง องค์กรเอกชน และสื่อมวลชน ทั้งนี้เนื่องจากหนทางที่จะไปสู่การปฏิรูปได้ ต้องอาศัยความเข้าใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความเชื่อ การปรับเปลี่ยนระบบ และโครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวมทั้งหมด ซึ่งเกี่ยวข้องกับงานของทุกกระทรวง เช่น เรื่องการบริโภคอาหารที่ดีและปลอดภัย ย่อมเกี่ยวพันกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม การได้อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีไม่เป็นพิษ





## เรื่องจากปก

การให้ความสำคัญต่อสุขภาพของคนทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม และสถานประกอบการ ต้องเกี่ยวข้องกับกระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงวิทยาศาสตร์ กระทรวงมหาดไทย การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และมีโอกาสได้พัฒนาด้านปัญญา คือ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข

การระดมความรู้ด้านการแพทย์แบบองค์รวมและผสมผสาน ต้องเกี่ยวข้องกับผู้นำชุมชน หมอพื้นบ้าน องค์กรพัฒนาเอกชน บุคลากรด้านการศึกษา และสาธารณสุข

และสุดท้ายก็คือหน้าที่ของทุกคนที่ต้องเอาใจใส่ตัวเอง คนรอบข้าง คนในครอบครัว และชุมชน จนไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผลักดันสิทธิขั้นพื้นฐานในการมีสุขภาพดีของคนไทยทุกคน และสร้างระบบสุขภาพที่ดีให้เป็นจริงขึ้นให้ได้

ณ วันนี้ ทุกคนอาจจะอยู่บนทางแพร่ง ระหว่าง... การที่ตัวท่านหรือลูกหลาน กำลังทุกข์ทรมานกับผลกระทบจากระบบป่วยง่าย จ่ายแพง ดายเพิ่ม และการที่ต้องดิ้นรนอย่างหนักเพื่อให้ “ทุกข์” ที่เกิดขึ้นบรรเทาลง

แต่พรุ่งนี้ ขอให้เป็นการเดินทางบน “หนทาง” แห่งการปฏิรูประบบสร้างสุขภาพ และสร้างสุขร่วมกันอย่างแท้จริง



### อีกหนึ่งมุมมองต่อสาระสำคัญใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

ในการสัมมนา เรื่อง “การวิจัยสุขภาพ: จากกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ” จัดโดยสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ กระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม เมื่อวันที่ 27-28 ม.ค. 2543 ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมนำเสนอกรอบประเด็นสำคัญที่เห็นว่าควรกำหนดไว้ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

1. การสร้างเสริมสุขภาพ ถือเป็นหัวใจสำคัญ ทั้งการจัดการสิ่งแวดล้อม โครงสร้างสำนักแก่ชุมชน ท้องถิ่น เพื่อเข้ามามีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของคน และปลอดภัยจากอันตรายต่างๆ รวมไปถึงการจัดวิถีชีวิตของคนในสถานการณ์ต่างๆ ให้มีพฤติกรรมสุขภาพบนแนวคิดใหม่ที่ต้องสร้างจิตวิญญาณและจิตใจที่มีสุขภาพดีให้เกิดแก่ประชาชน
2. การควบคุมโรคและภัยทางสุขภาพ เน้นจัดการนโยบายและกลไกสำหรับसानเครือข่ายเทคโนโลยี ชีวภาพ อุตสาหกรรม สิ่งแวดล้อมของประเทศเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดกลไกติดตามหรือเตือนภัยโรคระบาดและภัยจากพิษสารเคมีและผลิตภัณฑ์ของเทคโนโลยีต่างๆ ที่มีต่อประชาชน
3. การจัดบริการสุขภาพซึ่งครอบคลุมแนวคิดหลักประกันสุขภาพ
4. การจัดการทรัพยากรสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งด้านความรู้ กำลังคน และเทคโนโลยี
5. บทบาทและสิทธิแห่งรัฐ ท้องถิ่น เอกชน ชุมชน ครอบครัวและปัจเจกชน ต่อการจัดการสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการกำหนดกลไกการคลังและความรับผิดชอบ





# สวรส. ร่วมผลักดัน 2 ร่างกฎหมายกู้ทุกซ์คนไทย ตั้งกองทุนลดเหล้า บุหรี่ และสร้างเสริมสุขภาพ

สุขภาพของคนไทยใกล้ถึงจุดเปลี่ยนครั้งสำคัญ เนื่องจากกำลังจะมีกลไกใหม่ทางสังคมเข้ามาช่วยทำหน้าที่เสมือน “เกราะ” ด้านสารพัดโรคภัย รวมไปถึงสาเหตุสำคัญๆ ที่คร่าชีวิตคนไทยเป็นอันดับต้นๆ ไม่ว่าจะเป็นโรคที่นำไปสู่ความตายและทุพพลภาพ รื้อรัง อย่างเช่น มะเร็ง อุบัติเหตุจราจร โรคหัวใจ หรือทำให้ตายฉับพลันในช่วงเวลาอันรวดเร็ว

ข่าวการประกาศ “วาระแห่งชาติ” ของรัฐบาลนายกรัฐมนตรี ชวน หลีกภัย ก่อนสิ้นปี 2542 ที่หยิบเอาเรื่องการ “ปฏิรูป” ทิศทางการบริหารประเทศด้านสุขภาพ จากการเน้นรักษามาสู่การป้องกัน โดยจัดตั้งองค์กรที่ทำหน้าที่บริหารจัดการโดยเฉพาะ และออกกฎหมายระเบียบเพื่อให้เกิดการลดบริโภคสิ่งที่ไม่ดีต่อร่างกาย เช่น สุรา และบุหรี่ มาเป็นโครงการที่รัฐให้ความสนใจและทรัพยากรให้เป็นอันดับต้นๆ นั่นคือสัญญาณบ่งชี้ว่า อีกไม่ช้าไม่นานจากนี้ การจัดตั้ง สำนักงานกองทุนเพื่อรณรงค์ให้ลดบริโภคสุรา บุหรี่ และเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ อันเป็นกลไกที่หน่วยงานหลายฝ่าย ทั้งจากภาคเอกชน และรัฐ ซึ่งรวมถึงสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ดำเนินการผลักดันมาเป็นเวลานานร่วม 4 ปี เพื่อเข้ามาทำหน้าที่สนับสนุนให้คนไทยมีสุขภาพดีโดยมุ่งป้องกันแทนที่การรักษา ในลักษณะ “มืออาชีพ” คือทำจริงจังต่อเนื่องให้เกิดผลตามเป้าหมาย ในระยะเวลาอันสั้น น่าจะถึงเวลาเริ่มต้นเครื่องเสียที ก่อนที่ตัวเลขการเจ็บป่วยและล้มตายด้วยสาเหตุที่ป้องกันได้ของคนไทยจะขยับสูงขึ้นไปกว่านี้

การจัดตั้งหน่วยงานระดับชาติเพื่อทำงานส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชน เป็นกระแสที่ทั่วโลกกำลังขานรับดังขึ้นทุกที แม้แต่ประเทศเพื่อนบ้านของไทยเราอย่างเช่น มาเลเซีย จีน หรือฮ่องกง ฯลฯ ก็ได้ออกกฎหมายจัดตั้งหน่วยงานลักษณะเช่นนี้แล้ว ประเทศเหล่านี้ส่วนใหญ่เห็นพ้องต้องกันในการนำ “ภาษีบาป” มาเป็นทุนรอนเพื่อจัดทำโครงการต่างๆ เพื่อค่อยๆ สร้าง “ภูมิคุ้มกัน” ต่อสิ่งเสพติด และความเคยชินที่ก่อโทษภัยต่อสุขภาพ



หรือนำสู่ความทุกข์และความสูญเสีย รวมทั้ง การทบทวนและแก้ไขบรรยากาศที่แวดล้อมการดำเนินชีวิตของประชาชนที่เป็นอยู่ ให้เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิต กล่าวคือ ลดความเสี่ยงต่ออันตราย และเสริมสร้างสุขภาพกายและใจให้แข็งแรงและอยู่ในภาวะที่สมดุล

กองทุนเพื่อรณรงค์ให้ลดการบริโภคสุรา ยาสูบ และเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่จะดำเนินการในเมืองไทย จะนำเงินทุนมาจากภาษีการจำหน่ายเหล้าและผลิตภัณฑ์ยาสูบในอัตราร้อยละ 2 ซึ่งคาดว่าจะมีจำนวนประมาณ 700 ล้านบาทต่อปี มาใช้สร้างกิจกรรมในรูปแบบที่หลากหลาย เพื่อส่งเสริมให้คนไทยมีความรู้ ความเข้าใจ และดำเนินชีวิตโดยเจ็บป่วยน้อยที่สุด ทั้งโดยการส่งเสริมการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม สร้างความปลอดภัยบนท้องถนน ลดอุบัติเหตุในลักษณะต่างๆ เป็นต้น โดยเน้นการใช้ประโยชน์จากการการศึกษา วิจัย และอิทธิพลของสื่อในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้เข้าถึงคนไทยอย่างครอบคลุม มีประสิทธิภาพ และต่อเนื่อง

การเริ่มต้นภารกิจใหม่นี้ขึ้นในสังคมไทยต้องอาศัยกฎหมายเป็นตัวเบิกนำ ล่าสุด กฎหมาย 2 ฉบับที่จะเปิดช่องให้เกิดองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการคือ การจัดตั้งสำนักงาน และกองทุน เพื่อเป็นทุนรอนในการดำเนินงานกำลังอยู่ในกระบวนการพิจารณา ประกอบด้วย การออกพระราชกฤษฎีกา เพื่อให้มีการจัดตั้งสำนักงานเพื่อการรณรงค์ให้ลดบริโภคสุรา ยาสูบ และเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ซึ่งได้รับการอนุมัติในหลักการจากคณะรัฐมนตรีแล้วเมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2542 ที่ผ่านมา และ พระราช





บัญญัติกองทุนเพื่อการรณรงค์ โดยมีสาระสำคัญให้ผู้ผลิตและนำเข้าสุราและยาสูบส่งเงินบำรุงเข้ากองทุนในอัตราร้อยละ 2 ของภาษีที่เก็บจากสินค้าเหล่านี้ หาก พ.ร.บ. นี้ผ่านความเห็นชอบ

จากสภาในวาระที่ 1 ทันในสภาชุดนี้ รัฐธรรมนูญใหม่เปิดไฟเขียวให้เดินหน้าสู่กระบวนการตราเป็นกฎหมายขึ้นต่อไปได้ทันที ไม่ขึ้นต่อสภาพความผันผวนทางการเมืองหลังจากนั้น

## วิจัยนี้วัด สวัสดิการคนไทยวัยทอง ถึงเวลาเร่งยกเครื่องทั้งระบบ



ตัวเลขค่าเฉลี่ยอายุคนไทยที่เพิ่มขึ้นคือชาวดีหรือชาวร้าย ในเมื่อผลศึกษาล่าสุดรายงานว่า คุณภาพชีวิตคนไทยวัยทองยังลุ่มๆ ดอนๆ และปราศจากโอกาสในการเข้าถึงสวัสดิการที่จำเป็นได้อย่างเท่าเทียมกัน จนเกิดผู้ด้อยโอกาสกลุ่มใหม่ที่เรียกว่า “คนชราชายขอบ” ขึ้นมาแล้วในวันนี้

ในขณะที่ผลวิจัยทางด้านประชากรชี้

ชัดว่า โครงสร้างประชากรของประเทศไทยกำลังก้าวสู่ความเปลี่ยนแปลงอย่างน่าจับตา จากการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุ ซึ่งคาดว่าตัวเลขจะขยับจาก 5.2 ล้านคนในปี 2542 ได้ระดับสู่ 10.8 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัวในปี 2563 ประกอบกับการที่คนไทยจะมีอายุยืนยาวขึ้น ข้อมูลอีกด้านหนึ่งก็บ่งชี้ว่า ปัจจุบันผู้สูงอายุอีกจำนวนมากยังไม่อาจเข้าถึงบริการที่จำเป็น

โดยเฉพาะในกลุ่มที่ด้อยการศึกษายากจน นอกจากนี้ยังคาดว่าปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะทวีความซับซ้อนและแสดงแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงขึ้นภายใน 1-20 ปีข้างหน้า สวรส. จึงร่วมกับคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติจัดทำโครงการวิจัยเรื่องนโยบายและระบบสวัสดิการและบริการผู้สูงอายุไทย โดยมุ่งแสวงหาความรู้ความเข้าใจอย่างเป็นระบบ เพื่อเกิดองค์ความรู้ที่รอบด้านเพียงพอที่จะเป็นข้อมูลในการประเมินสถานการณ์ทางนโยบาย มาตรการ กลไก และบทบาทของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้ สำหรับนำไปสู่การกำหนดทิศทางการพัฒนาศักยภาพขององค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในระยะสั้นและระยะยาวต่อไป

**ศ.ยุพา วงศ์ไชย** ผู้ดำเนินโครงการวิจัยนี้ชี้ว่า แม้รัฐได้ประกาศวิสัยทัศน์และนโยบายต่อการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุไว้อย่างชัดเจนโดยปรากฏในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย และวิสัยทัศน์ระบบสวัสดิการและบริการผู้สูงอายุในอนาคต ซึ่งมีสาระ





สำคัญที่น่าจะยืนยันได้ว่า ระบบสวัสดิการและบริการทางสังคมต่างๆ ที่มีอยู่ น่าจะสร้างหลักประกันด้านคุณภาพชีวิตแก่ประชากรกลุ่มนี้ได้เป็นอย่างดี ทว่า คำถามจากสังคมไทยที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลับมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตลอดจนมีผลศึกษามากมายระบุว่า ตัวผู้สูงอายุเองก็มีปัญหาความต้องการที่สลับซับซ้อนเปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และวัฒนธรรม คณะผู้ศึกษาจึงทำการวิจัยเพื่อตอบคำถามที่สำคัญเกี่ยวกับเรื่องนี้ให้กระจ่าง ด้วยการวิจัยเอกสาร สัมภาษณ์ จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญ การสังเกต จัดทำกรณีศึกษา ในช่วงปี 2541-2542 โดยตั้งโจทย์ไว้ 5 ข้อด้วยกัน ข้อค้นพบที่สำคัญได้แก่



### รัฐสวัสดิการ-อมาตยาธิปไตย แนวคิดภูมิทิศทางสวัสดิการ สังคมไทย

ดร.จักรินทร โกลลศิริ ผู้ศึกษาในประเด็น แนวคิดและแนวทางการจัดสวัสดิการสังคมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในประเทศไทยชี้ว่า นโยบายสังคมต่อผู้สูงอายุของไทยสะท้อนให้เห็นถึงการรวบอำนาจ (Centralization) และการสั่งการแบบบนลงสู่ล่าง (Top-down) โดยผู้กำหนดนโยบายในระดับบริหารส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงสาเหตุที่แท้จริงในการกำหนดนโยบาย

ที่ผ่านมาผู้บริหารในประเทศไทยพยายามนำแนวคิด “รัฐสวัสดิการ” จากตะวันตกมาใช้ทั้งที่เป็นไปไม่ได้กับระบบสวัสดิการสังคมของไทย ขณะเดียวกันการที่โครงสร้างการบริหารประเทศไทยมีลักษณะที่ระบบราชการมีอำนาจและอิทธิพลสูงเกินกว่าที่ระบบอื่นๆ สามารถเข้ามาถ่วงดุลหรือที่เรียกว่า “อมาตยาธิปไตย” ส่งผลเกี่ยวเนื่องให้ระบบสวัสดิการสังคมไทยเป็นการช่วยเหลือเฉพาะหน้าแบบช่วยเหลือให้ทานการกุศล จากผู้มีอำนาจแก่ผู้ด้อยโอกาส



### ยังจนยิ่งด้อยโอกาส

ดร.สุกัญญา นิธิกร ผู้ศึกษาประเด็นแนวทางการจัดสวัสดิการเพื่อการลงทุนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ให้ข้อสรุปว่า งบประมาณส่วนที่รัฐจ่ายเป็นสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุที่ยากจนทั่วไปต่ำมากเมื่อเทียบกับที่จ่ายให้แก่ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ โดยที่ผู้สูงอายุกลุ่มหลักคิดเป็นร้อยละ 8 ขณะที่ผู้สูงอายุที่ยากจนนั้นคิดเป็นร้อยละ 19 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ในปี 2554 คาดว่าผู้สูงอายุที่ยากจนในเมืองไทยจะมีจำนวนถึง 1,184,200 คน ซึ่งต้องการสวัสดิการที่เหมาะสมทั้งการรักษาพยาบาลขั้นต่ำ เบี้ยยังชีพ ตามสมควร การประกันสุขภาพ การมีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม และการดูแลเอาใจใส่ซึ่งสามารถสร้างเงื่อนไขสนับสนุน

ได้ด้วยการใช้มาตรการลดหย่อนภาษีรายได้บุคคลธรรมดาแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น



