

(1) ๕๕ 2.1 / 1

(71 หน้า)

หน้า 1

การประชุมระดมสมองผู้ทรงคุณวุฒิ พ.ร.บ. ๑

[2 ตุลาคม 2543]

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
National Health System Reform Office



บันทึกข้อความ

วันที่ 4 ตุลาคม 2543

เรื่อง ร่าง งานยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

เรียน คร.กิตติพงษ์ กิตยารักษ์

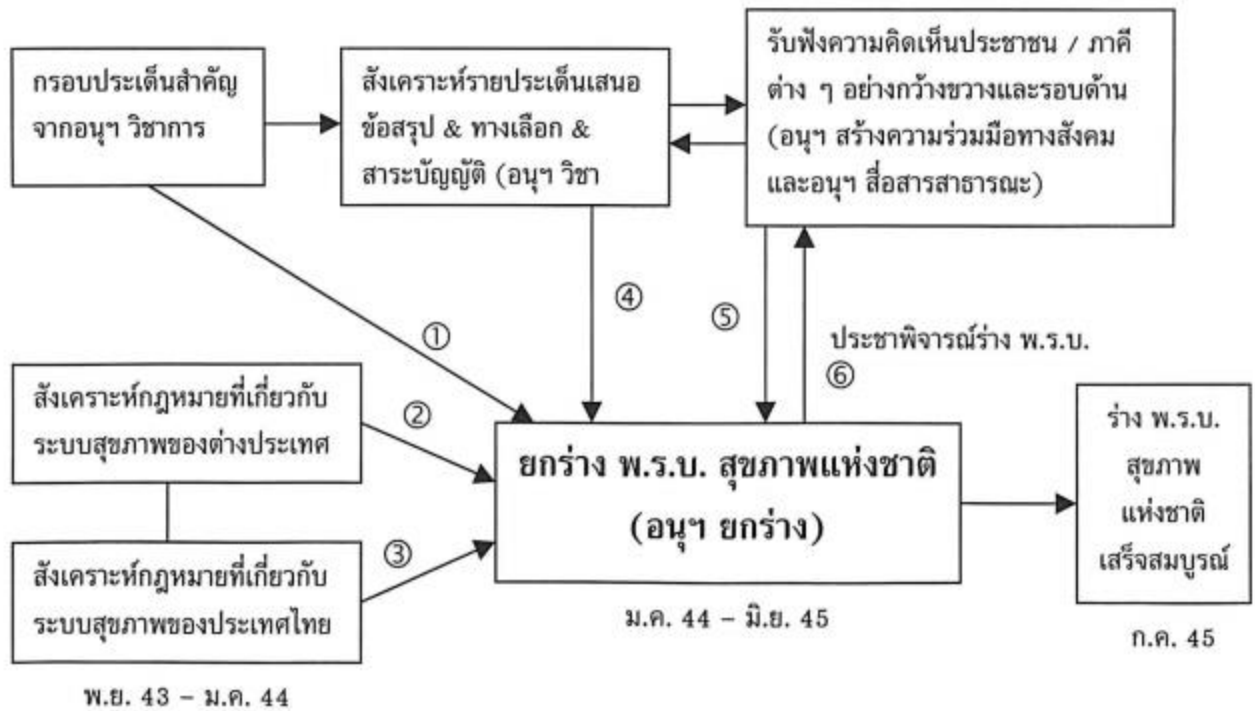
ตามที่ได้มีการประชุมระดมสมองผู้กรยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2543 นั้น นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ได้สรุปงานการยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ และได้เสนอรายชื่อผู้ ที่คาดว่าจะขอให้ช่วยดำเนินการดั่งที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความเห็นและเพิ่มเติมรายละเอียดของงานตามที่ยกร่างและ พิจารณารายชื่อที่สมควรจะเรียนเชิญเข้าร่วมงานครั้งนี้ด้วย จะเป็นพระคุณ

(นางปิติพร จันทรัตน์ ฌ อยุธยา)

ผู้จัดการแผนงานบริหารทั่วไป

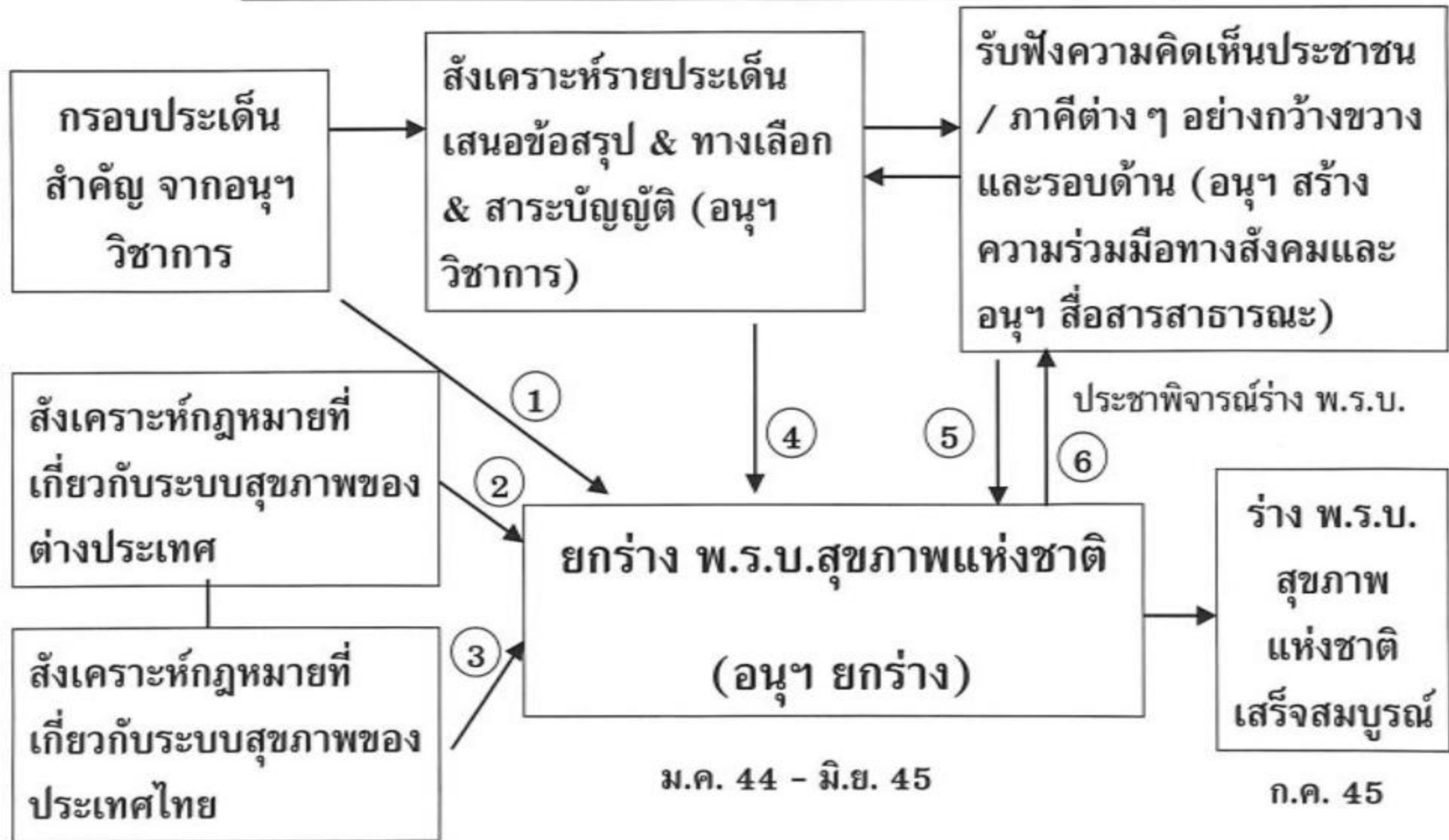
(ร่าง) งานยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ



อธิบาย

- ปัจจัยนำเข้าสู่การยกร่าง พ.ร.บ.
 - ① กรอบประเด็นคำถามสำคัญ (จากอนุฯ วิชาการ) ใช้ยกร่าง พ.ร.บ. เป็นโครงร่างแรกได้
 - ② สังเคราะห์กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพของต่างประเทศ (ดร.บวรศักดิ์ ฯ + ดร.กิตติศักดิ์ + ทีมสนับสนุน + สุทธิกาญจน์)
 - ③ สังเคราะห์กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพในประเทศ (..... + คุณสุรัตน์ + ทีมสนับสนุน)
 - ④ รับข้อมูลผลสังเคราะห์รายประเด็นจากอนุฯ วิชาการ มาเพื่อปรับปรุงร่าง พ.ร.บ.
 - ⑤ รับฟังข้อคิดเห็น / เสนอแนะจากประชาชนผ่านมาทางอนุฯ สร้างความร่วมมือทางสังคมและอนุฯ สื่อสารสาธารณะ เพื่อปรับปรุงร่าง พ.ร.บ.
 - ⑥ ส่งร่าง พ.ร.บ. รายประเด็นและทั้งฉบับไปสู่การทำประชาพิจารณ์โดยผ่านอนุฯ สร้างความร่วมมือทางสังคมและอนุฯ สื่อสารสาธารณะ
- การยกร่าง พ.ร.บ. (คุณวัฒนา, ดร.บวรศักดิ์, คุณกาญจนารัตน์, ดร. กิตติพงษ์, ดร.กิตติศักดิ์, อ.แสวง, นพ.สมศักดิ์, นพ.สุวิทย์, นพ.อำพล + ทีมสนับสนุน)

งานยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ



พ.ย. 43 - ม.ค. 44

สปรศ.

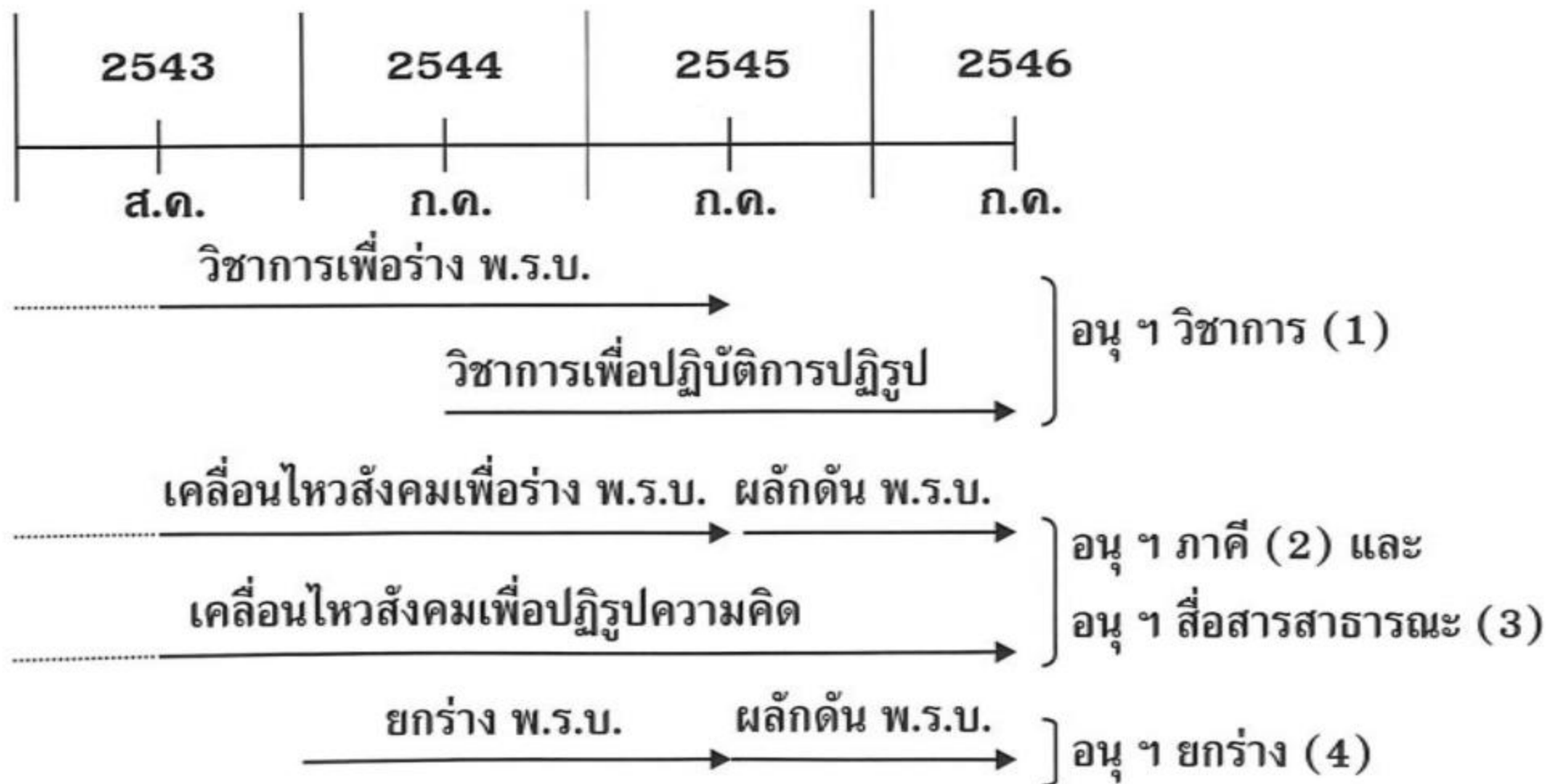
อธิบาย

◇ ปัจจัยนำเข้าสู่การยกร่าง พ.ร.บ.

- ① กรอบประเด็นคำถามสำคัญ (จากอนุฯ วิชาการ) ใช้ยกร่าง พ.ร.บ. เป็นโครงร่างแรกได้
- ② ส่งเคราะห์กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพของต่างประเทศ (ดร.บวรศักดิ์ + ดร.กิตติศักดิ์ + ทีมสนับสนุน + สุทธิกาญจน์)
- ③ ส่งเคราะห์กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพในประเทศ (..... + คุณสุรัตน์ + ทีมสนับสนุน)
- ④ รับข้อมูลผลส่งเคราะห์รายประเด็นจากอนุฯ วิชาการ มาเพื่อปรับปรุงร่าง พ.ร.บ.
- ⑤ รับฟังข้อคิดเห็น / เสนอแนะจากประชาชนผ่านมาทางอนุฯ สร้างความร่วมมือทางสังคมและอนุฯ สื่อสารสาธารณะ เพื่อปรับปรุงร่าง พ.ร.บ.
- ⑥ ส่งร่าง พ.ร.บ. รายประเด็นและทั้งฉบับไปสู่การทำประชาพิจารณ์โดยผ่านอนุฯ สร้างความร่วมมือทางสังคมและอนุฯ สื่อสารสาธารณะ

◇ การยกร่าง พ.ร.บ. (คุณวัฒนา, ดร.บวรศักดิ์, คุณกาญจนารัตน์, ดร.กิตติพงษ์, ดร.กิตติศักดิ์, อ.แสวง, นพ.สมศักดิ์, นพ.สุวิทย์, นพ.อำพล + ทีมสนับสนุน)

การดำเนินงานและระยะเวลา (ช่วง 3 ปี)



กำหนดการประชุมระดมสมองสู่การร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

วันที่ 2 ตุลาคม 2543 เวลา 13.30 - 16.30 น.

ณ ห้องประชุมสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

- | | |
|--------------------------|---|
| เวลา 13.30 น. - 13.45น. | สรุปความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการประชุม
โดย นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ |
| เวลา 13.45 น. - 14.00 น. | วิทัศน์ “ทำไมต้องปฏิรูประบบสุขภาพ” |
| เวลา 14.00 น. - 14.10 น. | นำเสนอความจำเป็น ทิศทาง และยุทธศาสตร์การปฏิรูป
ระบบสุขภาพแห่งชาติ
โดย นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ |
| เวลา 14.10 น. - 14.20 น. | หลักการ เป้าหมาย กลไก และประเด็นสำคัญในการปฏิรูป
ระบบสุขภาพแห่งชาติ
โดย นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ |
| เวลา 14.20 น. - 16.30 น. | เสวนาระดมสมอง “จะยกร่างพระราชบัญญัติกันอย่างไรจึง
จะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อมหาชน”
นำการเสวนา โดย ดร.กิตติพงษ์ กิตยารักษ์ และ
นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ |

รายชื่อ ผู้เข้าร่วมประชุมระดับกรมของสำนักงานราชบัณฑิตยสภาแห่งชาติ

ชื่อ - สกุล	หน่วยงาน	โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ	E - mail
1. นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์	928 ซ. 21 ถ.พระราม 6 ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400	215-3832			
2. นายวัฒนา รัตนวิจิตร	51 ซ.ราชวิถี 4 ถ.ราชวิถี เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ถ.พระอาทิตย์ ท่าช้างวังหน้า เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200	246-3145 221-5306	226-3611		
3. ศ.ดร.บวรศักดิ์ จุวรรณโณ	สถาบันพระปกเกล้า อาคารศูนย์สัมมนาชั้น 5 สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) 47/101 ม.4 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000	527-7815, 7828	527-7824		
4. ดร.กิตติพงษ์ กิตยารักษ์	ผอ.สำนักงานกฎหมายอาญา สถาบันกฎหมายอาญา สนง.อัยการสูงสุด ชั้น 8 อาคารสนง.อัยการสูงสุด ถ.รัชดาภิเษก ลาดยาว จตุจักร กรุงเทพฯ 10900	541-2965, 2770-9 ต่อ 1829	512-1213		Kkitta@mozart.inet.co.th
5. ดร.กิตติศักดิ์ ปรกิติ	คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200	613-2135	224-9421	(01) 854-1728	Trokati@alpha.tu.co.th
6. นายสุรัตน์ พุ่มพวง	สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ถ.พระอาทิตย์ ท่าช้างวังหน้า เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200	221-5306 ต่อ 209	224-1349		
7. ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์	43-397 ถ.พระราม 2 แขวงจอมทอง เขตจอมทอง กรุงเทพฯ 10150	427-1249	427-8970		
8. รศ.ดร.สุพล นิตโกภรณ์	คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200	613-2155, 2103	224-9421		

ชื่อ - สกุล	หน่วยงาน	โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ	E - mail
9. รศ.ดร.แสง บุญเฉลิมวิภาส	คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200	613-2121	224-9421		
10. รศ.ดร.ประสิทธิ์ โสวิไลกุล	คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330	218-2038	218-2018		
11. ดร.ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ	คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200	613-2159	224-9421		
12. รศ.ดร.ณรงค์ ใจหาญ	คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200	613-2109, 2128	224-9421		
13. นายชาญเชาว์ ไชยานุกิจ	สถาบันกฎหมายอาญา สำนักงานอัยการสูงสุด ถ.รัชดาภิเษก แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กทม. 10900	541-2965	512-1213		Kkitta@mozart.inet.co.th
14. คุณปิยธิดา เจิมहरษา	สถาบันกฎหมายอาญา สำนักงานอัยการสูงสุด ถ.รัชดาภิเษก แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กทม. 10900	541-2965	512-1213		Kkitta@mozart.inet.co.th
15. คุณอุทัยวรรณ แจ่มสุธี	สถาบันกฎหมายอาญา สำนักงานอัยการสูงสุด ถ.รัชดาภิเษก แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กทม. 10900	541-2965	512-1213		Kkitta@mozart.inet.co.th
16. คุณกาญจนารัตน์ สิริโรจน์	ศาลปกครอง อาคารเอ็มไพร์ทาวเวอร์ เลขที่ 195 ถ.สาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กทม. 10120	670-1313, 1200-63 ต่อ 2034	670-1328		
17. คุณชูเกียรติ รัตนชัยชาญ	สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ถ.พระอาทิตย์ ท่าช้างวังหน้า เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200	623-6377	226-3611		
18. ผศ.ดร.มานิตย์ จุมปา	คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330	218-2020	218-2018		

ชื่อ - สกุล	หน่วยงาน	โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ	E - mail
19. คุณเรืองวิทย์ เกตุผล	มูลนิธิอาเซีย อาคารคิวเฮาส์คอนแวนต์ชั้น เลขที่ 38 ถ.คอนแวนต์ กทม. 10500	233-1644-7	237-7011	(01) 302-1870	
20. คุณศรีสว่าง พ่วงศรีแพทย์	43/3 ซ. อัครพัฒน์ สุขุมวิท 43 กรุงเทพฯ 10110	391-6864	391-6864		
21. ผศ.ดร.มาลี พุกษ์พงศาวิลี	คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200	613-2107	224-9421		
22. คุณศุภมาส เสนะเวส	ห้างหุ้นส่วนจำกัด ปัจจุบัน โปรดักชั่น 302/550 อาคาร 2 ชั้น 1 บ้านสวนช็อคตรง ลาดพร้าว 71 วังทองหลาง กรุงเทพฯ 10310	931-2344,3544	931-3546		
23. คุณจันทิมา ธนาสว่างกุล	สำนักงานที่ปรึกษาากฎหมาย สำนักงานอัยการสูงสุด ถ.หน้าทับเผย เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200	222-8121-9 ต่อ 420 223-7925	226-5700, 224-1477	(01) 668-4782	
24. คุณลัตยา อรุณธารี	สำนักงานคดีทรัพย์สินทางปัญญาและการค้าระหว่าง ประเทศ ถ.ศรีอยุธยา แขวงพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10400	246-3076,3771,1837	246-2622	(01)682-5428 (161) 183-339	
25. นพ.วิพุธ พูลเจริญ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000	951-1286 ต่อ 117	951-1295		wiput@hsrint.hsri.or.th
26. นพ.อำพล จินดาวัฒนะ	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 2 อาคารด้านทิศเหนือสวนสุขภาพ ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000	590-2319	590-2311	(01) 813-8867	amphon@hsro.or.th

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

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ National Health System Reform Office



สปรส.ระดมนักกฎหมายร่วมวางแนวทางร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

วันนี้(2 ตุลาคม 2543) ที่สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) มีการประชุมระดมสมองผู้ทรงคุณวุฒิราชบัณฑิตยสถานแห่งชาติ โดยมีนายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ รองประธานคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) เป็นประธานการประชุม มีนักกฎหมายที่มีความสนใจในเรื่องสังคมและสุขภาพเข้าร่วมประชุมกว่า 20 คน อาทิ ดร.กิตติพงษ์ กิตยารักษ์ ผู้อำนวยการสำนักงานกฎหมายอาญา สนง.อัยการสูงสุด , นายสุรัตน์ พุ่มพวง จากสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, นางกาญจนรัตน์ สีวีโรจน์ รองเลขาธิการศาลปกครอง , นางศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์ อธิบดีวุฒิสมาชิก , รศ .ดร.แสวง บุญเฉลิมวิภาส จากคณะนิติศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และ นางเรืองระวี เกตุผล จากมูลนิธิธิดาเซีย เป็นต้น

การประชุมครั้งนี้เป็นการประชุมครั้งแรกของฝ่ายกฎหมายที่จะเข้ามาจับบทบาทต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญคือการปฏิรูปแนวคิดของประชาชน อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ขณะเดียวกันต้องมีการปรับโครงสร้างต่างๆให้สอดคล้องกันไปด้วย จึงจำเป็นที่จะต้องมือนักกฎหมายที่มีความรู้และมีประสบการณ์เข้าร่วมชี้แนะแนวทาง และให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้ได้พ.ร.บ.สุขภาพที่จะใช้เป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการปฏิรูประบบสุขภาพให้สำเร็จ

ที่ประชุมได้ระดมความเห็นใน 4 ประเด็นใหญ่ คือ 1.บทบาทนักกฎหมายต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ 2. รูปแบบของพ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์ 3. กระบวนการในการร่างพ.ร.บ.สุขภาพ และ 4. การสร้างเครือข่ายนักกฎหมายที่จะร่วมผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยได้มีการแสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวางซึ่งพอสรุปได้ว่า สิ่งที่สำคัญที่สุดในขั้นแรกนี้ คือ การวิเคราะห์ข้อมูลว่าในปัจจุบันมีกฎหมายอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสาธารณสุขและสุขภาพบ้าง เรื่องใดที่ยังบกพร่องจำเป็นต้องแก้ไขปรับปรุง หรือ เรื่องใดที่ควรดำเนินการต่อไป ทั้งนี้สิ่งที่ที่ประชุมเป็นห่วงมากที่สุดก็คือ การมีกฎหมายหรือมาตรการที่จะไปทับซ้อนกับกฎหมายที่มีอยู่เดิม ซึ่งจะทำให้เกิดความยุ่งยากในการปฏิบัติ นอกจากนี้ลักษณะหรือเนื้อหาของกฎหมายควรมีลักษณะที่สามารถบังคับใช้ได้จริง เพราะในประเทศไทยมีกฎหมายกว่าร้อยละ 90 ที่มีปัญหาในการบังคับใช้



2 ตุลาคม 2543

เอกสารประกอบการกรีนนำ
ในการประชุมระดมสมองสู่การร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
วันที่ 2 ตุลาคม 2543 เวลา 13.30 น.
ของ นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์

1. ระบบสุขภาพ (Health Systems) ที่ผ่านมานั้นมากกว่าระบบบริการสุขภาพ (Health Care Systems) คือ ตั้งรับเพื่อซ่อมมากกว่าการรุกเพื่อสร้างสุขภาพ

- ใช้จ่ายเงินทองมาก แต่ได้ผลลัพธ์ต่อสุขภาพต่ำ
- โรคและปัญหาสุขภาพเปลี่ยนหน้าไปจาก โรคติดเชื้อเป็น โรคไม่ติดเชื้อมากขึ้น แก้ไขยาก เอาชนะยากด้วยระบบเดิม

2. จึงจำเป็นต้องคิดถึงเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งที่จริงคิดกันมานานเป็นสิบปีแล้ว แต่ทำไม่ได้ มาก ตอนนี้มาถึงช่วงสำคัญที่น่าจะทำได้มาก

