

(ร่าง) เจตนารมณ์ประกอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๒

หมวด ๔ การสร้างเสริมสุขภาพ

นิยามศัพท์

ข้อ ๓ ในธรรมนูญนี้

“การสร้างเสริมสุขภาพ” หมายความว่า การกระทำที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพทางกาย จิต ปัญญา และสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมบุคคลและการจัดการสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

เนื่องจากสุขภาพทางกาย จิต ปัญญา และสังคมของบุคคลเป็นผลลัพธ์โดยรวมจากปัจจัยหลัก 3 กลุ่มคือ

1) ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ กรรมพันธุ์ เพศ ความสมบูรณ์ของลักษณะทางกายภาพ และการทำงานของอวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกาย เป็นต้น

2) พฤติกรรมของบุคคลในการดำเนินชีวิต เช่น การทำงานประกอบอาชีพ การศึกษา การบริโภค การเสพสิ่งเสพติด การนับถือศาสนา รวมถึงการพักผ่อนหย่อนใจ อาจเป็นพฤติกรรมที่ส่งเสริมหรือบั่นทอนสุขภาพและอาจเป็นพฤติกรรมที่บุคคลกำหนดด้วยตนเองหรือถูกหล่อหลอมจากสภาพแวดล้อม

3) สภาพแวดล้อมในการดำเนินชีวิต ทั้งเชิงกายภาพ (เช่น น้ำ อากาศ ฝุ่นควัน สารเคมี ความร้อน) และบริบททางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม เช่น กระแสบริโภคนิยม การดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ ขาดความหลากหลาย ความรุนแรงในสังคม การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านร้ายเป็นประจำ นับวันจะมีอิทธิพลต่อสุขภาพมากขึ้น ดังข้อความที่ว่า “สุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดี”

ดังนั้นจึงควรมุ่งส่งเสริมและสนับสนุนอย่างครบถ้วน เมื่อบุคคลมีสุขภาพจะยอมทำให้ครอบครัว ชุมชน และสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

หลักการ

ข้อ ๑๙ การสร้างเสริมสุขภาพต้องเป็นไปเพื่อให้เกิดสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวมทั้งทั้งสังคม มุ่งไปสู่การลดการเจ็บป่วย การพิการและการตายที่ไม่สมควร และการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ตามแนวทาง “การสร้างสุขภาพ นำการซ่อมสุขภาพ” โดยมีการดำเนินงานในทุกระดับอย่างครบวงจร ตั้งแต่ที่อยู่ในครรภ์มารดาจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ด้วยยุทธศาสตร์อย่างน้อย ๕ ประการ คือ

(๑) การพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ

(๒) การพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

(๓) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนตามแนว ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยเน้นกระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม

(๔) การพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

(๕) การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

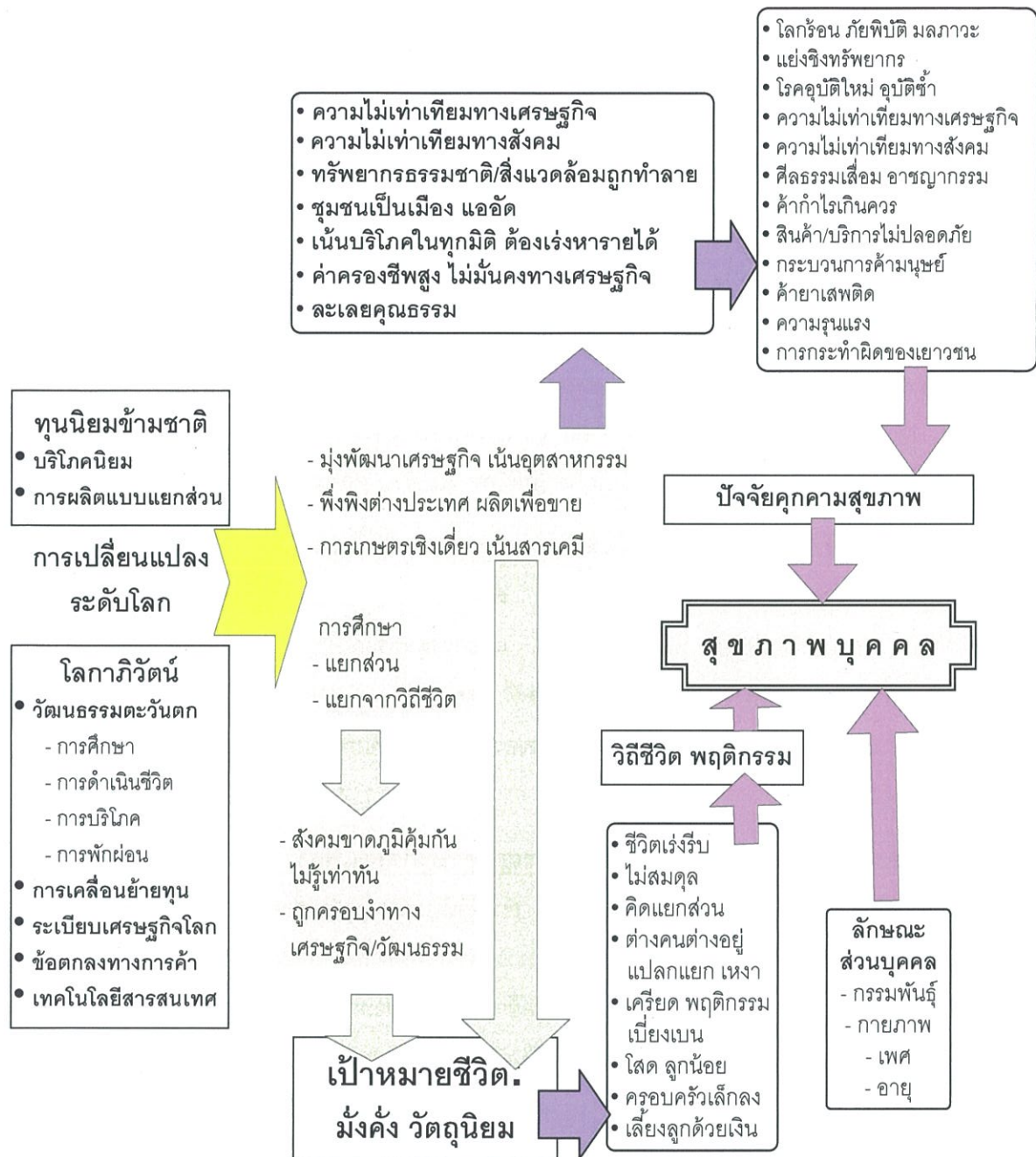
(เนื่องจาก “การสร้างเสริมสุขภาพ” เป็นหัวใจของยุทธศาสตร์สุขภาพ “สร้างนำซ่อม” จึงน่าจะพิจารณาเพิ่มเติม

-สถานะสุขภาพที่แสดงถึง การเจ็บป่วย การพิการ การตาย ที่ไม่สมควร(หรือป้องกันได้)

-สถานการณ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ผ่านมา ๕-๑๐ปี)

-ปัจจัยกระทบและคุกคามสุขภาพ....

สุขภาพบุคคลได้รับอิทธิพลจากปัจจัยที่หลากหลาย ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม แบบทุนนิยม สภาพแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างและคุณภาพประชากร รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ดังแสดงในภาพ 4.1 จึงจำเป็นต้องดำเนินการในทุกระดับอย่างครบวงจรเพื่อให้เกิดสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวมทั้งทั้งสังคม มิใช่การรักษาโรคเมื่อเจ็บป่วยเท่านั้น



ภาพ 4.1 ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างบริบททางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสุขภาพของบุคคล

ที่มา: คณะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ. 2551.

การประชุมนานาชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่๑ (ค.ศ.๑๙๘๖) ที่เมืองฮอตตาว่าจัดโดยองค์การอนามัยโลกได้มีมติร่วมกันในนาม กฎบัตรฮอตตาว่า^๑ ให้ภาคส่วนแต่ละระดับ (ประเทศ หน่วยงาน ส่วนกลาง หน่วยงานระดับพื้นที่ และชุมชน) มีการดำเนินงานเชื่อมโยงประสานกัน ตาม 5 องค์ประกอบคือ

1. การพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ

นโยบายสาธารณะได้แก่ กฎหมาย มาตรการ การจัดเก็บภาษี และการเปลี่ยนแปลงองค์กร ที่ก่อให้เกิดผลดีในด้านสุขภาพ รายได้ และความเป็นธรรมในสังคม เป็นต้น โดยมุ่งให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบายในทุกภาคส่วนทุกระดับตระหนักและคำนึงถึงผลกระทบทางด้านสุขภาพจากการตัดสินใจนั้นๆ รวมถึงการจัดอุปสรรคในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ เพื่อให้สังคมมีสินค้าและบริการที่ปลอดภัย เป็นมิตร และเอื้อต่อสุขภาพของผู้ผลิต ผู้บริโภค และสิ่งแวดล้อม

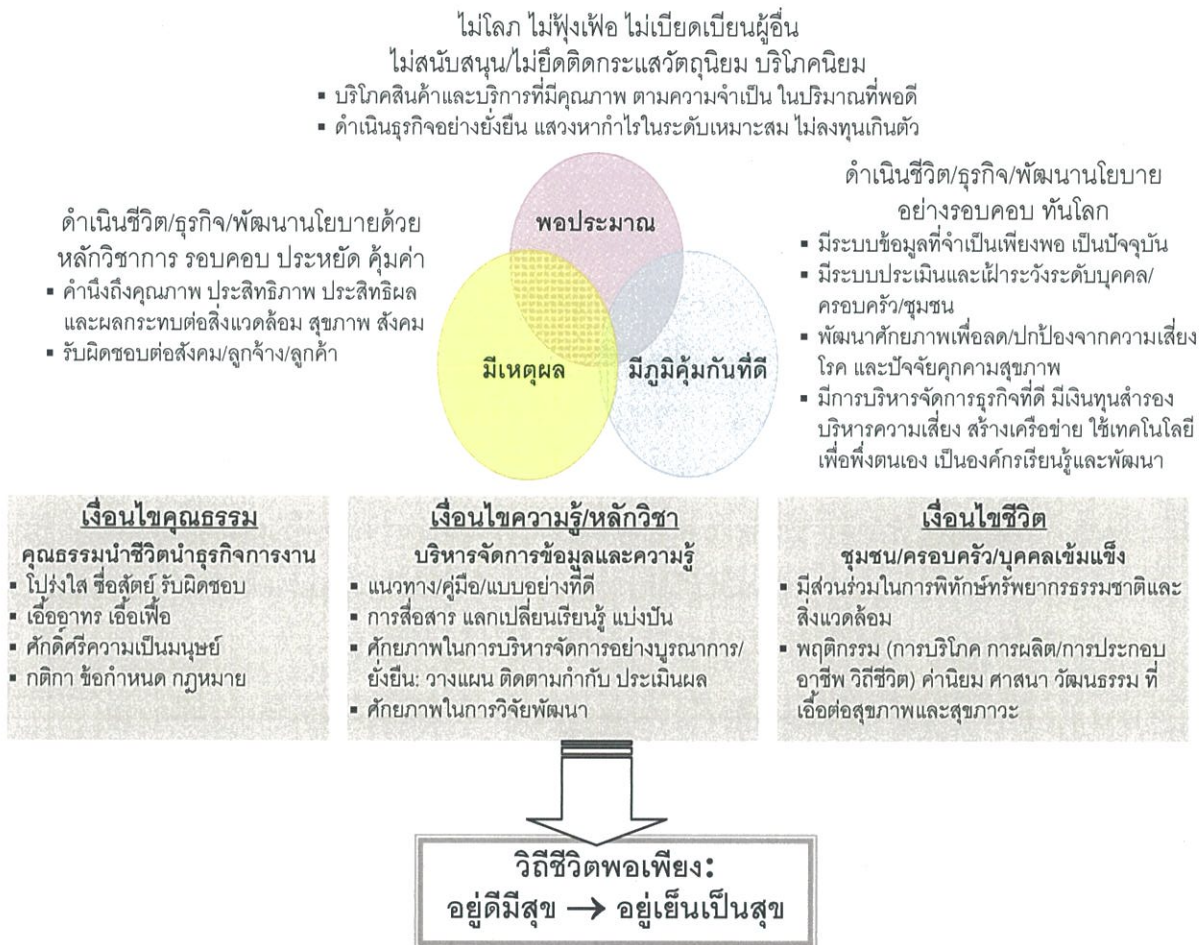
2. พัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เนื่องจากบุคคลไม่สามารถแยกออกจากสภาพแวดล้อม (บริบททางสังคมวัฒนธรรมหรือสิ่งแวดล้อม)ได้ ดังนั้นการส่งเสริมวิถีชีวิต (การดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน และการพักผ่อน) ที่เอื้อต่อสุขภาพ และการดูแลทำนุบำรุงอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม จึงเป็นกลวิธีสำคัญอย่างหนึ่งของการสร้างสุขภาพ รวมทั้งการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทั้งจากธรรมชาติหรือจากนโยบายภาครัฐหรือเอกชน

3. สร้างความเข้มแข็งของชุมชนตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เริ่มจากสนับสนุนให้ชุมชนมีการรวมตัวและพัฒนากระบวนการตัดสินใจตั้งแต่ การลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดกลวิธี และดำเนินการ โดยกระบวนการกลุ่ม เพื่อยกระดับสถานะสุขภาพของสมาชิกชุมชนอย่างมีพลัง เงื่อนไขจำเป็นของชุมชนเข้มแข็งคือ ภาวะผู้นำชุมชน การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น และการพัฒนาโอกาสและศักยภาพด้านสุขภาพ รวมทั้งงบประมาณซึ่งอาจเป็นการสนับสนุนจากภาครัฐหรือเอกชนหรือชุมชนเอง ทั้งนี้โดยนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ (ภาพ ๔.๒)

4. พัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และฝึกทักษะชีวิต เพื่อพัฒนาศักยภาพให้มีอำนาจตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมต่อสุขภาพตนเองซึ่งอาจเป็นทั้งผู้มีสุขภาพดี ผู้ป่วย ผู้ได้รับบาดเจ็บ หรือมีภาวะโรคเรื้อรัง ครอบครัวและชุมชน กระบวนการดังกล่าวอาจดำเนินการนอกสถานพยาบาลเช่น โรงเรียน บ้าน สถานที่ทำงาน ชุมชน โดยครู อาสาสมัคร บุคลากรสาธารณสุข หรือวิชาชีพ ต่างจากการให้สุศึกษาแบบเดิมๆ ที่ไม่ได้คำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงศักยภาพด้านสุขภาพ

5. ปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ระบบบริการต้องมุ่งการสร้างเสริมสุขภาพแทนการเน้นรักษาโรค โดยทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ เนื่องจากสุขภาพเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกันของบุคคล ชุมชน

บุคลากรวิชาชีพ สถานพยาบาล และภาครัฐ เพื่อสนับสนุนให้สมาชิกชุมชนสามารถใช้ชีวิตและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ทั้งนี้จำเป็นต้องมีการวิจัย การปรับหลักสูตรการศึกษาและการฝึกอบรม เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนเจตคติและการจัดองค์การบริหารแบบเป็นองค์รวม



ภาพ 4.2 กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

ปรับจาก: 1. เสรี พงศ์พิศ. 2551.² 2. คณะกรรมการอำนวยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และคณะกรรมการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. 2551.³

เป้าหมาย

ข้อ ๒๐ มีการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและเป็นรูปธรรม

ต้องการเน้นว่า “สุขภาวะของชุมชนสังคมและสุขภาพของประชาชน” ควรเป็นเป้าหมายสุดท้ายของการพัฒนาประเทศและมีความสำคัญเหนือกว่า “ความเจริญทางเศรษฐกิจที่ทำให้สังคมและประชาชนเจ็บป่วย” เนื่องจากการพัฒนาอุตสาหกรรมที่ผ่านมาทำให้อาชีพและสภาพแวดล้อมเป็นพิษ ส่งผลกระทบทางลบต่อสุขภาวะของชุมชนสังคมและสุขภาพของประชาชน

การพัฒนาประเทศตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจฉบับที่ 1 เป็นต้นมาเน้นการเติบโตทางเศรษฐกิจ โดยภาคอุตสาหกรรมมีอัตราการขยายตัวสูงกว่าภาคเกษตรกรรม 2.4 เท่า ระหว่างปี 2503-2515⁴ และเพิ่มเป็น 3.4 เท่าระหว่างแผนฯ 6-7 แม้วิกฤตเศรษฐกิจในปี 2540-2541 จะทำให้ภาคอุตสาหกรรมหดตัวในอัตรา มากกว่าภาคเกษตรประมาณ 4 เท่า แต่ก็ฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็วซึ่งเป็นเพราะภาคอุตสาหกรรมมีผลผลิตภาพการผลิตรวม (total factor productivity: TFP) สูงขึ้นและสูงกว่าภาคอื่นๆ หลายเท่า แม้ว่าทุกภาคการผลิตมีปัจจัยทุนผลักดันให้เกิด TFP แต่ภาคอุตสาหกรรมมีผลผลิตภาพของทุน (capital productivity) เมื่อยังไม่ได้ปรับด้วยอัตราการใช้กำลังการผลิต (capacity utilization) สูงกว่าภาคเกษตร และภาคบริการและอื่นๆ (ตาราง 4.1) ภาคประชาชนซึ่งเป็นผู้ได้รับผลกระทบจึงจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพให้เกิดขึ้นจริงสอดคล้องกับที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญ

ตาราง 4.1 อัตราการขยายตัวของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศและผลผลิตภาพการผลิตรวม

จำแนกตามสาขาการผลิต ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5-9

ระยะเวลา	อัตราการขยายตัว			ผลผลิตภาพการผลิตรวม			ผลผลิตภาพของทุน		
	เกษตร	อุตสาหกรรม	บริการ/อื่นๆ	เกษตร	อุตสาหกรรม	บริการ/อื่นๆ	เกษตร	อุตสาหกรรม	บริการ/อื่นๆ
แผนฯ 5 (2525-29)	3.31	5.70	5.99	1.18	-0.15	-0.86	0.71	0.89	0.33
แผนฯ 6 (2530-34)	4.55	15.48	10.79	1.36	1.35	1.61	0.75	0.88	0.34
แผนฯ 7 (2535-39)	2.98	10.25	8.07	-3.37	0.44	-1.68	0.65	0.76	0.30
แผนฯ 8 (2540-44)	2.04	2.04	-1.73	-1.29	0.51	-3.77	0.53	0.68	0.23
> 2540-41	-1.21	-4.80	-7.43	-6.31	-6.55	-9.46			
> 2542-44	4.20	6.60	2.07	2.04	5.20	0.02			
แผนฯ 9 (2545-49)	2.51	7.47	5.10	-0.81	3.95	2.50	0.53	0.83	0.25
เฉลี่ยปี 2525-49	3.08	8.19	5.65	-0.59	1.22	-0.44	0.63	0.81	0.29

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2551.⁵

ข้อ ๒๑ มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างหลากหลายและเป็นรูปธรรม

การใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างไม่อนุรักษ์ภายใต้ระบบทุนนิยมโลก^{*} ส่งผลให้เกิดความขาดแคลน[†] และความเสื่อมโทรมของสภาพแวดล้อม[‡] ความหลากหลายทางชีวภาพลดลง มีการโค่นกำจัดพืชพันธุ์พื้นเมืองเพื่อนำพื้นที่ไปปลูกเฉพาะพืชเศรษฐกิจ[§] การสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพซึ่งรักษาสสมดุลของระบบนิเวศและเป็นแหล่งอาหารและยาของมวลมนุษย ทำให้เกิดความขัดแย้งแย่งชิงทรัพยากรทั้งภายในและระหว่างประเทศ อย่างไรก็ตามเนื่องจากปัญหานี้กระทบต่อภาพรวมของโลกด้วย ในอีกด้านหนึ่งจึงกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือเพื่อแก้ปัญหาในระดับนานาชาติ[§] ซึ่งเป็นกระแสโลกที่สำคัญขณะนี้

ภาวะโลกร้อน (Global warming) ทำให้สภาพดินฟ้าอากาศแปรปรวนอย่างรุนแรงเกิดพายุ ภัยแล้ง น้ำแข็งขั้วโลกละลาย ระดับน้ำทะเลสูงขึ้น ภูมิอากาศเปลี่ยนแปลง การลดลงของก๊าซโอโซนในบรรยากาศชั้นสตราโตสเฟียร์มีผลต่อเนื่องถึงสุขภาพมนุษย์และการใช้ชีวิตของสัตว์เช่น ลูกน้ำยุงลายกลายเป็นยุงเร็วขึ้น กัดคนได้ตั้งแต่เข้ามิดถึงพลบค่ำ[§] โรคจากสัตว์อาจติดต่อมาสู่คนได้มากขึ้น[§] เกิดพายุที่รุนแรงมากขึ้นและบ่อยครั้ง น้ำทะเลที่สูงขึ้นจากการละลายของน้ำแข็งขั้วโลกทำให้เกิดความสูญเสียตามแนวชายฝั่งเมื่อมีพายุรุนแรง เกิดการสูญเสียระบบนิเวศแนวชายฝั่งทะเล น้ำเค็มแพร่สู่พื้นดินและแหล่งน้ำจืดใต้ดิน ก่อปัญหาแก่แหล่งน้ำบริโภค

* บนฐานความคิดว่า คนเป็นศูนย์กลาง มีความสามารถในการจัดการเหนือธรรมชาติ จึงใช้ทรัพยากรเพื่อตอบสนองความต้องการที่เพิ่มขึ้นของคน
† ความจุของแหล่งกักเก็บน้ำเท่ากับ 51,000 ล้านลูกบาศก์เมตร/ปี ไม่เพียงพอกับความต้องการใช้ 92,736 ล้านลูกบาศก์เมตร/ปี ในปี 2548 มีการบุกรุกอาศัยและทำกินในเขตพื้นที่ป่าอนุรักษ์และป่าสงวนแห่งชาติ 7.7 ล้านไร่ จำนวน 420,000 ราย ไทยต้องนำเข้าพลังงานมากกว่าร้อยละ 50 ของพลังงานที่จัดหาทั้งหมด

‡ ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา คุณภาพแหล่งน้ำเสื่อมลง จากเกณฑ์ตัดสินเกือบเท่าตัวมาอยู่ในเกณฑ์พอใช้ คุณภาพดินเสื่อมลงโดยพื้นที่ที่มีปัญหาเพิ่มขึ้นจาก 182.1 ล้านไร่ ในปี 2532 เป็น 192.7 ล้านไร่ในปี 2544 พื้นที่ป่าไม้ลดลงจากร้อยละ 53 ในปี 2504 เหลือร้อยละ 32.7 ในปี 2547 อัตราการจับสัตว์น้ำลดลงจาก 62.1 กิโลกรัมต่อชั่วโมง ในปี 2527 เหลือ 23 และ 36.9 กิโลกรัมต่อชั่วโมง ในฝั่งอ่าวไทยและอันดามันตามลำดับ ในปี 2547

§ สัตว์สูญพันธุ์แล้ว 14 ชนิด รายชื่อที่ใกล้สูญพันธุ์เพิ่มจาก 562 ชนิดในปี 2539 เป็น 586 ชนิดในปี 2546 เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีระดับเสียงเกินมาตรฐาน ฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการจราจรที่ติดขัดและจากการเผาในที่โล่งแจ้งในชนบท ปริมาณมูลฝอยในปี 2545 เกิดขึ้น 39,225 ตัน/วัน อัตราเพิ่มประมาณร้อยละ 2 ต่อปี มีการกำจัดถูกต้องเพียงร้อยละ 35 ของขยะในเมือง มีการหมุนเวียนกลับมาใช้เพียงร้อยละ 19 กากของเสียอันตรายมาจากภาคอุตสาหกรรมร้อยละ 75-80 (2 ใน 3 ของจำนวนนี้มาจากอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์และโลหะ) และมาจากชุมชนร้อยละ 20-25 ทั้งนี้ร้อยละ 60 เกิดขึ้นในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เมืองเก่าและโบราณสถานหลายแห่งเสื่อมโทรม ถูกบุกรุกทำลาย

§ ในปี 2515 มีการประชุมสิ่งแวดล้อมและมนุษย์ ณ กรุงสต็อกโฮล์ม สวีเดน ในปี 2526 มีการจัดตั้งสมัชชาโลกว่าด้วยสิ่งแวดล้อมและการพัฒนา (World Commission on Environment and development: WCED) ปี 2530 มีการรายงาน Our Common Future ในปี 2535 มีการประชุมว่าด้วยสิ่งแวดล้อมและการพัฒนา (UN Conference on Environment and Development: UNCED) หรือ Earth Summit ที่กรุงริโอ เดอ จาเนโร ระหว่างผู้นำ 152 ประเทศ โดยมีการลงนามรับรองแผนปฏิบัติการ 21 (Agenda 21) ซึ่งถือเป็นแผนแม่บทเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลก ในปี 2545 ได้มีการประชุมสุดยอดของโลกว่าด้วยการพัฒนาที่ยั่งยืน (World Summit on Sustainable Development: WSSD) ที่นครโจฮันเนสเบิร์ก สาธารณรัฐอาฟริกาใต้ และกำหนดให้ประเทศสมาชิกต้องบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDGs) ร่วมกันภายในปี 2558

แหล่งการเกษตรและประมงเปลี่ยนแปลง⁹ กระทบโดยตรงต่อหลายประเทศ รวมทั้งไทยซึ่งมีศักยภาพเป็นครัวของโลก