### กลไกพิจารณา

จากการศึกษาในประเด็น กลไกการบริหารระบบสวัสดิการผู้สูงอายุที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล ซึ่งดำเนินการศึกษาการทำงานขององค์กรด้านผู้สูงอายุทั้งระบบ ซึ่งจุดอ่อนขององค์กรที่ปฏิบัติงานสวัสดิการด้านผู้สูงทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการยังอ่อนแอ ขาดความสมบูรณ์ ไม่สามารถปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่สามารถนํานโยบายไปสู่การปฏิบัติ ตลอดจนไม่สามารถสนองตอบปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ และขาดการมีส่วนร่วมจากผู้สูงอายุ แก่นของปัญหาที่สำคัญที่ค้นพบก็คือ ทิศทางการทำงานขององค์กรเหล่านี้ยังขาดความชัดเจนและมุ่งแต่การสงเคราะห์ จัดหาบริการและสวัสดิการต่างๆ โดยละเลยการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งน่าจะเป็นแนวทางการจัดสวัสดิการที่ยั่งยืนกว่าอีกส่วนหนึ่งก็คือการมองข้ามบทบาทของท้องถิ่นในการเข้ามาร่วมจัดการด้านสวัสดิการและการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งที่เป็นกลไกที่อยู่ใกล้ชิด สามารถรับรู้ความต้องการและเข้าถึงผู้สูงอายุได้ทั่วถึงกว่า





แท้ที่จริงแล้วกลไกหรือองค์กรในท้องถิ่นสามารถก้าวเข้ามาใส่ใจดูแลผู้สูงอายุได้ใกล้ชิดและมีประสิทธิภาพกว่าสถานการณ์สงเคราะห์ อีกทั้งยังประหยัดทรัพยากรของรัฐได้มากกว่าการมุ่งจัดสวัสดิการให้ฝ่ายเดียว อันเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศไทยมากกว่า อย่างไรก็ตาม การที่รัฐบาลได้จัดตั้งคณะกรรมการประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้นในปี 2543 นี้ น่าจะเป็นนิมิตหมายที่ดีหากสามารถทำให้กลไกนี้เป็นองค์กรประสานงานและแปรนโยบายไปสู่การปฏิบัติโดยไม่ติดกับระบบราชการ และมีความสามารถถึงพร้อมในการทำให้ภาคีและองค์ความรู้ที่มีอยู่สร้างให้เกิดเป็นพลังในการทำงาน รวมทั้งมีความสามารถในการบริหารจัดการแบบ “มืออาชีพ” เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยให้สูงขึ้นเป็นลำดับในอนาคต

### ยังขาดกฎหมายที่จำเป็น

**อ.ชยินทร์ เพชรไพศิษฐ์** ผู้ทำการศึกษาในประเด็น **กฎหมายสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย** เสนอข้อค้นพบว่า กฎหมายที่เกี่ยวกับสวัสดิการผู้สูงอายุในขณะนี้รัฐยังไม่มีกฎหมายเป็นกรณีเฉพาะเท่าที่มีอยู่บ้างก็ไม่ได้เอื้อประโยชน์แก่ผู้สูงอายุได้เท่าเทียมกัน ในเวลานี้ผู้ได้รับสวัสดิการส่วนมากเป็นชนชั้นกลางโดยเฉพาะข้าราชการบำนาญ ในขณะที่ผู้ที่เคยทำงานในภาคเอกชนเพิ่งได้รับสวัสดิการจาก พ.ร.บ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533 แต่สำหรับผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับสวัสดิการที่ดีได้แก่ ผู้สูงอายุที่ยากจนหรือ “ผู้สูงอายุที่ชายขอบ” แม้ว่ารัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันมีบทบัญญัติใน



ส่วนที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้อย่างชัดเจนมากกว่ารัฐธรรมนูญที่เคยใช้กันมา ก็ตาม การออกกฎหมายในลักษณะของพระราชบัญญัติที่มีเนื้อหาครอบคลุมถึงกลไกสิทธิ หน้าที่ต่าง ๆ อาทิ การจัดตั้งองค์กรดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยตรง คือ สิ่งจำเป็นสำหรับสังคมไทย

### สวัสดิการสำคัญยังไม่เข้าเป้า

**อ.ระพีพรรณ คำหอมและคณะ** ประเมินภาพรวมการจัดบริการที่รัฐจัดให้ผู้สูงอายุ โดยเลือกศึกษาบริการที่สำคัญและรู้จักแพร่หลาย ได้แก่ บริการสถานสงเคราะห์ บริการเบี้ยยังชีพ บริการสังคมในชุมชน ซึ่งเน้นบริการศูนย์สงเคราะห์ประจำหมู่บ้าน และบริการฌาปนกิจสงเคราะห์ในด้านแนวคิด กลไกการบริหารจัดการ กลไกการจัดการทรัพยากร และกลไกทางกฎหมาย ข้อค้นพบที่น่าสนใจได้แก่ บริการยังเน้นสงเคราะห์เฉพาะหน้ามากกว่าพัฒนาผู้สูงอายุให้พึ่งตนเอง บริการยังไม่พอเพียงกระจายไม่ทั่วถึง และไม่ตอบสนองความต้องการแท้จริง สาเหตุหนึ่งเพราะมีลักษณะแยกส่วนและเร่งรัด บริการที่เข้าถึงผู้สูงอายุในชุมชนมากที่สุดคือบริการฌาปนกิจสงเคราะห์ ซึ่งมีทั้งกลุ่มที่จัดตั้งอย่างเป็นทางการและที่ชุมชนจัดตั้งกันเองโดยกลุ่มลักษณะหลัง ซึ่งชาวบ้านเรียกกันว่า “ฌกส.เถื่อน” พบว่าสนองตอบ

ความต้องการแท้จริงของสมาชิกได้ดีกว่า เนื่องจากการดำเนินการแบบยืดหยุ่นและอิงวัฒนธรรมท้องถิ่น นอกจากนี้ยังพบว่า กลไกการบริหารจัดการองค์กรเกือบทุกกระบวนการที่ศึกษาเป็นแบบรวมศูนย์สั่งการ ขาดการติดตาม ควบคุม กำกับดูแลอย่างใกล้ชิด ขาดการให้ส่วนร่วมแก่ผู้สูงอายุ และกระจายโอกาสอย่างไม่เป็นธรรม โดยละเลยผู้ที่ยากจน หรืออยู่นอกกลุ่ม

ผลศึกษาจากโครงการทั้ง 5 มีบทสรุปทั้งในส่วนผลการศึกษาและข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกัน ทำให้เกิดความเข้าใจที่กระจ่างว่า จุดหมายของนโยบายสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยไม่แสดงผลในทางปฏิบัติได้ตามต้องการ เพราะแนวคิดที่สำคัญใน



การกำหนดนโยบายสวัสดิการสังคมไม่มีอยู่ในความคิดความเชื่อของผู้มีอำนาจจริง ขณะเดียวกัน ความคิดแบบข้าราชการที่มีอิทธิพลอยู่มากย่อมทำให้กลไกทุกด้านที่มีอยู่ที่เข้มแข็งพอจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการให้บริการ จนถึงขั้นที่เรียกว่า “กลไกพิการ”

ข้อมูลที่ค้นพบจากการศึกษาชี้ว่าระบบสวัสดิการสังคมสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของไทยต้องพัฒนาทั้งระบบ







# Healthnet Web Award 2000

## “เว็บไซต์สุขภาพที่ท่านประทับใจ”

เครือข่ายสุขภาพเพื่อประชาชน ประกาศผลการประกวด “เว็บไซต์สุขภาพที่ท่านประทับใจ” (Healthnet Web Award 2000) จากการให้ผู้ที่ใช้อินเทอร์เน็ตโหวตเข้ามาใน [www.healthnet.in.th](http://www.healthnet.in.th) ตั้งแต่วันที่ 9 พฤศจิกายน 2542 ถึง 16 มกราคม 2543



ผู้ได้รับรางวัลทั้ง 3 ท่าน ถ่ายภาพร่วมกับ นพ.วิฑูร ทูลเจริญ (ซ้ายสุด) ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (จากขวา) รศ. นพ. กำจร ตติยกวี ประธานเครือข่ายสุขภาพประชาชน และ ศ. นพ.ภิรมย์ กมลรัตนกุล คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ. นพ. กำจร ตติยกวี ประธานเครือข่ายฯ ภายใต้โครงการวิจัยปฏิบัติการ “เครือข่ายสารสนเทศเพื่อสุขภาพประชาชน” ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กล่าวว่า เว็บไซต์ด้านสุขภาพที่มีการพัฒนาขึ้นในประเทศไทยมีมากกว่า 180 เว็บไซต์ รวมทั้งเว็บไซต์ที่เป็นสมาชิกเว็บมาสเตอร์ของเครือข่ายสุขภาพเพื่อประชาชน 63 เว็บไซต์ มีหลายเว็บไซต์ที่มีความคิดสร้างสรรค์ ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือสูง และเพื่อต้องการขยายเครือข่ายให้กว้างขวางยิ่งขึ้นจึงได้จัดการประกวดเพื่อหาเว็บไซต์สุขภาพที่ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตรู้สึกประทับใจ

จากการสำรวจความคิดเห็นของผู้ใช้อินเทอร์เน็ต ว่าเว็บไซต์สุขภาพควรเพิ่มเติมอะไรบ้าง มีผู้เสนอว่า ควรให้ข้อมูลสถานพยาบาลใกล้บ้านที่เหมาะสมสำหรับการรักษาที่เหมาะสมกับแต่ละสถานการณ์ โดยไม่จำเป็นต้องเป็นโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีชื่อเสียง นอกจากนี้ยังน่าจะนำเสนอข้อมูลในลักษณะ

มัลติมีเดียแสดงหรือสาธิตการดูแลตนเอง ชี้แนะในการรักษาบางอย่าง ซึ่งขณะนี้เว็บไซต์สุขภาพของไทยส่วนใหญ่ยังไม่มีข้อมูลในลักษณะนี้

สำหรับเว็บไซต์สุขภาพที่มีผู้โหวตให้คะแนนสูงสุด 3 อันดับคือ



นพ.ธเนศ พัวพรพงษ์ (ขวา) จากโรงพยาบาลวิภาวดี เจ้าของเว็บไซต์ “<http://www.thaiclinic.com>” รับรางวัลจาก ศ. นพ.ภิรมย์ กมลรัตนกุล คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. เว็บไซต์ไทยคลินิกดอทคอม (<http://www.thaiclinic.com>) ของ นพ.ธเนศ พัวพรพงษ์ จากโรงพยาบาลวิภาวดี จุดเด่นของเว็บไซต์นี้คือ มีการจัดวางเนื้อหาทางการแพทย์และเปลี่ยนเนื้อหาตลอดเวลา ให้บริการคำปรึกษา ด้านสุขภาพโดยแพทย์สาขาต่าง ๆ
2. เว็บไซต์ห้องสมุดอิเล็กทรอนิกส์ (<http://www.geocities.com/tokyo/harbor/2093>) ของ นพ.รุ่งโรจน์ ตรีนิติ เจ้าของคลินิกเอกซเรย์ จุดเด่นของเว็บไซต์นี้คือ รวบรวมบทความทางวิชาการด้านการแพทย์ไว้กว่า 2,000 เรื่อง และมีการนำเสนอข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้
3. เว็บไซต์รวมสารบัญสำร่นำรู้ (<http://saksiri.hypermark.net>) ของ นายศักดิ์ศิริ ศิริกุล นักศึกษาคณะวิทยาศาสตร์คอมพิวเตอร์ ปี 2 สถาบันราชภัฏฉะเชิงเทรา เป็นเว็บมาสเตอร์คนเดียวที่ไม่ใช่แพทย์ แต่มีความสนใจปัญหาสุขภาพ จุดเด่นของเว็บไซต์นี้คือ รวบรวมข้อมูลเรื่องโรคต่างๆ ที่เป็นข้อมูลพื้นฐาน การรักษา การป้องกัน และการดูแลตัวเอง แต่เมื่อมีผู้เข้ามาขอคำปรึกษาในเว็บไซด์นี้ นายศักดิ์ศิริก็ได้แนะนำให้เชื่อมต่อไปยังเว็บไซด์ที่เกี่ยวข้อง เช่น ไทยคลินิกดอทคอม





กระแสสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ

## บริการสาธารณสุขเชิงรุก ทิศทางใหม่สู่การปฏิรูป ระบบสุขภาพ



.....ผมเคยนั่งฟัง “รายงานตอนเช้า หรือ morning report” ของภาควิชาอายุรศาสตร์ ซึ่งแพทย์ประจำบ้านจะรายงานเรื่องราวของผู้ป่วยที่รับเข้ามาในตอนเย็นหรือกลางคืนว่ามีผู้ป่วยเป็นอะไร ผู้ป่วยที่รับเข้ามามากจะเป็นผู้ป่วยหนักและได้ทำการตรวจรักษากันอย่างเต็มที่ แต่มักจะไม่ได้ผลถาวรหรือจริงจัง เพราะผู้ป่วยเหล่านี้มีพยาธิสภาพถึงขั้นไม่กลับคืน ปัญหาเหล่านี้มักจะซ้ำๆ เช่น คัมเผล้มากเป็นดับแข็ง เบาหวาน ที่ไม่ได้ควบคุม เชื่อว่าปัญหาอย่างนี้จะพบทุกๆ ไปในโรงพยาบาลใหญ่

การแพทย์คงจะตกเป็นฝ่ายดั่งรับ (passive medicine) และตั้งตัวไม่ติด ตลอดจนหมดเปลืองแรงงานและเศรษฐกิจโดยไม่คุ้มค่าอีกต่อไปเรื่อยๆ หากไม่มีการณรงค์กันอย่างจริงจังให้ประชาชนมีความรู้ และเปลี่ยนพฤติกรรมในอันที่จะสร้างเสริม “สุขภาพที่ดี”

การรอให้สุขภาพเสียเสียก่อนแล้วจึงพยายามแก้นั้นเป็นความเสียหายอย่างยับเยิน การแพทย์แบบรุก (active medicine) น่าจะมีบทบาทมากขึ้น.....

ข้อสังเกตของ นพ.ประเวศ วะสี ดังกล่าวนั้นนับว่าเป็นเรื่องที่ต้องรับฟังและร่วมกันเร่งเปลี่ยนแปลงทิศทางของระบบบริการสาธารณสุขไทยเป็นอย่างยิ่ง ก่อนที่จะสายไปกว่านี้

ความหมายของการให้บริการแบบดั่งรับและแบบรุกเป็นอย่างไร นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) ให้รายละเอียดเกี่ยวกับหลักการของระบบบริการสุขภาพที่สะท้อนภาพการดั่งรับและการรุกว่า

“หลักการของระบบบริการสุขภาพในสองความหมายที่แยกแยะให้เห็นได้อย่างชัดเจน คือ ประการแรก for all หรือ for some

การขยายโรงพยาบาล เพิ่มเครื่องมือแพทย์ ผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เป็นลักษณะระบบการบริการสาธารณสุขแบบ for some คือเป็นการบริการให้กับคนบางคน บางกลุ่ม บางโรค บางปัญหาเท่านั้น ถ้าจะให้เป็นการบริการแบบ for all หรือเพื่อคนทั้งมวล ควรต้องเป็นระบบบริการสาธารณสุขในลักษณะป้องกัน และสร้างเสริมสุขภาพ”

“ประการที่สอง คือ การให้บริการตามแนวคิดแบบ individual หรือ mass ซึ่งแบบแรกคือการมุ่งไปที่คน ส่วนแบบที่สองก็คือครอบครัวและชุมชน ซึ่งในแบบแรกนอกจากมองเฉพาะคนแล้วการรักษาแบบแยกส่วนอวัยวะ รักษาเฉพาะโรค ซึ่งการรักษาแบบนี้ไม่ทำให้คนมีสุขภาพดีโดยรวมได้

หากพิจารณาจากลักษณะการให้บริการสาธารณสุขตามนี้สรุปได้ว่า การให้บริการแบบ for some และ individual คือระบบบริการแบบกระจุกหรือการดั่งรับ ส่วนการให้บริการแบบ for all และ mass คือแนวคิดระบบบริการแบบกระจายหรือการรุกรุนันเอง

จะให้บริการแบบเชิงรุกได้จะต้องมีลักษณะอย่างไร นพ.อำพล ได้ให้ทัศนะต่อว่า

“การบริการเชิงรุก คือการเข้าหาประชาชน ไม่ใช่รอให้คนป่วยแล้วมาหาหมอที่โรงพยาบาล แต่ควรจะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปให้คำแนะนำดูแลในชุมชน ครอบครัว ที่เรียกว่า family care ซึ่งแต่เดิมนั้นแนวคิดของสถานีนามัยทั่วประเทศเป็นแนวคิดการทำงานแบบ family care การเยี่ยมบ้านถือเป็นจุดเด่นของสถานีนามัย แต่ปัจจุบันก็กลายเป็นการทำงานแบบดั่งรับมากขึ้น