- รัฐบาลเอาด้วย นักวิชาการเอาด้วย ประชาชนเอาด้วย รัฐธรรมนูญเปิดกว้างให้มีการปฏิรูป
- มุ่งองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพมากพอสมควร เพราะมีการสร้างมาอย่างต่อเนื่อง มี สวรส. มา 7 ปี เพื่อทำหน้าที่นี้
- ตอนนี้จึงมีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ มีการจัดตั้ง คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) เพื่อทำหน้าที่จัดทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติให้เสร็จภายใน 3 ปี โดยนายกรัฐมนตรีลงนามนั้งเป็นประธานเองเลย ประชุมครั้งแรกไปแล้ว เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2543

3. การทำงานของ คปรส. หน้าที่สำคัญคือ จัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ให้เสร็จภายในเวลาไม่เกิน 3 ปี

จากการประชุมครั้งแรก พ.ร.บ. นี้จะเป็นกฎหมายมหาชน เป็นธรรมนูญด้านสุขภาพของสังคมไทย กำหนดเจตนารมณ์ด้านสุขภาพ กรอบ โครงสร้าง ระบบ กลไกและเงื่อนไขเกี่ยวกับระบบสุขภาพของไทย เป็นกฎหมายบังคับรัฐมากกว่าที่จะบังคับประชาชน

3. การทำ พ.ร.บ. นี้ จะมีการสร้างองค์ความรู้มาใช้กว้าง มีการเคลื่อนไหวสังคมเพื่อฟังความเห็นประชาชนทุกหมู่เหล่า มีการสื่อสารอย่างกว้างขวาง เพื่อขยับสังคมให้มีการคิดเพื่อปฏิรูปปฏิรูปจากกรอบแล้วค่อยซ่อมมาเป็นเน้นที่การสร้างสุขภาพเป็นธรรมาภิบาล (คือใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือการปฏิรูปความคิดนั่นเอง)

4. ที่เชิญท่านมาประชุมระดมสมองในวันนี้ ด้วยพวกเราซึ่งมีหลายท่าน เช่น คุณวัฒนา ดร.บวรศักดิ์ ดร.กิตติพงษ์ ดร.กิตติศักดิ์ และอีกหลายท่าน เห็นว่าท่านทั้งหลายเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมายและด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง จึงขอถือ โอกาสเชิญมาระดมสมองว่าถ้าเราจะยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพด้วยวัตถุประสงค์ที่กล่าวไปแล้วข้างต้น เราน่าจะต้องคิดถึงเตรียมกระบวนการทำงานอย่างไร และจะระดม

1. ไปในมุมมองปกติ
 1.1. ระบบสุขภาพ 14
 1.2. ระบบสุขภาพ 14
 1.3. ระบบสุขภาพ 14
 1.4. ระบบสุขภาพ 14
 1.5. ระบบสุขภาพ 14
 1.6. ระบบสุขภาพ 14
 1.7. ระบบสุขภาพ 14
 1.8. ระบบสุขภาพ 14
 1.9. ระบบสุขภาพ 14
 1.10. ระบบสุขภาพ 14

นี่คือที่มา
 สวรส. เป็น
 พ.ร.บ. สุขภาพ
 1.1. สุขภาพ
 1.2. สุขภาพ
 1.3. สุขภาพ
 1.4. สุขภาพ
 1.5. สุขภาพ
 1.6. สุขภาพ
 1.7. สุขภาพ
 1.8. สุขภาพ
 1.9. สุขภาพ
 1.10. สุขภาพ

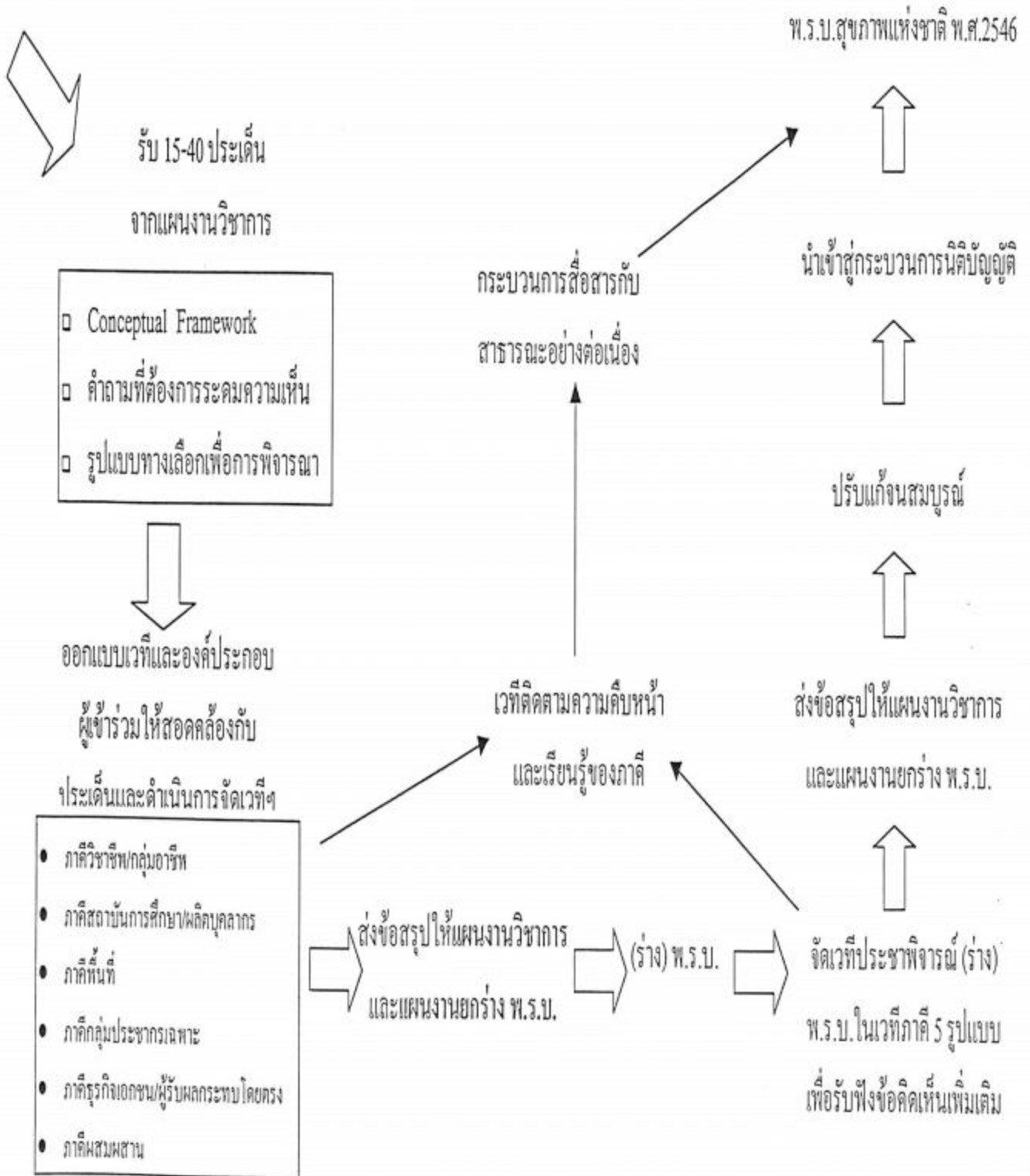
ความร่วมมือ สติปัญญาของพวกเราในที่นี้ และท่านอื่นๆอีกเข้ามาช่วยกันได้อย่างไร เพราะ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับคนไทยทุกคน เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน จึงเชิญท่านมาในวันนี้

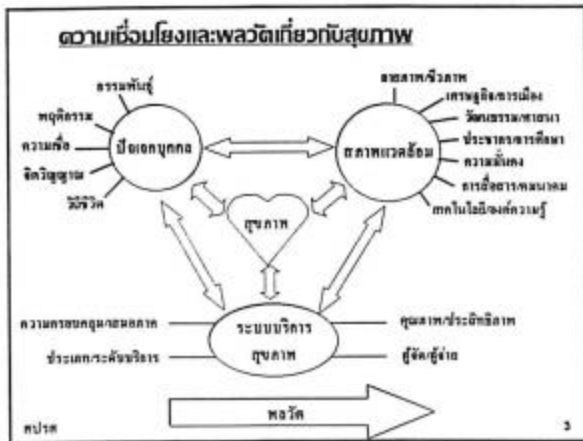
ในวาระถัดไปจะได้ให้ทางทีมงานที่เป็นแกนทำงานเรื่องนี้ได้เล่าถึงความเป็นมาเป็นไป เล่าว่า ได้คิด ได้วางแผนเพื่อจะทำอะไร อย่างไร จากนั้นจะได้เป็นการระดมสมองกันอย่างกว้างขวาง ซึ่งเราได้ คร.กิตติพงษ์ กิตยารักษ์ และ นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ที่เป็นแกนด้านวิชาการ จะช่วยกันเป็นแกนระดมสมองกันต่อไป

การมีส่วนร่วมสร้างสรรค์ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ



การมีส่วนร่วมสร้างสรรค์ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ





วิกฤตระบบสุขภาพ

1. ทีวีของสังคมไทย

“เน้นซ่อมสุขภาพเสียมากกว่าสร้างสุขภาพดี”

2. ระบบสุขภาพใช้เงินมาก แต่ให้ผลตอบแทนต่ำ

- ❑ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยปีละกว่า 2.5 แสนล้านบาท
- ❑ มีผู้ติดราพันร้อยละ 16 ต่อปี
- ❑ ส่วนใหญ่ใช้เพื่อซ่อมสุขภาพเสีย

3. คนไทยป่วย ล้มตายโดยไม่จำเป็นเป็นจำนวนมาก

- ❑ จากโรคเครียด โรคหัวใจ อุบัติเหตุ โรคเอดส์ ติดยาเสพติด อดิธ โรคเมะเร็ง โรคทางจิตประสาท โรคจากการประกอบอาชีพ โรคแห่งความรุนแรง โรคพันแท่งด้ว โรคเรื้อรังต่าง ๆ ฯลฯ

4. ระบบบริการสุขภาพมีปัญหา

- ระบบห่างไกลจากจุดมตดี
- มีปัญหาคุณภาพ & มาตรฐาน
- การใช้ทรัพยากรไม่มีประสิทธิภาพ
- มีปัญหาการเข้าถึง ความเป็นธรรม การเลือกปฏิบัติ

“เกิดความทุกข์ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ”

หน้า 7

5. ดนไทยจำนวนมากขาดหลักประกันด้านสุขภาพ

- กว่าร้อยละ 20 ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ
- ที่มีหลักประกัน ก็มีปัญหาการไม่สิทธิ ปัญหาการเลือกปฏิบัติ ปัญหาความเหลื่อมล้ำของระบบต่าง ๆ
- หลักประกันส่วนใหญ่เน้นการซ่อมสุขภาพเสีย มากกว่าการสร้างสุขภาพดี

หน้า 8

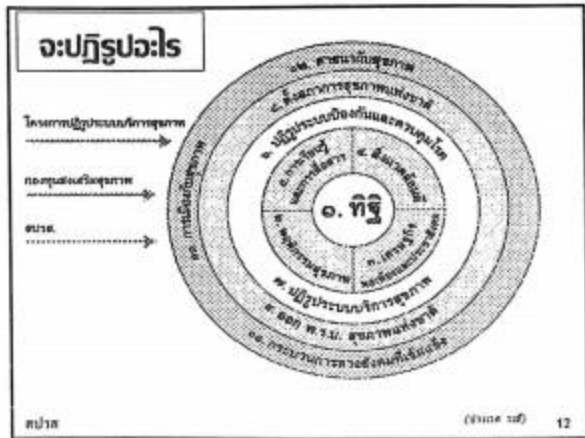
จึงจำเป็นต้องปฏิรูประบบสุขภาพ

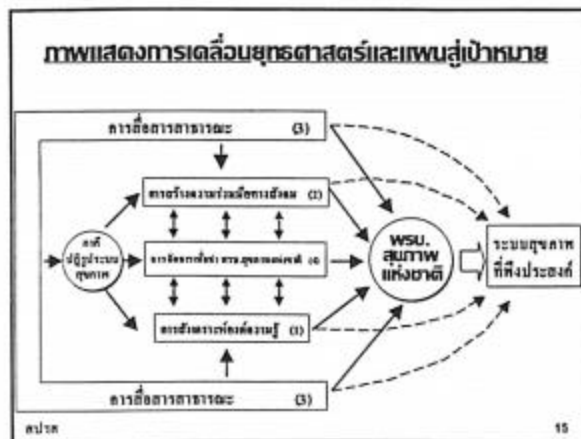
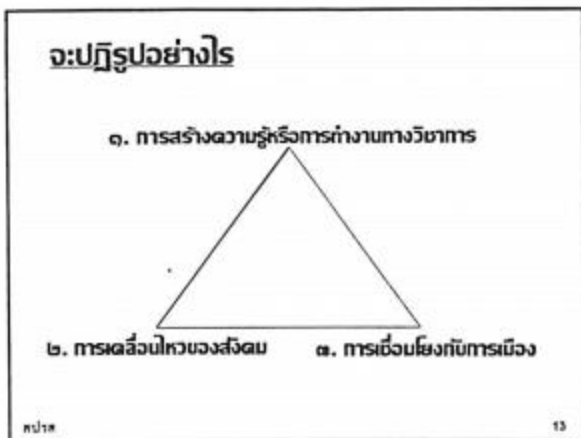
ระบบสุขภาพแห่งชาติ หมายถึง ระบบทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์รวม ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและชีวิตทั้งปวง รวมทั้งปัจจัยด้านระบบสุขภาพด้วย

หน้า 9

การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ หมายถึง กระบวนการใด ๆ อันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนการจัดระบบสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นระบบที่มุ่งให้ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพตามความจำเป็น อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นธรรม มีคุณภาพได้มาตรฐาน

หน้า 10





4 ยุทธศาสตร์ 5 แผนงาน

ยุทธศาสตร์	แผนงาน
1. การสร้างความรู้	1. แผนงานวิชาการ (สังเคราะห์องค์ความรู้)
2. การสร้างควาร่วมมือทางสังคม	2. แผนงานสร้างควาร่วมมือทางสังคม
3. การสื่อสารเพื่อสร้างพลัง	3. แผนงานสื่อสารสาธารณะ
4. การจัดการ	4. แผนงานจัดทำร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ
	5. แผนงานบริการทั่วไป

สปวท 16



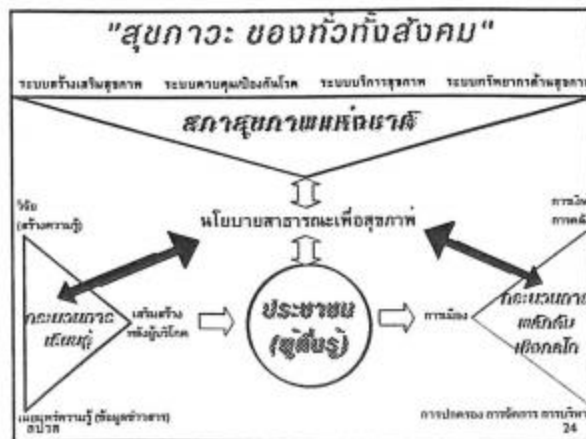
- ### ผลที่คาดหวัง
1. ดมไทยไม่เจ็บป่วยล้มตายโดยไม่จำเป็น
 2. ดมดุมป้องกันโรดและปัญหาทั้งเก่าและใหม่ที่ดีตามสุขภาพอย่างได้พล
 3. เมื่อเจ็บป่วย สามารถเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพคุณภาพ ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง โดยไม่มีตรฐฐฐเป็นอุปสรรค
 4. ประชาชนและสังคมไทยมีสุขภาพะถ้วนทั่ว
- สปวท 18



ประเด็นคำถามสำคัญ ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

ส.ป.ท. 20

- ### ประเด็นนำเสนอ
- กลวิธีหลักในการปฏิรูประบบสุขภาพ
 - หลักการสำคัญของระบบสุขภาพ
 - ประเด็นและคำถามสำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ
- ส.ป.ท. 21



องค์กรและกลไกในระบบสุขภาพไทย

- สภาสุขภาพแห่งชาติ
- การสร้างเสริมสุขภาพ
- ระบบป้องกันและควบคุมโรค
- ระบบบริการสุขภาพ
- ระบบการคลังเพื่อสุขภาพ
- การรับรองคุณภาพบริการสุขภาพ

สปวท

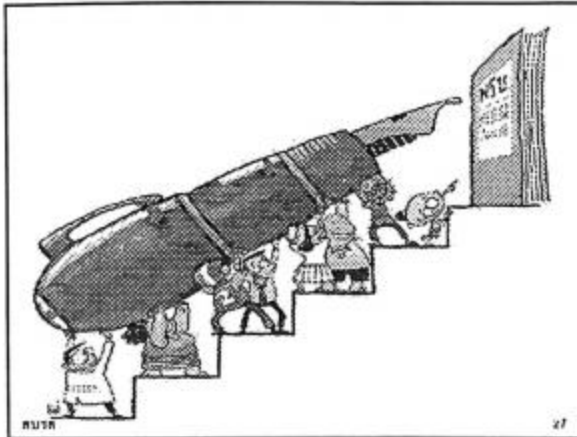
25

องค์กรและกลไกในระบบสุขภาพไทย

- การประเมินและจัดการเทคโนโลยีสุขภาพ
- การคุ้มครองและสร้างพลังผู้บริโภค
- การแพทย์ทางเลือก
- การพัฒนากำลังคนในระบบสุขภาพ
- การพัฒนาวิชาการเพื่อรองรับระบบสุขภาพ
- ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

สปวท

26



สปวท

27



สมาคมสภาสุขภาพแห่งชาติ
ausa
สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

อาคารทิศเหนือสวนสุขภาพ ในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข

โทร. 590-2304

e-mail: hsro@hsro.or.th

home page: <http://www.hsro.or.th>

ตู้ไปณ. ๘ ปณฝ. ตลาดขวัญ นนทบุรี 11002

สปวท

28

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
National Health System Reform Office



[21]

ที่ สวรส.สปรศ. ว. 334 / 2543

4 ตุลาคม 2543

เรื่อง ขอส่งรายงานการประชุมระดมสมองผู้การยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
เรียน น.พ.ไพโรจน์ นิงสานนท์
สิ่งที่ส่งมาด้วย รายงานการประชุมระดมสมองผู้การยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

ตามที่ได้มีการประชุมระดมสมองผู้การยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เมื่อ
วันที่ 2 ตุลาคม 2543 ระหว่างเวลา 13.30 – 16.30 น. ณ ห้องประชุมสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ
แห่งชาติ นั้น

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดทำรายงานการประชุมดังกล่าวเป็น
ที่เรียบร้อยแล้ว ดังสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณา หากมีข้อแก้ไข โปรดแจ้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ
แห่งชาติ ด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ)

ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

แผนงานบริหารทั่วไป

โทร. 5902309

โทรสาร 5902311

รายงานการประชุมระดมสมองสู่การยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

วันที่ 2 ตุลาคม 2543 เวลา 13.30-16.30น.

ณ ห้องประชุมสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

ผู้เข้าร่วมประชุม

1. น.พ.ไพโรจน์ นิงสานนท์
2. คร.กิตติพงษ์ กิตยารักษ์
3. น.ส.ศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์
4. รศ.ดร.แสวง บุญเฉลิมวิภาส
5. คร.ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ
6. รศ.ดร.ณรงค์ ใจหาญ
7. นายชาญเชาว์ ไชยานุกิจ
8. นางกาญจนารัตน์ สิวโรจน์
9. นางเรืองรวี เกตุผล
10. น.ส.จันทิมา ธนาสว่างกุล
11. น.ส.สุกมาส เสนะเวส
12. นายสุรศักดิ์ พุ่มพวง
13. น.ส.ปิยธิดา เจริญธรรม
14. น.ส.อุทัยวรรณ แจ่มสุริ
15. น.พ.อำพล จินดาวัฒนะ
16. น.พ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
17. น.พ.พลเดช ปิ่นประทีป

เริ่มประชุมเวลา 13.30 น.

น.พ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ ประธานที่ประชุมกล่าวเปิดการประชุมและกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการประชุมในครั้งนี้ว่าสุขภาพมิใช่เป็นเรื่องเฉพาะด้านสาธารณสุขเท่านั้นแต่ในเรื่องสุขภาพนั้นประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 5 ประการคือ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนโรค การพิเคราะห์และรักษาโรค จำกัดการพิการและฟื้นฟูสภาพ พุดย่อๆก็คือต้องสร้าง - เสริม ตรวจสอบ และซ่อมสุขภาพ เพราะถ้ามุ่งแต่การตรวจสอบและซ่อมสุขภาพก็จะทำให้ค่าใช้จ่ายแพงขึ้นเรื่อยๆ

ระบบสุขภาพที่ดีควรเป็นระบบสุขภาพที่ทุกคนและทุกวิชาชีพมาร่วมมือกันสร้างและปฏิบัติตามหน้าที่รับผิดชอบ นอกจากนี้ระบบสุขภาพยังเป็นสิ่งที่สำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศร่วมกับระบบการศึกษาและระบบวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเพื่อการพัฒนาประเทศให้เท่าเทียมกับอารยประเทศและในการทำงานต้องมีการผสมผสานและสัมพันธ์กันอย่างเสรี สมดุลย์และมี

บันทึก
 สอนวิชา - อุตสาหกรรม - 15/10/43
 หรือ รังษิ

5 มีนาคม 2561

การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ^{ซึ่งเขียนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน} ซึ่งความคิดในเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพมีมาหลายปีแล้ว แต่ทำได้ไม่มาก ขณะนี้ทุกอย่างเอื้ออำนวยและทุกคนเห็นด้วย ทั้งนักวิชาการ นักการเมือง ประชาชนกลุ่มใหญ่ประกอบด้วยขณะนี้ พ.ร.บ.การศึกษาแล้ว จึงคิดว่าน่าจะ ^{มี} พ.ร.บ.สุขภาพ ^{ปี} โดยที่แรกคิดจะตั้งองค์กรอิสระมาดำเนินการเรื่องนี้ แต่มีการทักท้วงจึงมีการเสนอเป็นระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ มีการจัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) มีหน้าที่สำคัญคือการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติให้เสร็จภายใน 3 ปี มีคณะอนุกรรมการ จำนวน 4 ชุด โดยลักษณะของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาตินี้จะเป็นดังนี้

1. ไม่เหมือนกฎหมายปกติ เพราะสุขภาพไม่ต้องใช้มาตรการทางกฎหมายดำเนินการ แต่จะใช้มาตรการทางสังคม การศึกษา มากกว่าเพราะสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน
2. พ.ร.บ. นี้จะเป็นกฎหมายมหาชน เป็นธรรมนูญด้านสุขภาพของสังคมไทย ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับทั้งรัฐและประชาชน
3. การทำ พ.ร.บ. นี้มีการสร้างองค์ความรู้กันมาแล้วพอสมควร ทั้งในด้านการเคลื่อนไหว สังคม การสื่อสาร เพื่อที่จะหาสาระ มาตรการที่สำคัญ และคิดว่า พ.ร.บ. นี้จะไปสัมพันธ์กับ พ.ร.บ. อื่นๆ ที่มีอยู่แล้วทั้งด้านการสาธารณสุข ด้านการเกษตร อุตสาหกรรม และอื่นๆ

จากเหตุผลความเป็นมาข้างต้นจึงได้เรียนเชิญท่านทั้งหลายที่เป็นทั้งนักกฎหมายและผู้ทรงคุณวุฒิด้านอื่นๆ มาช่วยกันคิดว่าเราจะขอร่าง พ.ร.บ.สุขภาพกันอย่างไร ซึ่งในการประชุมครั้งนี้มี ดร.กิตติพงษ์ กิตยารักษ์ เป็นแกนกลางในการประสานงาน และก่อนที่จะระดมสมองกันจะขอให้ทีมงานนำเสนอข้อมูล แผนงานที่ได้เตรียมการไว้แล้วเพื่อเป็นพื้นฐานในการทำงานกันต่อไป

จากนั้นได้มีการนำเสนอวิทัศน์เรื่อง "ทำไมต้องปฏิรูประบบสุขภาพ" และต่อด้วยการนำเสนอ "ความจำเป็น ทิศทางและยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพ" โดย นพ.อำพล จินดาวัฒนะ การนำเสนอเรื่อง "หลักการ เป้าหมาย กลไกและประเด็นสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ" โดย นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และการทำงานในเรื่องการมีส่วนร่วมสร้างสรรค์ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ โดย นพ.พลเดช ปิ่นประทีป

จากนั้นจึงมีการระดมสมองผู้กร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดย นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ ได้กล่าวว่า การปฏิรูปสุขภาพนั้นต้องการที่จะมีการปฏิรูปแนวคิด พฤติกรรมสุขภาพและยับยั้งพฤติกรรมเสี่ยง ต้องมีการรวมพลังทางสังคม และในขอร่าง พ.ร.บ.สุขภาพนี้คงจะประกอบด้วยวัตถุประสงค์ เนื้อหา สาระ การบังคับใช้ กฎหมายประกอบต่างๆ รวมถึงมาตรการขององค์กร เราจะ ^{ทำ}กันอย่างไร และเมื่อเราได้องค์ความรู้ พลังสังคม ตลอดจนปัญหาต่างๆแล้วเราจะทำอะไร ^{จึง}จะ ^{ต้อง}ช่วยกันคิดในเรื่องนี้

ดร.กิตติพงษ์ กิตยารักษ์ กล่าวว่าเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญ มีปัญหาหนัก แต่ก็จะต้องมีการดำเนินการ กฎหมายเป็นส่วนหนึ่งเท่านั้นที่จะมีส่วนในการปฏิรูป ดังนั้นในวันนี้จึงได้เรียนเชิญทุกท่านมาปรึกษาหารือ โดยวัตถุประสงค์ดังนี้

1. สร้างเครือข่ายนักกฎหมายที่จะร่วมผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพ

2. บทบาทของนักกฎหมาย มาตรการทางกฎหมาย ต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย จะเป็นอย่างไร

3. ถ้าจะมี พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เจตนารมณ์ ของ พ.ร.บ. ควรจะเป็นอย่างไร