ในปี 2550 ไทยปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์หรือก๊าซเรือนกระจก (greenhouse gas) เป็นลำดับที่ 73 จาก 177 ประเทศ จีนปล่อย greenhouse gas ในสัดส่วนสูงที่สุดของโลกคือร้อยละ 24 (จากการเป็นผู้ผลิตซีเมนต์ร้อยละ 51 ของโลก) สหรัฐอเมริกา (ร้อยละ 21) สหภาพยุโรป (ร้อยละ 12) อินเดีย (ร้อยละ 8) รัสเซีย (ร้อยละ 6) แต่เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรและระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจพบว่า คนอเมริกันแพร่ก๊าซคนละ 19.4 เมตริกตันต่อปี ชาวรัสเซีย (11.8) สหภาพยุโรป (8.6) จีน (5.1) อินเดีย (1.8)¹⁰

ปัญหาสิ่งแวดล้อมโลกจึงเป็นภารกิจที่คนทั้งโลก ทุกภูมิภาค ทุกประเทศต้องร่วมมือกัน แก้ไขและพัฒนาเพื่อสุขภาวะอันเป็นความอยู่รอดของมวลมนุษยชาติทุกเผ่าพันธุ์

ข้อ ๒๒ มีการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม อย่างสมดุลและเชื่อมโยงกัน ตามหลักการสร้างเสริมสุขภาพ

เป้าหมายเดิมของการสร้างเสริมสุขภาพคือ บังคับบุคคล แต่บุคคลอยู่ภายใต้บริบททางสังคม วัฒนธรรมต่างๆ ครอบครัวชุมชนและสังคมซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล จึงปรับเปลี่ยนเป้าหมายให้ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อให้เข้าใจมีส่วนร่วมสนับสนุนระดับระบอบ ซึ่งกันและกันอย่างเหมาะสม สอดคล้องสามารถบรรลุผลได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน

ข้อ ๒๓ มีชุมชนท้องถิ่นที่มีความเข้มแข็งด้านสุขภาพครอบคลุมร้อยละ ๘๐ ของตำบลทั่วประเทศ

เพื่อให้สุขภาวะของบุคคล ชุมชน และสังคม มีความยั่งยืน โครงสร้างการดำเนินงานภาคประชาชนที่เล็กที่สุดและสามารถระดมทรัพยากรได้คือ ชุมชน (ท้องถิ่น) ซึ่งเป็นโครงสร้างที่ชัดเจนเป็นทางการ โดยมีแผนชุมชนเป็นเครื่องมือสำคัญ (หมายถึง กระบวนการที่ชุมชนร่วมกันคิด ร่วมกันค้นหา ร่วมกันเรียนรู้ เพื่อให้เข้าใจชุมชน โดยการสำรวจข้อมูล ปัญหา และศักยภาพของชุมชนเอง) ที่ทำให้เกิดการทบทวนตนเอง โดยคนในหมู่บ้าน/ชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อกำหนดอนาคตและทิศทางการพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชนของตน แผนชุมชนจึงมีลักษณะร่วม 5 ประการคือ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ ร่วมสรุปบทเรียน และร่วมรับประโยชน์ แนวคิดหลัก (approach) ที่ส่งเสริมให้ชุมชนเข้มแข็งมี 3 องค์ประกอบคือ เศรษฐกิจแบบพอเพียง ที่อนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเคารพสิทธิและเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีหนึ่งในการสนับสนุนให้ชุมชนเข้มแข็งด้านสุขภาพคือ การให้ข้อมูลที่สำคัญย้อนกลับสู่ชุมชน ซึ่งอาจเป็นข้อมูลที่มาจากระบบเฝ้าระวัง การคัดกรอง หรือฐานข้อมูลการบริการ เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้า (input) ให้ชุมชน ผ่านการประชุมสภาผู้นำ (ระดับหมู่บ้าน) การประชุม อบต. (ระดับตำบล) และอาจผ่านการ

ประชุมระดับอำเภอ แล้วแต่ความเหมาะสมของประเด็นปัญหาและสถานการณ์ ทั้งนี้ต้องเป็นข้อมูลที่มีการวิเคราะห์ให้เห็นปัญหาและเป็นปัญหาที่ชุมชนเป็นตัวหลักในการแก้ปัญหา หรือต้องการแรงสนับสนุนจากชุมชน ซึ่งในที่สุด ชุมชน จะเป็นผู้ตัดสินใจขั้นสุดท้ายว่าเป็นปัญหาของชุมชนหรือไม่ และมีลำดับความสำคัญมากน้อย ไม่ใช่เป็นการกำหนดจากภาครัฐว่า ชุมชนนี้มีปัญหาอะไรบ้าง

ทักษะของบุคลากรสาธารณสุขที่จำเป็นคือ ทักษะการบริหารจัดการข้อมูล การวิเคราะห์ และการนำเสนอ (MIS: managing information system) ด้วยแนวทางการทำงานที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนที่เข้มแข็งจะมีทักษะในการพิจารณา วิเคราะห์ และจัดลำดับความสำคัญผ่านกระบวนการกลุ่มทั้งระดับผู้นำและชาวบ้าน หากข้อมูลมีการจัดลำดับชัดเจนแสดงให้เห็นว่า ขนาดหรือความรุนแรงมากน้อยต่างจากชุมชนอื่นอย่างไร ชุมชนย่อมให้ความสำคัญเพราะเป็นการพัฒนาหรือยกระดับคุณภาพหมู่บ้าน

สำหรับการประยุกต์พัฒนาเครื่องมือในการค้นหาปัญหา (ในกรณีที่สถานการณ์ยังไม่เป็นปัญหาเด่นชัด) การเฝ้าระวัง และการสอบสวนโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ (ในกรณีที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด) ชุมชนที่เข้มแข็งจะเข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาเครื่องมือดังกล่าวอย่างสอดคล้องกับวิถี/ศักยภาพชุมชน บุคลากรสาธารณสุขจำเป็นต้องมีทักษะและความรู้ทางระบาดวิทยาสังคม ด้วยแนวทางการทำงานที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

โดยทั่วไป ชุมชนมักต้องการความช่วยเหลือจากภาครัฐในด้านวิชาการความรู้ การจัดการ และงบประมาณ แต่เนื่องจากภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเอกชน ที่มีพื้นที่ทำงานในระดับชุมชนมีจำนวนไม่น้อย จึงควรบูรณาการความช่วยเหลือดังกล่าวในลักษณะร่วมกันคิดและจัดทำแผนร่วมกับชุมชน ตั้งแต่ต้นทาง แต่อาจดำเนินงานเฉพาะโครงการหากไม่มีความเกี่ยวเนื่องกับโครงการหรือแผนงานอื่นๆ ในรูปแบบ “ร่วมกันคิด แยกกันทำ”

เพื่อให้ชุมชนท้องถิ่นทุกแห่งสามารถสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพได้ในอนาคต จำเป็นต้องมีการกระจายให้ครอบคลุมพื้นที่ ร้อยละ ๘๐ ของตำบลทั่วประเทศ

มาตรการ

ข้อ ๒๔ ให้รัฐส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐทุกระดับ และภาคส่วนต่างๆ ในสังคมพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ ด้วยกระบวนการแบบมีส่วนร่วม ที่ใช้องค์ความรู้เป็นฐานอย่างเพียงพอ และทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการ เพื่อให้ได้นโยบายสาธารณะที่ดี

ให้หน่วยงานของรัฐจัดให้มีนโยบายและแผนรองรับการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ และดำเนินงานให้เป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง

การที่ภาคส่วนต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่มีผลกระทบต่อสังคม ชุมชน และบุคคล ย่อมมีการสื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลองค์ความรู้และความคิดเห็นระหว่างกัน มีความเข้าใจกันเพิ่มขึ้น เกิดนวัตกรรม ได้นโยบายที่มีความครอบคลุมมิติด้านสุขภาวะมากขึ้น และยังส่งเสริมให้ภาครัฐจัดทำแผนและดำเนินงานให้สอดคล้องกันด้วยเนื่องจากเป็นนโยบายของสังคม (ไม่ใช่ของหน่วยงานรัฐ หน่วยใดหน่วยหนึ่งดังเช่นแต่ก่อน) การมีภาคส่วนต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วม ทำให้ภาครัฐมีความโปร่งใสและคำนึงถึงประชาชนมากขึ้น