การมีหน่วยเล็กๆ ที่ให้บริการอยู่ใกล้บ้าน ใกล้ชุมชน ไม่เป็นแนวคิดเฉพาะในชนบทเท่านั้น ในเมืองก็ควรจะมีลักษณะเช่นนี้ด้วย อาจมีเพียงแพทย์ และพยาบาล ไม่มาก ดูแลประชาชนในพื้นที่ที่ชัดเจนไม่มากนัก หรืออาจโทรศัพท์มาปรึกษาได้หากอยู่ในเมือง มีความสัมพันธ์และใกล้ชิดที่ดี ระบบเช่นนี้จะทำให้คนมีสุขภาพดีโดยรวมได้

“รูปแบบบริการเชิงรุกอีกประเภทหนึ่ง คือ early detection คือการตรวจวินิจฉัยเพื่อการป้องกัน เช่น คนไข้เป็นโรคเบาหวาน ไม่ใช่เพียงให้ยาแล้วนัดมาตรวจทุกเดือน แต่ต้องให้ความรู้และแก้ไขที่พฤติกรรมของคน หรือเมื่เริ่มปากมดลูก ซึ่งเป็นกันมาก



ในผู้หญิง ที่สามารถ  
ป้องกันและรักษาได้  
ถ้าทราบแต่เนิ่นๆ ถ้า  
หากมีการทำงาน ใน  
เชิงรุกมากขึ้น แพทย์  
ผู้เชี่ยวชาญ ควรวิธี  
การคัดกรองผู้มีความ

เสี่ยงและให้ความรู้และการรู้จักดูแลรักษาตนเอง

แต่ความเป็นจริงในขณะนี้เรากำลังทำงานในเชิงรับฉะนั้นไม่  
ว่าจะจัดบริการอะไร เพิ่มบุคลากร หรือเครื่องมือเครื่องมืออีก  
เท่าไร ก็ยังคงไม่พอต่อความต้องการ

“แนวคิดการให้บริการเชิงรุกอีกแบบหนึ่ง คือ การสร้างหรือ  
การทำให้ชุมชนเข้มแข็ง สามารถดูแลกันเองได้ เช่นในกลุ่มผู้สูงอายุ  
ควรมีรวมตัวภายในชุมชน จัดกิจกรรมสันทนาการ ให้คำแนะนำ  
เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย หรือแม้แต่ในกลุ่มเด็ก สตรี ก็  
เช่นเดียวกัน ให้มีการรวมตัว มีการเรียนรู้และสอนกันเองใน  
กลุ่มหรือชุมชน”

การที่จะเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขจากแบบตั้งรับเป็น  
การรุกนั้นต้องมีวิธีการและกลไกที่เอื้อต่อทิศทางการสาธารณสุขแบบนี้  
แต่จะสร้างวิธีการและกลไกขึ้นมาได้ก็ต้องรู้ถึงที่มาของปัญหาที่  
เป็นอยู่ในปัจจุบันเสียก่อน

ในอดีตคนไทยรู้จักดูแลรักษาสุขภาพและการเจ็บป่วยภายใน  
ชุมชนด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นกันเอง การแพทย์สมัยใหม่ หรือการ  
แพทย์แบบตะวันตกเริ่มเข้ามาเมื่อสมัยรัชกาลที่ 5 เมื่อมีโรง-  
พยาบาลเกิดขึ้นแล้วคนไทยก็เริ่มมองหาที่การดูแลและเรื่องสุขภาพ  
การเจ็บป่วยให้กับแพทย์

อีกประการหนึ่งเป็นเรื่องของสังคมบริโภคนิยม เมื่อเจ็บป่วย  
ก็ต้องการดูแลรักษาให้หาย ไม่พิการ ไม่ตาย หรือตายช้าที่สุด  
ผู้ให้บริการก็สามารถคิดค่าบริการรักษาจากการเจ็บป่วยนี้ได้  
ยิ่งถ้าต้องใช้เครื่องมือเทคโนโลยีมากยิ่งขึ้นก็สามารถคิดค่าบริการ  
รักษาได้มากขึ้นตาม จึงกลายเป็นเรื่องความไม่เท่าเทียมในการ  
เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมและเข้าถึงระบบบริการได้ จึงจำ  
ต้องสร้างปัจจัยที่เอื้ออำนวยทั้งฝ่ายประชาชนและบุคลากร  
สาธารณสุข

“ต้องสร้างระบบให้ประชาชนรักที่จะสร้างสุขภาพมากกว่า  
การซ่อม เช่น มีระบบประกันสุขภาพ และระบบประกันสุขภาพ  
ต้องให้ประโยชน์ต่อผู้ที่ดูแลสุขภาพดีด้วย เพื่อให้คนเห็นคุณค่า  
ของการสร้างสุขภาพและเปลี่ยนพฤติกรรม

ในส่วนของคนให้บริการถ้าระบบค่าตอบแทนไม่เอื้อ หรือ

ให้คุณค่าต่อการทำงานในเชิงรุก ก็จะทำให้ระบบบริการแบบเชิง  
รุกเกิดได้ยาก บุคลากรในสาธารณสุขก็จะกระจุกตัวและเน้นให้  
บริการในลักษณะตั้งรับเพราะจะได้ค่าตอบแทนและมีเนื้องานที่  
ชัดเจนกว่า ดังนั้นถ้าบุคลากรทางสาธารณสุขทำงาน ในด้านการ  
ส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชน หรือชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ  
ก็ควรจะมีระบบตอบแทน หรือการให้คุณค่าแก่ผลงานนั้น”

สอดคล้องกับที่ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เขียนไว้ใน  
หนังสือปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทยว่า

....ในการส่งเสริมสถานพยาบาลประจำครอบครัว สถานี  
อนามัย คลินิกเอกชน รวมทั้งศูนย์บริการสาธารณสุขทั้งของ  
กรุงเทพมหานคร และเทศบาล ควรจะได้รับการสนับสนุนให้มี  
รูปแบบของการเป็นเจ้าของคนใช้อย่างแท้จริง

การเปลี่ยนแปลงนี้จะต้องเป็นไปร่วมกันกับการเปลี่ยนแปลง  
ทางด้านการจัดการและการเงินการคลัง รวมทั้งการพัฒนาบุคลากร  
จึงจะสามารถทำให้เกิดสถานพยาบาลประจำครอบครัวในขอบ ข่าย  
ทั่วประเทศ และ  
สามารถดำเนินการ  
ได้อย่างแท้จริง....

เพราะแม้แต่  
ระบบการให้คุณค่า  
กับผู้ที่ทำงานเชิง  
ป้องกันก็ยังมีปัญหา  
ดังที่ นพ.อำพล ตั้งข้อสังเกต



“ถามว่าเป็นแพทย์สาขาอะไร ถ้าบอกว่าแพทย์เวชศาสตร์  
ป้องกัน กับอีกคนหนึ่งบอกว่าแพทย์ศาสตร์แพทย์ ในความรู้สึกของผู้  
ฟังคล้ายแพทย์ย่อมฟังดูดีกว่าเวชศาสตร์ป้องกัน นี่แหละคือค่านิยมและกรอบความคิดของสังคมไทยที่ทำให้ระบบบริการสาธารณสุขของไทยต้องทำงานตั้งรับอย่างเช่นทุกวันนี้

ฉะนั้น ต้องแก้ทั้งตัวระบบให้ประชาชนเห็นว่าการสร้าง  
สุขภาพเป็นสิ่งที่ดีกว่ารอซ่อมสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันก็ต้องให้  
บุคลากรในระบบบริการสาธารณสุขเห็นว่าการทำงานในเชิง  
ป้องกันก็มีคุณค่าและได้รับการยกย่องรวมทั้งได้ค่าตอบแทนไม่  
ด้อยกว่าระบบอื่นด้วย

ต้องเปลี่ยนระบบ เปลี่ยนกลไก เปลี่ยนเงื่อนไข จะให้คน  
เปลี่ยนความคิด เปลี่ยนการกระทำ ถ้าไม่มีการปรับเปลี่ยน  
ระบบ และกลไกย่อมเป็นไปไม่ได้”

ถ้าสามารถปรับสิ่งเหล่านี้ได้ก็จะทำให้ระบบบริการ  
สุขภาพก้าวพ้นจากการตั้งรับไปสู่ระบบบริการเชิงรุกได้และ  
สังคมไทยก็จะได้รับระบบสุขภาพที่ดีกว่าปัจจุบันนี้แน่นอน





# มีสาระคดี



## ร่วมบุกเบิกองค์ความรู้ใหม่ กระแสความคิด บุตคุ้ยรากปัญหาท้อโรค “อาชญากรเด็ก”



ท่ามกลางกระแสความเคลื่อนไหวให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างครบเครื่อง เรื่องของความเจ็บป่วยทางจิตใจนับว่าเป็นมิติทางสุขภาพที่ยังขาดการสนใจศึกษาอย่างเพียงพอ ทั้งๆ ที่มีความสำคัญต่อสุขภาวะของคนแต่ละคนไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าความเจ็บป่วยทางร่างกาย ดังที่มีคำกล่าวกันว่า สุขภาพที่ดีต้องมาจากร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์ ยิ่งไปกว่านั้น ความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ เช่น ความเครียด วิตกกังวลอย่างต่อเนื่อง ฯลฯ ยังสามารถขยายผลไปสู่โรคภัยไข้เจ็บที่ยากจะเยียวยารักษาได้

แม้ว่าความเชื่อมโยงระหว่างภาวะทางกายและทางจิตกับการเกิดความเจ็บป่วยตามมาในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการที่สภาพเศรษฐกิจสังคม และวัฒนธรรมสามารถส่งอิทธิพลให้เกิดภาวะอ่อนแอและความเจ็บป่วยทางจิตใจของมนุษย์ เป็นข้อเท็จจริงที่รับรู้กันเป็นอย่างดีมาช้านานแล้ว ทว่า การศึกษาและสังสมข้อมูลในเชิงรูปธรรมที่สามารถอธิบายให้เห็นถึงเงื่อนไขและกระบวนการที่ภาวะสังคมเข้ากระทำต่อสภาพจิตใจจนเกิดผลในแง่ความเจ็บ

ป่วยตามมา อันถือเป็นข้อมูลสำคัญที่จะนำไปสู่การวิเคราะห์เพื่อแก้ไขป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคม ยังเป็นสิ่งขาดแคลนในแวดวงวิชาการด้านสาธารณสุข และเป็นหนึ่งในการกึ่งที่ สวรส.ถือว่ามีความสำคัญส่วนหนึ่งในแผนการทำงาน

นั่นคือที่มาของโครงการศึกษาแนวใหม่ ในรูปของ “การศึกษาเชิงสารคดี” ในหัวข้อเรื่อง “อาชญากรเด็ก เหตุผลและการจัดการ” ที่ สวรส.จับมือกับนักเขียนสารคดีเชิงสังคมชั้น



แนวหน้าของเมืองไทย คือ คุณอรสม สุทธิสาคร แห่งนิตยสารสารคดี และเป็นผู้เขียนหนังสือสะท้อนปัญหาของผู้ด้อยโอกาสในสังคมอย่างถึงแก่นหลายต่อหลายเล่ม ในการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับเยาวชนที่กระทำผิดทางอาญา ทั้งคดีฆาตกรรม ช่มชู้ม รวมทั้งสิ้น 10 กรณี ซึ่งหลายต่อหลายกรณีเคยตกเป็นข่าวสะเทือนขวัญทางสื่อมวลชน มาแล้ว

ขณะนี้ปัญหาอาชญากรเด็กเป็นปัญหาหนึ่งซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงขึ้นในสังคม และเป็นปัญหาใหม่ที่มีความน่าสะพรึงกลัว เนื่องจากผู้กระทำผิดเป็นเยาวชน ซึ่งยังอยู่ในวัยศึกษาและวันเรียนรู้ แต่เยาวชนเหล่านี้กลับก่ออาชญากรรมในระดับร้ายแรงขึ้น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการทำลายชีวิตเพื่อนนักเรียนด้วยวิธีรุนแรง หรือการข่มขืน ละเมิดทางเพศกับเด็กหญิงที่อายุต่ำกว่า ยิ่งไปกว่านั้น นับวันปัญหาอาชญากรเด็กยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่ยังไม่มีผู้ใดสนใจศึกษาปัญหานี้



อย่างลุ่มลึกให้ถึงต้นตอ มีเพียงตกเป็นข่าวทางสื่อต่าง ๆ เท่านั้น

การศึกษาในครั้งนี้ ได้คัดเลือกกรณีการก่ออาชญากรรมร้ายแรงจำนวน 10 กรณี แบ่งเป็น การฆ่า 5 กรณี ช่มชู้ฉ้อฉล 5 กรณี โดยเป็นการเก็บข้อมูลทั้งจากผู้กระทำ ผู้ถูกกระทำ คนในครอบครัวสิ่งแวดล้อม เจ้าหน้าที่ องค์การที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ ศาล สถานพินิจ องค์การพัฒนาเอกชน ฯลฯ ทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัดเพื่อให้เห็นปัจจัยแวดล้อมที่แตกต่างกัน โดยมีทัศนะว่า เด็กที่ก่ออาชญากรรมในระดับฆ่า ช่มชู้ ก็คือตัวอย่างของผู้ที่ตกอยู่ในภาวะ “ป่วยทางใจ” และหันมาใช้ความรุนแรงเป็นวิถีทางเยียวยาความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานให้แก่ตนเอง

คุณเพ็ญจันทร์ ประดับมุข ผู้จัดการโครงการวิจัยดังกล่าวของ สวรส.ชี้ถึงประโยชน์ที่สำคัญจากการศึกษาในเรื่องนี้ว่า เนื้อหาที่ศึกษาแบบสาวลึกไปถึงที่มาของปรากฏการณ์ สภาพแวดล้อมต่างๆ ที่มีส่วนผลักดันหรือชักนำให้เด็กหรือเยาวชนก้าวสู่สถานะที่สังคมขนานนามว่าเป็น “อาชญากรเด็ก” ก็เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนถึงระบบความสัมพันธ์ระหว่างคนกลุ่มนี้กับระบบสุขภาพ

ข้อมูลจากการศึกษาเชิงสารคดีชิ้นนี้ สวรส.ได้นำมาใช้เป็นฐานในการทบทวนสถานการณ์เพื่อวางแผนศึกษาวิจัยเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาด้านสุขภาพจิตที่มีความเชื่อมโยงกับระบบสังคมและวัฒนธรรมของประเทศ ขณะเดียวกันก็มีความสอดคล้องกับภาวะของความเป็น “มนุษย์” โดยเมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ที่ผ่านมา สวรส.ได้จัดการประชุมเพื่อเสนอผลศึกษาและระดมความเห็นในเรื่อง ความรุนแรง อาชญากรเด็ก ข้อเท็จจริง

และการจัดการขึ้น โดยเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการว่าด้วยการป้องกันและจัดการปัญหาอาชญากรเด็ก ทั้งนักจิตวิทยา นักกฎหมาย ผู้คุมประพฤติ นักอาชญาวิทยา ตำรวจ นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ที่ทำงานพัฒนาเด็ก สตรี และครอบครัว ฯลฯ มาร่วมรับฟังข้อมูลและแสดงความคิดเห็นต่อแนวทางการป้องกันปัญหานี้ในอนาคตเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการออกแบบโครงการวิจัยต่อเนื่อง โดยอาจเป็นการทบทวนองค์ความรู้และศึกษาเพิ่มเติมในทางประชากรศาสตร์ ตลอดจนศึกษาเกี่ยวกับกลไกที่จะเข้ามาจัดการป้องกันปัญหา โดยขยายมุมมองจากภาครัฐไปถึงกลไกในท้องถิ่นและภาคประชาชนเพื่อแสวงหาทางเลือกที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของสังคมวัฒนธรรมไทยต่อไป

ข้อมูลจากการศึกษาโครงการนี้ ผู้ดำเนินการศึกษาคือ คุณอรสม ได้ถ่ายทอดออกมาในลักษณะของงานเขียนสารคดีจำนวน 10 ตอน ในแต่ละตอนเป็นการบอกเล่าถึงภูมิหลัง ความรู้สึกนึกคิด และกระบวนการจัดการทางสังคมที่เกิดขึ้นในแต่ละกรณี โดยมีแผนที่จะจัดพิมพ์เป็นหนังสือเผยแพร่สู่สาธารณชนเร็ว ๆ นี้ ด้วยความมุ่งหวังว่า ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นการจุดประกายให้สังคมไทยเกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความเชื่อมโยงระหว่างระหว่างคน ระบบสังคมวัฒนธรรมของสังคม และระบบสุขภาพ ทั้งในมุมกว้างและมุมลึกอย่างรอบด้าน เพื่อนำไปสู่การแก้ไขและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นทิศทางที่สอดคล้องกับงานปฏิรูประบบสุขภาพอันเป็นงานสำคัญที่ สวรส.กำลังดำเนินการอยู่