4. กระบวนการที่จะทำให้ พ.ร.บ. นี้เกิดขึ้นจริง รวมถึงผู้ที่จะร่วมดำเนินการ

ดร.ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ กล่าวว่ายากทราบว่า พ.ร.บ.สุขภาพนี้มีอะไรเป็นหลักของคำว่าสุขภาพ หรือ “ อะไรคือแก่นของสุขภาพ” และควรมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ และควรมีการจัดลำดับในการจัดการ เช่นการดำเนินการควรเริ่มต้นตั้งแต่ ภาย จิต และวิญญาณ พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ขององค์กรร่วม และควรให้สังคมเข้ามามีส่วนร่วม

น.ส.ศรีสว่าง พ่วงศ์แพทย์ กล่าวว่าเห็นด้วยที่มีแนวคิดทำ พ.ร.บ.นี้ และมีสิ่งที่เป็นห่วงคือการจะปฏิรูปหากจะต้องมีการจัดระบบ โครงสร้าง กลไกองค์กรใหม่ ควรต้องระวังเรื่องความซ้ำซ้อน และงานต่างๆมีหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่รับผิดชอบอยู่แล้ว ควรจะมีการประสานงานเพื่อลดความขัดแย้งด้วย และนอกจากนี้ในการจะปฏิรูปนั้นต้องดูความเป็นไปได้จริงด้วยว่าทำได้จริงหรือไม่ และในประเด็นของการที่จะดำเนินการให้ครอบคลุมทุกคนนั้นจะต้องทำงานประสานสัมพันธ์กับกลุ่ม กลไกต่างๆ ได้อย่างไร

ในส่วนของเป้าหมายในการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่กำหนดเป็นเป้าหมายระดับกลางนั้นเห็นว่ายังเน้นระบบบริหารราชการอยู่มาก ไม่เป็นกฎหมายสมัยใหม่ที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ควรเน้นเป้าหมายการพึ่งตนเองให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง นอกจากนี้ควรคำนึงถึงการจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ มีการจัดลำดับของกลุ่มเป้าหมาย

นายชาญเชาว์ ไชยานุกิจ กล่าวว่าจากการศึกษาเอกสารมีข้อสังเกตว่าโครงสร้างและรูปแบบของกฎหมายต้องการให้เป็นธรรมนุญ แต่ยังไม่ชัดเจนในเรื่องของคำจำกัดความของคำว่าสุขภาพ ยากทราบว่า องค์กรอนามัยโลกมีคำจำกัดความของคำว่าสุขภาพแล้ว มีรูปแบบของกฎหมายหรือไม่ และหากมีการศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายต่างประเทศอาจจะมีรูปแบบที่นำมาใช้ได้ สำหรับปัจจุบันร้อยละ 90 ของกฎหมายมีปัญหาในเรื่องของการบังคับใช้ ถ้ามองจากรูปแบบนี้กฎหมายควรจะเป็นอย่างไร

1. ควรมีการวางระบบสุขภาพใหม่ เน้นการสร้างสุขภาพ มีระบบประกัน

2. มีการกำหนดกลไก อำนาจหน้าที่ ภาครัฐและเอกชน

3. กลไกการทำงาน ที่จะทำให้ทำงานได้เป็นอย่างไร

4. มีการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ

กฎหมายที่จะต้องการควรจะต้องประกอบด้วย 4 ประเด็นข้างต้น และควรจะทำเป็น package เนื่องจากถ้าทำเป็นฉบับเดียวจะไม่ realistic

ร.ศ. ดร.แสวง บุญเฉลิมวิภาส กล่าวว่ากรรการร่างกฎหมายนั้นไม่ยาก จะการบังคับใช้ยากมาก จะทำอะไร ในการกรรานั้นต้องมีข้อมูลที่ชัดเจนหลายฝ่ายต้องเห็นด้วย กฎหมายฉบับนี้จะบังคับรัฐมากกว่าที่จะบังคับคน ดังนั้นเวลากรรกฎหมายต้องมีการสำรวจกฎหมาย ที่มีอยู่ทั้งหมด และนำมาพิจารณาความซ้ำซ้อน ความเชื่อมโยง กับทุกด้าน และคงต้องมีการผลักดันให้มีผลในการการบังคับใช้ต่อไป

น.ส.ศุภมาส เสนาะเวส กล่าวว่ากรการจะเขียน พ.ร.บ.สุขภาพนั้นต้องรู้ถึงความเชื่อมโยงของกฎหมายทุกด้าน การเขียน กฎหมายฉบับเดีวนั้นใหญ่มากจะครอบคลุมทุกเรื่อง ได้อย่างไรและจะทำอย่างไรให้ครอบคลุมทุกเรื่อง และกฎหมายฉบับนี้ต้องเป็นกฎหมายที่ใช้บังคับรัฐ องค์กรต่างๆ ที่ทำงานด้านสุขภาพ

นางเรืองรวี เกตุผล กล่าวว่าเห็นด้วยที่คิดที่จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแทนที่จะเปลี่ยนวิธีการทางกฎหมาย เป็นกรการทำงานในมิติใหม่ที่เน้นกระบวนการทำงานในเรื่องสุขภาพ ถ้ากระบวนการดี สามารถที่จะสร้างความรู้สึกรเป็นเจ้าของของประชาชนได้ และหากดำเนินการควบคุมคู่กับการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่นได้ ก็จะทำให้สามารถมีการออกข้อบังคับระดับท้องถิ่นได้ ซึ่งเดิมกรคิดทุกอย่างที่ไปถึงชาวบ้านเป็นการคิดจากภาครัฐ ซึ่งเป็นการทำลายธรรมชาติของชาวบ้าน ดังนั้นในกระบวนการคิดควรให้ทั้งเจ้าหน้าที่ของรัฐและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อลดความขัดแย้ง

นายสุรศักดิ์ พุ่มพวง กล่าวว่าขณะนี้กฎหมายด้านสุขภาพมีมากกว่า 40 ฉบับ กรออก พ.ร.บ.ฉบับนี้จำเป็นหรือไม่และจะแก้ไขปัญหาด่างๆ ได้หรือไม่ และปัญหาอีกประการหนึ่งคือในการออกกฎหมาย หรือระเบียบ หรือกฎหมายกลาง จะต้องมีองค์กรรองรับ

น.ส.จันทิมา ธนาสว่างกุล กล่าวว่ากฎหมายฉบับนี้ไม่ใช่เป็นการบังคับรัฐแต่จะเป็นกรบอกภารกิจของรัฐ รัฐต้องดำเนินการอะไรบ้าง ประชาชนมีสิทธิที่จะได้รับบริการอะไรบ้าง รัฐต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่ใช่บังคับให้ประชาชนเปลี่ยน รัฐต้องมีหน้าที่รับผิดชอบต่อประชาชนในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และเห็นว่าในการกลุ่มเป้าหมายที่จะดำเนินการยังขาดบุคคลที่เป็นจำเลยในกระบวนการยุติธรรม ควรมีการพิจารณาในเรื่องนี้ด้วย

ร.ศ.ดร.ณรงค์ ใจหาญ กล่าวว่ากรรกรร่าง พ.ร.บ. เป็นงานที่หนักในส่วนของนักกฎหมาย ซึ่งต้องมีการวิเคราะห์ว่ามีกฎหมายอะไรบ้างที่มีอยู่แล้ว ต้องมีการตรวจสอบและเพิ่มเติมในช่องว่างโดยมีการเขียนกฎหมายมารองรับ สำหรับ พ.ร.บ.ฉบับนี้วางกฎให้รัฐดำเนินการในเรื่องการประกันสุขภาพซึ่งเป็นสิ่งที่น่าจะทำได้ แต่การบังคับใช้ให้มีประสิทธิภาพจะมีผลกระทบมากเพราะมีหน่วยงานที่ดำเนินการอยู่แล้ว เสนอให้มีการตั้งองค์กรในการประสานงานขึ้นมา อาจจะเป็นคณะทำงาน เพื่อทำหน้าที่ในการประสานงาน ประสานนโยบาย ติดตาม ดูแลการบังคับใช้กฎหมายสุขภาพ

นางกาญจนารัตน์ สีวิโรจน์ กล่าวว่ากรทำเป็น พ.ร.บ. หรือกฎหมายไม่ยาก หวังแต่กรบังคับใช้ว่าจะบังคับอย่างไร ถ้าจะต้องบังคับคงให้เกิดความสมดุลทั้ง 2 ฝ่าย และสำหรับการเขียนกฎหมายนี้ไม่น่าจะยาก เพราะว่ามีกฎหมายเดิมอยู่แล้วเพียงแต่นำมาพิจารณา วิเคราะห์ ว่าควรจะมี

อะไรเสริม เพิ่มเติม หรือต้องปรับปรุง แก้ไขอะไรบ้าง ส่วนกฎหมายใหม่ ถ้าจะมีหรือไม่มีการบังคับ อาจจะมีเพิ่มเติมในภายหลังได้ และต้องคำนึงถึงว่าจะให้มีการบังคับใช้ทั้งในส่วนของการบริหารและประชาชน โดยกฎหมายที่เขียนต้องชี้ให้เห็นการมีส่วนร่วม สิ่งที่ประชาชนต้องการ ถ้าจะนำองค์ความรู้ทั้งหมดมาเขียนเป็นกฎหมายคงจะยาก จึงควรใช้กฎหมายเดิมที่มีอยู่แล้วแต่จะอย่างไรที่จะทำให้มีการปรับปรุง โดยนำร่าง พ.ร.บ.ใหม่มาเป็นตัวเชื่อมเกี่ยวกับระบบสุขภาพว่าควรจะมีทิศทางอย่างไร เขียนให้เห็นเป้าหมายโดยรวมแล้วกำหนดเวลาทำงานเป็นระยะๆ และในส่วนของการทำงาน ทบทวน ตรวจสอบสิ่งที่มีอยู่แล้วก็ควรที่จะมีการดำเนินการเป็นระยะๆ เพื่อที่ว่าถูกทิศทางหรือไม่ ขาดประเด็นใดไปบ้าง ให้มีการติดตาม ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆ เพื่อให้ไปสู่เป้าหมาย

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กล่าวว่า กฎหมายฉบับนี้จะเป็นกฎหมายที่บอกทิศทางในส่วนที่มีความชัดเจนแล้ว แต่ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายอื่นๆคงจะต้องนำมาปรับปรุงภายหลัง และในส่วนที่ได้มีการเตรียมการไว้แล้วคือได้มีการหารือเป็นการภายในกับกลุ่มแกนหลัก ซึ่งคุณวัฒนา วัฒนวิจิตร รับที่จะไปช่วยหาคนสำรวจเกี่ยวกับกฎหมายสุขภาพของต่างประเทศ และ ศ.ดร.บวรศักดิ์ อุวรรณโณ รับที่จะประสานหานักศึกษาปริญญาโทหรือเอกทางด้านกฎหมายมาช่วยรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์กฎหมายต่างประเทศให้ด้วย เมื่อได้ข้อมูลต่างๆรวมถึงสิ่งที่คณะอนุกรรมการฯ ได้รับมาแล้วคงจะได้นำมาวิเคราะห์และกำหนดเป็นประเด็นที่จะหารือกันรวมถึง กลไกการเขียนร่าง พ.ร.บ. สุขภาพจะเป็นอย่างไรต่อไป

นางกาญจนารัตน์ ลีวิโรจน์ กล่าวว่าในการเขียนยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพน่าจะดำเนินการใน 3 ขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดกรอบแนวคิด ทิศทางในการปรับปรุงสุขภาพในแต่ละเรื่อง
2. นำไปจัดทำประชาพิจารณ์ ขณะเดียวกันก็มีการเตรียมยกร่าง พ.ร.บ. ไปด้วย
3. ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของประชาชนและทำประชาพิจารณ์อีกครั้ง

โดยการยกร่างควรทำควบคู่ไปกับการทำเรื่องประชาสังคม

น.ส.ศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์ กล่าวว่าอยากเห็นกฎหมายนี้เป็นกฎหมายเชิงเจตนารมณ์ เป็นกฎหมายแม่บท ไม่อยากให้มีการกำหนดกฎเกณฑ์ตายตัว โดยเฉพาะในเรื่องขององค์กร และในการปรับปรุงกฎหมาย หรือกลไกของกฎหมายที่มีอยู่แล้วให้ทำควบคู่ไปกับการทำประชาสังคมทั้งนี้ควรมีการประสานงานกับหน่วยงานและองค์กรต่างๆเพื่อให้เกิดความสอดคล้อง และนอกจากนั้นยังควรต้องมีการทำความเข้าใจกับประชาชน ภาควิชาต่างๆให้มาก ควรมีระบบการบริหารจัดการที่มีความคล่องตัว มีการประสานทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพกับหน่วยงานทุกระดับ โดยเฉพาะในพื้นที่ดำเนินการ

ดร.กิตติพงษ์ กิตยารักษ์ สรุปว่า การปฏิรูประบบสุขภาพทุกคนเห็นชัดเจนแล้วว่าเป็นเรื่องที่สำคัญ ทั้งนักกฎหมายและผู้ที่เกี่ยวข้อง ต้องช่วยกันรณรงค์ให้ประสบผลสำเร็จและเรื่องนี้คงไม่ใช่

เรื่องกฎหมายอย่างเดียว แต่เป็นเรื่องของทั้งกระบวนการทางสังคมที่จะรณรงค์ให้เกิดผลคือสภาวะที่ดีของประชาชนทั่วไป นักกฎหมายที่เกี่ยวข้องคงจะเป็นผู้รับเอาข้อมูลต่างๆมาปรับเป็นมาตรการทางกฎหมายให้เกิดประโยชน์สูงสุดซึ่งลักษณะของกฎหมายที่จะออกมาคงจะมีหลายรูปแบบ เช่น อาจจะเป็น พ.ร.บ.สุขภาพที่อาจจะเป็นธรรมนูญ ที่มีการกำหนดหน้าที่ของรัฐ หรือกำหนดสิทธิของประชาชนและมีกลไกที่จะไม่บังคับหรือกลไกที่จะกำหนดกลยุทธ์หรือกลไกที่จะกำหนดเชิงความรู้เชิงการเคลื่อนไหวสังคม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อไปได้หรือไม่อย่างไร ซึ่งพอจะมองเห็นว่า พ.ร.บ.สุขภาพเชิงธรรมนูญ ก็คงจะออกมาได้ อยู่ในขอบเขตที่เราจะทำได้ หรือจะออกเป็น พ.ร.บ. หรือจะเป็น package หรือจะต้องปรับปรุงทบทวนกฎหมายเก่าๆ และนำมาเขียนใหม่หรืออาจจะมี การแก้ไขและขณะที่มีสิ่งที่เป็นความจำเป็นได้แก่ เรื่องการศึกษาทางด้านกฎหมายต่างประเทศ จะเป็นไปได้หรือไม่ที่จะมีการนำมาสังเคราะห์เปรียบเทียบกับกฎหมายไทย แล้วกำหนดประเด็นที่จะนำมาให้ที่ประชุมนี้พิจารณาวิเคราะห์ วิจัย วิจารณ์ อีกครั้งหนึ่งเพื่อที่จะได้เห็นภาพที่ชัดเจนขึ้น คิดว่าหลายท่านในที่นี้คงจะยินดีที่จะให้ความร่วมมือ ช่วยกันดำเนินการหรืออาจจะประสานหาเครือข่ายอื่นๆด้วย

นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านและกล่าวว่าในการประชุมวันนี้ได้ผลเกินคาดหลายอย่างคล้ายกับสิ่งที่ได้เตรียมไว้แล้ว องค์ความรู้ต่างๆที่มีการศึกษาไว้แล้วจะถูกนำมาบรรจุไว้ พ.ร.บ.นี้ ว่าเราต้องการอะไร โดยกฎหมายนี้จะไม่ครอบงำกฎหมายอื่นแต่จะเป็นกฎหมายเสริมในทุกๆด้าน จึงนำที่จะต้องมีการศึกษาในเรื่องนี้เป็นอย่างเป็นลำดับ และคณะกรรมการ กลไกการบังคับใช้ บทลงโทษว่าเป็นอย่างไร แล้วนำมาปรับ เสริม หรือทำขึ้นใหม่ และนำมาพิจารณากันอีกครั้งหนึ่งเพื่อจัดทำเป็น พ.ร.บ.ต่อไป โดยในการดำเนินงานจะต้องดึงนักการเมือง ประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมด้วย ดังนั้นจึงจะต้องมีการประชุมกันอีก โดยทั้งหมดในการดำเนินการขอฝากให้ ดร.กิตติพงษ์ กิตยารักษ์ ช่วยเป็นแกนสำคัญร่วมกับทีมแกนของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติด้วย

ปิดประชุมเวลา 16.30 น.

ปิติพร จันทร์ทัต ณ อยุธยา
ผู้จรรยาบรรณการประชุม
นพ.อำพล จินดาวัฒนะ
ผู้ตรวจราชการประชุม

รายงานการประชุมระดมสมองสู่การร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

วันที่ 2 ตุลาคม 2543 เวลา 13.30-16.30น.

ณ ห้องประชุมสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

ผู้เข้าร่วมประชุม

1. น.พ.ไพโรจน์ นิงสานนท์
2. ดร.กิตติพงษ์ กิตยารักษ์
3. น.ส.ศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์
4. รศ. ดร.แสวง บุญเฉลิมวิภาส
5. ดร.ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ
6. รศ.ดร.ณรงค์ ใจหาญ
7. นายชาญเชาว์ ไชยานุกิจ
8. นางกาญจนารัตน์ สิวโรจน์
9. นางเรืองรวิ เกตุผล
10. น.ส.จันทิมา ธนาสว่างกุล
11. น.ส.ศุภมาส เสนะเวส
12. นายสุรัตน์ พุ่มพวง
13. น.ส.ปิยธิดา เจริญรักษา
14. น.ส.อุทัยวรรณ แจ่มสุธี
15. น.พ.อำพล จินดาวัฒนะ
16. น.พ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
17. น.พ.พลเดช ปิ่นประทีป

เริ่มประชุมเวลา 13.30 น.

น.พ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ ประธานที่ประชุมกล่าวเปิดการประชุมและกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการประชุมในครั้งนี้ว่าสุขภาพมิใช่เป็นเรื่องเฉพาะด้านสาธารณสุขเท่านั้นแต่ในเรื่องสุขภาพนั้นประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 5 ประการคือ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการควบคุมโรค การพิเคราะห์และรักษาโรค จำกัดการพิการและฟื้นฟูสภาพ พุดย่อๆก็คือต้องสร้าง - เสริม ตรวจสอบ และซ่อมสุขภาพ เพราะถ้ามุ่งแต่การตรวจสอบและซ่อมสุขภาพก็จะทำให้ค่าใช้จ่ายแพงขึ้นเรื่อยๆ

ระบบสุขภาพที่ดีควรเป็นระบบสุขภาพที่ทุกคนและทุกวิชาชีพมาร่วมมือกันสร้างและปฏิบัติตามหน้าที่รับผิดชอบ นอกจากนั้นระบบสุขภาพยังเป็นสิ่งที่สำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศร่วมกับระบบการศึกษาและระบบวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเพื่อการพัฒนาประเทศให้เท่าเทียมกับอารยประเทศและในการทำงานต้องมีการผสมผสานและสัมพันธ์กันอย่างเสรี สมดุลย์ และมี

การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน ซึ่งความคิดในเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพมีมาหลายปีแล้ว แต่ทำได้ไม่มาก ขณะนี้ทุกอย่างเอื้ออำนวยและทุกคนเห็นด้วย ทั้งนักวิชาการ นักการเมือง ประชาชนกลุ่มใหญ่ประกอบด้วยขณะนี้ พ.ร.บ.การศึกษาแล้ว จึงคิดว่าน่าจะมี พ.ร.บ.สุขภาพบ้าง โดยที่แรกคิดจะตั้งองค์กรอิสระมาดำเนินการเรื่องนี้ แต่มีการทักท้วงจึงมีการเสนอเป็นระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ มีการจัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) มีหน้าที่สำคัญคือการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติให้เสร็จภายใน 3 ปี มีคณะอนุกรรมการ จำนวน 4 ชุด โดยลักษณะของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาตินี้จะเป็นอย่างนี้

1. ไม่เหมือนกฎหมายปกติ เพราะสุขภาพไม่ต้องใช้มาตรการทางกฎหมายดำเนินการ แต่จะใช้มาตรการทางสังคม การศึกษา มากกว่าเพราะสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน

2. พ.ร.บ. นี้จะเป็นกฎหมายมหาชน เป็นธรรมนุญด้านสุขภาพของสังคมไทย ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับทั้งรัฐและประชาชน

3. การทำ พ.ร.บ. นี้มีการสร้างองค์ความรู้กันมาแล้วพอสมควร ทั้งในด้านการเคลื่อนไหว สังคม การสื่อสาร เพื่อที่จะหาสาระ มาตรการที่สำคัญ และคิดว่า พ.ร.บ. นี้จะไปสัมพันธ์กับ พ.ร.บ. อื่นๆ ที่มีอยู่แล้วทั้งด้านการสาธารณสุข ด้านการเกษตร อุตสาหกรรม และอื่นๆ

จากเหตุผลความเป็นมาข้างต้นจึงได้เรียนเชิญท่านทั้งหลายที่เป็นทั้งนักกฎหมายและผู้ทรงคุณวุฒิด้านอื่นๆ มาช่วยกันคิดว่าเราจะยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพกันอย่างไร ซึ่งในการประชุมครั้งนี้มี ดร.กิตติพงษ์ กิตยารักษ์ เป็นแกนกลางในการประสานงาน และก่อนที่จะระดมสมองกันจะขอให้ทีมงานนำเสนอข้อมูล แผนงานที่ได้เตรียมการไว้แล้วเพื่อเป็นพื้นฐานในการทำงานกันต่อไป

จากนั้นได้มีการนำเสนอวิทัศน์เรื่อง “ทำไมต้องปฏิรูประบบสุขภาพ” และต่อด้วยการนำเสนอ “ความจำเป็น ทิศทางและยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพ” โดย นพ.อำพล จินดาวัฒนะ การนำเสนอเรื่อง “หลักการ เป้าหมาย กลไกและประเด็นสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ” โดย นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และการทำงานในเรื่องการมีส่วนร่วมสร้างสรรค์ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ โดย นพ.พลเดช ปิ่นประทีป

จากนั้นจึงมีการระดมสมองสู่การยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดย นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ ได้กล่าวว่า การปฏิรูปสุขภาพนั้นต้องการที่จะมีการปฏิรูปแนวคิด พฤติกรรมสุขภาพและยับยั้งพฤติกรรมเสี่ยง ต้องมีการรวมพลังทางสังคม และในยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพนี้คงจะประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เนื้อหา สาระ การบังคับใช้ กฎหมายประกอบต่างๆ รวมถึงมาตรการขององค์กร เราจะทำกันอย่างไร และเมื่อเราได้องค์ความรู้ พลังสังคม ตลอดจนปัญหาต่างๆ แล้วเราจะทำอะไรจึงจะต้องช่วยกันคิดในเรื่องนี้

ดร.กิตติพงษ์ กิตยารักษ์ กล่าวว่า เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญ มีปัญหาเยอะ แต่ก็จะต้องมีการดำเนินการ กฎหมายเป็นส่วนหนึ่งเท่านั้นที่จะมีส่วนในการปฏิรูป ดังนั้นในวันนี้จึงได้เรียนเชิญทุกท่านมาปรึกษาหารือโดยวัตถุประสงค์ดังนี้

1. สร้างเครือข่ายนักกฎหมายที่จะร่วมผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพ
 2. บทบาทของนักกฎหมาย มาตรการทางกฎหมาย คอการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย จะเป็นอย่างไร
 3. ถ้าจะมี พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เจตนารมณ์ ของ พ.ร.บ. ควรจะเป็นอย่างไร
 4. กระบวนการที่จะทำให้ พ.ร.บ. นี้เกิดขึ้นจริง รวมถึงผู้ที่จะร่วมดำเนินการ
- ดร.ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ กล่าวว่ายอยากทราบว่า พ.ร.บ.สุขภาพนี้มีอะไรเป็นหลักของคำว่าสุขภาพ หรือ “ อะไรคือแก่นของสุขภาพ” และควรมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ และควรมีการจัดลำดับในการจัดการ เช่นการดำเนินการควรเริ่มต้นตั้งแต่ กาย จิต และวิญญาณ พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ขององค์กรร่วม และควรให้สังคมเข้ามามีส่วนร่วม

น.ส.ศรีสว่าง พ่วงส์แพทย์ กล่าวว่าเห็นด้วยที่มีแนวคิดทำ พ.ร.บ.นี้ และมีสิ่งที่เป็นห่วงคือการจะปฏิรูปหากจะต้องมีการจัดระบบ โครงสร้าง กลไกองค์กรใหม่ ควรต้องระวังเรื่องความซ้ำซ้อน และงานต่างๆมีหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่รับผิดชอบอยู่แล้ว ควรจะมีการประสานงานเพื่อลดความขัดแย้งด้วย และนอกจากนี้ในการจะปฏิรูปนั้นต้องดูความเป็นไปได้จริงด้วยว่าทำได้จริงหรือไม่ และในประเด็นของการที่จะดำเนินการให้ครอบคลุมทุกคนนั้นจะต้องทำงานประสานสัมพันธ์กับกลุ่ม กลไกต่างๆ ได้อย่างไร

ในส่วนของเป้าหมายในการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่กำหนดเป็นเป้าหมายระดับกลางนั้นเห็นว่ายังเน้นระบบบริหารราชการอยู่มาก ไม่เป็นกฎหมายสมัยใหม่ที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ควรเน้นเป้าหมายการพึ่งตนเองให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง นอกจากนี้ควรคำนึงถึงการจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ มีการจัดลำดับของกลุ่มเป้าหมาย

นายชาญเชาว์ ไชยานุกิจ กล่าวว่าจากการศึกษาเอกสารมีข้อสังเกตว่า โครงสร้างและรูปแบบของกฎหมายต้องการให้เป็นธรรมนุญ แต่ยังไม่ชัดเจนในเรื่องของคำจำกัดความของคำว่าสุขภาพ อยากทราบว่า องค์กรอนามัยโลกมีคำจำกัดความของคำว่าสุขภาพแล้ว มีรูปแบบของกฎหมายหรือไม่ และหากมีการศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายต่างประเทศอาจจะมีรูปแบบที่นำมาใช้ได้ สำหรับปัจจุบันร้อยละ 90 ของกฎหมายมีปัญหาในเรื่องของการบังคับใช้ ถ้ามองจากรูปแบบนี้กฎหมายควรจะเป็นอย่างไร