ข้อ ๒๕ ให้รัฐส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐทุกระดับและภาคส่วนต่างๆ ในสังคมร่วมกันพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพทั้งทางกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจและสังคม เช่น การจัดการสวนสาธารณะ สวนสุขภาพ ลานกีฬา ลานชุมชน สถานที่ทำงานสุขภาวะ ชุมชน-เมืองสุขภาวะ ระบบผังเมืองสุขภาวะ ระบบการคมนาคมปลอดภัย ระบบการจัดการน้ำที่ดี ระบบการเกษตร-อุตสาหกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ เป็นต้น

ข้อ ๒๖ ให้รัฐและภาคส่วนต่างๆ ส่งเสริมสนับสนุนการศึกษา และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อเสริมสร้างความรู้และพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิตและการสร้างเสริมสุขภาพ อันจะนำไปสู่การเพิ่มพูนขีดความสามารถในการดูแลตนเองและการพึ่งตนเองของบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการเปิดพื้นที่สาธารณะ พัฒนาเครื่องมือและนวัตกรรม ภายใต้บริบททางสังคม ภูมินิเวศวัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างเท่าทันการเปลี่ยนแปลง

ข้อ ๒๗ ให้รัฐและภาคส่วนต่างๆ ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาความเข้มแข็งของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและเครือข่าย ตลอดจนส่งเสริมการกระจายยา เวชภัณฑ์ ความรู้และเทคโนโลยีที่จำเป็นอย่างเพียงพอและทั่วถึง เพื่อการดูแลตนเองและการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ข้อ ๒๘ ให้รัฐส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนและบุคคลในการดูแลและปกป้องทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และสภาพแวดล้อม เพื่อให้เอื้อต่อสุขภาพ

ข้อ ๒๙ ให้รัฐและภาคส่วนต่างๆ พัฒนามาตรการทางการเงินการคลังเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม โดยเน้นการจัดการในระดับชุมชนเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน รวมทั้งการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาระบบสวัสดิการชุมชน กองทุนชุมชนและกิจกรรมชุมชนต่างๆ ที่หลากหลายเพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม

ข้อ ๓๐ ให้รัฐและภาคส่วนต่างๆ สนับสนุนการสร้างและการจัดการความรู้ การวิจัย เทคโนโลยีทุน และการตลาด เพื่อการพัฒนาการเกษตร การอุตสาหกรรม ธุรกิจและการบริการที่เอื้อต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม และให้มีความรับผิดชอบต่อสังคม เช่น ส่งเสริมการเกษตรธรรมชาติที่ไร้สารเคมีป้องกันกำจัด

ศัตรูพืช ส่งเสริมอุตสาหกรรมที่เป็นมิตรต่อ ชุมชนและสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมธุรกิจและบริการที่ไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เป็นต้น

มาตรการ ข้อ 25-30 ต้องการเน้นการมีส่วนร่วมของภาครัฐและภาคส่วนต่างๆ ในทุกระดับเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพอย่างครบถ้วนทุกมิติ ทั้งนี้เพราะการมุ่งพัฒนาทางเศรษฐกิจแบบทุนนิยม ส่งผลกระทบที่อย่างรุนแรงต่อด้านสภาพแวดล้อม (ดังกล่าวแล้ว) ประชากร และสุขภาพ ดังนี้

1) สถานการณ์ด้านประชากร สรุปได้ดัง ภาพ 4.3

ผลกระทบของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร		
ผลการพัฒนาเศรษฐกิจ/สังคมต่อการพัฒนาประชากร	การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร	ปัญหาความสัมพันธ์ของคน 3 รุ่น
- ภาวะการเจริญพันธุ์ลดลง - อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้น - อัตราทารกตายมีแนวโน้มลดลง - ผู้หญิงเป็นโสด แต่งงานช้าลง - ขนาดครอบครัวเล็กลง - รูปแบบครอบครัวเปลี่ยนไป - อนามัยการเจริญพันธุ์ไม่เหมาะสม - การย้ายถิ่นเปลี่ยนไป	- สัดส่วนประชากรวัยเด็กลดลง - สัดส่วนประชากรวัยแรงงานลดลง - สัดส่วนประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น	- ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง - การใช้เวลากับครอบครัวลดลง - ค่านิยม/ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ/เด็ก เปลี่ยนไป - การหย่าร้างเพิ่มขึ้น - เด็กและผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง - เด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม กระทำผิด - สื่อมวลชนมีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว

ภาพ 4.3 ผลกระทบของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร

ที่มา : สำนักยุทธศาสตร์และการวางแผนพัฒนาสังคม. (ร่าง) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการพัฒนาประเทศ. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2551.

2) สถานการณ์ปัญหาสุขภาพกายและจิต

เมื่ออายุพ้นวัยเด็กขึ้นมา โรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุกลายเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทย (ตาราง 4.2) ซึ่งแท้จริงแล้วสามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้ โรคสำคัญในกลุ่มโรคไม่ติดต่อคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง และมะเร็ง ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำรงชีวิตภายใต้กระแสวัตถุนิยมและบริโภคนิยมที่เลียนแบบตะวันตก พฤติกรรมและภาวะส่วนบุคคลที่บั่นทอนสุขภาพโดยสรุปคือ การบริโภคที่ไม่เหมาะสม (บริโภคผักผลไม้ไม่พอ บริโภคเกิน บริโภคอาหารด้อยคุณค่าทางโภชนาการ บริโภคอาหารรสหวานเค็มและมันมากเกินไป สูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) การออกกำลังกายไม่เพียงพอ เครียดและทุกข์ใจ และภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน² ประกอบกับ

เจตนารมณ์ประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๒ หมวด ๔ การสร้างเสริมสุขภาพ โดย ทพ.ญ.เพ็ญแข ลามยัง

สภาพแวดล้อมที่คุกคามสุขภาพเช่น การผลิตผักผลไม้อาหารที่ด้อยคุณภาพและไม่ปลอดภัย ผลภาวะ
การแพทย์ที่เน้นเทคโนโลยีและยามากกว่าการป้องกัน ทำให้มีความเสี่ยงและเป็นโรคกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น

ตาราง 4.2 ร้อยละของภาระโรคและการบาดเจ็บรายกลุ่มโรค พ.ศ. 2547 จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มโรค	กลุ่มอายุ (ปี)					รวม
	0-4	5-14	15-44	45-59	60+	
โรคติดต่อ	55.3	33.6	25.6	14.6	10.3	20.2
โรคไม่ติดต่อ	32.9	34.7	50.7	73.7	85.8	65.1
อุบัติเหตุ	11.7	31.6	23.7	11.7	3.9	14.8

ที่มา : เรียบเรียงจาก รายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2547.¹¹

เนื่องจากการประกอบการเชิงพาณิชย์ไม่จำเป็นต้องคำนึงถึงผลกระทบ
ย่อมเบียดเบียนผู้บริโภค/สิ่งแวดล้อม/ทรัพยากรธรรมชาติเช่น การใส่สารอันตรายในอุตสาหกรรมอาหาร (สาร
ฟอกขาว สารกันบูด สารแต่งสีแต่งรส เมลามีน) การลดสารเคมีในภาคเกษตรจะเกิดประโยชน์แบบ
องค์รวมคือ สุขภาพของเกษตรกร (ลดการเจ็บป่วยจากสารเคมี: occupational health) สุขภาพของ
ผู้บริโภค (ลดการเจ็บป่วยจากสารตกค้างเช่น มะเร็ง : prevention) และสิ่งแวดล้อม (ลดการปนเปื้อน
สารเคมีในดิน/แหล่งน้ำ และลดปริมาณขยะเปียก/มูลสัตว์จากการนำไปทำเป็นปุ๋ยอินทรีย์) และลดรายจ่าย
ของเกษตรกร (ค่าสารเคมี ค่ารักษา) ตามมาด้วยการลดภาระงานรักษาและรายจ่ายของภาคสาธารณสุข

มาตรการและการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างครอบคลุมครบถ้วนในระดับ ครอบครัว ชุมชน
ท้องถิ่น และประเทศ มีแนวทางดังตาราง 4.3