## ย้อนรอยก่อนก้าวสู่สถานะ “อาชญากรเด็ก” ข้อมูลสรุปจากงานศึกษา 10 กรณีผู้ก่อคดีมาและข่มขืน

### 1. สองชีวิตแลกหนี้แค้น ความกดดันของเด็กดีที่ถูกรังแก

“ฤทธิ์” วัย 17 ปีนักเรียนชั้น ม.4 นักกีฬาของโรงเรียนและนักเรียนความประพฤติดีเด่น ก่อคดีฆ่าเพื่อนนักเรียน 2 คน โดยใช้ปืนยิงในระยะเผาขน ขณะนี้ถูกควบคุมตัวรอพิจารณาในชั้นศาล จากการศึกษาภูมิหลังพบว่า ฤทธิ์เป็นลูกคนสุดท้ายของครอบครัวฐานะยากจน พ่อรับจ้าง แม่เป็นอัมพฤกษ์ มีความมานะพยายามส่งตนเองเรียนหนังสือ อุปนิสัยเย็บขริม เก็บความรู้สึกแรงงูใจให้ก่อเหตุเพราะถูกกลั่นแกล้งและรุมทำร้ายจากเพื่อนมายาวนาน 2 ปี แต่ไม่กล้าสู้จึงเก็บความแค้นมาตลอดจนถึงจุดระเบิด



## 2. เขาคระหน้าแทงเธอกว่า 20 แผล แค้นที่ต้องระเบิดของเด็กชายวัย 14

“แก้ว” วัย 14 ปี แม่และแทงเด็กหญิงเพื่อนบ้านวัยไล่เลี่ยกัน แปรสถานะจากนักเรียน ม.2 สู้กับโทษ เดิมโตจากครอบครัว ชวนา พ่อเสพยาบ้า ชอบทะเลาะทุบตีทำร้ายแม่และมีเรื่องกับชาวบ้านเป็นประจำ แต่เป็นคนรักเด็กตามใจให้ท้ายมาตลอด เด็กหญิงผู้ตายชอบพูดถูกพ่อแม่ของแก้วลับหลัง ทำให้แก้วเกิดความแค้น จึงแทงเด็กหญิงเพื่อนบ้าน 20 กว่าแผลจนเสียชีวิต

## 3. เด็กชายวัย 14 ม้าชิงทรัพย์สองแม่ลูก “ผมฆ่าเพราะติดเที่ยว”

“ทัด” วัย 14 ปี ลักลอบเข้าบ้านปลัด อบต.หญิงขณะหลับและกระชากสร้อย แต่เกิดการต่อสู้จึงแทงและเชือดคอเหยื่อ พร้อมลูกน้อยวัย 8 ขวบตายทั้งคู่ สาเหตุการฆ่าเพราะต้องการหาเงิน 5,000 บาทไปซ่อมรถป๊อปปี้เพื่อใช้ขับเที่ยว จากการ ศึกษาคู่มือหลังพบว่าทัดมีนิสัยชอบขโมย ชีตงา ติดเพื่อน ติดเล่นเกมและชอบเที่ยวกลางคืน โมโหร้าย ทัดเป็นเด็กที่ถูกแม่ทิ้ง ไปตั้งแต่อายุ 11 วัน เดิมโตโดยการเลี้ยงดูของพ่อและแม่เลี้ยงที่มีลูกติดมาด้วย 1 คน พ่อรักและตามใจมาก แต่ทั้งพ่อและ แม่เลี้ยงไม่มีเวลา คิดพินัน ชอบทะเลาะวิวาทกัน ศาลสั่งจำคุกทัด 50 ปี

## 4. ม้าบันคอคเด็กหญิงวัย 10 ขวบ แค้นนี้เพื่อน้องของหนุ่ม 17

“กอกเซ็ม” วัย 17 ถูกจำคุกตลอดชีวิตเพราะฆ่าทันคอคเด็กหญิงเพื่อนบ้านรุ่นน้องเพราะชอบด่าว่าน้องสาวต่างพ่อที่กอกเซ็ม รักมากโดยไม่รู้สึกผิดใดๆ ต่อเหตุรุนแรงที่ก่อขึ้น พ่อแม่กอกเซ็มแยกทางกันและต่างไปมีครอบครัวใหม่ทั้งยายให้เป็นผู้เลี้ยงดู กอกเซ็มมาแต่เด็ก เขามีนิสัยเย็บขริม กร้าว เก็บความรู้สึก ช่างคิด ชอบอยู่ตามลำพัง ชอบขโมย รักยายและน้องสาวมาก

## 5. เด็กชายวัย 11 ฆ่าเด็กชายวัย 4 ขวบ “ผมฆ่าเพราะอยากได้จักรยาน”

“เมว” วัย 11 ฆ่าเด็กชายวัย 4 ปี โดยใช้จอบทุบหัวขณะขี่จักรยานเล่นด้วยกันในละแวกบ้านเพราะฝังใจอยากได้รถจักรยาน มากและไม่มีเงินซื้อให้ หลังฆ่าไม่ได้หนีเพราะคิดว่าไม่มีใครรู้ ครอบครัวของเมวมีแม่ประกอบอาชีพรับจ้าง พ่อป่วยเป็น อัมพฤกษ์มานาน 12 ปี ฐานะยากจน นิสัยก้าวร้าว โมโหรุนแรง สมองซ้ำ ถูกเพื่อนกลั่นแกล้งบ่อยๆ ชอบจักรยานมากและมัก ขโมยจักรยานเพื่อนไปขี่เล่น ขณะนี้เมวกลับมาอยู่บ้านและถูกคุมประพฤติทุก 6 เดือน

## 6. หนุ่ม 17 ฆ่าข่มขืนเด็กหญิง 3 ขวบ เหตุใช้แค่หนึ่งปี-เสพยาบ้า

“สมาน” วัย 17 ปี อาศัยอยู่ตามลำพังตั้งแต่เรียนชั้น ป.5 เพราะพ่อแม่ต้องไปทำงานรับจ้างที่ต่างจังหวัดเสมอโดยส่งเงิน มาให้ใช้เดือนละ 1 พันบาท ทำให้เหงา ว้าเหว่ ในที่สุดทั้งชีวิตนักเรียนหันมาเสพยาบ้า คมกาว คินก่อนเกิดเหตุได้ดูหนังโป๊ ทางโทรทัศน์ประกอบกับวันรุ่งขึ้นได้เสพยาบ้า คมกาว ทำให้เกิดภาพหลอน เห็นผู้หญิงเปลือยและเกิดมีอารมณ์ เด็กหญิง เพื่อนบ้านวัย 3 ขวบผ่านมาพอดีกับที่กำลังเมายาจึงลงมือข่มขืน จากนั้นได้ใช้ไม้ตีสรีระและนำศพใส่กระสอบเพื่ออำพราง ขณะนี้สมานถูกจองจำอยู่ที่เรือนจำบางขวาง

## 7. ลูกที่เป็นเพียงส่วนเกิน เด็กชายวัย 13 กับคดีฆ่า 2 ศพ

“โหน่ง” วัย 13 คิดมากเรื่องพ่อไปมีครอบครัวใหม่ รู้สึกขาดความอบอุ่นและอิจฉาน้องที่เกิดจากแม่เลี้ยง และรู้สึกว่าน้อง มักกลั่นแกล้งตน พ่อก็เข้าข้างน้อง โหน่งเติบโตมาโดยการอุปการะของลุง พ่อแม่มาเยี่ยมเป็นครั้งคราว มักถูกล้อเลียนว่าเด็ก



ไม่มีพ่อไม่มีแม่ จนนอนร้องไห้บ่อยๆ ขณะเกิดเหตุพาเด็กหญิง 2 คนลูกสาวคนรับจ้างเฝ้าบ่อปลาของลุงไปทามะพร้าวอ่อน เมื่อเด็กคนน้องทุบและทุบทุบทุบด้วยจึงเกิดโศกเศร้าเด็กและโยนลงในบ่อเลี้ยงปลา ขณะนั้นเกิดอารมณ์ทางเพศจึงทำร้ายคนที่และข่มขืน จากนั้นโยนลงลำปะโดงเพื่ออำพรางศพ โท่งถูกควบคุมตัวที่สถานพินิจฯ จนอายุครบ 18 ปีปัจจุบันกลับมาอยู่บ้านและอยู่ระหว่างคุมประพฤติ

### 8. จากเหยื่อความใคร่ของพระ เด็กหญิง 7 ขวบ คือ “เหยื่อของเหยื่อ”

“ต้อง” วัย 13 เป็นลูกคนกลาง พ่อรักมาก ครอบครัวฐานะยากจน นิสัยเย็บๆ ซิมๆ มักถูกเพื่อนแกล้งโมโหแรง เคยถูกรถชน คาดว่ามีผลให้สมองข้างลง พ่อแม่ชอบกินเหล้าทุบตีกัน ต่อมาต้องไปเป็นเด็กวัด ไม่ค่อยกลับบ้าน ถูกหลวงพี่ที่อุปการะสอนให้มีความสัมพันธ์ทางเพศกับตนแบบหญิงกับชายโดยหลวงพี่เป็นฝ่ายหญิง และต้องเคยแอบดูหนังสือโป๊ของพ่อบ่อยๆ ระยะหลังหลวงพี่เริ่มตีจากไปหาคู่ขาใหม่ เมื่อต้องพบเด็กหญิงที่มาอาศัยวัดอยู่กับพ่อจึงเกิดอารมณ์พาไปข่มขืนในห้องน้ำ และลักคอกจนเด็กแน่นิ่ง ไม่มีเจตนาฆ่า ขณะนี้ต้องอยู่ในสถานพินิจฯ จนกว่าอายุครบ 18 ปี

### 9. “ผมไม่ได้รู้สึกผิดที่ข่มขืนเด็ก 4 ขวบ คนนี้”

“กิจ” วัย 14 ปี เกิดอารมณ์ทางเพศขณะอยู่บ้านตามลำพังกับเด็กหญิงวัย 4 ขวบ ที่เพื่อนบ้านนำมาฝากไว้ขณะไปซื้อของจึงลงมือล่วงเกินทางเพศ ขณะกระทำแม่เด็กกลับมาเห็นจึงแจ้งความดำเนินคดี กิจเผยว่าตนไม่พอใจเด็กหญิงมาก่อนแล้ว เพราะชอบเล่นหัวกับตน ซึ่งตนไม่ชอบ และต่อเหตุที่เกิดขึ้นก็ไม่ได้รู้สึกผิดต่อเด็กแต่รู้สึกผิดที่ทำให้พ่อแม่ไม่สบายใจ กิจเป็นลูกชายคนเดียวของครอบครัวและเป็นน้องสุดท้อง พ่อแม่รักและตามใจกว่าลูกคนอื่น นิสัยค่อนข้างเอาแต่ใจ ชอบเที่ยว เล่นเกม ติดเพื่อน ครอบครัวสงบสุข หลังก่อเหตุศาลให้เข้ารับการอบรมที่สถานพินิจฯ จนกว่าอายุครบ 18 ปี

### 10. รักที่ผิดทางของพ่อ จุดก่อกำเนิดนักข่มขืน

“ด้อม” เป็นเด็กบ้านแตก พ่อมามีครอบครัวใหม่แม่เลี้ยงมีลูกติดมาด้วยคนหนึ่ง และมีลูกใหม่กับพ่ออีกหนึ่งคน ด้อมเข้ากับแม่เลี้ยงได้เพราะแม่เลี้ยงใจดี ครอบครัวอยู่ในย่านชุมชนแออัด เด็กในละแวกนั้นติดยาบ้ากันมาก ด้อมหาลำไ้ด้วยการขายยาให้เพื่อน พ่อเป็นคนใจดี ด้วยความสงสารที่ถูกขาดแม่จึงไม่เคยคิดว่ากล่าวหรือสอนสั่ง วันเกิดเหตุด้อมดูวิดีโอโป๊ที่บ้านเพื่อนและเสพยาไปด้วยโดยอยู่กันตามลำพังจึงถือโอกาสล่วงเกินน้องสาวลูกติดแม่เลี้ยงถึง 4 หนในช่วงเวลาที่ต่างกัน โดยไม่รู้สึกละอายใจเห็นเป็นเรื่องปกติธรรมดา แต่ไม่ถูกดำเนินคดีเพราะแม่เลี้ยงเกรงใจพ่อของด้อม





# ปลายกระแส พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ธรรมนูญด้านสุขภาพ ของคนไทย

คำว่า “เปลี่ยนแปลง” หรือ “ปฏิรูป” ดูเหมือนเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่ชอบให้เกิดขึ้น เพราะคนเรามักชอบคิดว่าสิ่งที่ทำอยู่นั้นเป็นสิ่งที่ดีอยู่แล้ว จนเกิดเป็นความเคยชิน และท่านทราบไหมว่า “ความเคยชิน” นี่แหละคือศัตรูร้ายของ “การปรับปรุง หรือพัฒนา”

เรื่องของระบบสุขภาพก็เช่นกัน หากทุกวันนี้ระบบสุขภาพของชาติไม่ได้เอื้อในการบำบัดทุกข์ บำรุงสุข อย่างที่ควรจะเป็นแล้ว เราก็ควรจะคิดหาวิธีปรับปรุง เปลี่ยนแปลง เพื่อให้มีระบบสุขภาพที่ดีหรือภาวะที่เป็นสุข มิใช่เกิดภาวะที่เป็นทุกข์ซ้ำเติมการดำรงชีวิตในสังคมเช่นทุกวันนี้ “ฉบับกระแส” ฉบับนี้ได้นำเสนอแนวคิดที่มาจาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่เปรียบเหมือนธรรมนูญทางด้านสุขภาพของคนไทย เพื่อเป็นการกำหนดเงื่อนไข ระบบและโครงสร้างหลักเชื่อมโยงให้ทุกองค์กร หน่วยงาน ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งประชาชนร่วมกันสร้างระบบสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมไทย

สำหรับคอลัมน์กระแสสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ ได้นำเสนอการสร้างมุมมองใหม่ในงานด้านบริการสาธารณสุข ที่ควรเน้นการทำงานในเชิงป้องกัน ให้ความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อลดปัญหาโรคภัยและความเจ็บป่วยที่หลีกเลี่ยงได้ จะได้ใช้บุคลากรและทรัพยากรทางการแพทย์ในดูแลรักษาประชาชนที่เจ็บป่วยจากสาเหตุที่หลีกเลี่ยงไม่ได้จริง ๆ

เรื่องของระบบสุขภาพไม่ใช่เรื่องของโรคภัยไข้เจ็บ หมอ และยา แต่ยังเกี่ยวเนื่องถึงมิติความสัมพันธ์อื่นต่อการดำรงชีพในสังคมที่สามารถกระทบถึงระบบสุขภาพได้ ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว เป็นอีกสาเหตุหนึ่งของปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพทางใจ และกระทบถึงทางกายและทางจิตวิญญาณของคนในสังคม โดยเฉพาะเด็กที่ต้องเผชิญกับปัญหาความรุนแรงในครอบครัวที่ก่อให้เกิด “โรคอาชญากรเด็ก” สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้สนับสนุนทุนการศึกษาวิจัยแก่คุณอรสม สุทธิสาคร นักเขียนอิสระ ในการรวบรวมข้อมูลที่เกิดขึ้นจริง 10 คดีเพื่อผลิตงานเขียนเชิงสารคดีชื่อ “อาชญากรเด็ก? トラบาปนวนัยบริสุทธิ” จากข้อมูลกรณีศึกษาของคุณอรสม ชี้ชัดว่าเด็กที่ก่อคดีอุกอาจเหล่านั้นล้วนมาจากครอบครัวที่มีความรุนแรงไม่มีระบบการเลี้ยงดูที่สอนทักษะชีวิตที่ดี และมีสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งหนังสือเล่มนี้จะวางจำหน่ายในราวปลายเดือนมีนาคมนี้ “ฉบับกระแส” ได้นำเรื่องย่อทั้ง 10 คดีมาให้อ่านกันในฉบับนี้ด้วย และทาง สวรส. จะจัดเวทีเชื่อมโยงกับภาคี องค์กร หน่วยงานต่าง ๆ เพื่อทำการศึกษาวิจัยต่อเนื่องหาวิธีการแก้ไขและระบบการจัดการทั้งในมิติระดับชุมชน สถาบัน และนโยบายของรัฐ มุ่งให้เกิดระบบสุขภาพที่ดีทั้งกาย ใจ และจิตวิญญาณ

ปิดท้ายด้วยข่าวแจ้งให้สมาชิก “ฉบับกระแส” ทราบว่า ตั้งแต่ฉบับนี้เป็นต้นไปจดหมายข่าวฉบับกระแสจะปรับเป็นรายสองเดือน ทั้งนี้เพื่อให้การนำเสนอเนื้อหาโครงการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขสามารถครอบคลุมได้กว้างขึ้นและเหมาะสมกับภารกิจของสวรส. ในอันที่จะใช้กระบวนการทางวิชาการและงานวิจัยในการสร้างองค์ความรู้และระดมพลังประชาคมภาคีต่าง ๆ เพื่อนำองค์ความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนา ปรับปรุงระบบการจัดการ และกำหนดนโยบายระบบสุขภาพของชาติต่อไป หากท่านผู้อ่านมีข้อเสนอแนะ หรือความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม ก็สามารถส่งมาได้ทั้งกองบรรณาธิการฉบับกระแส ซึ่งยินดีเป็นสื่อกลางเผยแพร่ให้