1. ควรมีการวางระบบสุขภาพใหม่ เน้นการสร้างสุขภาพ มีระบบประกัน
2. มีการกำหนดกลไก อำนาจหน้าที่ ภาครัฐและเอกชน
3. กลไกการทำงาน ที่จะทำให้ทำงานได้เป็นอย่างไร
4. มีการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ

กฎหมายที่จะต้องการควรประกอบด้วย 4 ประเด็นข้างต้น และควรจะทำเป็น package เนื่องจากถ้าทำเป็นฉบับเดียวจะไม่ realistic

ร.ศ. คร.แสวง บุญเฉลิมวิภาส กล่าวว่ากรการร่างกฎหมายนั้นไม่ยาก จะการบังคับใช้ยากมาก จะทำอย่างไร ในการร่างนั้นต้องมีข้อมูลที่ชัดเจนหลายฝ่ายต้องเห็นด้วย กฎหมายฉบับนี้จะบังคับรัฐมากกว่าที่จะบังคับคน ดังนั้นเวลาร่างกฎหมายต้องมีการสำรวจกฎหมาย ที่มีอยู่ทั้งหมด และนำมาพิจารณาความซ้ำซ้อน ความเชื่อมโยง กับทุกด้าน และคงต้องมีการผลักดันให้มีผลในการการบังคับใช้ต่อไป

น.ส.สุกมาส เสนาะเวส กล่าวว่าการจะเขียน พ.ร.บ.สุขภาพนั้นต้องรู้ถึงความเชื่อมโยงของกฎหมายทุกด้าน การเขียน กฎหมายฉบับเดียวนั้นใหญ่มากจะครอบคลุมทุกเรื่องได้อย่างไรและจะทำอย่างไรให้ครอบคลุมทุกเรื่อง และกฎหมายฉบับนี้ต้องเป็นกฎหมายที่ใช้บังคับรัฐ องค์กรต่างๆ ที่ทำงานด้านสุขภาพ

นางเรืองรวี เกตุผล กล่าวว่าเห็นด้วยที่คิดที่จะมีการเปลี่ยนพฤติกรรมแทนที่จะเปลี่ยนวิธีการทางกฎหมาย เป็นการทำงานในมิติใหม่ที่เน้นกระบวนการทำงานในเรื่องสุขภาพ ถ้ากระบวนการดี สามารถที่จะสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของของประชาชนได้ และหากดำเนินการควบคุมคู่กับการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่นได้ ก็จะทำให้สามารถมีการออกข้อบังคับระดับท้องถิ่นได้ ซึ่งเดิมการคิดทุกอย่างที่ไปถึงชาวบ้านเป็นการคิดจากภาครัฐ ซึ่งเป็นการทำลายธรรมชาติของชาวบ้าน ดังนั้นในกระบวนการคิดควรให้ทั้งเจ้าหน้าที่ของรัฐและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อลดความขัดแย้ง

นายสุรรัตน์ พุ่มพวง กล่าวว่าขณะนี้กฎหมายด้านสุขภาพมีมากกว่า 40 ฉบับ การออก พ.ร.บ. ฉบับนี้จำเป็นหรือไม่และจะแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้หรือไม่ และปัญหาอีกประการหนึ่งคือในการออกกฎหมาย หรือระเบียบ หรือกฎหมายกลาง จะต้องมีองค์กรรองรับ

น.ส.จันทิมา ธนาสว่างกุล กล่าวว่ากฎหมายฉบับนี้ไม่ใช่เป็นการบังคับรัฐแต่จะเป็นการบอกภารกิจของรัฐ รัฐต้องดำเนินการอะไรบ้าง ประชาชนมีสิทธิที่จะได้รับบริการอะไรบ้าง รัฐต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่ใช่บังคับให้ประชาชนเปลี่ยน รัฐต้องมีหน้าที่รับผิดชอบต่อประชาชนในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และเห็นว่าในการกลุ่มเป้าหมายที่จะดำเนินการยังขาดบุคคลที่เป็นจำเลยในกระบวนการยุติธรรม ควรมีการพิจารณาในเรื่องนี้ด้วย

ร.ศ.ดร.ณรงค์ ใจหาญ กล่าวว่ากรการร่าง พ.ร.บ. เป็นงานที่หนักในส่วนของนักกฎหมาย ซึ่งต้องมีการวิเคราะห์ว่ามีกฎหมายอะไรบ้างที่มีอยู่แล้ว ต้องมีการตรวจสอบและเพิ่มเติมในช่องว่างโดยมีการเขียนกฎหมายมารองรับ สำหรับ พ.ร.บ.ฉบับนี้วางกฎให้รัฐดำเนินการในเรื่องการประกันสุขภาพซึ่งเป็นสิ่งที่น่าจะทำได้ แต่การบังคับใช้ให้มีประสิทธิภาพจะมีผลกระทบมากเพราะมีหน่วยงานที่ดำเนินการอยู่แล้ว เสนอให้มีการตั้งองค์กรในการประสานงานขึ้นมา อาจจะเป็นคณะทำงาน เพื่อทำหน้าที่ในการประสานงาน ประสานนโยบาย ติดตาม ดูแลการบังคับใช้กฎหมายสุขภาพ

นางกาญจนรัตน์ สิวโรจน์ กล่าวว่ากรการทำเป็น พ.ร.บ. หรือกฎหมายไม่ยาก ห่วงแต่การบังคับใช้ว่าจะบังคับอย่างไร ถ้าจะต้องบังคับคงให้เกิดความสมดุลทั้ง 2 ฝ่าย และสำหรับการเขียนกฎหมายนี้ไม่น่าจะยาก เพราะว่ามีกฎหมายเดิมอยู่แล้วเพียงแต่นำมาพิจารณา วิเคราะห์ ว่าควรจะมี

อะไรเสริม เพิ่มเติม หรือต้องปรับปรุง แก้ไขอะไรบ้าง ส่วนกฎหมายใหม่ ถ้าจะมีหรือไม่มีการบังคับ อาจจะมีเพิ่มเติมในภายหลังได้ และต้องคำนึงถึงว่าจะให้มีการบังคับใช้ทั้งในส่วนของการบริหารและประชาชน โดยกฎหมายที่เขียนต้องชี้ให้เห็นการมีส่วนร่วม สิ่งที่ประชาชนต้องการ ถ้าจะนำองค์ความรู้ทั้งหมดมาเขียนเป็นกฎหมายคงจะยาก จึงควรใช้กฎหมายเดิมที่มีอยู่แล้วแต่จะอย่างไรที่จะให้มีการปรับปรุง โดยนำร่าง พ.ร.บ.ใหม่มาเป็นตัวเชื่อมเกี่ยวกับระบบสุขภาพว่าควรจะมีทิศทางอย่างไร เขียนให้เห็นเป้าหมายโดยรวมแล้วกำหนดเวลาทำงานเป็นระยะๆ และในส่วนของการทำงาน ทบทวน ตรวจสอบสิ่งที่มีอยู่แล้วก็ควรที่จะมีการดำเนินการเป็นระยะๆ เพื่อที่ว่าถูกทิศทางหรือไม่ ขาดประเด็นใดไปบ้าง ให้มีการติดตาม ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆ เพื่อให้ไปสู่เป้าหมาย

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กล่าวว่า กฎหมายฉบับนี้จะเป็นกฎหมายที่บอกทิศทางในส่วนที่มีความชัดเจนแล้ว แต่ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายอื่นๆจะต้องนำมาปรับปรุงภายหลัง และในส่วนที่ได้มีการเตรียมการไว้แล้วคือได้มีการหารือเป็นการภายในกับกลุ่มแกนหลัก ซึ่งคุณวัฒนา วัฒนวิจิตร รับที่จะไปช่วยหาคนสำรวจเกี่ยวกับกฎหมายสุขภาพของต่างประเทศ และ ศ.ดร.บวรศักดิ์ อุวรรณโณ รับที่จะประสานหานักศึกษาปริญญาโทหรือเอกทางด้านกฎหมายมาช่วยรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์กฎหมายต่างประเทศให้ด้วย เมื่อได้ข้อมูลต่างๆรวมถึงสิ่งที่คณะอนุกรรมการฯ ได้รับมาแล้วคงจะได้นำมาวิเคราะห์และกำหนดเป็นประเด็นที่จะหารือกันรวมถึง กลไกการเขียนร่าง พ.ร.บ. สุขภาพจะเป็นอย่างไรต่อไป

นางกาญจนารัตน์ ลีวีโรจน์ กล่าวว่าในการเขียนยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพน่าจะดำเนินการใน 3 ขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดกรอบแนวคิด ทิศทางในการปรับปรุงสุขภาพในแต่ละเรื่อง
2. นำไปจัดทำประชาพิจารณ์ ขณะเดียวกันก็มีการเตรียมยกร่าง พ.ร.บ. ไปด้วย
3. ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของประชาชนและทำประชาพิจารณ์อีกครั้ง

โดยการยกร่างควรทำควบคู่ไปกับการทำเรื่องประชาสังคม

น.ส.ศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์ กล่าวว่าอยากเห็นกฎหมายนี้เป็นกฎหมายเชิงเจตนารมณ์ เป็นกฎหมายแม่บท ไม่อยากให้มีการกำหนดกฎเกณฑ์ตายตัว โดยเฉพาะในเรื่องขององค์กร และในการปรับปรุงกฎหมาย หรือกลไกของกฎหมายที่มีอยู่แล้วให้ทำควบคู่ไปกับการทำประชาสังคมทั้งนี้ควรมีการประสานงานกับหน่วยงานและองค์กรต่างๆเพื่อให้เกิดความสอดคล้อง และนอกจากนั้นยังควรต้องมีการทำความเข้าใจกับประชาชน ภาคีต่างๆให้มาก ควรมีระบบการบริหารจัดการที่มีความคล่องตัว มีการประสานทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพกับหน่วยงานทุกระดับ โดยเฉพาะในพื้นที่ดำเนินการ

ดร.กิตติพงษ์ กิตยารักษ์ สรุปว่า การปฏิรูประบบสุขภาพทุกคนเห็นชัดเจนแล้วว่าเป็นเรื่องที่สำคัญ ทั้งนักกฎหมายและผู้ที่เกี่ยวข้อง ต้องช่วยกันรณรงค์ให้ประสบผลสำเร็จและเรื่องนี้คงไม่ใช่

เรื่องกฎหมายอย่างเดียว แต่เป็นเรื่องของทั้งกระบวนการทางสังคมที่จะรณรงค์ให้เกิดผลคือสุขภาวะที่ดีของประชาชนทั่วไป นักกฎหมายที่เกี่ยวข้องคงจะเป็นผู้รับเอาข้อมูลต่างๆ มาปรับเป็นมาตรการทางกฎหมายให้เกิดประโยชน์สูงสุดซึ่งลักษณะของกฎหมายที่จะออกมาคงจะมีหลายรูปแบบ เช่น อาจจะเป็น พ.ร.บ.สุขภาพที่อาจจะเป็นธรรมนูญ ที่มีการกำหนดหน้าที่ของรัฐ หรือกำหนดสิทธิของประชาชนและมีกลไกที่จะไม่บังคับหรือกลไกที่จะกำหนดกลยุทธ์หรือกลไกที่จะกำหนดเชิงความรู้เชิงการเคลื่อนไหวสังคม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อไปได้หรือไม่อย่างไร ซึ่งพอจะมองเห็นว่า พ.ร.บ.สุขภาพเชิงธรรมนูญ ก็คงจะออกมาได้ อยู่ในขอบเขตที่เราจะทำได้ หรือจะออกเป็น พ.ร.บ. หรือจะเป็น package หรือจะต้องปรับปรุงทบทวนกฎหมายเก่าๆ และนำมาเขียนใหม่หรืออาจจะมี การแก้ไขและขณะที่มีสิ่งที่เป็นความจำเป็นได้แก่ เรื่องการศึกษาทางด้านกฎหมายต่างประเทศ จะ เป็นไปได้หรือไม่ที่จะมีการนำมาสังเคราะห์เปรียบเทียบกับกฎหมายไทย แล้วกำหนดประเด็นที่จะ นำมาให้ที่ประชุมนี้พิจารณาวิเคราะห์ วิจัย อีกครั้งหนึ่งเพื่อที่จะได้เห็นภาพที่ชัดเจนขึ้น คิดว่า หลายท่านในที่นี้คงจะยินดีที่จะให้ความร่วมมือ ช่วยกันดำเนินการหรืออาจจะประสานหาเครือข่าย อื่นๆ ค่ะ

นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านและกล่าวว่าในการประชุมวันนี้ได้ผลเกินคาดหลายอย่างคล้ายกับสิ่งที่ได้เตรียมไว้แล้ว องค์ความรู้ต่างๆ ที่มีการศึกษาไว้แล้วจะ ถูกนำมาบรรจุไว้ พ.ร.บ.นี้ ว่าเราต้องการอะไร โดยกฎหมายนี้จะไม่ครอบงำกฎหมายอื่นแต่จะเป็น กฎหมายเสริมในทุกๆ ด้าน จึงน่าที่จะต้องมีการศึกษาในเรื่องนี้เป็นลำดับ และดูมาตรการ กลไก การบังคับใช้ บทลงโทษว่าเป็นอย่างไร แล้วนำมาปรับ เสริม หรือทำขึ้นใหม่ และนำมาพิจารณากัน อีกครั้งหนึ่งเพื่อจัดทำเป็น พ.ร.บ.ต่อไป โดยในการดำเนินงานจะต้องดึงนักการเมือง ประชาชน เข้า มามีส่วนร่วมด้วย ดังนั้นจึงจะต้องมีการประชุมกันอีก โดยทั้งหมดในการดำเนินการขอฝากให้ คร.กิตติพงษ์ กิตยารักษ์ ช่วยเป็นแกนสำคัญร่วมกับทีมแกนของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติด้วย

ปิดประชุมเวลา 16.30 น.

ปิติพร จันทร์ทัต ณ อยุธยา
ผู้จรรยาบรรณการประชุม
นพ.อำพล จินดาวัฒนะ
ผู้ตรวจราชการการประชุม

หลักการ เป้าหมาย กลไก และประเด็นสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ
และในการร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ
(ร่างที่ 6 - ปรับปรุง 11 กันยายน 2543)

เอกสารนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็น working paper ที่คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพและอนุกรรมการฯ ทุกชุด จะได้ร่วมกันปรับปรุง/พัฒนาอย่างต่อเนื่อง และนำไปพิจารณาในกระบวนการดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพ และในการร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เอกสารนี้จัดทำโดยผ่านกระบวนการระดมสมองหลายๆ ครั้ง และจะมีการพัฒนาปรับปรุงอยู่ตลอดเวลา ความคิดเห็นจากการระดมสมองทุกครั้งและจากทุกฝ่าย จะได้รับการนำเข้ามาเพื่อปรับปรุง/พัฒนาร่างเอกสารนี้

1. ที่มา ประเด็นที่สรุปมานำเสนอนี้ ได้จากการสรุปประเด็นสำคัญ จาก

1.1 ผลการประชุมที่สำคัญ เช่น

- (1) การประชุมปฏิรูประบบบริการสุขภาพ วันที่ 13-15 ธันวาคม 2542 ที่ศูนย์ไบเทคฯ
- (2) การเสวนา "ปฏิรูประบบสุขภาพ" วันที่ 25-26 ธันวาคม 2542 โรงแรมเมอร์เคียว พัทยา ชลบุรี
- (3) การประชุมภาคีปฏิรูประบบสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 3 มีนาคม 2543)
- (4) การประชุม "ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ" วันที่ 3 พฤษภาคม 2543 โรงแรมสยามซิตี
- (5) การประชุมกลุ่มย่อย ภายในกลไกของ สป.ร.ส./สว.ร.
- (6) การประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) วันที่ 9 สิงหาคม 2543
- (7) การประชุมประจำปีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 3 วันที่ 15-17 สิงหาคม 2543

1.2 เอกสารตีพิมพ์ต่างๆ ที่สำคัญ เช่น กฎหมายที่สำคัญ (รัฐธรรมนูญ พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ และกฎหมายอื่นๆ) สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์ (ศ.นพ.ประเวศ วะสี) ร่วมฝ่าทางตันเพื่อสุขภาพคนไทย (สป.ร.ส.) ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย (นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์) รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ (คณะกรรมการการสาธารณสุขวิเทศา) และแผนการปฏิรูประบบบริหารภาครัฐตามมติ ค.ร.ม.

1.3 เอกสารสรุปข้อตกลงเพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้สำคัญ 15 ประเด็นในการดำเนินการ เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ

1.4 เอกสารนี้ ดำเนินการปรับปรุงตลอดเวลาโดยได้รับความเห็นจากการประชุมระดมสมองทุกครั้ง และความเห็นจากทุกท่าน/ทุกฝ่ายที่ส่งเข้ามา

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

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

2.1 หลักการพื้นฐานของการปฏิรูป การปฏิรูปวางอยู่บนหลักการพื้นฐาน 3 ประการ คือ

2.1.1 ความเป็นองค์รวม (Holistic) มุ่งสร้างสัมมาทิฐิต้านสุขภาพ ให้เกิดการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งในมิติทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ นอกจากนี้จะมุ่งพัฒนาทั้งระบบบริการสุขภาพที่ใช้เทคโนโลยีตะวันตกและภูมิปัญญาท้องถิ่น

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

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

2.2 หลักการพื้นฐาน 3 ประการ มุ่งสู่การบรรลุเป้าหมาย 3 ระดับ คือ

2.2.1 เป้าหมายขั้นต้น

- (1) พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติประกาศใช้ภายในกรกฎาคม 2546
- (2) การเคลื่อนไหวสังคมเพื่อสนับสนุนการปฏิรูปตลอด 3 ปี และภายหลัง พ.ร.บ.สุขภาพประกาศใช้

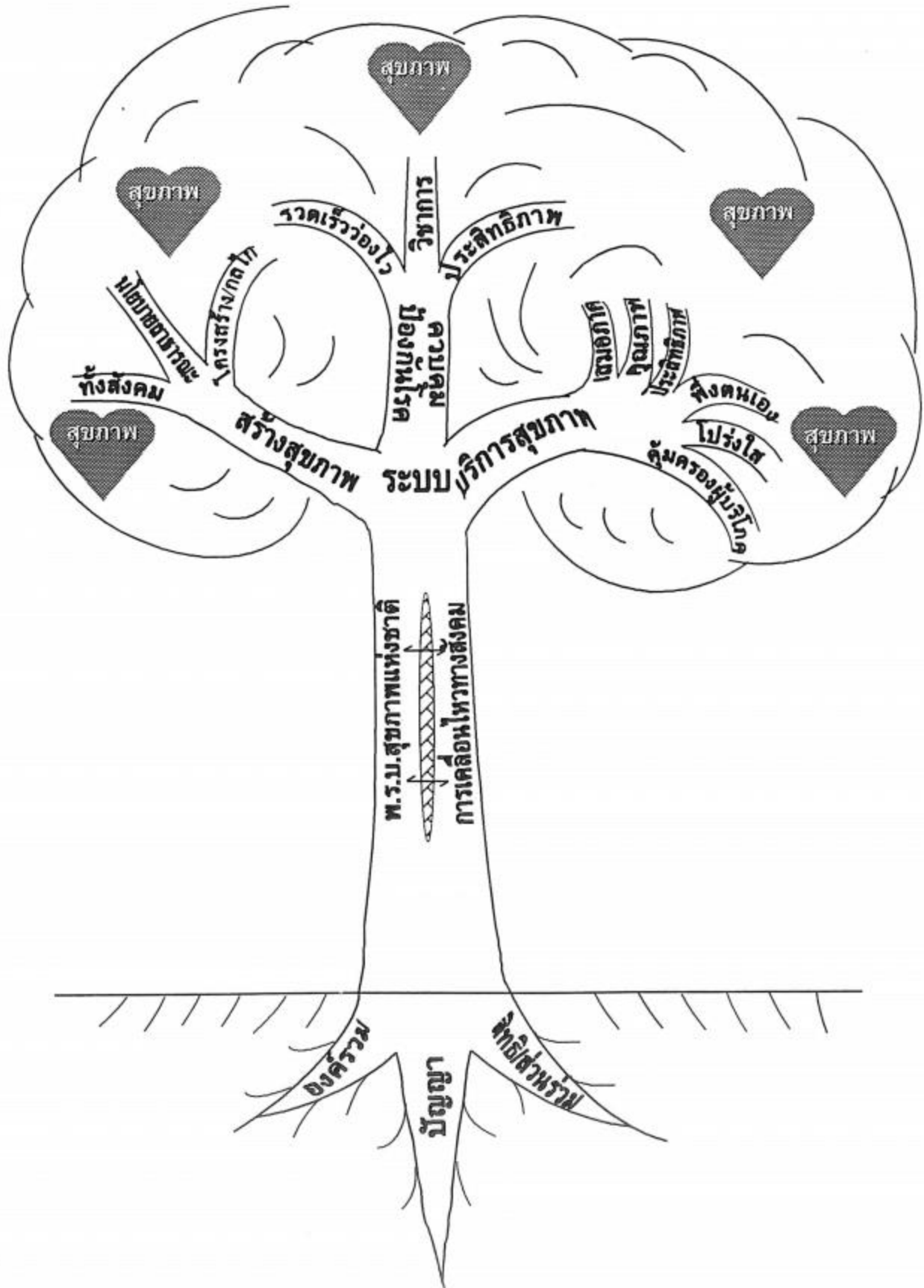
2.2.2 เป้าหมายขั้นกลาง ได้แก่ :-

- (1) ระบบที่สังคมทั้งสังคมร่วมกันสร้างเสริมสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมจากทุกสาขา และทุกระดับ มีการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และมีโครงสร้าง/กลไกที่จะทำงานระยะยาวอย่างต่อเนื่อง
- (2) ระบบการควบคุมป้องกันโรคที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งทั้งการควบคุมโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ มุ่งการสร้างระบบและกลไกที่คล่องตัว มีศักยภาพสูงด้านวิชาการ และสามารถตอบสนองอย่างรวดเร็ว ทันเหตุการณ์ ในการแก้ไขปัญหาโรคต่างๆ ได้ ทั้งนี้ต้องมีระบบ/กลไกทั้งในระดับชาติ และท้องถิ่น
- (3) ระบบบริการสุขภาพ ทั้งในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ โดยเป็นระบบที่มีความเสมอภาค มีคุณภาพดี มีประสิทธิภาพสูง มีความสามารถพึ่งตนเองได้ มีความโปร่งใสตรวจสอบได้ และมีระบบการคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นธรรม
 - (3.1) ความเสมอภาค (Equity) มุ่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีความเสมอภาคในการเข้าถึง/ได้รับบริการสุขภาพ และความเสมอภาคในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ
 - (3.2) คุณภาพและการตอบสนองความต้องการของประชาชน (Quality/Responsiveness) มุ่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน เอาประชาชนเป็นศูนย์กลาง และตอบสนองต่อความต้องการ/ปัญหา ของแต่ละชุมชน/ครอบครัว/ปัจเจกได้
 - (3.3) ประสิทธิภาพ (Efficiency) มุ่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพเชิงรุก ที่จะสร้างสุขภาพมากกว่าระบบตั้งรับที่คอยซ่อมสุขภาพ มุ่งการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและคุ้มค่า รวมทั้งสร้างองค์กร/กลไกที่คล่องตัวและมีประสิทธิภาพในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
 - (3.4) ความสามารถในการพึ่งตนเอง (Self-reliance) มุ่งเน้นการพึ่งตนเอง พัฒนาเทคโนโลยี และศักยภาพของตนเอง พัฒนานาภูมิปัญญาแผนไทย ลดการพึ่งพาการนำเข้า รวมถึงพัฒนาศักยภาพในการแข่งขันอุตสาหกรรมสุขภาพด้วย
 - (3.5) ความโปร่งใส ตรวจสอบได้ (Accountability/Transparency) มุ่งสร้างระบบและกลไก เพื่อให้เกิดความโปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้ โดยองค์กรที่เกี่ยวข้องรวมทั้งสาธารณะ
 - (3.6) การคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer Protection) มุ่งสร้างระบบที่พัฒนาศักยภาพของประชาชน/ผู้บริโภค ให้รู้ทัน/ตรวจสอบได้ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม ในการได้รับบริการ/บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ

2.2.3 เป้าหมายขั้นปลาย คือสุขภาวะของคนไทยทุกคน (สุขภาพ)

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

หลักการ/เป้าหมาย/กลไก ดังกล่าว สามารถแสดงได้ดังภาพ



3. ประเด็น และคำถามสำคัญในแต่ละประเด็น

3.1 คำนิยามศัพท์ต่าง ๆ เช่น สุขภาพ ระบบสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ หลักประกันสุขภาพ ชุดบริการสุขภาพที่จำเป็น (Basic Essential Package-BEP) การเจ็บป่วยถึงขั้นล้มละลาย (Catastrophic Illnesses-CI) นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) เป็นต้น

3.2 เจตนารมณ์ของร่าง พ.ร.บ.