ตาราง 4.3 มาตราการสร้างเสริมสุขภาพ จำแนกตามระดับการดำเนินงาน

กลุ่มเป้าหมาย	หลักการ	กลไกการศึกษา แลกเปลี่ยนเรียนรู้	บริการฐานชุมชน	กลไกการทำงานระดับชุมชนและกลไกสนับสนุน/ประสาน
1. ระดับชุมชน (ตามพื้นที่) ♥ ชนบท ♥ เมือง	1. ชุมชนปลอดภัย 2. ที่ทำงานอยู่ 3. อนุรักษ์ ทรัพยากร ธรรมชาติ/ สิ่งแวดล้อม	1. การดำรงชีวิตประกอบอาชีพ การทำงาน มีสำนึกสาธารณะ เพื่อความปลอดภัยของผู้ทำงานเอง และชุมชนสังคม -การเกษตรอินทรีย์ -การผลิตสินค้าและบริการที่รับผิดชอบต่อผู้บริโภค สังคมและสิ่งแวดล้อม 2. การจัดทำศูนย์ข้อมูล ชุมชนเข้มแข็งในด้านต่างๆ ในระดับจังหวัด	ชุมชนที่มีการจัดการ วิสาหกิจชุมชน สถาน ประกอบและการและอุตสาหกรรม ได้ดี เป็นแหล่งเรียนรู้ (ปัจจุบันมีศูนย์เรียนรู้ชุมชน เข้มแข็ง)	1. บุรณาการความคิดและความร่วมมือระดับพื้นที่: อปท. ภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงต่างๆ (สาธารณสุข พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม มหาดไทย คลัง อุตสาหกรรม พาณิชย์) กรมการชุมชน สมาพันธ์สมาคม/ชมรมอาชีพ ผู้ประ- กอบการ นักวิชาการ และกลุ่มผู้บริโภค เป็นต้น 2. มีตัวแทนอาชีพและกลุ่มต่างๆ ของชุมชนอยู่ในโครงสร้างกรรมการระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด: เพื่อให้เกิดเครือข่ายอาชีพ เด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ สตรี/แม่บ้าน 2.1 เป็นกลไกสะท้อนปัญหา/ความต้องการ ของแต่ละกลุ่มย่อยในสังคม 2.2 ร่วมให้ความเห็นชอบต่อกิจกรรม กิจกรรม การผลิต การประกอบการที่จะเกิดขึ้น หรือเกิดขึ้นแล้วในระดับ หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด 3. KM ผ่านช่องทางสื่อสารอื่นๆ เพื่อสนับสนุน ส่งเสริม ยกย่องชุมชนที่จัดการวิสาหกิจชุมชนและสถานประกอบการได้ 4. ส่งเสริมยกย่องวิสาหกิจชุมชนและสถานประกอบการ ที่มีสำนึกสาธารณะ (Corporate Social Responsibility) 5. มีกลไกการรับฟังความเห็นจากตัวแทนชุมชนเมื่อจะเข้ามาประกอบการในชุมชน
2. ระดับครอบครัว (Family Level) ♥ หญิงมีครรภ์ ♥ เด็กเล็ก	1. ชุมชนปลอดภัย 2. ชุมชนสังคม สนับสนุนให้ ครอบครัวเข้มแข็ง 3. ครอบครัวมีส่วน	1. ทักษะพ่อแม่ในการ -การดูแลครรภ์ -การเลี้ยงดูเด็ก โภชนาการ เน้นนมแม่ถึง 6 เดือน -การกระตุ้นพัฒนาการเด็ก	-คลินิกดูแลก่อนคลอด (ANC), คลินิกเด็กดี (WBC), คลินิกสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรค (EPI) -บริการในศูนย์เด็ก/ ร.ร.	1. บุรณาการความคิดและความร่วมมือ (อาจรวมถึงงบประมาณ)ระหว่างชุมชน อปท. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผ่านแผนยุทธศาสตร์เด็ก/ผู้สูงอายุ แผนชุมชน ฯ 2. ชุมชนและภาคีรัฐทุกระดับสนับสนุนการรวมตัวของกลุ่มเด็กและเยาวชน และสนับสนุนงบประมาณในการทำกิจกรรมตามความสนใจ กีฬา หรือกิจกรรมสร้างสรรค์

กลุ่มเป้าหมาย	หลักการ	กลไกการศึกษา แลกเปลี่ยนเรียนรู้	บริการฐานชุมชน	กลไกการทำงานระดับชุมชนและกลไกสนับสนุน/ประสาน
• เด็กวัยเรียน • วัยรุ่น	ร่วมในกิจกรรมชุมชน	- อนามัยทั่วไป - ความปลอดภัยในครอบครัว - รับฟัง ส่งเสริมกิจกรรมสร้างสรรค์ - การบริโภคอาหาร - อนามัยทั่วไป - เพศสภาวะ (sexuality): - ความเท่าเทียมทางเพศ (gender equality) 2.ทักษะของเด็กและเยาวชน - กิจกรรมในชีวิตประจำวันใน - บ้าน ร.ร. และชุมชน - การปรับตัวที่ ร.ร./การเรียนรู้ - การปกป้องตัวเองจาก - อุบัติเหตุ ภัยคุกคาม การถูก - ล่วงละเมิดทางเพศ - sexuality - gender equality 3. ภาวะฉลาดทางอารมณ์ - ในกลุ่มเด็กและเยาวชน - ความภาคภูมิใจในตนเอง - รักตัวเอง/รักครอบครัว/	- กิจกรรมส่งเสริมภาวะฉลาดทางอารมณ์/ทางปัญญา (Emotional/Intellectual Quotient) - พัฒนาการและสุขภาพตามวัย - (ค่ายทักษะชีวิต ค่ายวิชาการ ทัดสินศึกษา การแข่งขันกีฬา การประกวดที่ใช้ทักษะความสามารถพิเศษต่างๆ)	3. สนับสนุนและเปิดโอกาสให้กลุ่มเด็กและเยาวชนมีบทบาทในกิจกรรมระดับชุมชนท้องถิ่น อำเภอ จังหวัด

กลุ่มเป้าหมาย	หลักการ	กลไกการศึกษา แลกเปลี่ยนเรียนรู้	บริการฐานชุมชน	กลไกการทำงานระดับชุมชนและกลไกสนับสนุน/ประสาน
♣วัยทำงาน ♣วัยสูงอายุ		ชุมชน -ทำกิจกรรม/ฝึกทักษะการทำงานร่วมกับผู้ใหญ่ -ฝึกเลี้ยงยาเสพติด 4. ความรู้และทักษะผู้ใหญ่ -การบริโภคอาหาร -สุขภาพอนามัยทั่วไป -sexuality -gender equality -การปกป้องตัวเองจากการถูกละเมิดทางเพศ ไรคดีต่อทางเพศสัมพันธ์ อุบัติภัย ภัยชุมชน 5. ภาวะฉลาดทางอารมณ์ ในวัยผู้ใหญ่ -การปรับตัวในที่ทำงาน -การเลือกคบเพื่อน -การจัดการกับปัญหา -การบำบัดความเครียด		
3.ระดับ สถานศึกษา	ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและสนับสนุนสถานศึกษา	1.ทักษะของเด็กและเยาวชน -กิจกรรมในชีวิตประจำวันในบ้าน โรงเรียน และชุมชน -การปรับตัว/ร.ร./การเรียน		1. สนับสนุนการรวมตัวของกลุ่มเด็กและเยาวชน ในการทำกิจกรรมตามความสนใจกีฬา หรือกิจกรรมสร้างสรรค์ของกลุ่มเด็กและเยาวชน 2. สนับสนุนและเปิดโอกาสให้กลุ่มเด็กและเยาวชนมีบทบาทในกิจกรรมของสถานศึกษา

กลุ่มเป้าหมาย	หลักการ	กลไกการศึกษา แลกเปลี่ยนเรียนรู้	บริการฐานชุมชน	กลไกการทำงานระดับชุมชนและกลไกสนับสนุน/ประสาน
		- การปกป้องตัวเองจากอุบัติเหตุบาดเจ็บ และการถูกล่วงละเมิดทางเพศ - sexuality - gender equality 2. ภาวะฉลาดทางอารมณ์ในกลุ่มเด็กและเยาวชน - ความภาคภูมิใจในตน รักตัวเอง/ครอบครัว/โรงเรียน/ชุมชน - การทำกิจกรรม/ฝึกทักษะการทำงานร่วมกับผู้ใหญ่ - การหลีกเลี่ยงยาเสพติด		
4. ระดับสถานประกอบการ	ชุมชน รัฐ และสังคม พึ่งกำกับดูแลให้ - สถานประกอบการ/ที่ทำงานนำอยู่ - สถานประกอบการ/ที่ทำงาน/กิจกรรมต่างๆ เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ชุมชน และผู้บริโภค	1. สร้างสำนึกสาธารณะและมีความรับผิดชอบต่อเพื่อนมนุษย์ พนักงาน/ลูกจ้าง สังคมและสิ่งแวดล้อม 2. ดำเนินกิจกรรมต่างๆ และผลิตสินค้าและบริการอย่างรับผิดชอบต่อสังคมและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม	วิสาหกิจชุมชนและสถานประกอบการที่มีความรับผิดชอบต่อสังคมเป็นแหล่งเรียนรู้	1. บุรณาการความคิดและความร่วมมือระดับพื้นที่: อปท. ชุมชน (สมาคมฯ ชมรม) ผู้ประกอบการ นักวิชาการ และผู้บริโภค 2. การจัดการความรู้ ผ่านช่องทางสื่อสารอื่นๆ เพื่อสนับสนุน ส่งเสริม วิสาหกิจชุมชนและสถานประกอบการที่มีความรับผิดชอบต่อสังคม 3. มีกลไกการรับฟังความเห็นจากตัวแทนชุมชนและครอบครัวในการดำเนินการศึกษา/บริการ/ประกอบการที่เกี่ยวข้องกับเด็กเยาวชน และชุมชน