กองบรรณาธิการ

## ฉบับกระแส

ที่ปรึกษา

นพ.สุจิต ศรีประพจน์

ศ. นพ.ประเวศ วะสี

ศ. นพ.วิจารณ์ พานิช

ศ. นพ.จรัส สุวรรณเวลา

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

บรรณาธิการอำนวยการ

นพ.วิฑูร พูลเจริญ

หัวหน้ากองบรรณาธิการ

นิภาพร ศรีณรงค์สุข

กองบรรณาธิการ

นพ.สุภกร บัวสาย

นส.ดวงพร เสงบุญพันธ์

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตikul

นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

นส.นวลอนันต์ ตันติเกตุ

นางงามจิตต์ จันทรสาดิต

นส.เพ็ญจันทร์ ประดับมุข

นางเพ็ญศรี สงวนสิงห์

นส.เนาวรัตน์ ชุ่มยวง

สถานที่ติดต่อ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง นนทบุรี 11000

โทร. 951-1286-93

โทรสาร 951-1295

e-mail address:

duang@hsrint.hsri.or.th

“ฉบับกระแส” เป็นจดหมายข่าว จัดทำโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านการวิจัยระบบสาธารณสุข ความคิดเห็นต่าง ๆ ที่ปรากฏเป็นของผู้เขียน ไม่ได้ผูกพันสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

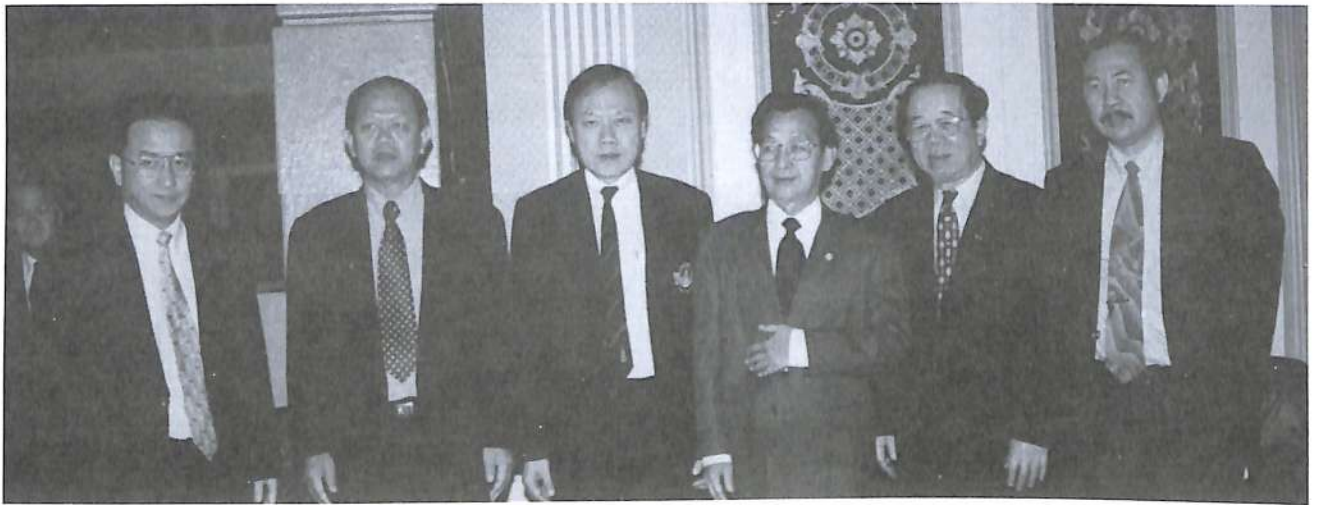
“ฉบับกระแส” เปิดรับข้อเขียนทุกประเภทที่สอดคล้องกับแนวเนื้อหาของจดหมายข่าว กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการแก้ไขต้นฉบับตามความเหมาะสมทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์จะได้รับสิ่งตอบแทนตามสมควร

การส่งข้อเขียน ความคิดเห็น ขอรับเป็นสมาชิก และการติดต่อขอข้อมูล, บทความที่ตีพิมพ์ไปเผยแพร่ต่อ กรุณาติดต่อตามที่อยู่ข้างต้น



[144]

## นายกรัฐมนตรี ประกาศหนุน กองทุนสร้างเสริมสุขภาพ



นายกรัฐมนตรี ชวน หลีกภัย ประกาศสนับสนุนให้  
ก่อตั้งกองทุนเพื่อทำงานสร้างเสริมสุขภาพแก่  
ประชาชน โดยถือเป็นหนึ่งในโครงการที่รัฐบาลจะ  
ขยายผลต่อเนื่องให้เป็น “วาระแห่งชาติ”

ตามที่คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติเมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2542  
ให้มีการจัดตั้งกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้ลดบริโภคสุรา ยาสูบ  
และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ขึ้น โดยที่มาของเงิน มาจากการให้  
ผู้ผลิตและผู้นำเข้าสุราและยาสูบส่งเงินเข้าบำรุงกองทุนใน

อัตราร้อยละ 2 ของภาษีที่เก็บจากสุราและยาสูบนั้น นับเป็น  
นิมิตหมายอันดีในการพัฒนาสุขภาพของคนไทย และเป็นการ  
ส่งเสริมและสนับสนุนวิสัยทัศน์และการดำเนินงานในเรื่องสุขภาพของ  
สังคมไทยใหม่ ที่เปลี่ยนจากการมุ่งแก้ปัญหาโรคภัยไข้เจ็บ ไปสู่  
การสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนนครหลวงชีวิต  
และส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

ขณะนี้สำนักงานเศรษฐกิจการคลังได้นำเสนอร่างพระราช  
บัญญัติกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้ลดบริโภคสุรา ยาสูบ และเพื่อ  
เสริมสร้างสุขภาพ และ ร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานเพื่อ  
การรณรงค์ให้ลดบริโภคสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ  
ต่อสำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี เพื่อให้ดำเนินการพิจารณา  
ตามขั้นตอนที่จะตราเป็นกฎหมายใหม่ของประเทศต่อไปแล้ว คาด  
ว่าในปี 2543 นี้การจัดตั้งกองทุนจะเสร็จสิ้นโดยสมบูรณ์ โดย  
กองทุนสร้างเสริมสุขภาพฯ นี้ จะให้ทุนอุดหนุนกิจกรรมต่างๆ เพื่อ  
มุ่งให้ประชาชนและชุมชนหันมาดูแลและสร้างเสริมสุขภาพตนเอง  
อย่างต่อเนื่องและจริงจัง ให้เกิดทัศนคติที่ดีเรื่องสุขภาพ ทั้งนี้  
กองทุนนี้จะเปิดโอกาสให้ระดับชาติที่มุ่งสร้างกระบวนการประชาสัมพันธ์  
ด้านสุขภาพ โดยสนับสนุนทั้งภาครัฐและภาคประชาชน ให้  
สามารถมีบทบาทร่วมพลังกันในการสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนา  
คุณภาพชีวิตของประชาชน



# ข้อเสนอเพื่อให้กองทุนเป็นประโยชน์สูงสุดต่อ การสร้างเสริมสุขภาพของคนไทย

## สรุปจากการสัมมนาเรื่อง

กองทุนสร้างเสริมสุขภาพ : มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย



โดย...

คุณไพฑูรย์ วัฒนศิริธรรม

น.พ.อำพล จินดาวัฒนะ

ดร.เลขา ปิยะอัจฉริยะ

คุณศรีศักดิ์ ไทยอารี

คุณสันติ จิตระจินดา

ผู้อำนวยการธนาคารออมสิน

ที่ปรึกษาด้านกำลังคนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ที่ปรึกษาคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ

ผู้อำนวยการสภากงศ์การพัฒนาเด็กและเยาวชน

ผู้อำนวยการสถาบันศิลปวัฒนธรรมเพื่อการพัฒนา(มายุ)

ผู้ดำเนินรายการ...

คุณศิริบุรณ์ ญัฐพันธ์

พิธีกรรายการ เช้าวันนี้ ททบ. 5



### คุณศิริบุรณ์ ญัฐพันธ์

กองทุนนี้มีขึ้นเพื่อรณรงค์ถึงโทษภัย

เพื่อจัดอบรม เพื่อให้ฝึกหัด

ใช้การศึกษา ใช้การสื่อสาร

ต้องให้หลากหลาย

ใช้กองทุนเป็นตัวนำ

เพื่อให้คนไทยเกิดความตระหนัก

เพื่อเสริมการจัดกิจกรรม

ใช้การจัดการ เพื่อรวมพลัง

ต้องกระจายให้เป็นธรรม

สร้างเสริมสุขภาพคนไทย





### น.พ.อาพล จินดาวัฒน์:

ผมคิดว่าสุขภาพในกระบวนทัศน์เก่าที่ทำในโรงพยาบาล โดยมีแพทย์พยาบาลรักษาคนไข้ ไปไม่รอดแล้ว ดังนั้น การที่รัฐบาลได้ตัดสินใจตั้งกฎหมายกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ เก็บภาษีจากบุหรี่ เหล้า นำมาสร้างเสริมสุขภาพคนไทย เป็นการตัดสินใจ

ที่ง่ายย่องชมเชย ประเทศไทยเรามีสิ่งไม่ดีหลายอย่าง แต่บางอย่างก็ดี เช่น เรามีกฎหมายห้ามโฆษณาบุหรี่ ห้ามเด็กสูบบุหรี่ในเรื่องบุหรี่เราดีแล้ว เรากำลังมีกฎหมายที่ก้าวหน้ามากในการเอาภาษีจากสินค้าที่มีปัญหาต่อสุขภาพ นำมาใช้เพื่อเป็นเกลือกจิ้มเกลือสร้างให้คนมีสุขภาพดี ซึ่งต้องให้เครดิตต่อรัฐบาลที่ผลักดันสิ่งเหล่านี้และหวังว่ารัฐบาลจะผลักดันให้สำเร็จต่อไปโดยเร็ว ตัวกระผมเป็นแพทย์เป็นบุคลากรอยู่ในระบบสุขภาพ แต่ในขณะนั้นบอกได้ว่า ตัวแพทย์เองที่มีเครื่องมือ มีมิด มียา ดูแลสุขภาพได้นิดเดียว ส่วนเดียวจากการซ่อมทำให้ดีขึ้น แต่ส่วนที่จะสร้างเสริมคนให้มีสุขภาพดียังมีปัญหา จะต้องช่วยกันทั้งสังคม

สุขภาพของคนเกี่ยวกับชีวภาพ พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม ในขณะที่สถานบริการเป็นแค่กิ่งก้านเดียว ถ้าไปทุ่มเงินกับสิ่งนี้จะได้ผลไม่คุ้ม ซึ่งในหนังสือเรื่อง “เมืองน่าอยู่” ของ นายแพทย์สือชาวนรัตน์ ได้เสนอข้อมูลจากการวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกาว่า ปัจจัยที่ทำให้คนตายก่อนวัยอันสมควร คือ พันธุกรรมส่วนหนึ่ง สิ่งแวดล้อมส่วนหนึ่ง แต่วิถีชีวิตนั้นเป็นครึ่งหนึ่งที่ทำให้คนตายก่อนวัยสมควร และมีวิจัยของประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ดูเรื่องน้ำหนักของปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ พบว่าพฤติกรรมของมนุษย์ร้อยละ 50 ทำให้เกิดทุกภาวะ เพราะฉะนั้นถ้าเราไม่แก้ที่เรื่องพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม แต่ไปมุ่งที่การสร้างโรงพยาบาล ขยายตึก ซื้อเครื่องมือ หรือการเร่งผลิตหมอ และพยาบาล ผลลัพธ์ที่ได้จะไม่มาก เพราะฉะนั้นจากการเน้นที่ซ่อมต้องเปลี่ยนมาที่การสร้าง ซึ่งหมอกับพยาบาลทำได้น้อย เทคโนโลยีทำได้น้อย แต่ตัวบุคคลคือสิ่งสำคัญ เพราะคุณมีเงินมากเท่าไร ก็จ้างคนออกกำลังกายแทนไม่ได้ การสร้างสุขภาพจึงต้องเริ่มจากตัวคน ครอบครัว สุขภาพจิตในครอบครัว โดยอาจารย์ประเวศ วสี ได้กล่าวถึงเรื่องการสร้างสุขภาพทั้งเรื่องกาย และจิต ซึ่งเรื่องจิตนั้นรวมทั้งจิตวิญญาณ ด้านสังคม และด้านปัญญาด้วย โดยกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพควรเน้นในด้านสังคม และปัญญา เพื่อจะทำให้เกิดความสุขภาวะ

สุดท้าย ต้องมีการดูแลเรื่องนโยบายสุขภาพ คือ มีสภาสุขภาพแห่งชาติ ที่มีองค์ความรู้ที่เพียงพอ รวมทั้งมีการพัฒนาและเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและใช้ให้คุ้มค่า และเรื่องการประเมินคุณภาพต้องทำทั้งระบบบริการและทุกเรื่อง ว่าสิ่งต่างๆ ที่เราใช้นั้นคุณภาพเป็นอย่างไร รวมทั้งแก้ไขด้านกำลังคนทั้งระบบ ขอกราบเรียนภาพใหญ่ๆ เพียงเท่านี้ครับ



### ดร.เลขา ปิยะธำริย:

[146]

เมื่อพูดถึงปัญหาที่เกิดขึ้นด้านสุขภาพ ประเด็นปัญหาหลักๆ คือ ความไม่รู้ เพราะฉะนั้น ไม่รู้จึงต้องทำให้รู้ผ่านการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ ข่าว แต่สิ่งเหล่านี้ก็ไม่มีผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างยั่งยืน เพราะการเรียนรู้จะอยู่แค่ระดับการรับรู้ แล้วเกิดความ

ตระหนัก ซึ่งอาจจะทำ หรือไม่ทำ เราพูดเสมอว่าเราป้องกันโรคได้ เช่นถ้าจะไม่ให้เป็นโปลิโอ ก็โดยการฉีดวัคซีน แต่การให้ภูมิคุ้มกันโรคภัยทางสังคมที่เกิดจากสิ่งเลวร้ายต่างๆ และจะให้คุณสามารถต่อต้านโดยการเลือกไม่กระทำตาม ซึ่งเราหวังพึ่งระบบการศึกษา แต่เมื่อค้นจากประวัติศาสตร์ชาติไทย พบว่ามันล้มเหลว

เพราะเมื่อเราพูดถึงการศึกษา เราลืมตัวสำคัญ คือ การเรียนรู้ การเรียนรู้เป็นสิ่งที่ทำให้คนเราเกิดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในสิ่งที่พึงประสงค์ ซึ่งการเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้นั้น เราต้องเผชิญสถานการณ์ต้องอยู่ในเหตุการณ์แล้วแก้ปัญหา ซึ่งอาจมีการลองผิดลองถูก เพราะฉะนั้นเยาวชนที่ถูกชักชวนให้ลองยาเสพติดนั้น ถ้าเด็กที่ถูกชวนมาจากครอบครัวที่เข้มแข็ง ครอบครัวให้ภูมิคุ้มกัน พ่อแม่เป็นเพื่อน เป็นที่ปรึกษาเมื่อลูกมีปัญหา ลูกอาจไปลองยาเสพติดเพื่อเกิดการเรียนรู้ แต่ในขณะเดียวกันเขาสามารถดึงตัวเองออกจากเหตุการณ์ได้ เพราะฉะนั้น การป้องกัน คือ ทำอย่างไร ครอบครัวถึงจะเข้มแข็ง เพราะเมื่อเราเข้าสู่กลุ่มครอบครัวแล้ว เราจะได้ทุกกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมายอีกกลุ่มที่เราควรให้ความสนใจเป็นพิเศษคือ กลุ่มเยาวชน เพราะเราพบว่าเยาวชนมีพลัง แต่กระบวนการทางสังคมไม่เปิดโอกาสให้เขาใช้ศักยภาพที่มีอยู่ ดังนั้น ภาพที่ออกมาคือ เยาวชนชั่วร้าย ตีกัน การแก้ปัญหาจึงทำอย่างฉาบฉวยไม่ได้ ต้องเป็นการมองลึก