3.2.1 นำหลักการพื้นฐาน/กลไก/เป้าหมายในข้อ 2 มาเขียนบรรจุไว้

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

3.3 ประเด็นด้านนโยบาย

3.3.1 ควรมีนโยบาย/แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพแห่งชาติหรือไม่/ลักษณะใด

3.3.2 กลไกและกระบวนการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

(1) ควรมีหรือไม่/ลักษณะใด

- สภาสุขภาพแห่งชาติ เป็นอิสระ รายงานตรงต่อรัฐสภา
- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้สภาที่ปรึกษาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ
- ลักษณะอื่นๆ

(2) องค์ประกอบของกรรมการ/บทบาท/หน้าที่/อำนาจ

(3) สำนักงานเลขานุการกิจ

(4) การนำนโยบาย/แผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ

3.4 การสร้างเสริมสุขภาพ

มุ่งเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมและพฤติกรรมที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งการสร้างระบบและกลไกที่จะให้สังคมทั้งสังคมมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพ มีความคล่องตัว และมีความยั่งยืน

3.4.1 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy)

(1) การศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพในการอนุมัติโครงการลงทุนขนาดใหญ่ ในการกำหนดนโยบายส่งเสริมการลงทุน และในการออกกฎหมายอื่นๆ

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

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

(4) นโยบายทางการเงินของระบบสุขภาพ เช่น กลไกการจ่ายเงินที่จะสร้างแรงจูงใจให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ

3.4.2 กลไก/โครงสร้างที่จะดูแล รวมทั้งเงื่อนไขการทำงาน เช่น "สำนักงานกองทุนส่งเสริมสุขภาพ"

"สถาบันรับรองการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของโครงการลงทุนขนาดใหญ่"

3.5 ระบบการควบคุมป้องกันโรค

มุ่งเน้นการพัฒนาาระบบการเฝ้าระวังและการควบคุมป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ และสามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพทุกชนิด ทั้งปัญหาเฉียบพลัน ปัญหาเรื้อรัง ปัญหาโรคติดต่อ/ไม่ติดต่อ ปัญหาจาก

พฤติกรรมและสภาพแวดล้อม รวมทั้งการปฏิรูปโครงสร้างกลไก/ระบบที่คล่องตัว/ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ

3.5.1 ระบบการเฝ้าระวัง การควบคุม และป้องกันปัญหาสุขภาพ (ทั้งโรคติดต่อ,ไม่ติดต่อและปัญหาสุขภาพอื่นๆ) ที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ควรจะเป็นอย่างไร

3.5.2 โครงสร้าง/กลไกระดับชาติ ที่จะดำเนินการให้เกิดระบบที่คล่องตัว มีประสิทธิภาพ และมีความยั่งยืน ควรจะเป็นเช่นไร และมีการจัดการด้านกำลังคน องค์ความรู้และการเงินอย่างไร

(1) เป็นหน่วยราชการ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

(2) เป็นหน่วยงานอิสระ

3.6 ระบบบริการสุขภาพ

มุ่งเน้นการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่ใกล้บ้าน ให้บริการผสมผสานอย่างเบ็ดเสร็จ มุ่งบริการเชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพ และสามารถครอบคลุมทั่วถึงทุกครัวเรือน โดยเชื่อมโยงกับระบบการดูแลสุขภาพของตนเอง ระบบการดูแลที่บ้าน และการดูแลโดยชุมชน รวมทั้งระบบบริการขั้นสูง อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้จะต้องพัฒนาระบบบริการฉุกเฉิน ให้รวดเร็ว แม่นยำ และไม่มีอุปสรรคทางการเงิน

3.6.1 จะพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของตนเอง/ครอบครัว และชุมชนได้อย่างไร

3.6.2 รูปแบบระบบบริการในระดับต่างๆ จะเป็นอย่างไร และเชื่อมโยงกับ 3.6.1 อย่างไร

3.6.3 ระบบบริการสุขภาพในยามฉุกเฉินจะต้องพัฒนาอย่างไร จึงจะเข้าถึงได้ง่าย ทันเวลา แม่นยำ และไม่มีอุปสรรคทางการเงิน

3.6.4 ระบบบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ เด็ก สตรี และผู้ด้อยโอกาสอื่นๆ ควรจะมีการพัฒนาอย่างไร จึงจะมีประสิทธิภาพและเสมอภาคที่สุด

3.6.5 ความสัมพันธ์ระหว่างระบบบริการภาครัฐ/เอกชน จะเป็นอย่างไร

3.6.6 จะจัดการระบบโครงสร้างความเป็นเจ้าของ (Structure of ownership) ของสถานบริการสุขภาพภาครัฐอย่างไร ภายใต้ระบบการกระจายอำนาจตามรัฐธรรมนูญ

3.6.7 ระบบการจัดการด้านการเงินของระบบบริการสุขภาพจะเป็นเช่นไร และมีบทบาทในการจัดรูปแบบระบบบริการสุขภาพที่ต้องการได้อย่างไร

3.6.8 บริการสุขภาพทางเลือกต่างๆ (Alternative Medicines) จะเข้ามามีส่วนร่วมในระบบบริการทั้งระบบอย่างไร

3.6.9 ครอบครัว/ชุมชน จะเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา/กำกับดูแลระบบบริการ/สถานบริการอย่างไร

3.6.10 จะกระจายทรัพยากร (สถานบริการ ยา อุปกรณ์ กำลังคน และองค์ความรู้) อย่างไรให้ทั่วถึง และเกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

3.6.11 จะพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างไร จึงจะมีประสิทธิภาพสูงสุด และเป็นที่พอใจของประชาชน

3.6.12 จะต้องมีองค์กรดูแลระบบบริการสุขภาพในระดับชาติ แยกต่างหากจากสภาการสุขภาพแห่งชาติหรือไม่ หากต้องมี จะมีองค์ประกอบ/โครงสร้าง และการดำเนินงานอย่างไร

3.7 การพัฒนาระบบการแพทย์ทางเลือก (อาจเรียกว่าเป็นการแพทย์ผสมผสาน โดยรวมแพทย์แผนไทย แพณจีน อายุรเวท และการแพทย์พื้นบ้านต่าง ๆ)

3.7.1 ระบบการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

3.7.2 ระบบการตรวจสอบ/ติดตาม คุ่มครองผู้บริโภค

3.7.3 การมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ

3.7.4 จะต้องมีองค์กรระดับชาติดูแลเป็นการเฉพาะหรือไม่ และสถานะจะเป็นอย่างไร

- เป็นกลไกภายใต้สภาการสุขภาพแห่งชาติ
- เป็นกลไกอิสระ

3.8 ระบบการเงินของบริการสุขภาพ (Health Care Finance) โดยเฉพาะเรื่องหลักประกันการจ่ายค่าบริการสุขภาพ

- 3.8.1 ควรต้องมี Universal Coverage (UC) หรือไม่
- 3.8.2 UC ควร cover BEP หรือ CI หรือทั้งสองเรื่อง จะให้ครอบคลุมทั้งเรื่องส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งการรักษาและฟื้นฟูสภาพได้อย่างไร และจะครอบคลุมระบบการแพทย์ทางเลือกด้วยหรือไม่อย่างไร
- 3.8.3 UC ควรจะอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นระบบเดียวหรือมีหลายระบบแต่มีเอกภาพในเรื่องสิทธิประโยชน์ เบี้ยประกันค่าใช้จ่าย และกลไกการจ่ายเงิน
- 3.8.4 BEP และ/หรือ CI ควรมีขอบเขตอย่างไร และมีวิธีการ/กลไกการกำหนดขอบเขตดังกล่าวอย่างไร
- 3.8.5 แหล่งเงินของ UC จะมาจากไหน อย่างไร
- 3.8.6 กลไกการจ่ายเงินภายใต้ UC จะเป็นอย่างไร (Capitation, case basis, Fee for services หรือระบบผสมและจะผสมอย่างไร)
- 3.8.7 วิธีการ/ขั้นตอนในการปฏิรูประบบประกันสุขภาพที่มีอยู่หลายระบบในปัจจุบัน ไปสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติระบบเดียว หรือหลายระบบที่มีเอกภาพในเรื่องสิทธิประโยชน์ เบี้ยประกัน/ค่าใช้จ่าย และกลไกการจ่ายเงินจะทำอย่างไร
- 3.8.8 ควรมีกลไกระดับชาติมาดูแลเรื่องระบบการเงินของบริการสุขภาพและการประกันสุขภาพหรือไม่
- (1) เป็นคณะกรรมการภายใต้สภาการสุขภาพแห่งชาติ
 - (2) เป็นคณะกรรมการอิสระ
 - (3) เลขานุการกิจเป็นอย่างไร – ต้องจัดตั้งสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติหรือไม่

3.9 การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ

- 3.9.1 ระบบการ monitor ความพึงพอใจของประชาชน ทั้งในภาพรวมและในระดับสถานบริการ ควรเป็นอย่างไร
- 3.9.2 การกำหนดเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพบริการสุขภาพ
- 3.9.3 กระบวนการพัฒนา และการประเมินการบรรลุตามเกณฑ์
- 3.9.4 แนวทางในการบรรลุการครอบคลุมสถานบริการด้วยระบบคุณภาพ
- 3.9.5 กลไก/โครงสร้างการดำเนินการ
- สถาบันภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
 - สถาบันภายใต้สภาการสุขภาพแห่งชาติ
 - สถาบันที่เป็นองค์กรอิสระ
- 3.9.6 กลไกสนับสนุนทางการเงินต่อระบบคุณภาพ และความเชื่อมโยงกับระบบการเงินของบริการสุขภาพ

3.10 การพัฒนาวิชาการ (ระบบงานวิจัย) เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ

- 3.10.1 สถาบันวิชาการต่างๆ ที่สร้างองค์ความรู้ เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เช่น NIH, TRF, HSRU สถาบันวิชาการภายในกระทรวง/สถาบันการศึกษา และสถาบันวิชาการที่เป็นองค์กรเอกชน จะมีการพัฒนาอย่างไร มีบทบาทอย่างไร และจะเชื่อมโยงกันอย่างไร

- 3.10.2 จะมีระบบการสนับสนุนทางการเงินในการพัฒนาสถาบันต่างๆ รวมทั้งให้เกิดความเชื่อมโยงของเครือข่ายสถาบันต่างๆ เพื่อนำไปสู่ระบบการสร้างองค์ความรู้ที่เป็นเอกภาพและมีประสิทธิภาพได้อย่างไร
- 3.10.3 กระบวนการเชื่อมโยงความรู้กับการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนโยบาย/แผน/กฎหมาย/มาตรฐานการปฏิบัติจะเป็นอย่างไร
- 3.11 การพัฒนาเทคโนโลยี
- 3.11.1 การพัฒนาระบบการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และระบบที่จะสนับสนุนการกระจายเทคโนโลยีสุขภาพ
- 3.11.2 การจัดทำมาตรฐานการบำบัดรักษาโรค และระบบการนำมาตรฐานไปใช้
- 3.11.3 ความเชื่อมโยงระหว่างการประเมินเทคโนโลยีกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และหลักประกันด้านสุขภาพ รวมทั้งกลไกการจ่ายเงิน
- 3.11.4 การสนับสนุนการวิจัยพัฒนาเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการพึ่งตนเองและพัฒนาอุตสาหกรรมด้านสุขภาพ โดยเฉพาะยา ชีววัตถุ และอุปกรณ์การแพทย์
- 3.11.5 กลไก/โครงสร้างองค์กรที่จำเป็น รวมทั้งแหล่งเงินสนับสนุน เช่น
- สถาบันประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ
 - สถาบันวิจัย/พัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพ
- 3.12 การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
- 3.12.1 การวางแผนกำลังคน (ประเภท/จำนวน/กระจาย)
- 3.12.2 การผลิต/นำเข้า/ส่งออก กำลังคน
- 3.12.3 การพัฒนากำลังคนระหว่างประจำการ
- บทบาทขององค์กรวิชาชีพ
 - การศึกษาต่อเนื่อง
 - ความเชื่อมโยงกับการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพและการ re-licensing
- } - เชื่อมโยงกับระบบบริการ (กระจายอำนาจ)
- เชื่อมโยงกับการค้าระหว่างประเทศ
- 3.12.4 การจัดทำ/ต่อรอง อัตราค่าบริการวิชาชีพ
- 3.12.5 ควรมีกลไก/องค์กรดูแลเรื่องการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพหรือไม่
- ภายใต้อาการสุขภาพแห่งชาติ
 - อีสระ
 - บทบาทขององค์กรวิชาชีพ
- 3.13 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
- 3.13.1 ระบบการเฝ้าระวังตรวจสอบการละเมิดสิทธิผู้บริโภค
- 3.13.2 ระบบการร้องทุกข์/ไต่สวนการละเมิดสิทธิผู้บริโภค
- 3.13.3 ระบบการชดเชยผู้เสียหาย
- 3.13.4 การสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้บริโภค และบทบาทขององค์กรวิชาชีพ/องค์กรรัฐ ทั้งส่วนกลางและท้องถิ่น
- 3.13.5 กลไก/โครงสร้างในเรื่องคุ้มครองผู้บริโภค
- < - กลไกเดิม - กองรศ./อย./องค์กรเอกชน
- กลไกใหม่ เช่น กลไกเรื่องการชดเชยผู้เสียหาย
- 3.14 บทบาทของปัจเจก/ครอบครัว/ชุมชนและองค์กรชุมชน
- 3.14.1 บทบาทในการดูแลและให้บริการสุขภาพ
- 3.14.2 บทบาทในการกำกับดูแลระบบ/สถานบริการสุขภาพ

- 3.14.3 บทบาทในการจัดการด้านการเงินการคลังของระบบบริการสุขภาพ
 - 3.15 ระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
 - 3.15.1 ระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่จะเอื้อต่อการพัฒนาระบบสุขภาพบนพื้นฐานของปัญญาในระยะยาว ควรจะเป็นอย่างไร
 - 3.15.2 ควรจะมีองค์กรที่ดูแลระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่คล่องตัวและเป็นอิสระ (เช่นเดียวกับ National Centre for Health Statistics ของสหรัฐอเมริกา) หรือไม่ ถ้ามีควรเป็นลักษณะใด
 - 3.16 สื่อสารมวลชนกับการปฏิรูประบบสุขภาพ
 - 3.16.1 สถานการณ์ของการใช้สื่อสารมวลชนเพื่อประโยชน์ต่อการสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพของตนเองตลอดจนการใช้สื่อสารมวลชนที่อาจเกิดผลลบต่อระบบสุขภาพ
 - 3.16.2 จุดแข็ง จุดอ่อนของสื่อสารมวลชนด้านสุขภาพ
 - 3.16.3 ควรจะมีการพัฒนาสื่อสารมวลชนอย่างไร เพื่อจะสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพของตนเอง
-

(ร่างที่ 2) ข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับต้น (P๓C)

นำเสนอโดย นพ.ปริดา แต่อารักษ์

บทสรุปนี้ได้จากการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย การสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นักวิชาการ และประชาชน ทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค รวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว และการทบทวนประสบการณ์การจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้นในประเทศพัฒนาแล้ว ได้แก่ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย สวีเดน และสหราชอาณาจักร ประเทศกำลังพัฒนา ได้แก่ มาเลเซีย สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ไต้หวัน

ผลการศึกษา สรุปดังนี้

1. จากการทบทวนสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่า ระบบบริการสุขภาพในอนาคต ควรพัฒนาบริการสุขภาพในระดับต้น (Primary Care) ให้มีความเข้มแข็งและครอบคลุมประชาชนมากขึ้น เพราะบริการสุขภาพระดับต้นสามารถให้บริการในลักษณะผสมผสานและองค์รวมได้ดีที่สุดซึ่งสอดคล้องกับปัญหาด้านสุขภาพในอนาคต เช่น โรคเรื้อรังและโรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ที่นับวันจะทวีความสำคัญมากขึ้น นอกจากนี้ ต้นทุนในการจัดสถานบริการสุขภาพระดับต้นไม่สูงมาก เมื่อเทียบกับการจัดบริการขั้นสูง การปฏิรูประบบสุขภาพควรจัดให้สถานบริการสุขภาพระดับต้นทำหน้าที่เป็นด่านแรกของการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ (Gate Keeper) โดยประชาชนต้องมาใช้บริการก่อนไปสู่สถานบริการในระดับที่สูงขึ้น

2. จากการสำรวจความคิดเห็น พบว่า การจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว ส่วนใหญ่เห็นว่าควรจัดให้คนไทยทุกคนมีผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว โดยเริ่มดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวในทันที

สำหรับหน่วยงานหรือองค์กร ที่ควรจะเป็นสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวในเขตชนบท คือ สถานีอนามัย รองลงมาเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน ส่วนในเขตเมือง คือ ศูนย์บริการสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีคลินิกแพทย์ และโรงพยาบาลชุมชนด้วย

ผู้ให้บริการเป็นแพทย์, พยาบาล, พนักงานอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุข

ควรให้ประชาชนมากขึ้นทะเบียนไว้กับสถานพยาบาลใกล้บ้าน แต่รัฐต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐานทัดเทียมกัน จัดระบบที่ทำให้ประชาชนสะดวกที่สุดรวมทั้งต้อง

พัฒนาคุณภาพบริการและศักยภาพผู้ให้บริการ จัดระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบประกันสุขภาพ ระบบการเงิน การกระจายอำนาจ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนควบคู่กันไป

3. จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิต่อระบบบริการสุขภาพระดับต้น พบดังนี้

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

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

3.2 ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

จะต้องทำงานเป็นทีมสุขภาพที่เป็นสหวิทยาการ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรสาขาอื่น ๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งควรเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการสุขภาพระดับต้น อาทิ อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัคร เป็นต้น

3.3 การขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกของสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการขึ้นทะเบียนกับสถานบริการสุขภาพระดับต้น ซึ่งอาจให้ประชาชนเลือกได้โดยอิสระ แต่ต้องเป็นสถานบริการที่มีระบบควบคุมและตรวจสอบคุณภาพได้ หรือรัฐอาจจัดสถานบริการให้ประชาชนขึ้นทะเบียนตามเขตพื้นที่ แต่ก็มีความเห็นบางส่วนที่ยังไม่ยอมให้มีการขึ้นทะเบียน ด้วยเหตุผลเรื่องการจำกัดสิทธิ์ของประชาชนและอาจทำให้เกิดการผูกขาด ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการ

3.4 การคุ้มครองสิทธิของประชาชนในการมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

- 1) ให้มีการกำหนดมาตรฐานการจัดบริการและใช้กลไกทางสังคมในการตรวจสอบด้วย
- 2) ปรับปรุงกลไกทางการเงิน เพื่อให้ประชาชนทุกระดับสามารถเข้าถึงบริการได้
- 3) การพัฒนากระบวนการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation)

ให้ความรู้กับให้ประชาชนเลือกขึ้นทะเบียนกับสถานบริการ จะกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการ

4) ออกกฎหมายที่จะคุ้มครองสิทธิความปลอดภัยของผู้รับบริการ จากสถานบริการที่ไม่มีกฎหมายรองรับ เช่น หมอพื้นบ้าน

5) สร้างเสริมให้ประชาชนตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ตนเอง และเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลและตรวจสอบสถานบริการ

3.5 ระบบการเชื่อมโยงและส่งต่อของสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

ระบบการเชื่อมโยงและส่งต่อของสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว มี 2 ลักษณะ โดยลักษณะแรกควรจัดในลักษณะที่เป็นเครือข่ายของสถานบริการที่หลากหลายทั้งของรัฐและเอกชน โดยให้มีการสร้างระบบสนับสนุนและระบบส่งต่อภายในเครือข่าย และระหว่างเครือข่ายในกรณีที่เป็น ส่วนลักษณะที่สอง เสนอให้มีการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการด้วยกระบวนการจัดสรรและสนับสนุนงบประมาณ ซึ่งมีลักษณะเป็น Contractor กับสถานบริการในระดับที่สูงกว่า

3.6 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดบริการของสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว มี 2 ลักษณะคือ ร่วมตรวจสอบและควบคุมคุณภาพในการให้บริการโดยใช้กลไกต่าง ๆ เช่น กลไกทางการเงิน และการเข้ามาร่วมจัดบริการ โดยประชาชนเป็นอาสาสมัครเข้ามาดูแลสุขภาพของคนในชุมชน พร้อมทั้งนี้ต้องให้สถานบริการสุขภาพระดับต้นรุกเข้าไปช่วยเหลือชุมชนด้วย แทนที่จะให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมกับรัฐฝ่ายเดียว

4. การสังเคราะห์ระบบบริการสุขภาพระดับต้นในประเทศพัฒนา และประเทศกำลังพัฒนา พบดังนี้

4.1 ในประเทศพัฒนาแล้ว (กรณีศึกษา 4 ประเทศ คือ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย สวีเดน และสหราชอาณาจักร) ภาคเอกชนเป็นผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้นในรูปแบบคลินิกแพทย์เวชปฏิบัติ โดยมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว เป็นผู้ให้บริการหลัก ซึ่งบริการจะเป็นการรักษาพยาบาลมากกว่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การควบคุมคุณภาพบริการสุขภาพระดับต้น ใช้กลไกทางการเงินและมาตรการอื่น ๆ เช่น การกำหนดมาตรฐานบริการ เป็นต้น มีการแยกผู้ซื้อบริการออกจากผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้นชัดเจน สถานบริการสุขภาพระดับต้นเป็นด่านแรกของการเข้าสู่บริการสุขภาพมีการขึ้นทะเบียน (ประเทศสหราชอาณาจักรและสหรัฐอเมริกา) และมีระบบส่งต่อเป็นกลไกในการเชื่อมโยงชัดเจน สำหรับระบบการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการ มีทั้งแบบร่วมจ่ายและจ่ายตามปริมาณบริการ

4.2 ในประเทศกำลังพัฒนา (กรณีศึกษา 4 ประเทศคือ มาเลเซีย สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ไต้หวัน) ภาครัฐเป็นผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้นในชุมชน เช่น สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข โดยมีทั้งแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและบุคลากรสุขภาพด้านอื่น ๆ เป็นผู้ให้บริการ ซึ่งบริการจะเน้นหนักการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมคุณภาพบริการสุขภาพระดับต้น ใช้กลไกทางการเงินและมาตรการอื่น ๆ เช่น การกำหนดมาตรฐานบริการ เป็นต้น ไม่มีการแยกผู้ซื้อบริการออกจากผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้น สถานบริการสุขภาพระดับต้น ไม่ได้มีบทบาทเป็นด่านแรกของการเข้าสู่บริการสุขภาพที่ชัดเจน ไม่มีการขึ้นทะเบียน และระบบส่งต่อยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร สำหรับระบบการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการ มีทั้งแบบรัฐสวัสดิการ การร่วมจ่ายและจ่ายเองตามปริมาณบริการในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

4.3 จุดเด่นที่น่าจะนำมาประยุกต์ใช้กับประเทศไทย มีดังนี้

- 1) ใช้คลินิกแพทย์ภาคเอกชนร่วมเป็นผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้น
- 2) ใช้กลไกทางการเงิน การกำหนดมาตรฐานบริการและองค์กรอิสระในการควบคุมคุณภาพบริการสุขภาพระดับต้น
- 3) มีการแยกผู้ซื้อบริการและผู้จัดบริการ ออกจากกันชัดเจน
- 4) มีการขึ้นทะเบียน (ประเทศสหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา)
- 5) ผู้ให้บริการหลักคือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
- 6) มีการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพของรัฐ เป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation)

ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทยและต่างประเทศ การสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นักวิชาการ และประชาชน การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ และการประชุมระดมสมอง 2 ครั้ง ได้นำมาซึ่งประเด็นและข้อเสนอเพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นในการปฏิรูประบบสุขภาพและข้อเสนอสารบัญญัติ ใน (ร่าง) พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

1. คำจำกัดความ ระบบบริการสุขภาพระดับต้น หมายถึง *ด่านแรก*ของระบบบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้าน ใกล้ชุมชน และใกล้ชีวิตประชาชน
2. ระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่พึงประสงค์

2.1 เป็นระบบที่จัดบริการในลักษณะบูรณาการ เบ็ดเสร็จ เป็นองค์รวม โดยคำนึงถึงมิติด้านจิตใจ สังคม และวัฒนธรรม และสอดคล้องกับระบบวิถีชีวิตของคนในชุมชน

2.2 มีคุณภาพ เป็นที่เชื่อมั่น ศรัทธา และยอมรับ โดยที่ประชาชนสามารถไปใช้บริการได้สะดวก มีเครือข่ายที่หลากหลาย ให้เลือกได้ ทั้งแผนปัจจุบันและระบบบริการทางเลือกอื่น ๆ รวมทั้งต้องมีระบบการเชื่อมโยงกับระบบการดูแลสุขภาพของตนเอง ชุมชน ระบบบริการขั้นสูง ระบบบริการฉุกเฉินและระบบบริการสังคมอื่น ๆ

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

3. หลักการทั่วไปที่จะสนับสนุนระบบบริการสุขภาพระดับต้น

3.1 การปรับแนวคิดเรื่องสุขภาพ

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

3.2 ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในระดับปัจเจก ครอบครัว และชุมชน โดยการสร้างองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และสร้างระบบเชื่อมต่อกับระบบบริการระดับต้น

4. เงื่อนไขที่จำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้น

4.1 การสร้างหลักประกันสุขภาพ 100%

เพื่อให้เกิดเอกภาพในเรื่องการเงินที่จะสร้างเงื่อนไขให้เอื้อต่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับต้น

4.2 กำหนดเงื่อนไขในระบบประกันสุขภาพ

4.2.1 หลักประกันสุขภาพทุกระบบต้องครอบคลุมบริการทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ต้องกำหนดให้ผู้มีสิทธิใช้บริการผ่านสถานบริการสุขภาพระดับต้นก่อน โดยมีข้อยกเว้นสำหรับกรณีฉุกเฉิน หรือกรณีเดินทางไปต่างพื้นที่ ทั้งนี้จะต้องมีการเลือกลงทะเบียน (Selective Registration) กับสถานบริการที่ใกล้บ้านหรือใกล้ที่ทำงาน ซึ่งจะทำให้ประชาชนได้รับบริการที่สะดวก ต่อเนื่อง มีข้อมูลครบถ้วน และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการ

4.2.2 กลไกการจ่ายเงินเพื่อบริการสุขภาพระดับต้นให้เป็นลักษณะเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมด หรือเหมาจ่ายรายหัวในบริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ แต่จ่ายตามรายบริการ (Fee for Service) สำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

4.2.3 กลไกและระบบการจ่ายเงิน จะต้องช่วยสร้างแรงจูงใจให้เกิดความนิยมบริการสุขภาพระดับต้น และเกิดการกระจายทรัพยากร และกำลังคนด้านสุขภาพอย่างเป็นธรรม เช่น อัตราการจ่ายที่ใกล้เคียงหรือดีกว่าบริการเฉพาะทาง หรืออัตราการจ่ายที่เพิ่มขึ้นในพื้นที่ห่างไกล/ทุรกันดาร รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งและประสิทธิภาพของระบบเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย

4.2.4 ให้มีระบบที่ผู้มีสิทธิมีส่วนร่วมจ่าย (Co-payment) สำหรับบริการรักษาพยาบาลตามความเหมาะสม เพื่อป้องกันมิให้เกิดการใช้บริการเกินความจำเป็น ทั้งนี้ให้ยกเว้นแก่ผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล

4.3 การพัฒนาทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับบริการสุขภาพระดับต้น

4.3.1 องค์ความรู้ ต้องมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นอย่างจริงจัง เพื่อนำไปสู่การปฏิรูบบนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่ถูกต้อง ทั้งนี้ควรเป็นภาระของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับองค์กรภาคีต่าง ๆ

4.3.2 กำลังคนด้านสุขภาพ

1) ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นจะต้องทำงานเป็นทีมสุขภาพที่เป็นสหวิทยาการ (Multidisciplinary Personnel) ซึ่งประกอบด้วย แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้ให้บริการหลัก บุคลากรสาขาอื่น เช่น นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัคร ร่วมเป็นทีมสุขภาพตามลักษณะของพื้นที่

2) ระบบการพัฒนากำลังคน

(2.1) หลักสูตรการเรียนการสอนทางการแพทย์และสาธารณสุขในทุกสถาบันการศึกษา ต้องเน้นการผลิตบุคลากรเพื่อบริการสุขภาพระดับต้น โดยให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม รวมทั้งการผสมผสานศาสตร์สาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ

(2.2) มีระบบการศึกษาต่อเนื่องของผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นที่ชัดเจน มีการรับรองคุณภาพมาตรฐาน

4.3.3 พัฒนาระบบบริหารจัดการยา/เวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ ให้สถานบริการสุขภาพระดับต้นมีบัญชียาที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และมีระบบการร่วมกันจัดหายาที่มีประสิทธิภาพ โดยอาจได้รับยาจากสถานบริการสุขภาพระดับต้น หรือแยกไปรับยาจากร้านขายยาที่ขึ้นทะเบียนไว้

4.3.4 สถานบริการ ต้องเป็นสถานบริการที่ใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับชุมชน และต้องกำหนดให้มีมาตรฐานสถานบริการที่เท่าเทียมกัน และมีระบบการรับรองคุณภาพมาตรฐานด้วย

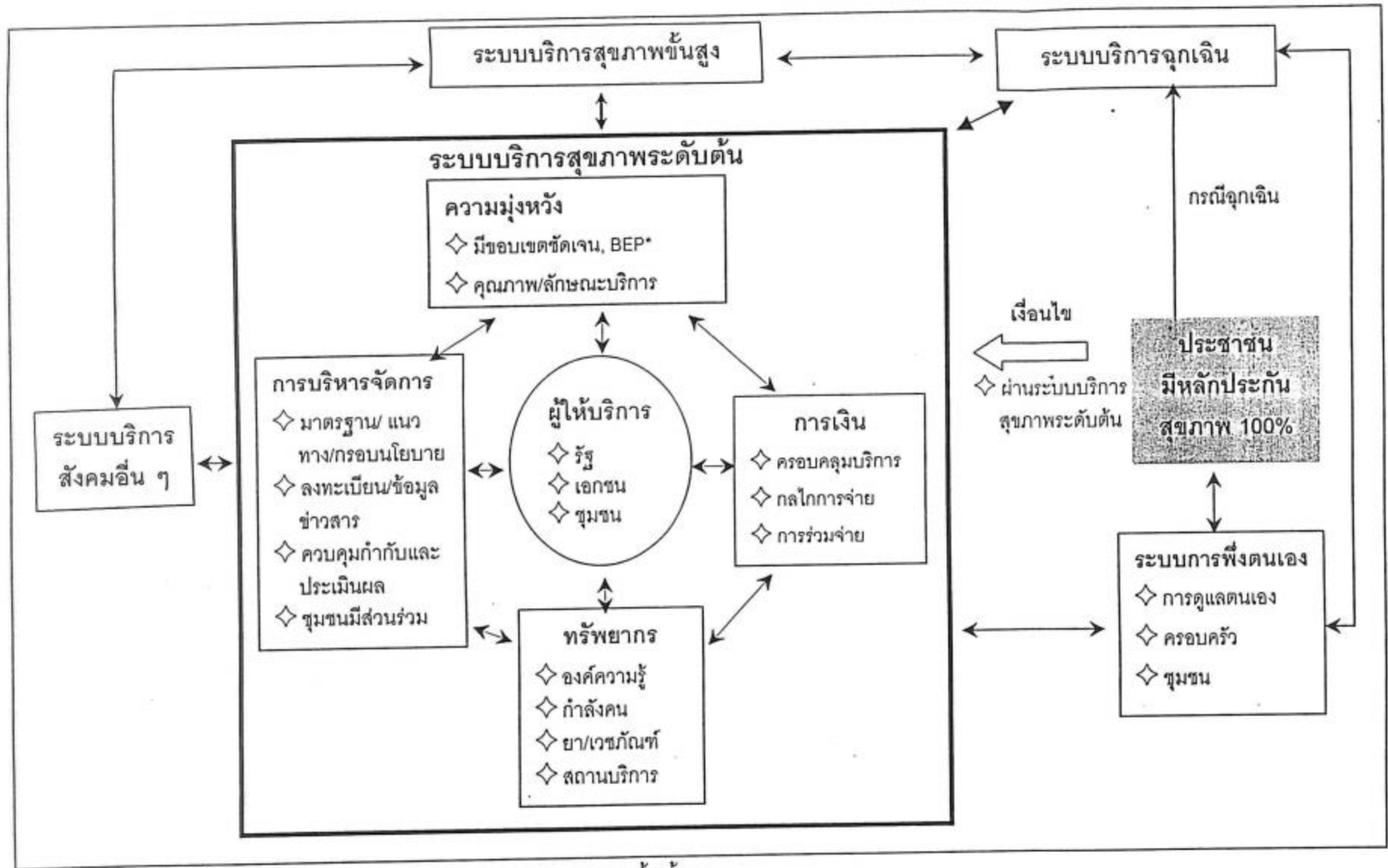
4.4 องค์การการจัดการ

4.4.1 มีองค์กร/กลไกระดับชาติ ซึ่งอาจเป็นส่วนหนึ่งของสภาสุขภาพแห่งชาติ เช่น คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้น ทำหน้าที่ในการกำหนดกรอบนโยบายและมาตรฐานระบบบริการสุขภาพระดับต้น เช่น การกำหนดเงื่อนไขในหลักประกันสุขภาพทุกรูปแบบ การจัดให้มีระบบการเลือกขึ้นทะเบียนกับผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น การจัดระบบเพิ่มประวัติสุขภาพของประชาชน การจัดการระบบส่งต่อ การพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลการจัดบริการสุขภาพระดับต้น

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

จากประเด็นและข้อเสนอเพื่อการพัฒนาบริการสุขภาพระดับต้นที่พึงประสงค์ของไทย สามารถสรุปเป็นแผนภูมิได้ดังนี้

แผนภูมิความเชื่อมโยงการจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้น



* BEP = Basic Essential Package : ชุดบริการขั้นพื้นฐาน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

เพื่อให้สามารถนำไปสู่การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่ชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับระบบวิถีชีวิตของสังคมไทย จึงควรทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ดังนี้

1. ทำการสำรวจและรับฟังความคิดเห็นประชาชนภาคีต่างๆ ต่อข้อเสนอการจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้น เพื่อให้มีการปรับปรุงข้อเสนอที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง
2. ศึกษาวิเคราะห์ความจำเป็นในการแก้ไขกฎหมาย กฎระเบียบต่างๆ ที่จะเอื้อต่อการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพระดับต้น เช่น พ.ร.บ.ประกันสังคม
3. ทำการวิจัยเพื่อพัฒนาชุดบริการขั้นพื้นฐานที่เหมาะสม ชัดเจนและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน
4. พัฒนารูปแบบและระบบข้อมูลที่เหมาะสมในการให้ประชาชนมาขึ้นทะเบียนกับสถานบริการสุขภาพระดับต้น
5. ศึกษาวิจัยและทดลองใช้กลไกทางการเงินเป็นเงื่อนไขในการจัดบริการสุขภาพระดับต้น อาทิเช่น การจัดสรรงบประมาณรูปแบบต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในบริการสุขภาพระดับต้น
6. ทำการวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้น โดยศึกษาเต็มพื้นที่ อาทิเช่น ระดับจังหวัด หรือระดับเขต
7. ศึกษาวิจัยหลักสูตรการเรียนการสอนทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในทุกสถาบันการศึกษา เพื่อให้ข้อเสนอในการปฏิรูปเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพระดับต้น รวมทั้งระบบการศึกษาต่อและการรับรองมาตรฐานผู้ให้บริการ
8. ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบมาตรฐานสถานพยาบาลระดับต้น รวมทั้งระบบการรับรองมาตรฐาน

(ร่างที่ 2) ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ”
ในการปฏิรูประบบสุขภาพ และ การร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

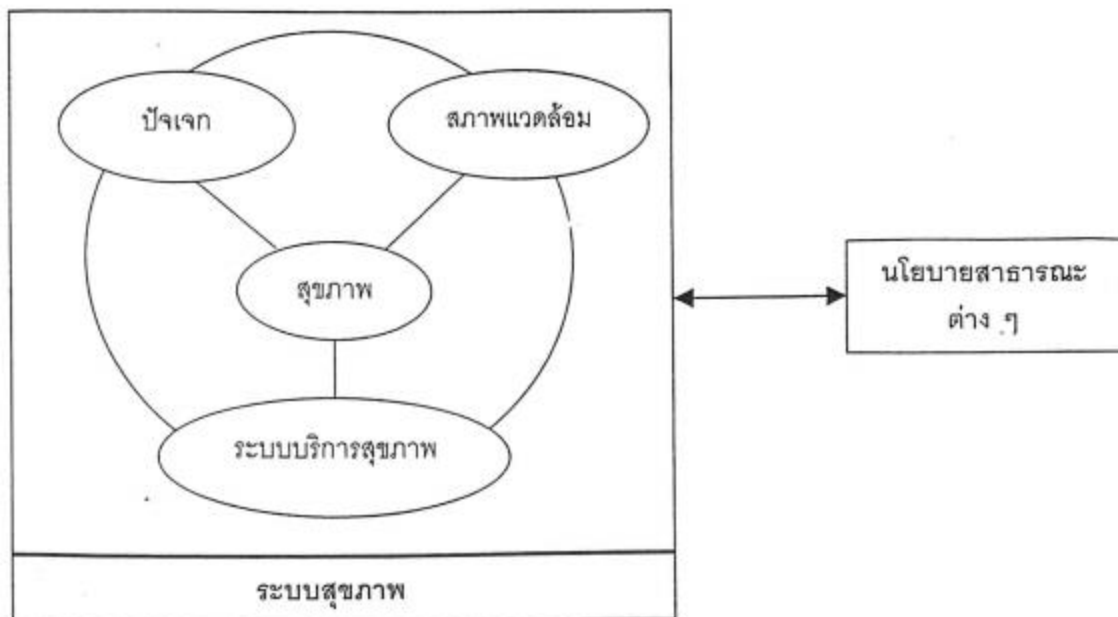
เสนอโดย นพ.ปัทพงษ์ เกษมนุรณ์

1. กรอบแนวคิด

สุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงพลวัตกับปัจจัยทั้งด้านปัจเจกบุคคล (กรรมพันธุ์ พฤติกรรม จิต-วิญญาณ) และสภาพแวดล้อม เช่น ทางเศรษฐกิจ สังคม กายภาพ ชีวภาพ รวมทั้งระบบบริการสุขภาพ การดำเนินกิจการต่าง ๆ ของรัฐ ซึ่งมีผลกระทบต่อปัจเจกบุคคลและสภาพแวดล้อม จึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม

ดังนั้น เป้าหมายการปฏิรูประบบสุขภาพที่จะมุ่งสร้างระบบที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจะประสบความสำเร็จได้ ส่วนสำคัญส่วนหนึ่งจึงอยู่ที่การตัดสินใจในการดำเนินกิจการต่างๆ ของรัฐ ซึ่งรวมเรียกกันว่า “นโยบายสาธารณะ” (ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดเรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ



2. นิยามศัพท์

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) หมายถึง นโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใยในเรื่องสุขภาพอย่างชัดเจนและพร้อมจะรับผิดชอบต่อผลกระทบด้านสุขภาพอันอาจเกิดจากนโยบายนั้น ๆ

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จึงเป็นนโยบายที่มุ่งสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ทำให้พลเมืองมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่สร้างเสริมสุขภาพ"

ตัวอย่างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เช่น การขึ้นภาษีบุหรี่เพื่อลดการสูบบุหรี่ การสร้างถนนสี่ช่องทางเพื่อลดอุบัติเหตุ การลดภาษีแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3. ขอบเขตของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (ภาพที่ 2)

อันที่จริงอาจกล่าวได้ว่า นโยบายสาธารณะทุกเรื่องล้วนมีผลต่อสุขภาพทั้งสิ้น แต่เพื่อให้ง่ายแก่การพิจารณาอาจจัดเป็นกลุ่ม ๆ ดังนี้

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

3.2 นโยบายด้านเศรษฐกิจ เช่น นโยบายเศรษฐกิจมหภาค นโยบายด้านภาษีอากร การพัฒนาอุตสาหกรรม เกษตรกรรม การค้า การคมนาคมขนส่ง เป็นต้น

3.3 นโยบายด้านอื่น ๆ เช่น นโยบายพัฒนาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี การพิทักษ์รักษาทรัพยากรธรรมชาติ การควบคุมมลภาวะ การพลังงาน การต่างประเทศ เป็นต้น

ภาพที่ 2 ขอบเขตนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

คน : คุณภาพ ศักยภาพ ผลิตภาพ สุขภาพ มนุษยภาพ
การเมือง การปกครอง และกฎหมาย
เศรษฐกิจ พาณิชย์ เกษตร อุตสาหกรรม และต่างประเทศ
การศึกษา สังคม วัฒนธรรม และศาสนา
สาธารณสุข
การจราจร และขนส่ง
วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม โทรคมนาคม พลังงาน และทรัพยากรมนุษย์
ระบบ : เสมอภาค เอกภาพ เสถียรภาพ (ดุลยภาพ) มีส่วนร่วม มุ่งพัฒนาให้ดีขึ้น

4. ประเภทและมาตรการของนโยบายสาธารณะ

นโยบายสาธารณะอาจมีได้ 2 กลุ่ม และ 4 มาตรการ ดังแสดงในตารางที่ 1
ตารางที่ 1 ประเภทและมาตรการของนโยบายสาธารณะ

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

ตัวอย่างของนโยบายเกี่ยวกับการจัดการทรัพยากร เช่น นโยบายงบประมาณ นโยบายภาษี นโยบายการอุดหนุน

ตัวอย่างของนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมกำกับ เช่น นโยบายการกระจายอำนาจ นโยบายการจัดตั้งองค์การมหาชน นโยบายปฏิรูประบบราชการ

นโยบายสาธารณะในเรื่องหนึ่ง ๆ นั้น อาจมีทั้งที่เกี่ยวกับการจัดการทรัพยากรและการควบคุมกำกับรวมกันอยู่ และอาจสามารถเลือกใช้มาตรการผสมกันทั้ง 4 มาตรการก็ได้

5. ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา "นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ" ในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ

5.1 การเคลื่อนไหวสังคม

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

การดำเนินการในส่วนนี้อาจทำได้โดยการใช้สื่อสาธารณะ รวมทั้งการจัดเวทีและการประชุมต่างๆ เช่น การประชุม "ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ", การประชุมประจำปี สวรส. ที่ศูนย์ประชุมไบเทค เป็นต้น โดยจะต้องจับประเด็นวิกฤตระบบสุขภาพที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยต่าง ๆ

ในโอกาสที่จะมีการเลือกตั้งครั้งใหญ่ ควรจะเคลื่อนไหวให้ประเด็นสุขภาพ และ "นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ" อยู่ใน "วาระแห่งชาติ" ที่จะเสนอให้พรรคการเมืองต่างๆ ประกาศก่อนการเลือกตั้งว่าเป็นนโยบายที่จะดำเนินการ (commitment) ก่อนการเลือกตั้ง และมีระบบการตรวจสอบผลที่เกิดขึ้นและแจ้งต่อสาธารณะด้วย

5.2 การจัดตั้งกลไกระดับชาติ

เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายและเกิดความยั่งยืนในการดำเนินการ ควรจะจัดตั้งกลไกระดับชาติในการดูแลเรื่องสุขภาพในภาพรวม กลไกนี้ควรจะเป็น องค์กรอิสระ ที่ทำงานเชิงรุกด้านนโยบาย โดยอาจเรียกว่า "สภาสุขภาพแห่งชาติ (National Health Council)" โดยมีภาระหน้าที่ ดังนี้

1. กำหนดนโยบาย จัดทำมาตรฐาน ตัวชี้วัด และติดตามกำกับดูแลการดำเนินการตามนโยบายและมาตรฐาน
2. กำหนด National Health Goals and Targets ที่ชัดเจนและเน้นความร่วมมือกับหน่วยงานทั้งภายในและนอกภาคสาธารณสุข (Intersectoral collaboration)
3. จัดทำรายงานหรือเอกสารวิชาการ Annual Health Reports เสนอต่อรัฐบาล รัฐสภา สาธารณะ ประชาชนทั่วไป วงการวิชาชีพแพทย์ และการสาธารณสุขและผู้ที่มีหน้าที่ กำหนดนโยบายทั้งในภาคสาธารณสุขและนอกภาคสาธารณสุข ดังเช่น "รายงานของ ลาลองเด" ที่เสนอต่อรัฐบาลแคนาดา
4. กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขต่างๆ ที่จะสนับสนุนให้เกิด "นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ"

กลไกระดับชาตินี้ จะเป็นผู้กำหนดให้มีและทำงานเชื่อมโยงกับองค์กรอิสระที่จะทำงานในส่วนที่เกี่ยวกับ “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” เช่น สถาบันพัฒนาการศึกษามลกระทบด้านสุขภาพ สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น

6. ข้อเสนอสารบัญญัติใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

6.1 กำหนดหลักการและแนวคิดที่ชัดเจน โดยเฉพาะในนิยามศัพท์ของคำว่า “สุขภาพ” เพื่อชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพกับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมต่าง ๆ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะ

6.2 กำหนดข้อความที่แสดงเจตนารมณ์อย่างชัดเจนในการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบโครงสร้างที่สนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

6.3 กำหนดหลักการให้เป็นหน้าที่ของรัฐและองค์กรทุกฝ่ายที่จะต้องร่วมกันสนับสนุนการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและมีหน้าที่ที่จะต้องรับผิดชอบต่อผลกระทบด้านสุขภาพจากการดำเนินกิจกรรมของตน

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

6.5 กำหนดสิทธิของประชาชนที่จะมีทางเลือกและเข้าถึงทางเลือกที่จะสร้างเสริมสุขภาพ และสิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและดำเนินการในเรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ รวมทั้งการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

6.6 กำหนดให้มีกลไกระดับชาติ เช่น สภาการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Council)

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

7. ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัย

7.1 วิจัยพัฒนาวิธีการและกระบวนการในการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับ 2 ประเด็น คือ

7.1.1 วิธีการศึกษาหรือระบุปัญหาสุขภาพ โดยมีทางเลือกต่าง ๆ เช่น ใช้ข้อมูลอุบัติการณ์หรือความชุกของโรค อัตราตาย ความสูญเสียรวม เช่น DALY, YPLL

7.1.2 วิธีการจัดลำดับความสำคัญ มีทางเลือกในการจัดลำดับความสำคัญแบบต่างๆ เช่น การกำหนดเกณฑ์บอกความรุนแรงของปัญหา การคาดการณ์แนวโน้มปัญหาในอนาคต ประสิทธิภาพ

ผลของวิธีแก้ปัญหามีอยู่ในปัจจุบันและอนาคต การจัดลำดับความสำคัญจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดสภาพ 10/90 (ปัญหาที่มีน้ำหนักร้อยละ 90 ได้ทรัพยากรร้อยละ 10)

7.2 วิจัยพัฒนาการสร้าง/สนับสนุนบทบาทของสาธารณะในการตัดสินใจนโยบายสาธารณะ และศึกษาผลกระทบ การมีส่วนร่วมของสาธารณะในการกำหนดนโยบายสาธารณะมีกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ และมีความสำคัญของความยั่งยืนของนโยบายสาธารณะนั้นๆ ดังนั้นจึงต้องเร่งพัฒนากลวิธี และกระบวนการที่จะพัฒนาศักยภาพและเอื้อต่อการมีส่วนร่วมของสาธารณะ

7.3 วิจัยพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเฉพาะเรื่อง เช่น เรื่องสื่อสารมวลชน การสร้างความเข้มแข็งทางสังคม การพัฒนาเศรษฐกิจแบบนิเวศ การพัฒนาเทคโนโลยี การกระจายรายได้ การแก้ปัญหาคความยากจน และการบังคับใช้กฎหมาย

7.4 วิจัยและพัฒนาเงื่อนไข ระบบ กลไก ในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพเพื่อนำไปสู่การสร้างระบบ/กลไกที่จะประกันว่า HIA มีการดำเนินการอย่างรอบด้าน โปร่งใส และมองผลระยะยาว ทั้งนี้ อาจศึกษาเทียบเคียงจากการประเมินผลกระทบด้านสภาพแวดล้อมด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. ปัตพงษ์ เกษสมบุรณ์. รายงานการศึกษาทบทวนความรู้เรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2543.
2. อนุพงศ์ สุจริยากุล. รายงานการศึกษาทบทวนความรู้เรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2543.

(ร่าง 2) ข้อเสนอเพื่อการสร้างความเข้มแข็ง ของระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ¹

พงศ์เทพ สุธีรัฐดี, สารี อ่องสมหวัง
นรินทร์ชัย พัฒนพงศ์, จงกลณี วิทย์รุ่งเรืองศรี

เอกสารร่างข้อเสนอนี้ ได้จากการศึกษาที่สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ สังเคราะห์ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาความเข้มแข็งกลไกของระบบและกลไกที่จะให้ผู้บริโภคได้รับค่าชดเชยอย่างรวดเร็วและเป็นธรรม รวมถึงสังเคราะห์ข้อเสนอสาระบัญญัติที่ควรกำหนดไว้ในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ โดยใช้วิธีการวิจัยเอกสาร Focus Group และประชุมระดมสมอง ในกลุ่มนักวิชาการ ผู้บริโภค ผู้ผลิต หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษาพบว่า

1. ปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการสร้างความเข้มแข็งของระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ได้แก่ กระแสโลกาภิวัตน์ กระแสการค้าเสรี กระแสเทคโนโลยี ทำให้เกิดวัฒนธรรมบริโภคนิยมที่มุ่งหวังจะแสวงหาการบริโภคเพื่อตอบสนองความพึงพอใจมากกว่าความจำเป็น ขาดสำนึกในเรื่องเศรษฐกิจพอเพียง รูปแบบเศรษฐกิจที่เปลี่ยนจากการผลิตเพื่อบริโภคเป็นการผลิตเพื่อขายและซื้อมาบริโภค ในด้านการเมือง-การปกครอง-สังคมไทย มีลักษณะความสัมพันธ์แบบผู้อุปถัมภ์-ผู้ได้รับการอุปถัมภ์ จึงมีผลต่อการจัดลำดับชั้นในสังคมมากขึ้น ทำให้ระบบการเมือง ระบบราชการ ระบบยุติธรรมและการรักษาความปลอดภัย ไม่เอื้อต่อการพัฒนาคนและสังคม พฤติกรรมของคนไทยอยู่ในระดับบุคคล (Individualism) ขาดการรวมกลุ่ม นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเรื่องโครงสร้างประชากรไทย ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสื่อสารมวลชนที่ไร้พรมแดน และด้านความจำกัดของการบริการทางการแพทย์ ในขณะเดียวกันกระแสการปฏิรูปสังคม การเมือง ระบบราชการ การศึกษาระบบสาธารณสุข ก็เป็นโอกาสที่สำคัญในการสร้างความเข้มแข็งในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

2. ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพยังมีปัญหาด้านคุณภาพและความปลอดภัย เช่น การผสมสารต้องห้ามในเครื่องสำอาง ความสะอาดและปัญหาการปนเปื้อนของเชื้อในอาหาร นอกจากนี้ ยังมีปัญหาในเรื่องการใช้และการจำหน่ายเช่น การจำหน่ายยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ ที่ผิดมาตรฐาน ผิดประเภท ผิดกฎหมาย การใช้ยาฟุ่มเฟือย การใช้ยาไม่สมเหตุผล โรงงานผลิตยาไม่ได้มาตรฐาน วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และยาเสพติดให้โทษมีการแพร่ระบาดในกลุ่มเยาวชน มีการนำไปใช้ในทางที่ผิด ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ และเป็นปัญหาสังคม

¹ ร่างนี้ได้ผ่านการระดมสมองมาแล้วหนึ่งครั้งเมื่อวันที่ 8 กันยายน 2543

² คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

³ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

⁴ คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

⁵ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ในด้านบริการสุขภาพ ขาดระบบการบริการสุขภาพที่ครอบคลุมประชาชนทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ขาดหลักประกันด้านสุขภาพ และประชาชนไม่มีโอกาสเลือกใช้บริการ และระบบการบริการสุขภาพขาดประสิทธิภาพ ลงทุนสูง ผลตอบแทนต่ำ ขาดระบบในการประกันคุณภาพและระบบตรวจสอบคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ ขาดระบบที่มีประสิทธิภาพในการตรวจสอบความผิดพลาดหรือการตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานบริการ ขาดความรับผิดชอบและการคำนึงถึงความเป็นธรรมกับผู้รับบริการ ไม่ให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมจากผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจต่อกระบวนการรักษาผู้ป่วยที่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมีสิทธิร่วมกันอย่างเท่าเทียม