กลุ่มเป้าหมาย	หลักการ	กลไกการศึกษา แลกเปลี่ยนเรียนรู้	บริการฐานชุมชน	กลไกการทำงานระดับชุมชนและกลไกสนับสนุน/ประสาน
5.ระดับประเทศ (เป็นการสร้าง กระแส และ อุดมการณ์ของ สังคม)	ภาครัฐและเอกชน ส่งเสริม สนับสนุน ด้านวิชาการและ งบประมาณในการ พัฒนาความเข้ม- แข็งของชุมชนด้าน ชีวิตความเป็นอยู่ และด้านสุขภาพ	ภาครัฐและเอกชนส่งเสริม สนับสนุนแนวคิดและ อุดมการณ์ - เงินทองเป็นของมายา - อยู่ดีมีสุข - อยู่เย็นเป็นสุข - การพึ่งตนเอง ชีวิตพอเพียง - สุขภาพดีไม่มีขาย - มนุษย์มีศักยภาพในการ ดูแลสุขภาพตนเอง	-	1.บูรณาการความคิด: ภาครัฐ เอกชน และประชาชนเพื่อ -ปรับทัศนคติของผู้คนในการดำรงชีวิตและประกอบอาชีพ ลดการพึ่งพาแพทย์หรือ บริการที่ไม่จำเป็น -พัฒนานโยบาย/มาตรการที่สอดคล้องและสนับสนุนสุขภาพของสังคมไทย 2. บังคับใช้กฎหมายหรือพิทักษ์สิทธิชุมชน/บุคคล ด้วยพลังชุมชน/ พลังผู้บริโภคพลัง ประชาชน

ที่มา: คณะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ. 2551.

ข้อ ๓๑ ให้รัฐจัดให้มีแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์แบบมีส่วนร่วม และสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนให้เป็นรูปธรรม

ให้รัฐสนับสนุนให้มีการพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ด้วย

เมื่อใช้เกณฑ์จำนวนปีที่สูญเสียสุขภาพ (DALYs) โรคเอดส์ก่อให้เกิดภาระโรค (burden of disease) อันดับหนึ่งในเพศชายและเป็นอันดับสองในเพศหญิง (ตาราง 4.4) และเป็นอันดับหนึ่งเมื่อพิจารณารวมทั้งสองเพศทั้งใน พ.ศ. 2542 และ 2547 โรคเอดส์มีสาเหตุของการติดเชื้อ เรียงจากมากไปน้อยคือ เพศสัมพันธ์ การฉีดยาเสพติดเข้าเส้น ไม่ทราบสาเหตุ ติดเชื้อจากมารดา และรับเลือด ร้อยละ 79.28, 10.74, 6.31, 3.65 และ 0.02 ตามลำดับ ผู้ป่วยเอดส์มีโอกาสติดเชื้อจากโรคแทรกซ้อนเช่น วัณโรค ปอดบวม เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา หลอดอาหารอักเสบจากเชื้อรา¹¹ จากรายงานของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานครจนถึงวันที่ 30 เมษายน 2551 พบว่า ผู้ป่วยในกรุงเทพมหานครอยู่ในวัยทำงาน และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด¹² และการที่เชื้อแพร่จากมารดาสู่เด็กในครรภ์ได้ ทำให้โรคนี้นี้ ผลกระทบสูงในทางสังคม

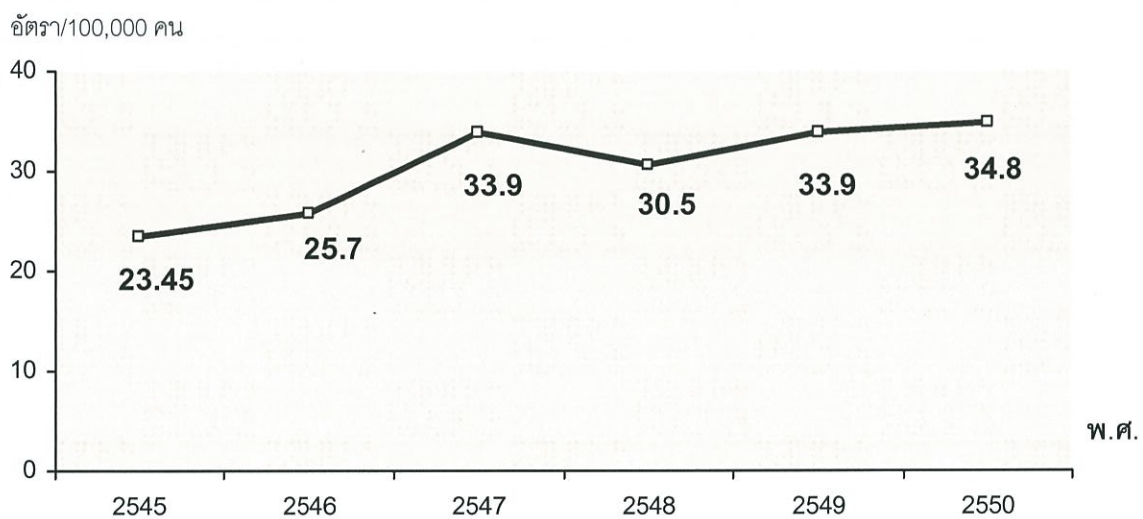
ตาราง 4.4 จำนวนปีที่สูญเสียสุขภาพของคนไทย รายโรค พ.ศ. 2547 จำแนกตามเพศ

โรคและการบาดเจ็บ	เพศชาย DALY (*1,000 ปี)	โรคและการบาดเจ็บ	เพศหญิง DALY (*1,000 ปี)
1. โรคเอดส์	645	1. โรคหลอดเลือดสมอง	313
2. อุบัติเหตุจราจร	584	2. โรคเอดส์	291
3. โรคหลอดเลือดสมอง	332	3. โรคเบาหวาน	271
4. ติดแอลกอฮอล์	332	4. โรคซึมเศร้า	191
5. มะเร็งตับและท่อน้ำดี	280	5. โรคหัวใจขาดเลือด	142
6. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	187	6. อุบัติเหตุจราจร	125
7. โรคหัวใจขาดเลือด	184	7. มะเร็งตับและท่อน้ำดี	124
8. โรคเบาหวาน	175	8. ข้อเข่าเสื่อม	118
9. ตับแข็ง	144	9. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	115
10. โรคซึมเศร้า	137	10. ต้อกระจก	111
รวม	3,000	รวม	1,801

ที่มา : เรียบเรียงจาก รายงานผลการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2547.¹¹

การสำรวจของกระทรวงวัฒนธรรมพบว่า ประชาชนมีความเห็นว่า สังคมไทยมีปัญหาที่ต้องเร่งแก้ไข เช่น การแต่งกายของวัยรุ่น (ส่อไปทางยั่วเย้าทางเพศ) คุณธรรม/จริยธรรม/จิตสำนึก ความกตัญญู การสืบสานวัฒนธรรมประเพณี อบรมมุข การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร วัฒนธรรมไทยถูกกลืน สื่อเผยแพร่ภาพและเนื้อหาไม่เหมาะสม และความเสื่อมทางศาสนา ด้านพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มวัยรุ่น พบว่า ร้อยละ 17 และ 8.7 ของกลุ่มวัยรุ่นชายและหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์ โดยร้อยละ 79.8 ของวัยรุ่นชายมีเพศสัมพันธ์กับคนรักหรือแฟน ร้อยละ 62.5 ของวัยรุ่นหญิงมีเพศสัมพันธ์แบบสมัครใจ การใช้ถุงยางอนามัยมีเพียงร้อยละ 46.9 และ 39.1 ในวัยรุ่นชายและหญิง ตามลำดับ สาเหตุของการมีเพศสัมพันธ์ได้แก่ การดูหนังหรือวิดีโอโป๊ของนักเรียนชายร้อยละ 81.7 นักเรียนหญิงดูหนังหรือวิดีโอโป๊ร้อยละ 48.3 นักเรียนชายเข้าเว็บไซต์โป๊ร้อยละ 53 นักเรียนหญิงเข้าเว็บไซต์โป๊ร้อยละ 17.9 นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กนักเรียนมัธยมปีที่ 2 ทั้งชายและหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์แล้วและใช้ถุงยางอนามัยในระดับต่ำ ในกลุ่มเยาวชนซึ่งอายุมากขึ้นมีเพศสัมพันธ์ในสัดส่วนมากขึ้น แต่การใช้ถุงยางอนามัยยังอยู่ในระดับต่ำ¹³ ส่งผลให้อัตราป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มสูงขึ้น (ภาพ 4.4)