การทำงานในเรื่องนี้ คือ ใช้ยุทธศาสตร์การเรียนรู้เป็นตัวตั้ง การทำโครงการใดๆก็ตาม ถ้าเราคิดว่ากลุ่มเป้าหมายมีความสำคัญ ครอบครัวมีความสำคัญ แต่การที่เราจะดึงเขาเข้ามาในกระบวนการเรียนรู้ ต้องใช้การวิจัยเป็นเครื่องมือ โดยการวิจัยนั้นต้องเป็นการวิจัยที่อยู่ในวิถีชีวิตทั่วไปของมนุษย์ และกลุ่มเป้าหมายนั้นควรจะมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยและพัฒนา โดยเราต้องดึงเขาเข้ามาในกระบวนการศึกษา เพื่อช่วยในการสร้างให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เพื่อจะนำไปสู่การช่วยเหลือกันและกันโดยกระบวนการกลุ่ม ซึ่งถือเป็นการขับเคลื่อนทางสังคมเพื่อทำให้เกิดพลังและขับเคลื่อนขยายวงใหญ่ขึ้น การทำงานต้องเป็นมาตรการการเชิงรุก มากกว่าการตั้งรับ เพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายให้ได้และเป็นการเข้าถึงอย่างยั่งยืน ไม่ฉาบฉวย เฉพาะแค่การรณรงค์หรือแค่สร้างความตระหนัก รวมทั้งใช้ยุทธศาสตร์ social marketing คือ ผลักดันการเรียนรู้ในระบบเหมือนมีสทินหรือเอวอนทำเรื่องการขายตรง ซึ่งยุทธศาสตร์นี้กำลังไปขับเคลื่อนการศึกษาอยู่ คือ ครู 1 คน ขยายครูเครือข่าย 10 คน 10 คนต่ออีก 10



คน กระจายไป ถือว่าใช้ต้นทุนต่ำ แต่เป็นมาตรการที่ใช้ได้ดี รวมทั้งยุทธศาสตร์การสื่อสารต้องเป็นการสื่อ 2 ทาง และระบบธุรกิจที่ใช้กันทั้งหมด จะต้องมีการวางแผน และมีระบบตรวจสอบ ซึ่งวิทยากรท่านอื่นจะได้พูดต่อไป ขอขอบคุณ



## คุณศรีศักดิ์ ไทยอารี

ประเด็นสำคัญที่ดิฉันอยากจะกล่าว คือ

1. เรื่องสถานภาพทางกฎหมาย ขององค์กรชุมชนหรือองค์กรเอกชน เพราะมีกองทุนจำนวนมากที่บอกไว้ชัดเจนว่าไม่สามารถสนับสนุนเงินแก่องค์กรที่ไม่ได้จดทะเบียนทางกฎหมายได้ ถึงแม้องค์กรนั้นจะทำงานได้ผลดี

2. เรื่องการเผยแพร่ข่าวสารการให้เงินสนับสนุนโครงการแก่องค์กรเอกชนหรือองค์กรชุมชนนั้น ต้องดูว่าจะทำอย่างไรให้องค์กรเล็กๆ ในต่างจังหวัดหรือในหมู่บ้านชาวเขาได้ทราบถึงรายละเอียดการให้ทุน

3. หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกโครงการ ต้องมีรายละเอียดโครงการชี้แจงให้องค์กรต่างๆทราบ ซึ่งจำเป็นต้องมีคณะกรรมการช่วยกันดูและกำหนดหลักเกณฑ์ ถ้าทำเป็นเอกสารที่ส่งไปพร้อมจดหมายที่เผยแพร่ออกไปได้ยิ่งดี เพื่อหน่วยงานต่างๆจะเข้าใจรายละเอียดของโครงการและรู้สิทธิในการขอทุน

4. บ่อยครั้งมีปัญหาในเรื่องกระบวนการคัดเลือก คือองค์กรนี้เป็นที่รู้จักดี โครงการดูท่าจะดีแต่สิ่งเหล่านี้จะดูดีเฉพาะในกระดาษไม่ได้ อาจจะต้องเชิญผู้รับผิดชอบโครงการมาพูดคุยหรือลงไปดูงาน

5. การที่มีเงินกองทุนค่อนข้างใหญ่ สิ่งที่น่าเป็นห่วงคือเรื่องเบียดหัวแตก เพราะหลายครั้งคือเมื่อมีโครงการดีๆ เข้ามาสนับสนุนทั้งนั้น แต่สิ่งที่เราควรทำ คือให้เกิดพลังไปในทิศทางเดียวกัน ให้เกิดประโยชน์สูงสุด จึงควรจะมีการบอกก่อนว่าโครงการนี้จะไปในทิศทางใด โครงการที่เข้ามาจะได้เกี่ยวเนื่องและเสริมพลังกัน

6. ถ้าให้องค์กรเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำโครงการแล้ว จำเป็นต้องมีวิธีที่จะเสริมศักยภาพขององค์กรเหล่านี้ด้วย เพราะองค์กรเอกชนหรือองค์กรชุมชนมีความตั้งใจดีทุ่มเททำงาน แต่อาจขาดประสิทธิภาพในบางเรื่อง เช่นต้อยในเรื่องการบริหารจัดการ ควรจะต้องมีการจัดเงินไว้ส่วนหนึ่งในการสร้างเสริมความสามารถองค์กรด้านนี้

กองทุนสร้างเสริมสุขภาพนั้น มีศักยภาพมาก เพราะมีเครือข่ายซึ่งเป็นสิ่งที่ดี การทำงานในท้องถิ่นจำเป็นต้องมีเครือข่าย เพื่อให้การทำงานจะเกื้อหนุนและเชื่อมโยงกันและกัน รวมทั้งเรื่องการสื่อสาร 2 ทางก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดผลดีในการบริหารกองทุนเพราะเป็นการเปิดโอกาสโครงการเล็กๆ ที่รับเงิน

สนับสนุนมีโอกาสได้ปรึกษาหารืออย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะเชื่อมโยงไปถึงการติดตามประเมินผล คือต้องมีส่วนร่วมจากตัวองค์กรที่ได้รับการสนับสนุนด้วย โดยมีการพูดคุย ปรึกษาหารือ และวิเคราะห์ร่วมกันระหว่างผู้ให้ทุนและผู้รับทุน



## คุณสันติ จิตระจินดา

ประเด็นที่ผมได้รับมอบหมายให้มาพูดในวันนี้ คือ เรื่อง Life style คำว่า Life style บางคนเรียกว่า วิถีชีวิต way of life หรือลีลาชีวิต แต่ผมเรียกว่าแบบชีวิต เมื่อพูดถึง Life style จะเกิดสิ่งที่เรียกว่า social classification (การจำแนกชั้นทางสังคม) ดังนั้นถ้าเรา

จะรณรงค์กับชาวบ้านต้องคำนึงถึงประเด็นนี้ด้วย เช่น คนที่ทำงานกระทรวงสาธารณสุข จะเดินออกกำลังกายในสวนสวย ๆ ที่ออฟฟิศ แต่ชาวบ้านไม่ใช่ ชาวบ้านจะบอกว่า ที่ยกถังหมูปทอดขายไม่เรียกว่า ออกกำลังกายหรือ เพราะฉะนั้นมาตรการของกองทุนต้องมีการจำแนกชั้นทางสังคมและวัฒนธรรมมาเกี่ยวข้องในการมองซึ่งการส่งเสริมสุขภาพที่น่าสนใจไม่ได้มีแบบเดียว ซึ่งแบบของผู้ชาย ผู้หญิง ลูกเล็ก วัยรุ่น ผู้สูงอายุ และแบบรวมของครอบครัวก็จะไม่เหมือนกัน เพราะมนุษย์มีหลายบทบาท เมื่อเราอยู่ในบทบาทใดก็จะมีแนวโน้มที่พฤติกรรมตามบทบาทนั้น เพราะฉะนั้นเราจึงต้องเป็นภาพรวม ที่จะเชื่อมโยงหลาย ๆ ส่วนเข้าไป

ถ้าพูดถึงแบบชีวิตทางวิชาการจะพูดถึงการบริโภคเป็นหลัก รวมทั้งเรื่องของการแต่งกาย และการใช้เวลาว่างของตนเอง ซึ่งการใช้เวลาในชีวิต ควรเป็น 8 8 8 คือ 8 ชั่วโมงทำงาน 8 ชั่วโมงพักผ่อน กิน อยู่ และ 8 ชั่วโมงเป็นเรื่องของนันทนาการและการเรียนรู้ ซึ่ง 8 8 8 นี้จะเป็นจุดที่มองได้ชัดเจนว่า ถ้าจะพูดถึงแบบชีวิตของคน ต้องดูว่าแบบชีวิตในการทำงาน การบริโภค หรือ การพักผ่อนแบบใดที่สร้างเสริมสุขภาพ

ในเรื่องการรณรงค์ จะต้องมิตีของการสื่อสารเข้ามาเกี่ยวข้อง มีการวิจัยว่าการรณรงค์ที่ประสบความสำเร็จ ต้องเป็นการรณรงค์ที่ผูกพันกับกิจกรรม ยึดกิจกรรมเป็นศูนย์กลาง ซึ่งน่าจะเป็นกิจกรรมที่มีความหลากหลาย เดิมเชื่อว่าการสื่อสารมวลชนที่ดีที่สุดแต่ไม่ใช่ การสื่อสารมวลชนเป็นสิ่งที่เข้าถึงได้ยาก แต่วัดผลได้ยากที่สุด การสื่อสารที่หวังผลได้มาก คือ การสื่อสารกลุ่มย่อย (small group communication) ซึ่งเราอาจเรียกการสื่อสารแบบนี้ว่า การสื่อสารเฉพาะกลุ่ม เช่น หนังสือเย็บกับปลา หนังสือชีวิต

นอกจากนั้นพวกเขละครฟ้นบ้าน ลีเก ประชาชนยังสนใจอยู่ สิ่งนี้ยังมีความหมายกับคนในสังคมไทย นอกจากนั้นการสื่อสารที่ผมสนใจ คือ สนใจการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม คือ สนใจในการเปลี่ยนบทบาทโดยให้ชาวบ้านเป็นผู้สื่อสารให้ฟัง ให้ชาวบ้านผลิตสื่อตนเอง และทำงานร่วมกันได้โดยไม่ต้องใช้สื่อจากส่วนกลาง



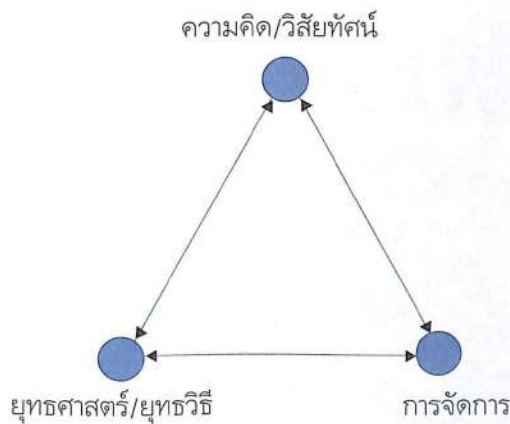
สิ่งนี้ทำกันมากในกลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่ง เด็กเป็นผู้นำความคิดสู่ครอบครัวได้ดี วัยรุ่นเป็นผู้ป้องกันชุมชนที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ถ้าเราสามารถทำงานกับเด็กและเยาวชน ในรูปของเด็กเป็นตัวต่อหรือภาษาสื่อมวลชน เรียกการสื่อสารแบบหัวคะแนน ไปประชาสัมพันธ์ในครอบครัวในชุมชน โดยให้วัยรุ่นเป็นตัวต่อทางนวัตกรรมแบบรูป หรือแบบชีวิตที่น่าสนใจ และเป็นตัวแยกแยะภัยทางสังคมได้ จะเป็นกลุ่มที่น่าสนใจมาก



### คุณไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม

การทำให้กองทุนประสบความสำเร็จนั้น โดยใช้รูปแบบสามเหลี่ยมแห่งความสำเร็จ

เริ่มต้นคือ ความคิด วิสัยทัศน์ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีโดยเฉพาะในการสัมมนา วิสัยทัศน์จะมีมาก แต่ที่ยากขึ้น คือ เรื่อง ยุทธศาสตร์ หรือ ยุทธวิธี แต่สิ่งที่มัก



จะขาดอยู่มาก คือ ปัจจัยที่ 3 เรื่องการจัดการ เห็นได้ว่าแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มีวิสัยทัศน์ที่ยอดเยี่ยม ยุทธศาสตร์ชัดเจน แต่การจัดการไม่ได้ผล ทำไม่ได้หรือทำได้น้อยมาก ดังนั้นเรื่องการจัดการถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุด

ประเด็นในการจัดการกองทุนฯ ผมมองการจัดการผ่านองค์กรหรือกลไกต่างๆ ในสังคม ซึ่งสามารถมีการจัดการที่กระชับ ชัดเจน เพราะจำกัดพื้นที่ กลุ่มคน คือ จัดการผ่านจุดจัดการ ให้จุดจัดการเป็นผู้จัดการ กองทุนหรือองค์กรกลางทำหน้าที่กระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุน เชื่อมโยง ประสานเครือข่าย องค์กร หรือกลไกที่จะเป็นจุดจัดการที่สำคัญ สามารถจัดเป็น 4 หมวด คือ

1. สถาบันการศึกษา (โรงเรียน, วิทยาลัย, มหาวิทยาลัย)
2. องค์กรที่ดำเนินกิจการ (รัฐบาล, รัฐวิสาหกิจ, เอกชน)
3. องค์กรปกครองท้องถิ่น (อบต. , เทศบาล, กทม.)

4. องค์กรประชาชน ประชาสังคม (สมาคม, มูลนิธิ, ชมรม, กลุ่ม, ประชาคม, เครือข่าย)

เทคนิคในการจัดการกองทุนฯ คือ ถ้าทั้งหมดมารวมศูนย์ที่องค์กรกลางจะมากเกินไป ต้องกระจายศูนย์ออก เป็นระดับภูมิภาค อำเภอ จังหวัด เช่น กองทุนที่ธนาคารออมสินบริหารอยู่ คือ กองทุนเพื่อการลงทุนทางสังคมหรือกองทุนชุมชน (sip) จะใช้วิธีการจัดการแบบกระจายผ่านองค์กรอื่น ๆ ซึ่งระยะแรกใช้เวลานานกว่าจะสร้างความเข้าใจ สร้างกลไกต่าง ๆ แต่หลังจากกลไกต่าง ๆ เข้าที่แล้ว ขณะนี้ กิจการไปเร็วมาก ซึ่งปัจจุบันได้อนุมัติเงินช่วยเหลือไป 1,700 - 1,800 ล้านบาท และมีเกือบ 2,000 โครงการ โดยมีประชาชนและเครือข่ายต่าง ๆ เข้ามาเป็นผู้จัดการ

ภายใต้ระบบจัดการที่ได้นำเสนอไป กองทุนจะมีบทบาท คือ

1. บทบาทในการกระตุ้นการเปลี่ยนแปลง อาจใช้หลัก social marketing หรือเทคนิคอื่น ๆ เช่น การวิจัย การสร้างกระแส การสร้างขบวนการต่าง ๆ

2. การประสานเครือข่าย เช่น การทำงานในรูปของเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งคำว่าเครือข่าย หมายถึง เครือข่ายขององค์กรที่จะจัดการทั้ง 4 หมวด คือ องค์กรทั่วประเทศ ทั้งองค์กรที่เป็นสถาบันการศึกษา, องค์กรที่ดำเนินกิจการ, องค์กรปกครองท้องถิ่น และองค์กรประชาชน ซึ่งองค์กรเหล่านี้ อาจมีเครือข่ายในระดับต่าง ๆ แยกย่อยกันไป และประสานเป็นชั้น ๆ ขึ้นมา เป็นเครือข่ายทั้งประเทศ

3. การพัฒนาดัชนีสุขภาพ / สุขภาวะดัชนี ที่จะเป็นโยบายมาก คือ ดัชนีระดับองค์กร หรือ ระดับพื้นที่ย่อย ๆ คือ ดัชนีที่สอดคล้องกับจุดจัดการถ้าเรามีดัชนีให้กับสถาบันการศึกษาแต่ละแห่งหรือองค์กรที่ดำเนินกิจการแต่ละแห่ง เราจะสามารถนำมาใช้ในการวางแผน เมื่อรู้ว่าจะสถานะทางสุขภาพเป็นอย่างไร การวางแผนให้ดีขึ้นจะเกิดเป้าหมาย วิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์ และวิธีการซึ่งสามารถวัดและติดตามผลได้ ส่วนดัชนีทั้งประเทศจะมีประโยชน์ในการติดตามผลโดยรวมเพื่อวางยุทธศาสตร์โดยรวม เพื่อนำไปสู่การจัดการที่แยกกระจายออกไป เพราะฉะนั้นดัชนีนั้นจะมีทั้งดัชนีระดับย่อย ระดับองค์กร หรือ ระดับพื้นที่ กับดัชนีรวม

4. การส่งเสริม สนับสนุน และติดตามประเมินผล ซึ่งบทบาทของกองทุน คือ การส่งเสริม สนับสนุน ทั้งที่เป็นเงินและไม่ใช้เงิน เช่น เป็นวิชาการเทคโนโลยี เป็นการส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้ทั้งกระบวนการนั้นเป็นองค์กรเรียนรู้ (learning organization) เป็นกระบวนการเรียนรู้ต่อเนื่องซึ่งองค์กรเรียนรู้ หมายถึง องค์กร หรือ กลุ่ม หรือ ขบวนการที่มีการศึกษา คิดค้น พัฒนา นำไปปฏิบัติ วัตถุประสงค์จากการปฏิบัติ แล้วนำมาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง



# กองทุนสร้างเสริมสุขภาพ : ทำฝันให้เป็นจริง

สรุปจากการสัมมนาเรื่อง

กองทุนสร้างเสริมสุขภาพ : มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย

โดย

น.พ.ดำรงค์ บุญยยืน

คุณชัยยุทธ สุทธิธนากร

ศ.น.พ.ประทีป วาศิสาธกิจ

น.พ.สุกกร บัวสาย

ผู้ดำเนินรายการ

คุณธีรารัตน์ พันทวี

อดีตอธิบดีกรมอนามัย กรมควบคุมโรคติดต่อ กรมการแพทย์

ผู้อำนวยการกองนโยบายภาษี กระทรวงการคลัง

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และ

เลขาธิการมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาสุขภาพ

รองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สถานีวิจัยสุขภาพ



## คุณธีรารัตน์ พันทวี

วันนี้ เราทุกคน มาด้วยจุดประสงค์เดียวกัน คือ พัฒนาสุขภาพของประชาชน ในกลุ่มเป้าหมาย ในทุกกลุ่มในสังคมให้ดียิ่งขึ้น ที่สำคัญ คือ ทุกคนจะเป็นผู้ลงมือ เพราะฉะนั้น กลับไปวันนี้ อย่าได้หยุดเรื่องนี้เพียงเท่านั้น ช่วยกันผลักดันให้การสร้างเสริมสุขภาพไปสู่บุคคลองค์กรและประชาชนในกลุ่มต่างๆที่ท่านสังกัดอยู่ เท่าที่จะทำได้ เพราะเราเล็งเห็นตรงกันว่า วันนี้เป็นวันที่เราจะทำให้เกิดสุขภาพะทางกาย จิต แก่ประชาชนทุกคน



## คุณชัยยุทธ สุทธิธนากร

1. การทำงานต้องมีการวางกรอบแนวคิด เรื่องสุขภาพให้ชัดเจน ว่าสุขภาพที่พูดถึงคืออะไร ซึ่งทางสภาพัฒน์ฯ ได้จ้างผู้เชี่ยวชาญทางธนาคารพัฒนาเอเชีย (ADB) ทำกรอบแนวคิดเรื่อง สุขภาพออกมา แต่อาจจะไม่ใช่ประเด็นตายตัว ทางคณะผู้ทำงานต้องคิดออกมาให้ได้ว่าคืออะไร และวางกรอบให้ชัดเจน เพื่อจะไม่เดินหลงทาง

2. เมื่อมีกรอบแนวคิดแล้ว ต้องมีการประเมินผลที่ชัดเจน มีการกำหนดตัวชี้วัดว่ามีอะไรบ้าง โดยรัฐมนตรีกระทรวงการคลังจะเป็นประธานการประเมินผลเพื่อไม่ให้มีปัญหาการบิดเบือนเรื่องภาษี แต่ต้องการดูว่าผลการดำเนินการเป็นไปได้อย่างไร มีประสิทธิภาพ ความโปร่งใสอย่างไร ซึ่งสำคัญที่สุด คือ การประเมินผลที่ชัดเจน

3. เรื่องการดำเนินการ คือ การเข้ามามีส่วนร่วมขององค์กรเป็นสำคัญ ไม่ใช่เพียงรัฐบาลเป็นผู้คิดเพียงฝ่ายเดียว เพราะจะไม่ครอบคลุม ส่วนล่างหรือองค์กรต่าง ๆ ต้องเข้ามามีส่วนร่วม

ปัจจุบันเงินตรงนี้ประมาณ 700 ล้านบาทต่อปี ถ้าพระราชบัญญัติฯ ผ่านก็จะมี การจัดสรรไปเรื่อย ๆ ไม่ต้องทำเรื่องขอของบประมาณเหมือนโครงการทั่วไป ซึ่งสามารถวางแผนล่วงหน้าได้อย่างชัดเจน โดยการทำเป็นแผน 3 ปี 5 ปี ซึ่งปัจจุบันถึงเวลาแล้วที่ต้องดำเนินการตรงนี้



## น.พ. ดำรงค์ บุญยยืน

กรอบแนวคิดของการดำเนินงานเชิงรุก ในการสร้างเสริมสุขภาพ คือ แนวคิดที่จะต้องเน้นเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นสาธารณสุขของประชาชน โดยประชาชน และต้องติดตามตรวจสอบว่าเพื่อสุขภาพะของประชาชน การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกุญแจดอกที่สำคัญที่สุดในการเดินทางไปสู่การได้มาซึ่งสุขภาพที่ดี และเป็นหัวใจของการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพ ความหมายครอบคลุมไปถึงการควบคุม การป้องกันโรค การจัดการกับสิ่งแวดล้อม และทำให้สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการมีสุขภาพอนามัยที่เป็นปกติดีของประชาชน และ สิ่งนี้ต้องไม่ใช่ภาพนิ่ง แต่มีพลวัตรไปเรื่อย ๆ แต่ที่ผ่านมากลับพบว่าการสาธารณสุขมูลฐานนั้นอ่อนแอ ด้อยพัฒนา

ยุทธศาสตร์ในการให้การสาธารณสุขมูลฐานเข้มแข็ง คือ ยุทธศาสตร์ในการเผยแพร่ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร การประชาสัมพันธ์ ยุทธศาสตร์การติดตามเฝ้าระวัง ประเมินสภาวะสุขภาพว่าอะไรมีความเสี่ยงสูง ความเสี่ยงต่ำ ประมวลผลปัญหาที่เกิดจากอะไร และดำเนินการแก้ไข รวมทั้งมียุทธศาสตร์เรื่องการใช้งบประมาณของประชาชน สิ่งที่สำคัญอีกประการ คือ เครื่องมือที่จะนำมาใช้ในเชิงนโยบาย เช่น



กฎหมายพระราชบัญญัติ ที่จะทำให้เกิดการจัดการให้สิ่งแวดล้อม เกื้อหนุนกัน รวมถึงเรื่องการปกครองส่วนท้องถิ่น และมีการเข้ามาร่วมขององค์กรชุมชนเป็นจำนวนมาก ทำให้ชุมชนนั้นเข้มแข็ง จึงจะทำให้การสาธารณสุขมูลฐานของประชาชนดำเนินไปได้

เรื่องสังคมของการเรียนรู้ หรือสังคมข่าวสารมีความสำคัญสุด ยอด โดยนำพลังปัญญามาเก็บเกี่ยวพลังพัฒนา ดำเนินการกระตุ้น สนับสนุน ประสานพลังต่างๆ ซึ่งการนำพลังปัญญา และพลังพัฒนา และท้ายที่สุดจะได้มาซึ่งพลังสังคม โดยนำพลังปัญญาเป็นตัวนำ ไม่ใช่เอา 700 ล้านบาทเป็นตัวนำ 700 ล้านบาทจะเป็นเพียง น้ำมันที่จะทำให้พลังปัญญาเป็นแสงสว่างที่นำสังคมไทยไปสู่การพัฒนาเชิงรุก โดยพลังปัญญาจะเป็นสังคมของการเรียนรู้ เปิดออกสู่ข่าวสาร ซึ่งงานแรกที่กองทุนจะต้องทำคือ การประมวลความรู้ และคัดกรองตรวจสอบหาความรู้ที่ถูกต้อง เมื่อมีความรู้แล้วจะมีผู้นำไปปฏิบัติ เช่น เรื่องเมืองน่าอยู่ โดยทำผ่านสื่อต่างๆ เช่น สื่อบุคคล สื่อมวลชน และนำไปดำเนินการเฝ้าระวัง เพื่อแก้ไขและป้องกัน

สุดท้าย ผมขอเรียนว่า เราจะใช้กองทุนนี้ ดำเนินการ เอาเรื่องของสังคมการเรียนรู้เป็นจุดเข้า (entry point) ของการดำเนินยุทธศาสตร์ โดยเมื่อเข้าไปแล้ว จะพบว่าเรามีต้นแบบ เพราะฉะนั้น งานแรก คือ ตรวจสอบว่าต้นแบบที่มีอยู่มีอะไรบ้าง ถ้าพบต้นแบบที่ดี จึงนำไปดำเนินการกระตุ้น สนับสนุนให้เกิด การปฏิบัติภายใต้เครื่องมือทั้งหลายที่มีอยู่ และถ้าพบว่ายังมีช่องว่างทางความรู้ที่จุดใดหรือรู้แล้วแต่ยังไม่ต้นแบบต้องไปสร้างต้นแบบ เช่นการจ้างผู้เชี่ยวชาญมาจัดกระบวนการกลุ่มแต่ถ้ายังไม่มั่นใจจะต้องทำการวิจัยและพัฒนา ซึ่งถือว่าเป็นงานที่ขึ้นต้นน้ำ ส่วนงานที่ ลงท้ายน้ำ คือนำความรู้ไปใช้ โดยกระตุ้นสนับสนุนให้คนดำเนินการปฏิบัติ ผมขอจบเพียงเท่านี้ครับ



### ศ.น.พ.ประกิจ วาทีสารกกิจ

การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นเรื่อง ที่ค่อนข้างใหม่ในสังคมไทย และในระดับโลก ซึ่งต้องขอยกความดีให้กับบุรี เพราะใน ความไม่ดีของบุรีทำให้เกิดเรื่องนี้ คือ ในปี พ.ศ.2530 ประเทศออสเตรเลียได้ออก กฎหมายเพื่อควบคุมการสูบบุหรี่ โดยมี มาตรการมากมายรวมถึงการห้ามโฆษณาบุรี แต่ปัญหาที่พบคือ ศิลปะและการกีฬาต่างๆ เช่นดั่งสัญญาารับเงินโฆษณาจากบุรีแล้ว จึงมีการคิดว่ ในกฎหมายของบุรีควรผนวกเรื่องภาษีบุรีเข้ามา เจตนาแรกเมื่อต้น คือ นำไปทดแทนเงินที่ได้จากบริษัทบุรี ใน การสนับสนุนการกีฬา โดยรัฐวิคตอเรีย กำหนดว่า ร้อยละ 5 ของภาษีสรรพสามิตนำมาตั้งกองทุนเรียก กองทุนสร้างเสริมสุขภาพ แล้วกำหนดให้ร้อยละ30 จะนำมาใช้เรื่องศิลปะและการกีฬา

ปัจจุบัน ประเทศที่น่าแนวคิดนี้มาใช้มี 14 ประเทศ สำหรับใน เอเชีย ถ้าในประเทศไทยมีกฎหมายฉบับนี้ได้ ก็จะเป็นประเทศที่ 3 รองจากเนปาลและเกาหลี โดยในออสเตรเลีย รัฐแรกที่ออก

กฎหมายฉบับนี้ คือ รัฐวิคตอเรีย (Vic Health) เขาได้รับเงินร้อยละ 5 จากภาษีสรรพสามิต คือประมาณ 20 ล้านเหรียญออสเตรเลีย ซึ่งเขานำเงินส่วนนี้มาทำกิจกรรมต่างๆมากมาย เช่น เรื่องสุขภาพ ของเด็ก ผู้หญิง การออกกำลังกาย การกีฬา คนพิการ มีทุกด้าน ซึ่งเขาเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2530 รูปแบบนี้ถือว่าประสบ ความสำเร็จมาก จนทางองค์การอนามัยโลก ได้แนะนำ ให้ ประเทศต่างๆ ออกกฎหมายในลักษณะเดียวกัน ซึ่งนำมาสู่การที่มีอีก 10 ประเทศดำเนินการตาม ซึ่งทีมของเราได้มีโอกาสไปดูงานที่นั่นด้วย โดยดูตั้งแต่ปรัชญาในการออกกฎหมาย วิธีการบริหารองค์กร การให้ทุน การประเมินผลและอื่นๆ จุดเด่นขององค์กรนี้ คือ มี ขนาดเล็ก ตัวองค์กรไม่ทำงานเอง แต่กำหนดนโยบาย ทิศทาง แล้วให้คนอื่นทำ เพราะฉะนั้นค่าใช้จ่ายในการบริหารองค์กรจะต่ำ มากคือ ประมาณร้อยละ10 ของทั้งหมด

ที่ประเทศแอฟริกาใต้ได้ผนวกเรื่องการศึกษากับบันเทิงไปด้วย กัน เรียกว่า "Edutainment" โดยใช้ละครนำเอาผู้เรื่องที่ ทำให้ คนเกิดความตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเมื่อประเมินออกมา พบว่า ประสบความสำเร็จมาก โดยเฉพาะโปรแกรมเกี่ยวกับโรคเอดส์

แต่ในที่สุดแล้วเราคงต้องมากำหนดว่าปัญหาสุขภาพที่จะแก้ไข ในลำดับต้นๆ คืออะไร โดยในประเทศไทย อุบัติเหตุ ร้อยละ 60-70 มาจากการดื่มสุรา ต้องดูว่ามีคนเสียชีวิตจากบุรี จากโรคเอดส์เท่าไร แล้วแยกประเด็นออกมา แล้วมีการสร้างเครือข่าย จากที่คุ้นลันติ ได้ให้ข้อเสนอว่า ต้องดูว่าคนชั้นไหน การศึกษาเป็นอย่างไร สังคมเป็นอย่างไร เพื่อนำสื่อและโครงการเข้าไปถึงเขาให้ได้ รวมทั้งการใช้สื่อต้องหลากหลาย และต้องพัฒนาองค์กรและชุมชนให้ มีความสามารถในการแก้ปัญหาต่างๆอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการ เสนอนโยบายผ่านสื่อมวลชน สุดท้าย เมื่อเราทำประเด็นใด ประเด็นหนึ่ง แล้วติดตรงจุดไหน ต้องแก้ที่กฎหมาย โดยเสนอ มาตรการทางกฎหมายให้รัฐบาลดำเนินการต่อไป



### น.พ. สุกกร บัวสาย

การทำงานของ สยส.โดยสรุป คือ มีวิธี การทั้งแบบตั้งรับ และแบบรุก วิธีตั้งรับ คือ ตั้งรับเค้าโครงความคิด ข้อเสนอโครงการ แล้วนำมาพิจารณาคัดสรร แล้วจึงเชิญผู้ที่เรา คิดว่าโครงการนั้นจะมีประโยชน์สูง หรือความ เป็นไปได้สูง มาช่วยกันคิดรายละเอียดว่าจะทำให้ดีที่สุดได้อย่างไร แล้วจึงมีการพิจารณาให้ทุน ส่วนการทำงานเชิงรุก เรามีหลักว่า เราทำงานเพื่อสุขภาพของคนทั้งประเทศ จะมองไปที่ภาพรวมการ แก้ปัญหาใหญ่ของประเทศ ซึ่งการที่เราจะพัฒนาโครงการนั้น เรา มีความรู้พอสมควร จึงพอจะประเมินในเบื้องต้นได้ว่า เรื่องใดที่ ทำแล้วจะไปในทิศทางที่ถูกต้อง และทำในลักษณะไหน จึงจะเกิดผล

การเขียนโครงการนั้น ถ้ามองในระดับภาพรวมขององค์กร คือ เพื่อสุขภาพของคน แต่ถ้ามองแยกในระดับองค์กร งานทั้งหลายของ สยส.ไม่ว่าจะกี่ร้อยโครงการ ไม่ใช่เป็นการแก้ปัญหาเป็นเรื่องๆ เท่านั้น



แต่เป็นการรวมเอาสายธารเล็กๆ ต้นไม้แต่ละต้นเข้ามารวมกันให้เป็นป่าให้ได้ ซึ่งในการทำงานของ สยส.ต้องทำงานเพื่อสร้างให้เกิดพลังสังคม ให้เกิดเป้าหมายร่วมกันทางสังคมขึ้นมา

**รูปแบบของโครงการ** อาจเป็นโครงการรณรงค์, โครงการนําร่อง, โครงการวิจัยและพัฒนา หรือ โครงการวิจัยแบบมีส่วนร่วม,โครงการเสริมจากโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต หรือโครงการพัฒนาชุมชน/สังคมที่กำลังดำเนินการอยู่แล้ว หรือโครงการพัฒนาทักษะของหน่วยงานหรือกลุ่มผู้นำหรือกลุ่มบุคลากร เพื่อทำงานสร้างเสริมสุขภาพ

**คุณลักษณะพิเศษ** โครงการควรเน้นการทำงานอย่างมีส่วนร่วม ควรมีภาคีเข้าร่วมมากกว่าดำเนินงานโดยหน่วยงานใดหน่วยงานเดียว สามารถแสดงถึงประโยชน์ที่จะได้รับชัดเจน และแสดงถึงความคิดสร้างสรรค์ โดยระดับทุนสนับสนุนนั้น โครงการควรเป็นโครงการขนาดเล็ก (วงเงินต่ำกว่า100,000 บาท) หรือขนาดกลาง (วงเงิน 100,000 ถึง 1,000,000) แต่อาจเสนอโครงการขนาดใหญ่กว่านี้ก็ได้ และผู้เสนอโครงการหาแหล่งทุนจากที่อื่นร่วมสนับสนุนด้วยก็ได้