ปัจจัยที่น่าจะสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาเหล่านี้คือ ความไม่สมดุลของโครงสร้างอำนาจในสังคม ภาครัฐมีอำนาจรัฐมาก ภาคธุรกิจมีอำนาจเงินสูง มีปัญหาข้อมูลมาก และเชื่อมกับอำนาจรัฐในขณะที่ภาคสังคมและประชาชนมีอำนาจรัฐ/อำนาจเงินและข้อมูลข่าวสารน้อย

ปัญหาเหล่านี้เกิดขึ้นจากเหตุต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น

2.1 ปัญหานโยบายและกฎหมาย พบว่า กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการให้ความคุ้มครองผู้บริโภคของไทยยังไม่รอบด้านทั้งด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ เน้นในเรื่องการขออนุญาตในการนำ-ส่งเข้าในประเทศ การขออนุญาตผลิต การขอขึ้นทะเบียน การควบคุมคุณภาพ/มาตรฐาน การขออนุญาตขายการควบคุมการโฆษณา การกำกับดูแลก่อนออกจำหน่ายในท้องตลาด การเฝ้าระวัง ติดตาม ตรวจสอบเมื่อผลิตภัณฑ์ออกสู่ท้องตลาดแล้ว แต่จะขาดมิติในเรื่องสิทธิของผู้บริโภคและระบบกลไกในการพิจารณาชดเชยค่าเสียหายแก่ผู้ได้รับอันตรายจากการบริโภคผลิตภัณฑ์หรือบริการสุขภาพ ช่องว่างของกฎหมายในปัจจุบันทำให้เป็นอุปสรรคในการใช้สิทธิของผู้บริโภคเช่น ภาระในการพิสูจน์ความผิด ซึ่งเป็นปัญหาและเป็นภาระที่สำคัญของผู้ป่วย ปัญหาใหญ่ก็คือ เจ้าหน้าที่ของรัฐไม่ปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด

2.2 ทิศทางการพัฒนาประเทศโดยนโยบายของรัฐ ทำให้ผู้บริโภคหมดความสามารถในการพึ่งตนเอง ต้องพึ่งพิงตลาดมากขึ้น และผู้บริโภคไม่มีข้อมูลที่แท้จริง ทำให้ถูกเอาเปรียบและได้รับความเสียหายจากการบริโภคได้ง่าย ระบบการตรวจสอบและระวังปัญหาไม่ได้รับความสนใจจากรัฐเท่าที่ควร ไม่มีการวางนโยบายที่ชัดเจน ไม่ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนพลังภาคประชาชน องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ ทำให้กระบวนการเหล่านี้อ่อนแอจนไม่สามารถสร้างพลังต่อรองในทางสังคมได้มาก

2.3 ปัญหาหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องกับงานคุ้มครองผู้บริโภคการคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทย โดยภาครัฐ ขาดการประสานงานที่ดีในระหว่างหน่วยงานรัฐด้วยกันเอง นโยบายการทำงานไม่ชัดเจนและต่อเนื่อง การแก้ปัญหานิยมมักทำตามกระแสมากกว่าการทำงานเชิงรุก บุคลากรยังยึดติดกับระบบการทำงานแบบเดิม(อนุรักษ์นิยม) ไม่มีมิติการทำงานที่สร้างสรรค์ ขาดการพัฒนา ขาดความเด็ดขาดในการตัดสินใจ กระบวนการแก้ไขปัญหายุ่งยากซับซ้อน ขาดการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งผู้บริโภคและองค์กรเอกชน นอกจากนี้ยังมีเรื่องผลประโยชน์ คอร์รัปชัน และการเมืองแทรกแซง

2.4 ปัญหาการโฆษณา กลยุทธ์การส่งเสริมการขายหรือการโฆษณามีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้บริโภค ข้อมูลที่ผู้บริโภคได้รับส่วนใหญ่เป็นข้อมูลของผู้ให้บริการ ส่วนน้อยที่จะได้รับจากองค์กรของรัฐหรือของเอกชน นอกจากนี้ ยังขาดความชัดเจนในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการอนุญาต การตรวจสอบโฆษณา และการดำเนินคดี มีโฆษณาแอบแฝง ใช้นักวิชาการเป็นเครื่องมือ สื่อมวลชนขาดความรู้ ให้ข้อมูลผิดพลาด

2.5 ปัญหาผู้บริโภค พฤติกรรมของผู้บริโภคถูกกำกับด้วยลัทธิบริโภคนิยม ขาดเสรีภาพในการเลือกซื้อสินค้าและบริการสุขภาพ สำนึกในการพึ่งตนเองของผู้บริโภคไทยอยู่ในระดับที่มีปัญหา มีลักษณะการพึ่งพิงมากเกินไป ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน นิยมแก้ปัญหาในระดับ

ปัจเจก ไม่ถนัดในการรวมกลุ่มเพื่อเป็นพลังในการต่อรองกับผู้ผลิต ไม่เชื่อมั่นเรื่องพลังผู้บริโภค ผู้บริโภคไทยยังมีข้อด้อยในเรื่องการใช้สิทธิและการทำหน้าที่ของผู้บริโภคที่ดี ความร่วมมือในลักษณะประชาสังคมเพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหาสำหรับผู้บริโภคยังมีไม่มากนัก โดยเฉพาะความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน

2.6 ผู้ประกอบการ บางส่วนขาดความรับผิดชอบและขาดจริยธรรม ขาดความรู้ทางวิชาการและเทคโนโลยีการผลิต การบริการ ทำให้ไม่สามารถพัฒนาตนเองให้เกิดการแข่งขันที่สร้างคุณประโยชน์ให้กับผู้บริโภค บทบาทของผู้ประกอบการในการควบคุมตนเอง ไม่พัฒนามากนักในสังคมไทย แต่มีการพัฒนาในลักษณะของกลุ่มต่อรองมากขึ้น การรวมกลุ่มของผู้ประกอบการไม่ใช่เพื่อประโยชน์ของผู้บริโภคแต่เป็นเพื่อผลประโยชน์ของกลุ่มตนเอง การส่งเสริมการขายค่านึงถึงกำไรมากกว่าผลกระทบต่อในทางสังคม

2.7 ปัญหาองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ จำนวนองค์กรที่มีคุณภาพมีน้อยเมื่อเทียบกับปริมาณองค์กรที่มีอยู่ องค์กรไม่เข้มแข็ง ไม่มั่นคง องค์กรมีขนาดเล็ก ขาดงบประมาณและทรัพยากร ศักยภาพของบุคลากรมีข้อจำกัด ขาดความต่อเนื่องในการทำงาน ขาดการพัฒนาองค์ความรู้ ทิศทางการขยายเครือข่ายความร่วมมือมีข้อจำกัด กิจกรรมขาดความชัดเจนขาดการตรวจสอบข้อมูลที่แท้จริง

2.8 ปัญหาผู้ประกอบการวิชาชีพ ผู้ประกอบการวิชาชีพบางส่วนไม่สามารถประกอบวิชาชีพตามมาตรฐานได้ ความสมดุลระหว่างธุรกิจกับการประกอบวิชาชีพมีการเปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบต่อจริยธรรมและความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติวิชาชีพ ขณะที่นักวิชาการส่วนใหญ่ยังอยู่ในกรอบระเบียบของราชการ ทำให้จุดยืนในการออกมาเปิดเผยข้อมูลเพื่อพิทักษ์ผู้บริโภคทำได้อย่างจำกัด ขาดระบบและขั้นตอนการให้บริการวิชาการ การเข้าถึงข้อมูลสำหรับผู้บริโภคไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังขาดแคลนการสร้างองค์ความรู้ที่จำเป็น เช่น งานวิจัยงานทดสอบผลิตภัณฑ์

2.9 สื่อมวลชน ทำให้เกิดทั้ง Over Information, Under Information และ Disinformation แก่ผู้บริโภค ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ สื่อมวลชนขาดความเข้าใจ มีความรู้ที่จำกัดในประเด็นการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและในเรื่องข้อมูลทางสุขภาพ และยังมีอิสระในการทำงานมีน้อยเพราะยังต้องพึ่งพิงภาคธุรกิจอยู่

3. แนวทางการพัฒนาความเข้มแข็งกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

3.1 การปรับวิถีทางสังคม จะต้องสร้างและปรับแนวความคิดในเรื่องสิทธิผู้บริโภค ให้ทุกฝ่ายต้องตระหนักถึงสิทธิของผู้บริโภคและผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิทธิที่ไม่ควรจะถูกละเมิด พร้อมทั้งให้ความสำคัญกับการสนับสนุนพลังภาคประชาชน ประชาสังคม องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ โดยใช้กลวิธีการปฏิรูปนโยบายและกลยุทธ์ขององค์กรทั้งภาครัฐและธุรกิจเอกชน การเผยแพร่แนวคิดสู่สังคมโดยกระบวนการที่ต่อเนื่องผ่านสื่อประเภทต่างๆ การใช้กระบวนการศึกษาวิจัยแบบมีส่วนร่วม การบรรจุในหลักสูตรการศึกษาและกิจกรรมเสริมหลักสูตรในระดับต่างๆ ตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาจนถึงระดับมหาวิทยาลัย การใช้กิจกรรมแบบการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม โดยสังคมที่มีวิถีที่ถูกต้องจะมีความเข้มแข็งทางปัญญา และสนับสนุนกลไกทางสังคมที่จะคุ้มครองผู้บริโภค

3.2 การพัฒนาความเข้มแข็งของกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

3.2.1 องค์กร/กลไกที่ดำเนินการโดยรัฐ

องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพจะต้องมีการพัฒนาและปรับปรุง โดยอาจจะเป็น 3 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1

คงรูปแบบปัจจุบัน (คณะกรรมการอาหารและยาและกองประกอบโรคศิลปะ ร่วมกับคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และองค์กรอื่นๆ) โดยปรับบทบาทไปเน้นที่การเฝ้าระวัง การให้ความรู้แก่ประชาชน การรับเรื่องราวร้องทุกข์ และการสนับสนุนการทำงานขององค์กรเอกชน

รูปแบบที่ 2

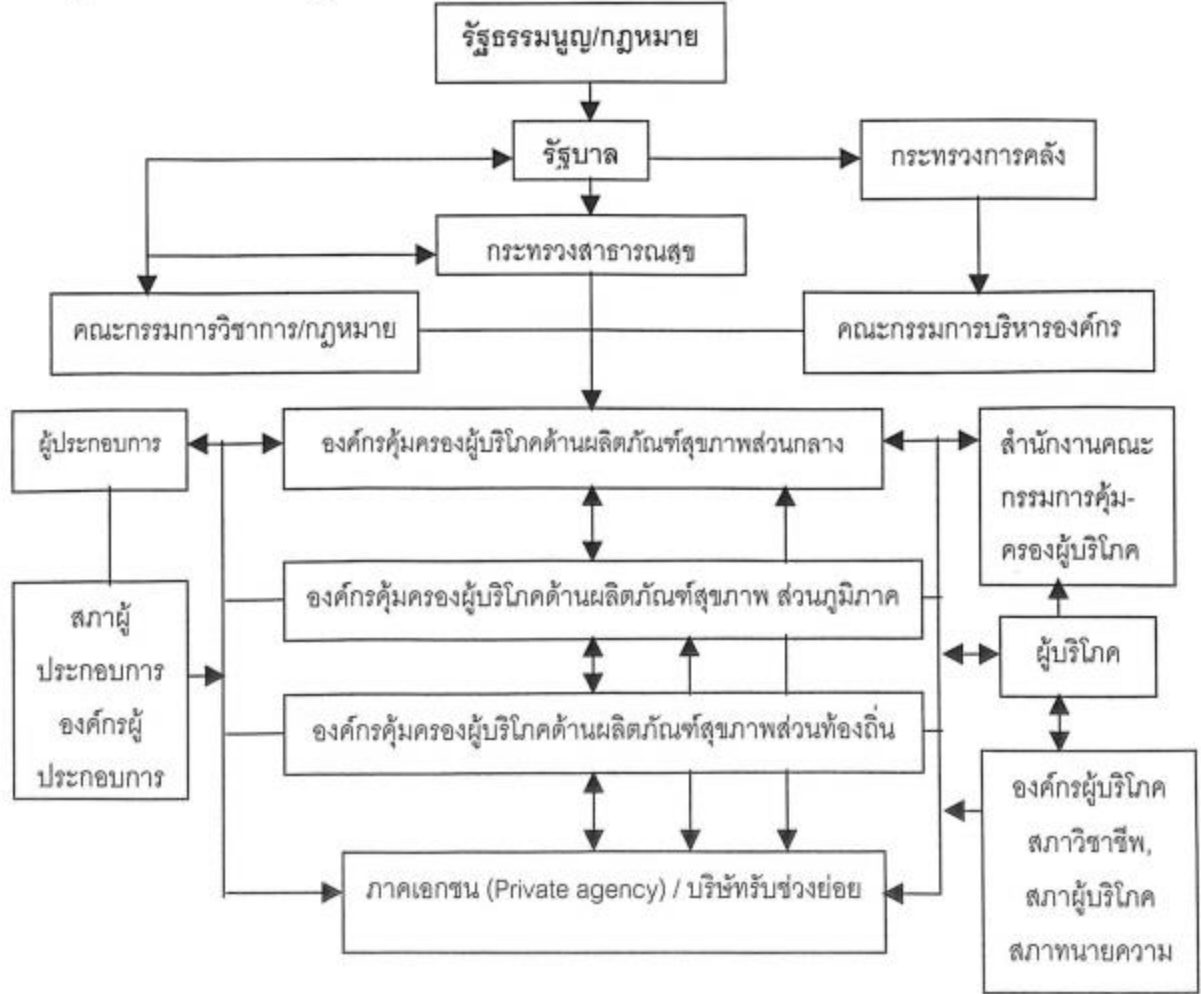
ปรับองค์กรของรัฐที่ทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพให้เป็นองค์กรมหาชน มีคณะกรรมการบริหารที่มีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายและเน้นการทำงานแบบรูปแบบที่ 1

รูปแบบที่ 3

แบบผสมระหว่างรูปแบบที่ 1 และ 2 โดยจัดการกิจที่ไม่สามารถให้องค์กรมหาชนดำเนินการได้ เช่น การดำเนินการตามกฎหมาย ให้เป็นองค์กรราชการปกติ และส่วนอื่นให้เป็นองค์กรมหาชน

ในกรณีที่เป็นองค์กรมหาชน ผู้วิจัยได้เสนอแนวทางเพิ่มเติมในการสร้างและปรับระบบโครงสร้างขององค์กรที่เกี่ยวข้องในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค โดยจำแนกเป็น 2 ระบบคือ ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ

โดยองค์กรในระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จะมีรูปเป็นองค์กรอิสระที่ดำเนินงานภายใต้การกำกับของรัฐ ซึ่งเป็นกลไกประสานการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ที่มีความร่วมมือกันทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภค ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น ภายใต้นโยบายการกระจายอำนาจและการมีส่วนร่วมของประชาสังคม โดยมีโครงสร้างขององค์กรคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นไปดังแผนภูมิ ต่อไปนี้



จากแผนภูมิ รัฐบาลเป็นผู้กำหนดนโยบายและกำหนดโครงสร้าง การบริหารจัดการ ขอบเขต หน้าที่ ขององค์กรโดยเป็นองค์กรภายใต้การกำกับของรัฐ ภายใต้การดูแลของ 2 กระทรวงหลัก คือ กระทรวง สาธารณสุข ดูแลในเรื่องนโยบาย แผนงาน และสายงานนิเทศ และกระทรวงการคลังดูแลในเรื่องของงบประมาณโดยจัดสรรงบประมาณเป็นก้อน และให้อิสระกับองค์กรฯในการบริหารจัดการงบประมาณ โดยมีคณะกรรมการที่สำคัญสูงสุด 2 คณะคือ คณะกรรมการบริหารองค์กรฯ และ คณะกรรมการวิชาการ/กฎหมาย

คณะกรรมการบริหารองค์กรฯ ประกอบด้วย ตัวแทนจากภาครัฐ เช่น กระทรวงสาธารณสุข และ/หรือกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงการคลัง ตัวแทนจากผู้ประกอบการเช่น สภาหรือชมรมผู้ประกอบการ ตัวแทนจากผู้บริโภคเช่นจากองค์กรเอกชน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นต้น คณะกรรมการฯจะทำหน้าที่กำกับ ดูแล เชิงนโยบาย ให้แก่ทีมบริหารขององค์กรฯ

คณะกรรมการวิชาการ/กฎหมาย จะประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในสาขา ต่างๆ รวมทั้งผู้แทนจากสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง นักกฎหมาย นักสื่อสารมวลชน เป็นต้น คณะกรรมการฯจะทำ หน้าที่ทางด้านวิชาการในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ

โครงสร้างการดำเนินงานขององค์กรคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ แบ่งและกระจาย อำนาจเป็น 3 ส่วนคือ องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น โดยองค์กรส่วนกลางทำหน้าที่กำหนดนโยบายระดับประเทศ ออกกฎหมาย กฎระเบียบ วิธีการดำเนินการ ต่างๆ คุณภาพมาตรฐาน ดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ซับซ้อนมีผลกระทบในระดับกว้าง บทบาทหน้าที่ขององค์กร ทั้งในส่วนภูมิภาค และท้องถิ่น จะครอบคลุมในเรื่องการอนุญาตผลิต/นำเข้าในระดับภาคและท้องถิ่น ออกกฎ ระเบียบปฏิบัติต่างๆ ให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงานในท้องถิ่น เฝ้าระวังระดับท้องถิ่น กำหนดคุณภาพมาตรฐาน ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่จำหน่ายในระดับท้องถิ่น/ดำเนินมาตรการตามกฎหมาย/ดำเนินคดี/ปรับ กำหนดวิธีการ ดำเนินการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพ จัดจ้างสถาบัน/บริษัทรับช่วงย่อยภาคเอกชน รับช่วงต่อในการดูแลผลิต ภัณฑ์สุขภาพระดับท้องถิ่น ดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เพิ่งพ้นการดูแลขององค์กรดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับ ประเทศ ตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ที่มีความยุ่งยากซับซ้อนแต่ไม่ต้องการเทคโนโลยีสูงมาก หรือใช้เครื่องมือที่ แพงมาก ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับมาตรฐานการผลิต/เฝ้าระวังคุณภาพความปลอดภัย กำกับดูแลการทำงานของ สถาบัน/บริษัทรับช่วงย่อยภาคเอกชน กำหนดกลไกที่จะให้ผู้บริโภคได้รับประโยชน์จากการบริโภคผลิตภัณฑ์ที่ มีคุณภาพและเรียกร้อยค่าชดเชยอย่างรวดเร็วเป็นธรรม หากได้รับผลร้ายจากการบริโภคผลิตภัณฑ์หรือบริการ สุขภาพ

ในส่วนของระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพกำหนดให้มีคณะกรรมการอิสระใน การคุ้มครองสิทธิประชาชนด้านบริการสุขภาพ ทำงานสัมพันธ์กับคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติและสำนัก งานปฏิรูประบบสุขภาพ มีบทบาทหน้าที่รับร้องทุกข์บริการด้านสุขภาพให้คำแนะนำ/คลี่คลาย/ไกล่เกลี่ย/สืบสวน ชันต้น/เจรจาประนีประนอมระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพกับผู้บริโภค เพื่อให้มีการชดเชยในกรณีที่มีการได้รับบาดเจ็บ หรือความทุกข์เกิดขึ้น ดำเนินการร้องทุกข์ด้วยตนเองในกรณีที่เป็นปัญหาสำคัญและความปลอดภัยของส่วน ร่วม (ร้องทุกข์เชิงรุก) สร้างความเข้มแข็งให้กับผู้บริโภค โดยการเผยแพร่ข้อมูลพื้นฐานและความรู้ด้านสุขภาพ เบื้องต้นให้หน่วยงานของรัฐ เจ้าหน้าที่หรือบุคคลอื่นใด มีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริง หรือให้ความเห็นในการปฏิบัติงาน ในกรณีที่เกี่ยวข้อง เป็นทนายความให้กับผู้บริโภค โดยการเป็นตัวแทนผู้บริโภคต่อศาลทางวินัย และทำรายงานประจำปีเรื่องการละเมิดสิทธิผู้ป่วยให้กับสาธารณสุขชนได้รับทราบ

3.2.2 องค์กรและกลไกภาคเอกชน

รัฐจะต้องสนับสนุนส่งเสริมการดำเนินการขององค์กรผู้บริโภคที่สามารถพิทักษ์สิทธิและเรียกร้องป้องกันสิทธิของผู้บริโภคได้ รวมถึงมีอำนาจในการกระจายข่าวในกรณีที่พบผลิตภัณฑ์ ตลอดจนมีอำนาจ

รัฐจะต้องสนับสนุนส่งเสริมการดำเนินการขององค์กรผู้บริโภคที่สามารถพิทักษ์สิทธิและเรียกร้องป้องกันสิทธิของผู้บริโภคได้ รวมถึงมีอำนาจในการกระจายข่าวในกรณีที่พบผลิตภัณฑ์ ตลอดจนมีอำนาจในการเรียกร้องค่าเสียหาย เป็นตัวแทนของผู้บริโภคได้เช่น มีสภาผู้บริโภค สภาวิชาชีพ หรือ สมัชชาต่างๆ ที่ดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค มีศูนย์ประสานงานในการเฝ้าระวังและติดตามการใช้ผลิตภัณฑ์ ในแต่ละเครือข่ายในส่วนภูมิภาค

นอกจากนี้ จะต้องสร้างเครือข่ายองค์กรทางสังคมที่มีมิติที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นรูปธรรม พัฒนาระบบการทำงานให้เข้มแข็ง มีการแลกเปลี่ยนข่าวสาร การปรับกลยุทธ์การทำงาน การมองปัญหาอย่างเป็นภาพรวมและแก้ไขไปพร้อมๆ กัน ไม่ใช่ทำเพียงจุดใดจุดหนึ่ง และมีทิศทางการพัฒนาวิธิตำเนียงงานขององค์กร ดังนี้คือ การให้การบริโภคศึกษา เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันและการให้ข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นในการตัดสินใจเลือกบริโภค พัฒนากลไกการร้องทุกข์ให้มีประสิทธิภาพ โดยการปรับปรุงประสิทธิภาพในการให้ความช่วยเหลือจากกลไกปกติที่มีอยู่ ใช้ระบบสื่อมวลชนที่มีอิทธิพลต่อการเข้าไปตรวจสอบข้อเท็จจริง กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนให้เกิดระบบตรวจสอบและการมีส่วนร่วมในการควบคุมคุณภาพการให้บริการในสถานบริการทุกระดับจากชุมชนและองค์กรที่เกี่ยวข้อง

4. ข้อเสนอสาระบัญญัติที่ควรกำหนดไว้ในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ควรมีสาระสำคัญในเรื่องต่อไปนี้

4.1 สิทธิของผู้บริโภค กำหนดให้สอดคล้องกับสากลและคำประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วยขององค์การวิชาชีพด้านสุขภาพในประเทศไทย โดยมีสาระสำคัญคือ

1) สิทธิในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสม มีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันที ตามความจำเป็นแต่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่ บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิตซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

2) สิทธิที่จะไม่ถูกกีดกันจากความแตกต่างในด้านต่างๆ ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย

3) สิทธิที่จะได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ ทั้งในเรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพและการบริการสุขภาพ

4) สิทธิที่จะเลือกแพทย์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ๆ ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

5) สิทธิที่จะเลือกสถานบริการ ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้

6) สิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอและเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น

7) สิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล

8) สิทธิที่จะได้รับการเคารพ การปกปิดความลับ ยอมรับในศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัว ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อ

มูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่นผู้ป่วย มีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอย่างเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับคำยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

9) สิทธิที่จะร้องเรียน

10) สิทธิที่จะได้รับการชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น

4.2 กำหนดให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนที่ให้บริการทางสุขภาพ มีมาตรการที่ชัดเจนในเรื่องการคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค ตามข้อ 4.1

4.3 กำหนดให้มีกระบวนการของประชาสังคม องค์การอิสระ องค์การพัฒนาเอกชนที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องสุขภาพ ให้มีส่วนร่วมในการกำหนดกฎเกณฑ์ ระเบียบปฏิบัติที่มีผลกระทบต่อผู้บริโภคทั้งทางตรงและทางอ้อม

4.4 กำหนดให้มีองค์การอิสระหรือองค์การอิสระ ซึ่งอาจเรียกว่า คณะกรรมการองค์การผู้แทนผู้บริโภคด้านสุขภาพ ขึ้นมา มีหน้าที่หลักในการสนับสนุนให้เกิดองค์การเอกชน (NGOs) หรือเครือข่ายขององค์การเอกชนเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคในด้านต่างๆ ขึ้น โดยคณะกรรมการต้องจัดงบประมาณและระบบจูงใจต่างๆให้ โดยให้องค์การเอกชนเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคเหล่านั้นมีอำนาจหลักในการให้ข้อมูลข่าวสารทั้งด้านคุณและโทษกับสาธารณะได้ โดยกฎหมายให้ความคุ้มครอง

องค์การอิสระกลางนี้ จะมีบทบาทในลักษณะหนุนกับเชื่อม ทำหน้าที่เป็นสื่อระหว่างภาครัฐกับองค์การเอกชนที่เป็นสมาคมในเรื่องต่างๆที่เกี่ยวกับผู้บริโภค วิธีคัดเลือกตัวแทนของคณะกรรมการกลางให้ออกเป็นกฎกระทรวง โดยให้มีผู้แทนที่หลากหลาย

นอกจากนี้ คณะกรรมการองค์การผู้แทนผู้บริโภคด้านสุขภาพ ยังต้องทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้บริโภคในการร้องเรียน การเรียกร้องค่าเสียหาย และ ให้ผู้บริโภคได้รับค่าชดเชยอย่างรวดเร็วและเป็นธรรม

4.5 กำหนดให้มีกลไกการจัดการกรณีเกิดการละเมิดสิทธิผู้บริโภคด้านสุขภาพ และผู้บริโภคได้รับค่าชดเชยอย่างรวดเร็วและเป็นธรรม โดยอาศัยกลไก

- กลไกหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง ที่สำคัญ ได้แก่ กองประกอบโรคศิลปะ ซึ่งรับผิดชอบ กำกับดูแลสถานบริการทั้งหมด หรือกองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานฯในส่วนที่รับผิดชอบการประกันตามกฎหมายประกันสังคม หรือ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักนายกรัฐมนตรี ในกรณีร้องเรียนเพื่อชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น เป็นต้น

- กลไกองค์กรวิชาชีพ เช่น แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา ฯลฯ

- องค์การอิสระ หรือองค์การอิสระ ซึ่งอาจเรียกว่าคณะกรรมการองค์การผู้แทนผู้บริโภคด้านสุขภาพ

- กลไกจากองค์กรพัฒนาเอกชน เช่น ศูนย์พิทักษ์สิทธิผู้บริโภค มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น

4.6 กำหนดให้ พ.ร.บ.ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น พ.ร.บ.ยา พ.ร.บ.อาหาร ฯลฯ กำหนดให้มีระบบการร้องเรียน ระบบการเรียกร้องค่าเสียหาย และ ให้ผู้บริโภคได้รับค่าชดเชยอย่างรวดเร็วและเป็นธรรม โดยไม่ต้องรอการไต่สวนหาผู้รับผิดชอบใน พ.ร.บ.แต่ละฉบับ โดย พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติจะเป็นแกนหลักในการบัญญัติเรื่องของสิทธิผู้บริโภค และหน้าที่ของผู้ผลิตผู้จำหน่ายผู้ให้บริการให้สมบูรณ์ โดยระบุให้ชัดเจนว่าหากกฎหมายใดก็ตามที่มาตรฐานทางสิทธิต่ำกว่า พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติให้นำเอาสิทธิผู้บริโภคที่

ได้บัญญัติไว้ไปใส่ในกฎหมายนั้นๆโดยอัตโนมัติ แต่หากกฎหมายใดมีสิทธิที่มีมาตรฐานสูงกว่าก็ให้ใช้สิทธิตามกฎหมายนั้นๆ ได้

4.7 กำหนดให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนที่ให้บริการทางสุขภาพ มีระบบการประกันคุณภาพที่มีมาตรฐาน และมีระบบตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพหรือการมีส่วนร่วมจากภาคีที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบการตรวจสอบตนเองของกลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพ การมีตัวแทนผู้บริโภคเข้าไปมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและพัฒนาระบบ

(ร่าง 2) ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา
ระบบการแพทย์ทางเลือกในระบบสุขภาพไทย¹

ยงศักดิ์ ตันติปิฎก, บัณฑิต กสิกรรม,
รุจิณาท อรรถสิษฐ์, โอบาส เซษฐากุล

เอกสารร่างข้อเสนอนี้ ได้จากการศึกษาที่สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์รวมทั้งทางเลือกจากการทำงานของระบบการแพทย์ทางเลือก (Alternative medicine) ในประเทศไทย ทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศที่เกี่ยวกับการพัฒนาบทบาทของระบบการแพทย์ทางเลือกในระบบสุขภาพ และสังเคราะห์แนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาระบบการแพทย์ทางเลือกให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพไทย รวมถึงสังเคราะห์ข้อเสนอสาระบัญญัติที่ควรกำหนดไว้ในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ โดยใช้วิธีการวิจัยเอกสาร Focus Group และประชุมระดมสมอง ในกลุ่มนักวิชาการ ผู้บริโภค ผู้ผลิต หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษาโดยสรุป ดังนี้

1. การผสมผสานระบบการแพทย์แบบต่าง ๆ ภายใต้ระบบสุขภาพของประเทศไทย

1.1 แนวคิดการผสมผสาน (ภาพ 1)

- 1.1.1 การมองปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นด้วยท่าทีที่มุ่งสร้างความเข้าใจ จะทำให้มองเห็นความจริงว่า
- (1) มีความหลากหลายของระบบการแพทย์ในสังคม ซึ่งหากรู้จักเลือกรับ ปรับใช้ จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของประชาชน
 - (2) มีทรัพยากรทางสาธารณสุขอย่างอุดมในระบบการแพทย์ทางเลือก ซึ่งควรเสริมสร้าง
 - (3) การเคลื่อนไหวของภาคประชาชนแสดงถึงศักยภาพและความต้องการที่จะพึ่งตนเองด้านสุขภาพ
- 1.1.2 ความสอดคล้องระหว่างศาสตร์สุขภาพทางเลือกกับสุขภาพองค์รวม จะมีส่วนทำให้สามารถพัฒนาศาสตร์สุขภาพทางเลือกเพื่อเป้าหมายสุขภาพดี ทั้งด้านกาย จิต จิตวิญญาณ และสังคมได้ครบถ้วน ทั้งนี้เพราะ
- (1) ศาสตร์สุขภาพทางเลือกมีหลักการและวิธีการที่เป็นองค์รวมศาสตร์สุขภาพทางเลือกมองร่างกายในลักษณะที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกัน
 - (2) ศาสตร์สุขภาพทางเลือกมองสุขภาพดีที่เกิดจากภาวะสมดุล
 - (3) ศาสตร์สุขภาพทางเลือกเน้นการใช้วิธีการแบบธรรมชาติ

¹ ร่างนี้ได้ผ่านการระดมสมองมาแล้วหนึ่งครั้งเมื่อวันที่ 11 กันยายน 2543

(4) ศาสตร์สุขภาพทางเลือกสามารถเสริมซึ่งกันและกันเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพได้

1.1.3 ด้วยการจัดการที่เหมาะสม จะสามารถทำให้ระบบการแพทย์ทางเลือกดำรงอยู่ในสังคมไทยในลักษณะที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศในลักษณะการพึ่งตนเอง และเอื้อต่อการพัฒนาศาสตร์การแพทย์ทางเลือกเองด้วย

การที่จะสามารถจัดการได้ดังกล่าว จำเป็นต้องเข้าใจว่า ลักษณะการดำรงอยู่ของระบบการแพทย์ทางเลือกในสังคมไทย มีได้ใน 3 แบบใหญ่ๆ ดังนี้

(1) ดำรงอยู่ร่วมกันกับการแพทย์กระแสหลักภายใต้ระบบการให้บริการเดียวกัน

(1.1) ดำรงอยู่ในลักษณะถูกผนวกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่ง

(1.2) ดำรงอยู่ในลักษณะเคียงบ่าเคียงไหล่

(2) ดำรงอยู่โดยแยกเป็นระบบการให้บริการที่เป็นอิสระต่อกัน

(3) ใช้ทั้ง 2 แบบร่วมกัน

1.2 ยุทธศาสตร์ในการพัฒนา

1.2.1 ยึดเป้าหมายของการพัฒนาและการผสมผสานระบบการแพทย์ที่มีความหลากหลาย ให้นำไปสู่ "สุขภาพองค์รวม" โดยอาศัยการขับเคลื่อนของประชาคมสุขภาพทางเลือกในการสร้างกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม

1.2.2 พัฒนาระบบการแพทย์ทางเลือกบนพื้นฐานที่เป็นระบบการให้บริการที่เป็นอิสระจากระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อสร้างความเข้มแข็งของศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่มีบริบทที่ต่างจากการแพทย์แผนปัจจุบัน พร้อมๆกับการเลือกศาสตร์การแพทย์ทางเลือกบางส่วนผนวกเข้าไปในระบบบริการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน

1.2.3 เสริมศักยภาพของผู้บริโภคให้รู้จักการเลือกผสมผสานการใช้บริการที่มีอย่างหลากหลายเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

1.3 องค์การบริหารเพื่อผสมผสานศาสตร์การแพทย์ทางเลือก

1.3.1 จัดตั้ง "สภาการสุขภาพแห่งชาติ" (ภาพ 2) ขึ้น เพื่อกำหนดนโยบาย ทิศทาง ให้การสนับสนุนทรัพยากร และประเมินผล ใ้ในงานปฏิรูประบบสุขภาพ และกำหนดให้มี "คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือก" อยู่ภายใต้สภาการสุขภาพแห่งชาติดังกล่าว

1.3.2 จัดตั้ง "สถาบันสุขภาพทางเลือก" เพื่อเป้าหมายสุขภาพแบบองค์รวม โดยมีภาระหน้าที่ ดังนี้

(1) เป็นศูนย์กลางข้อมูลข่าวสารองค์ความรู้ และแหล่งทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง สำหรับการศึกษาค้นคว้า และเผยแพร่ ตลอดจนทำหน้าที่เป็น Clearing House ในด้านศาสตร์สุขภาพทางเลือกด้วย

- (2) เป็นหน่วยงานสนับสนุนการวิจัยในองค์ความรู้ รูปแบบ และกระบวนการใช้ประโยชน์จากศาสตร์สุขภาพทางเลือก เพื่อการส่งเสริม ควบคุม และตรวจสอบคุณภาพมาตรฐาน
- (3) เป็นหน่วยงานสนับสนุนการจัดการศึกษาและฝึกอบรมทักษะใหม่ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และองค์ความรู้ด้านศาสตร์สุขภาพทางเลือก
- (4) เป็นหน่วยงานสนับสนุนการพัฒนามาตรฐานทางวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ องค์กรเครือข่าย ที่ดำเนินงานด้านสุขภาพองค์รวมและสุขภาพทางเลือก ทั้งที่เป็นองค์กรภาครัฐ และเอกชน ให้มีประสิทธิภาพ ขยายตัว และมีบทบาทในการเคลื่อนไหวทางด้านสุขภาพและสังคม (social mobilization)
- (5) เป็นหน่วยงานซึ่งทำงานธุรการและเลขานุการให้กับ "คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือก"

1.3.3 "สถาบันสุขภาพทางเลือก" อาจมีที่มาได้ 2 ลักษณะ คือ

- (1) เป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นใหม่ โดยให้เป็นองค์กรอิสระอยู่ภายใต้การบริหารงาน โดย "คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือก" ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากองค์กรภาคีต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาชีพ และภาคประชาชน และมีความเป็นอิสระทางวิชาการ ไม่ถูกกำหนด หรือจำกัดการสนับสนุนการพัฒนาย่างไม่ชอบด้วยเหตุผล โดยระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือศาสตร์การแพทย์ทางเลือกสาขาใดสาขาหนึ่ง
- (2) พัฒนามาจากหน่วยงานราชการที่มีอยู่แล้ว (เช่น สถาบันการแพทย์แผนไทย)

2. การคัดเลือก/กลั่นกรองการแพทย์ทางเลือกให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ (ตาราง 1)

2.1 เกณฑ์ในการคัดเลือก/กลั่นกรอง

- 2.1.1 ผ่านประสบการณ์การปฏิบัติจริงจากกลุ่มประชาคมสุขภาพที่หลากหลาย ในช่วงระยะที่ยาวนานพอสมควร
- 2.1.2 มีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพโดยมีความปลอดภัยและสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมให้ประชาชนปฏิบัติได้
- 2.1.3 มีบทบาทในการจัดการกับปัญหาสาธารณสุขของประเทศที่ยังมีข้อจำกัดในการรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนปัจจุบันแต่เพียงอย่างเดียว เช่น เอดส์ มะเร็ง โรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคทางจิต
- 2.1.4 มีรากฐานทฤษฎีหรือที่มาขององค์ความรู้ที่ชัดเจน สามารถอธิบายและทำความเข้าใจได้
 - (1) ในกรณีที่เป็นศาสตร์การแพทย์แผนดั้งเดิม ต้องมีการสืบทอดประสบการณ์การปฏิบัติ/การใช้จริงในระดับกว้างจนถึงปัจจุบันโดยไม่ขาดช่วง
 - (2) ในกรณีที่เป็นศาสตร์ที่นำเข้ามาจากต่างประเทศ ต้องมีผู้เชี่ยวชาญในองค์ความรู้ของศาสตร์/เทคนิคนั้นๆ อย่างแท้จริงภายในประเทศ สามารถ

ตรวจสอบคุณภาพได้ และมีการควบคุมทางสังคมในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้วยกันเอง

(3) มีข้อมูลทางวิชาการ หรืองานวิจัย (จากในประเทศ หรือต่างประเทศ) สนับสนุนว่าปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และไม่มีผลข้างเคียง

2.1.5 สามารถประยุกต์ หรือทดแทนได้ด้วยทรัพยากรท้องถิ่น หรือทรัพยากรภายในประเทศ จนไม่ทำให้เกิดการสูญเสียการพึ่งตนเองในทุกระดับ

2.1.6 ประหยัดค่าใช้จ่าย ประชาชนสามารถเรียนรู้ และพึ่งตนเองได้ ในกรณีที่ต้องพึ่งนักเวชปฏิบัติ ต้องมีราคาไม่แพง และเอาเปรียบผู้บริโภคจนเกินไป

2.2 วิธีการคัดเลือก/กลั่นกรอง

2.2.1 มีกลไกในการคัดเลือก/กลั่นกรองที่มีลักษณะประชาคม ซึ่งประกอบด้วย ผู้แทนภาครัฐ กลุ่มวิชาชีพ(ที่เกี่ยวข้อง) นักวิชาการ และองค์กรผู้บริโภค โดยจัดตั้งเป็น "คณะอนุกรรมการพิจารณากลั่นกรองศาสตร์การแพทย์ทางเลือก" อยู่ภายใต้ "คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือก"

2.2.2 ให้พิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนด ในกรณีที่ผ่านมาเกณฑ์การพิจารณา ให้พิจารณาการเข้าสู่ระบบสุขภาพเป็น 2 ลักษณะ คือ

(1) ให้เข้าสู่ระบบสุขภาพได้เลย

(2) ให้มีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม โดยเปิดโอกาสให้มีการทดลองปฏิบัติการใช้ศาสตร์นั้นๆ ภายใต้เงื่อนไขของการติดตามและประเมินผลโดยกลไกของประชาคม หากผลการประเมินเป็นที่พอใจ จึงให้เข้าสู่ระบบสุขภาพได้

3. บทบาทของระบบการแพทย์ทางเลือกในระบบประกันสุขภาพ

3.1 ต้องพัฒนากลไกที่จะพัฒนาการแพทย์ทางเลือกให้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพของประเทศ โดยมีองค์ประกอบขององค์กรวิชาชีพและองค์กรผู้บริโภคร่วมอยู่ด้วย โดยจัดตั้งเป็น "คณะอนุกรรมการพัฒนาศาสตร์การแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ" อยู่ภายใต้ "คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือก"

3.2 ต้องพัฒนาแก้ไขกฎระเบียบที่ยังไม่เอื้อให้การใช้บริการการแพทย์ทางเลือกสามารถเบิกจ่ายจากระบบประกันสุขภาพได้

3.3 ระบุให้ "การดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวให้แข็งแรงและป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยเป็นหน้าที่ของทุกคน ควรมีระบบตรวจสอบสุขภาพก่อนเข้าระบบประกันสุขภาพ โดยให้บุคคลที่มีพฤติกรรมสุขภาพดีได้รับการลดหย่อนเบี้ยประกันสุขภาพ และผู้ไม่ดูแลสุขภาพต้องจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มขึ้น

3.4 การเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ควรสามารถเบิกจ่ายได้ ซึ่งน่าจะดีกว่าการปล่อยให้เจ็บป่วยแล้วเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล เพราะการลงทุนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เป็นการลงทุนที่ใช้เงินน้อยกว่าการบำบัดรักษา

4. การพัฒนาองค์กรวิชาชีพ มาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานการให้บริการ

- 4.1 สนับสนุนให้องค์กรวิชาชีพพัฒนาเป็นสภาวิชาชีพและผู้แทนจากแต่ละสภาวิชาชีพเข้าไปเป็นกรรมการอยู่ในคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือก
- 4.2 รัฐต้องให้การสนับสนุนงบประมาณ/คน/สถานที่ สำหรับการดำเนินกิจกรรมขององค์กรวิชาชีพ โดยมีกลไกพิเศษที่ไม่ใช่ระบบราชการตามปกติ
- 4.3 รัฐต้องให้การสนับสนุน "โรงพยาบาลของศาสตร์การแพทย์ทางเลือก" เช่น โรงพยาบาลแพทย์แผนไทย ซึ่งบริหารงานในลักษณะพหุภาคี โดยมีองค์กรวิชาชีพเป็นองค์กรหลักในการบริหารจัดการ และไม่อยู่ในระบบราชการ
- 4.4 รัฐต้องสนับสนุนสถาบันการศึกษาของศาสตร์การแพทย์ทางเลือก โดยเฉพาะ สำนักศึกษาศาสตร์การแพทย์แผนไทยในภาคประชาชนที่มีอยู่มากมายให้เข้มแข็งขึ้น และไม่จำเป็นต้องดำเนินงานในลักษณะที่ซ้ำซ้อนกับสำนักเหล่านี้

5. การพัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภค

- 5.1 รัฐต้องกำหนดให้มีผู้แทนจากองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคเข้าไปเป็นกรรมการโดยตำแหน่งในคณะกรรมการชุดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมทั้งเป็นกรรมการในสถานนโยบายสุขภาพทางเลือก และ สภาวิชาชีพทุกวิชาชีพด้วย
- 5.2 รัฐต้องสนับสนุนด้านงบประมาณแก่องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการร่วมมือและประสานงานกับองค์กรอื่นๆ ได้กว้างขวางขึ้น
- 5.3 รัฐต้องจัดสรรสื่อทั้งที่เป็นคลื่นวิทยุและโทรทัศน์ในเวลา prime time ให้แก่การเผยแพร่ความรู้ทางด้านสุขภาพและเป็นเวทีในการเรียนรู้ประสบการณ์ในการถูกละเมิดสิทธิของผู้บริโภค ขณะเดียวกันก็ต้องปรับปรุงองค์ความรู้ทางสุขภาพที่มีอยู่เดิมให้ทันสมัย ถูกต้อง และหลากหลาย และควรสื่อความหมายด้วยวิธีการที่ดึงดูดใจ
- 5.4 รัฐต้องสนับสนุนเครือข่ายความร่วมมือระหว่างองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคกับประชาคมสุขภาพอื่นๆ ให้มีความเข้มแข็ง และสามารถทำให้เกิดพลังของผู้บริโภคที่จะปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคม เช่น การร่วมมือกันไม่บริโภคอาหารบางอย่างที่มีแนวโน้มเป็นพิษเป็นภัยกับผู้บริโภค เป็นต้น

6. ข้อเสนอสาระบัญญัติในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

6.1 ศักยภาพของการแพทย์ทุกระบบที่มีอยู่ในสังคมไทย โดยเฉพาะการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อผสมผสานให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของประชาชน

6.2 รัฐต้องกระจายอำนาจในการดูแลสุขภาพของประชาชนให้แก่ชุมชนท้องถิ่น เพื่อให้สามารถเลือกรับ ปรับใช้ระบบการแพทย์ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับแต่ละท้องถิ่นได้

6.3 ประชาชนมีสิทธิที่จะเลือกรับบริการได้ตามปรารถนา ไม่ว่าจะเป็นการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน หรือการแพทย์ทางเลือกอื่น โดยต้องมีลักษณะของการเข้าถึงได้ แบบเท่าเทียม มีความยุติธรรมและราคาสมเหตุสมผล

6.4 ชุมชนท้องถิ่นมีสิทธิในการอนุรักษ์หรือฟื้นฟูภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านของท้องถิ่น รวมทั้งสามารถมีส่วนร่วมในการจัดการ พัฒนา และใช้ประโยชน์จากการแพทย์พื้นบ้านและสมุนไพรได้อย่างยั่งยืน

6.5 ประชาชนมีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลเมื่อใช้บริการจากการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกอื่นที่ได้รับการคัดกรองเข้าสู่ระบบสุขภาพของชาติและได้พัฒนามาตรฐานการให้บริการจนเป็นที่เชื่อถือแล้ว

6.6 รัฐต้องกำหนดให้มี "คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือก" อยู่ภายใต้ "สภาการสุขภาพแห่งชาติ" ซึ่งเป็นองค์กรอิสระเพื่อกำหนดนโยบาย ทิศทาง ให้การสนับสนุนทรัพยากร และประเมินผล ในการพัฒนาการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบสุขภาพของชาติ

6.7 รัฐต้องสนับสนุนให้มี "สภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทย" และ "ประชาคมหมอพื้นบ้าน" รวมทั้ง "ประชาคมสุขภาพทางเลือก" ต่างๆ เพื่อให้มีบทบาทในการสรุปทเรียน คัดกรอง และพัฒนาศาสตร์สุขภาพทางเลือกต่างๆ ส่งเสริมจรรยาบรรณและคุ้มครองผู้บริโภค ตลอดจนสนับสนุนการประสานเชื่อมโยงระหว่างประชาคมต่างๆ เหล่านี้

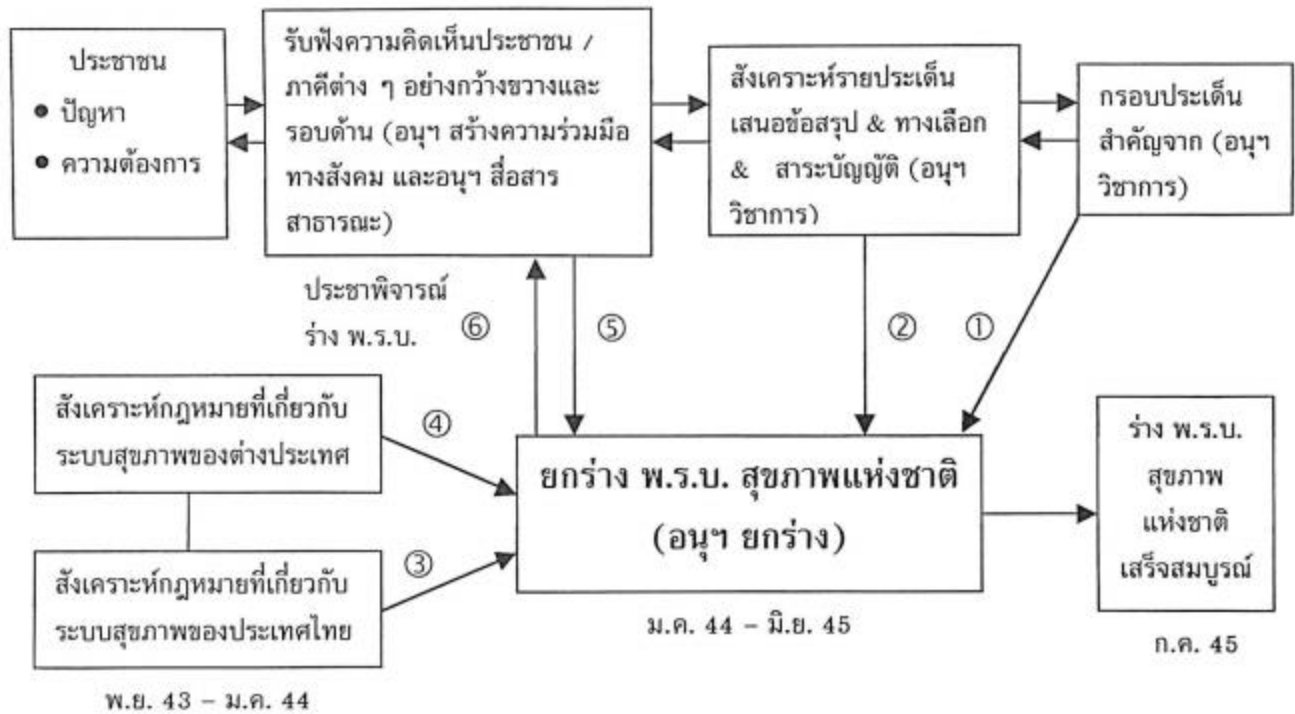
6.8 รัฐต้องมีกลไกภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือกเพื่อทำหน้าที่ในการคัดเลือก กลั่นกรอง และส่งเสริมมาตรฐานการให้บริการของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่น เพื่อให้สามารถเข้าระบบประกันสุขภาพของประเทศได้

6.9 รัฐต้องให้การสนับสนุนการถ่ายทอด การเรียนรู้ การพัฒนาวิชาการ การศึกษาวิจัย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกอื่นที่เข้าสู่ระบบสุขภาพของชาติ เพื่อให้สามารถพัฒนาศาสตร์และศิลป์ของตนได้โดยอิสระ

6.10 รัฐต้องจัดสรรสื่อทั้งที่เป็นคลื่นวิทยุและโทรทัศน์เพื่อการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพทางเลือกและเป็นเวทีในการเรียนรู้ประสบการณ์ของผู้บริโภค

6.11 รัฐต้องจัดให้มีบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยสนับสนุนให้ประชาคมสุขภาพทางเลือกต่างๆ มีบทบาทในฐานะผู้ดำเนินการในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้

(ร่าง) งานยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ



อธิบาย

- ปัจจัยนำเข้าสู่การยกร่าง พ.ร.บ.
 - ① กรอบประเด็นคำถามสำคัญ (จากอนุฯ วิชาการ) ใช้ยกร่างกรอบ พ.ร.บ. เป็นโครงร่างแรกเริ่มต้น
 - ② รับข้อมูลผลสังเคราะห์รายประเด็นจากอนุฯ วิชาการ มาเพื่อปรับปรุงร่าง พ.ร.บ.
 - ③ สังเคราะห์กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพในประเทศไทย
 - ④ สังเคราะห์กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพของต่างประเทศ
 - ⑤ รับฟังข้อคิดเห็น / เสนอแนะจากประชาชนผ่านมาทางอนุฯ สร้างความร่วมมือทางสังคมและอนุฯ สื่อสารสาธารณะ เพื่อปรับปรุงร่าง พ.ร.บ.
 - ⑥ ส่งร่าง พ.ร.บ. รายละเอียดและทั้งฉบับไปสู่การทำประชาพิจารณ์โดยผ่านอนุฯ สร้างความร่วมมือทางสังคมและอนุฯ สื่อสารสาธารณะ
- การยกร่าง พ.ร.บ.

การมีส่วนร่วมสร้างสรรค์ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