**เอกสารข้อเสนอ** อาจเสนอโครงการเป็นเค้าโครงความคิดก่อน(ความยาว 3- 5 หน้ากระดาษ) หรือเสนอโครงการที่มีรายละเอียดก็ได้ หัวข้อที่ควรแสดงไว้ คือแนวความคิดโดยสังเขป, วัตถุประสงค์, แนวทางดำเนินงาน, ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ, งบประมาณที่ใช้และประวัติสังเขปของผู้เสนอโครงการ

#### การจัดส่งโครงการ

ผู้สนใจโปรดส่งข้อเสนอโครงการ หรือสอบถามเพิ่มเติมได้ที่

**โครงการเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ**

104/9 ซอยรณชัย2 เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร 10400 โทรศัพท์/โทรสาร 6196258-9

## สรุปประเด็นสำคัญจากการสัมมนาเรื่อง

### กองทุนสร้างเสริมสุขภาพ : มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย

โดย น.พ.ทภัย ชิตานนท์



สิ่งที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ คือ การสร้างนโยบายสาธารณะในด้านสุขภาพ (Healthy public policy) ซึ่งไม่ใช่หมายถึง นโยบายสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข เช่น กฎหมายบังคับให้สวมหมวกกันน็อค หรือ คาดเข็มขัดนิรภัย เกิดมาจากกรมตำรวจ กระทรวงมหาดไทย ไม่ใช่เกิดจากกระทรวงสาธารณสุข แต่ทำเพื่อสุขภาพของประชาชน อีกตัวอย่าง คือ ที่จังหวัดขอนแก่น มีแพทย์คนหนึ่งซึ่งเอาใจใส่เรื่อง อุบัติเหตุมาก เป็นคนทำงานอย่างจริงจัง ในปี พ.ศ. 2539 ประเทศไทยมีกฎหมายบังคับให้ผู้ขับขี่มอเตอร์ไซด์สวมหมวกกันน็อค ซึ่งนายแพทย์ผู้นี้ไปสำรวจที่ขอนแก่น ปรากฏว่า ปีนั้นมีผู้สวมหมวกกันน็อค ร้อยละ 20 นายแพทย์ผู้นั้นจึงไปปรึกษากับผู้บังคับการตำรวจ โดยให้เริ่มตรวจและจับ ปีต่อมาเปอร์เซ็นต์ผู้สวมหมวกกันน็อคเพิ่มขึ้นมาเป็นร้อยละ 50 อุบัติเหตุลดลงร้อยละ 31 ดังนั้นการบังคับใช้กฎหมาย หรือการทำให้ นโยบายสาธารณะเป็น Public Policy จึงเป็นเรื่องสำคัญ การรณรงค์ การให้การศึกษาแก่ประชาชน การให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นสิ่งที่ดี แต่ไม่เพียงพอ ต้องมีการบังคับใช้กฎหมายด้วย

เมื่อข้าพเจ้าได้มีโอกาสพูดคุยกับท่านนายก ได้ยินว่าขณะนี้กำลังมีปัญหาเรื่องเครื่องโปรตรอน มูลค่า 4,000 ล้านบาท ซึ่งจะซื้อมาเพื่อรักษาโรคมะเร็งในประเทศไทย เครื่องเดียว 4,000 ล้านบาท ถ้าทำงานกองทุนนี้ หลาย ๆ ท่านช่วยกันทำใช้เงินเพียง 700 ล้านบาท จะผดุงคุณภาพชีวิตผู้คนมากมายกว่าเครื่องโปรตรอน 4,000 ล้านบาท ซึ่งผมแน่ใจว่า ทุกท่านในที่นี้คงจะสนับสนุนกองทุนนี้เป็นอย่างดี

ท้ายที่สุด คือ เมื่อผมไปประชุมที่จากต้า มีสไลด์อันหนึ่ง ซึ่งคุณคิดบุช จากองค์การอนามัยโลก นำมาเสนอ ในสไลด์นั้นมีคนสูงอายุหนึ่งคน จูงเด็กเดิน ผู้สูงอายุพูดว่า ไปไอ้หนู ปู่พาเจ้าไปในโลกที่ดีกว่า หรืออย่างน้อยก็ไม่เลวกว่าโลกที่ปู่เกิดมา เพราะฉะนั้น ท่านทั้งหลาย จงช่วยกันมาทำประเทศไทยของเราให้เป็นโลกที่ดีกว่า หรือไม่เลวกว่าตอนที่เราเกิดมา

## จดหมายข่าว การสร้างเสริมสุขภาพ

### รายชื่อคณะกรรมการ โครงการเครือข่าย การสร้างเสริมสุขภาพ

#### ประธาน

ศ.น.พ.ประกิจ วาที่สาธกกิจ  
เลขาธิการมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

#### กรรมการ

Dr.E.B.Doberstyn  
WHO representative to Thailand

พ.ญ.ศิริพร ภัณฑะ

ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ

น.พ.สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์

สำนักงานประกันสังคม

รศ.พ.ญ.กานดา วัฒนโกส

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

น.พ.สมชัย วิโรจน์แสงอรุณ

สำนักงานสาธารณสุข จ.พระนครศรีอยุธยา

น.พ.สุภากร บัวสาย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ดร.ธนวัติ บุญลือ

คณะเทคนิคศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

น.ส.สารี อ่องสมหวัง

มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

น.พ.มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์

บริษัทนิลเวทย์ไทยโฮลดิ้ง จำกัด

น.พ.สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ

ประธานชมรมแพทย์ชนบท

น.พ.ชูชัย ศุภวงศ์

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

พ.อ.น.พ.ยศพร แสนโกษณ์

สำนักงานแพทย์ทหารบก

ดร.พิมพ์พิมพ์ ธิงเกียรติ

สำนักคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ

น.ส.เนาวรัตน์ ชุมยวง

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

#### กรรมการและเลขานุการ

น.ส.บังอร ฤทธิภักดี

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

#### ผู้ประสานงาน

เอมอร ธีรกรเชิด

#### สถานที่ติดต่อ

เครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

104/9 ซอยรณชัย 2 ถนนเศรษฐศิริ

เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400

โทร 6196258-9 โทรสาร 6196258

e-mail address:

ashthai@assiaaccess.net.th



# กองทุนสร้างสุขภาพ (3)

นพ.ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช

ผมต้องขอแสดงความชื่นชมว่าคณะบุคคลที่เรียกตัวเองว่า “เครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ” จัดสัมมนาเรื่อง “กองทุนสร้างเสริมสุขภาพ : มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย” ได้อย่างเก๋ไก๋และเป็นที่สนใจของสาธารณชนมากพอสมควร เพราะทำได้ถึงขนาดเชิญ ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี นายชวน หลีกภัย ไปเปิดการสัมมนา เมื่อวันที่ 28 มกราคมที่ผ่านมา แล้วได้นักข่าวตามไปทำข่าวอีกหลายสิบสำนัก โดยไม่ต้องเสียเงินค่าทำ PR เลย

การสัมมนาครั้งนี้มีการอภิปรายหมู่เรื่อง “ข้อเสนอเพื่อให้กองทุนสร้างเสริมสุขภาพเป็นประโยชน์สูงสุดต่อการสร้างเสริมสุขภาพคนไทย” โดยมีวิทยากรจาก 5 กลุ่มสาขา และดำเนินรายการโดยคุณศิริบูรณ์ ฌ์ฐพันธ์ แห่งรายการเช้าวันจันทร์ ซึ่งต่อ ๆ ไปวงการแพทย์อาจจะได้เห็นคุณศิริบูรณ์บ่อยขึ้นในรายการต่าง ๆ ที่ สวรส. หรือ สธ จัด

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เป็นผู้อภิปรายท่านแรกในฐานะผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ ท่านเกริ่นนำไว้อย่างน่าสนใจโดยวาดภาพการขับเคลื่อนออกจากบ้านในหมู่บ้านของท่าน ระหว่างทางก็พบรถเก็บขยะจอดอยู่ข้างทางเพราะบรรดาพนักงานเก็บขยะยังสาละวันอยู่กับการแยกขยะไม่เสร็จสักที เบื้องหน้าทางด้านซ้ายก็

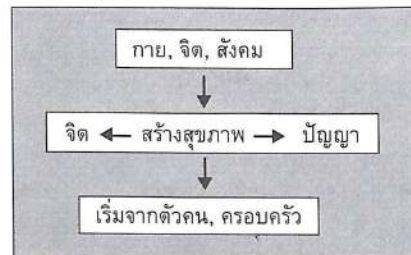
เห็นนอนตายอยู่ข้างทางและมีสุนัขจรจัดวิ่งกันเพ่นพ่านใกล้ถึงปากซอยก็พบคนขับซี้จักรยานยนต์โดยไม่สวมหมวกกันน็อก ตามสี่แยกใหญ่ ๆ ก็เห็นป้ายโฆษณาอาหารสร้างเสริมสุขภาพกันเกร่อ ผู้ฟังเกิดการเห็นภาพได้ว่าบ้านเมืองเรานี้มีปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพรอบตัว ดังนั้นการก่อตั้งกองทุนสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่น่ายกย่องชมเชย

สุขภาพคือ สุขภาวะ ในขณะที่คนไทยเผชิญทุกขภาวะอยู่มาจากการเจ็บป่วยล้มตายโดยไม่จำเป็นปีละมาก ๆ ในเวลาเดียวกัน คนไทยก็มีการใช้จ่ายเงินไปกับระบบสุขภาพมาก แต่การลงทุนที่เวลานั้นให้ผลตอบแทนต่ำ

แผนภูมิที่แสดงความเชื่อมโยงและพลวัตเกี่ยวกับสุขภาพนี้ ท่านผู้อ่านสามารถเข้าใจได้และจะเห็นได้ว่าสุขภาพหรือสุขภาวะของคนนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ มากมาย สถานบริการสุขภาพเป็นเพียงกิ่งเล็ก ๆ ข้างหนึ่ง

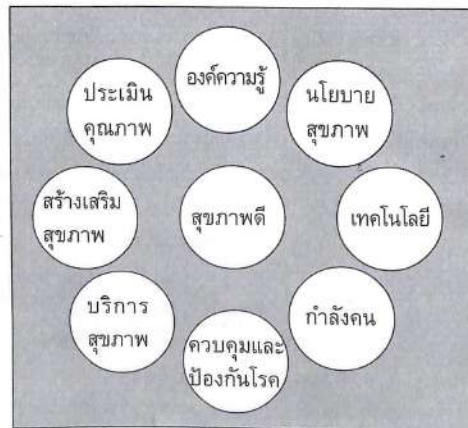
- วิถีชีวิต  $\approx 54\%$
- ระบบบริการสุขภาพ 9%
- พฤติกรรมของคนมีน้ำหนักมากกว่ากันก็จะพบว่า
- สิ่งแวดล้อม 31%
- พันธุกรรมและชีวภาพ 16%

ถ้าจะดูว่าปัจจัยไหนมีน้ำหนักมากกว่ากันก็จะพบว่า



การสร้างสุขภาพนั้น หมอกับพยาบาลจะมีส่วนทำได้น้อย เพราะเป็นกิจกรรมที่ผู้คนแต่ละคนต้องทำให้แก่ตัวเอง นอกจากนั้นการสร้างเสริมสุขภาพเพียงอย่างเดียวก็ยังไม่พอ ในเมื่อมันเป็นเพียง 1 ใน 8 วงจรแห่งปัจจัยสำคัญ ๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งสุขภาพที่ดี

ประเด็นการปฏิรูประบบสุขภาพ



การตั้งกองทุนจาก “ภาษีบาป” จะทำให้มีเงินปีละ 700 - 800 ล้านบาท ในการทำกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรค

คุณหมออำพล กล่าวทิ้งท้ายว่า สังคมอย่ามัวแต่เน้นที่จะทำให้องค์กรอยู่อย่างเดียวเพราะยังมีอีก 7 เรื่อง (ในวงกลม) ที่ต้องทำไปด้วยกัน ทุกคนจึงเป็นภาคีที่จะต้องช่วยทำ ช่วยเชื่อมโยงให้เกิด “พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ”

ดร.เลขา ปิยะอัจฉริยะ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่เกษียณอายุราชการจากยูนิเซฟ ท่านกล่าวว่าปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดปัญหามีมากกว่า 1 ปัจจัย จึงต้องจัดลำดับความสำคัญอย่างเช่น รากเหง้าของการติดยาเสพติดนั้นอยู่ที่การไม่รักตัวเอง ไม่รักคุณค่าของตัวเองจึงขาดภูมิคุ้มกัน (จากภัยทางสังคม) ซึ่งที่ผ่านมาการพึ่งพาแบบการศึกษาประสพความล้มเหลว แต่ถ้าเป็นการศึกษาอย่างชนิดที่เรียกว่า

อาจารย์เลขาบอกว่าต้องอยู่ในเหตุการณ์แล้วแก้ปัญหา โดยอาจลองผิดลองถูกก็ได้ แต่ถ้าครอบครัวเข้มแข็งเสียอย่าง ถึงเด็กจะลองยาแต่ก็จะไม่ติด

การวิจัยในวิถีชีวิต ต้องให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วม (ไม่ใช่เป็นเพียง subject ที่ให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว) ทำให้กลุ่มวัยรุ่นมีโอกาสค้นหาตัวเอง

ในความเห็นของอาจารย์เลขาแล้ว การลงทุนตั้งกองทุนสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมควรจะ มีลักษณะดังนี้ :

- ช่วยสร้างกระบวนการให้คนเรียนรู้ด้วยกัน ทั้งด้านการวิจัยและกิจกรรมพัฒนาเพื่อนำไปสู่การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยใช้กิจกรรมกลุ่มเพื่อนำสู่การขับเคลื่อนทางสังคม (social mobilization) และขยายวงใหญ่ขึ้น

- เป็นมาตรการเชิงรุก เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายให้ได้และควรเข้าไปอย่างยั่งยืนอย่าฉาบฉวย

- ใช้ยุทธศาสตร์ (social marketing) ผลักดันการเรียนรู้ในระบบคือขยายตรง เช่น หญิง 1 คน ขยายเครือข่ายไปได้ 10 คน จาก 10 คนไปขยายต่อเป็น 100

- ยุทธศาสตร์การสื่อสารต้องเป็น 2 ทาง
- ระบบธุรกิจใช้ PDCA (Plan, Do, Check, Act)

อาจารย์ศรีศักดิ์ ไทยอารี ซึ่งทำงานพัฒนาชุมชนเยาวชนและสตรีกล่าวว่าถ้าพ่อแม่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และมีสุขภาพไม่ดี ก็ย่อมมีผลกระทบต่อลูก เงินทองที่หาได้แทนที่จะใช้ในทางที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวก็ต้องมาเสียเพื่อสิ่งเหล่านี้ (แม้บุหรี่ 1 ของก็มีผล)

เมื่อเศรษฐกิจมีปัญหา → ครอบครัวก็จะแตกแยก ถ้ารุนแรงกับลูก → ลูกก็จะไปรุนแรงกับคนอื่นต่อในเรื่องขององค์กร NGO นั้น มีองค์กรเอกชน

จำนวนมากที่ไม่ค่อยยอมจดทะเบียนเพราะคิดว่ายุ่งยาก ดังนั้น เวลาไปขอทุนขอเงินจากกองทุนใหญ่ ๆ ทั้งในและต่างประเทศก็จะขอยาก เพราะเขาเลือกให้องค์กรที่มีสถานภาพถูกต้องตามกฎหมาย

หลายองค์กรมุ่งหน้าทำงานแต่ก็ขยายหรือทำต่อไม่ได้ เพราะขาดทุนสนับสนุน บางองค์กรจึงเข้าถึงกว่าอย่างที่เราเห็นหน้าข่าว ๆ กันอยู่

องค์กรที่จะขอเข้าโครงการต้องรับทราบกฎกติกาเสียก่อน ดังนั้น ทางกองทุนสร้างเสริมสุขภาพต้องกำหนดตรงนี้ให้ชัดเจน ให้เขาได้รับทราบในการจะขอรับการสนับสนุน ต้องมีระบบการคัดเลือก เพราะองค์กรที่วัดดีมีหน้าตาเป็นที่รู้จักอาจดีเพียงในหน้ากระดาษ องค์กรที่ดีควรมีประสิทธิภาพ ซึ่งกองทุนจะต้องส่งคนไปดูหรือเชิญผู้รับผิดชอบมาคุยกัน

ตัวกองทุนเองจะต้องมีประสิทธิภาพ เนื่องจากจะต้องสนับสนุนโครงการที่จะเสนอมามากแน่ ๆ ซึ่งต้องระวังไม่ให้ 700 ล้านบาทกระจายไปเป็นเบี้ยหัวแตก น่าจะหาทางทำให้เกิดพลัง ในทิศทางเดียวกัน เกิดแรงกระแทกสูง ๆ (impact)