ภาพ 4.4 อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น อายุ 10-24 ปีต่อประชากรแสนคน

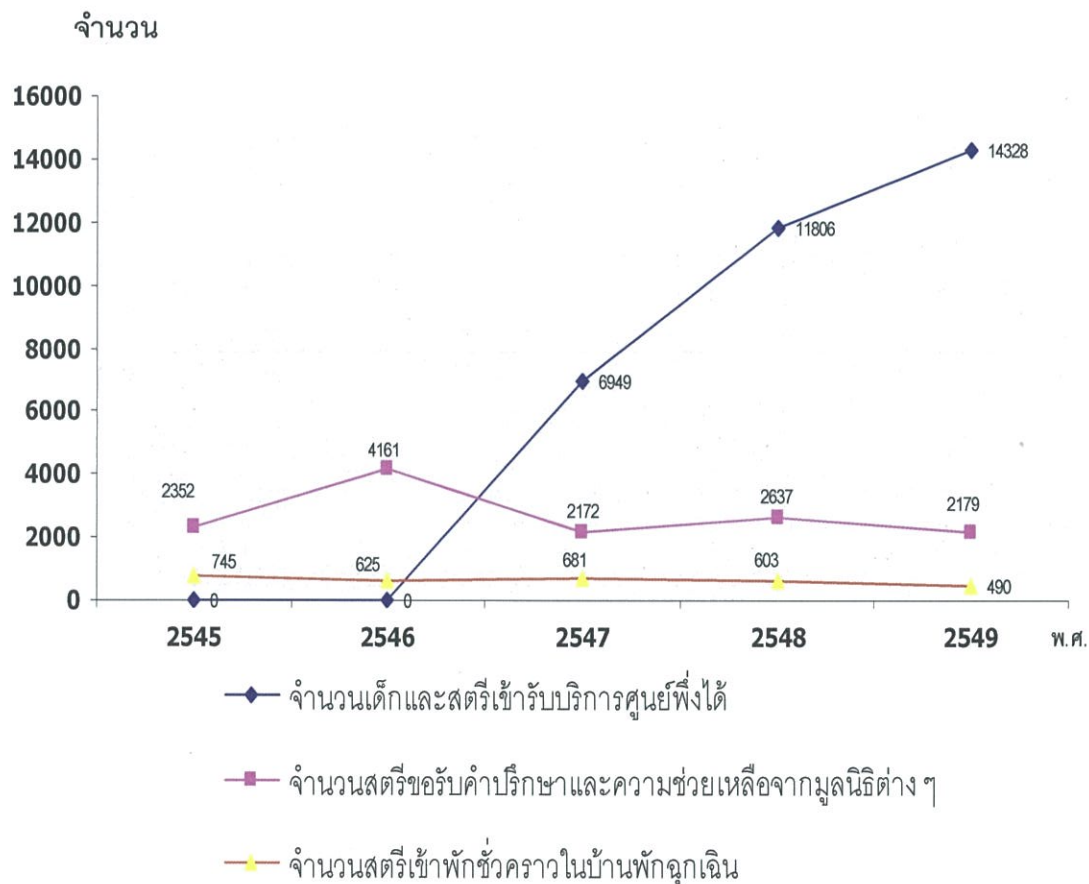


ที่มา : สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

ในระดับครอบครัว นิตยา พิริยะพงศ์พันธ์ มุลนิธิผู้หญิง รายงานสถานการณ์ข่าวความรุนแรงในครอบครัว จากการรวบรวมข่าวหนังสือพิมพ์ 6 ฉบับ (ข่าวสด ไทยรัฐ เดลินิวส์ คมชัดลึก มติชน และกรุงเทพธุรกิจ) ใน พ.ศ. 2551 พบว่าจากจำนวนข่าวความรุนแรงในครอบครัวทั้งสิ้น 426 ชิ้นจำแนกได้ 7 ประเภทคือ การฆ่ากัน (181 ชิ้น) การฆ่าตัวตาย (103 ชิ้น) เด็กทารกถูกทิ้ง (52 ชิ้น) การทำร้ายกัน (39 ชิ้น) การละเมิดทางเพศคนในครอบครัว (20 ชิ้น) การฟ้องร้องในครอบครัวและเครือญาติ (3 ชิ้น) และอื่นๆ (28 ชิ้น) โดยเป็นเหตุการณ์ที่มีแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยกระตุ้นถึงร้อยละ 22¹⁴

จากภาพ 4.5 จำนวนเด็กและสตรีเข้ารับบริการในศูนย์พึ่งได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากจำนวน 6,949 ใน พ.ศ. 2546- 2549 เพิ่มขึ้นเป็น 14,328 ราย ส่วนจำนวนสตรีขอรับคำปรึกษาและความช่วยเหลือจากมูลนิธิต่าง ๆ และจำนวนสตรีที่พักชั่วคราวในบ้านพักฉุกเฉิน มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ ตั้งแต่ พ.ศ.2545 - 2549

ภาพ 4.5 จำนวนเด็กและสตรีประสบเหตุความรุนแรงในครอบครัว



- ที่มา :
1. สำนักพัฒนาระบบและบริการสุขภาพ
 2. จำนวนสตรีขอรับคำปรึกษาและความช่วยเหลือจากมูลนิธิต่าง ๆ
 3. จำนวนสตรีเข้าพักชั่วคราวในบ้านพักฉุกเฉิน

เจตนารมณ์ประกอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๒ หมวด ๔ การสร้างเสริมสุขภาพ โดย ทพ.ญ.เพ็ญแข ลากยัง

ดังนั้นเพื่อเป็นช่องทางในการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์
เนื่องจากเป็นปัญหาสำคัญและรุนแรงเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน จนกลายเป็นปัญหา
สังคม จำเป็นต้องมีนโยบายและการบริหารจัดการเฉพาะ

เอกสารอ้างอิง

- ¹ World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. [on line] [cited 2009 Mar 9] Available from: URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>
- ² เสรี พงศ์พิศ. ร้อยคำที่ควรรู้. [on line] [สืบค้นเมื่อ 9 มี.ค. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: http://www.phongphit.com/index.php?option=com_content&task=view&id=316&Itemid=52.
- ³ คณะกรรมการอำนวยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และคณะกรรมการดำเนิน การลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. ภาควิชา 2 ประชุม แนวคิด และยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย. ใน ร่าง แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย (Thailand Healthy Lifestyle Strategic Plan).พ.ศ. 2550-2559. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ/ กระทรวงสาธารณสุข/ สถาบันวิจัยและโภชนาการมหิดล. 2551. หน้า 20-32.
- ⁴ สมศักดิ์ สามีคศิริธรรม. ปัญหาแรงงานในประเทศไทย. ศูนย์วิจัยและผลิตตำรา มหาวิทยาลัยเกริก: Mild Publishing; 2538.
- ⁵ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สต็อกทุนของประเทศไทย ฉบับ พ.ศ. 2549. 2551. ISBN 974-8047-72-5.
- ⁶ นักวิชาการระบุพืชผักผลไม้พันธุ์พื้นเมืองไทยหลายชนิดเสี่ยงสูญพันธุ์. หนังสือพิมพ์ฐานเศรษฐกิจ ฉบับที่ 2324 [on line] 23 พฤษภาคม 2551 [สืบค้นเมื่อ 23 พ.ค. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: http://www.thannews.th.com/view_newstoday.php?id=51004094.
- ⁷ อุชาวดี ถาวรละ. ยุงลายพาหะโรคไข้เลือดออก ใน ชีวิตวิทยานิเวศวิทยาและการควบคุมยุงในประเทศไทย. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์: บริษัทดีไซร์จำกัด 2548. หน้า 1-41.
- ⁸ สธ.วันโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนระบาดหนักเผย 79% มาจากสัตว์เลี้ยง. ผู้จัดการออนไลน์. [on line] 15 พฤษภาคม 2551 [สืบค้นเมื่อ 15 พ.ค. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: http://www.moph.go.th/ops/iprg/iprg_new/include/admin_hotnew/show_hotnew.
- ⁹ อีก 10 ปี กทม.จะเป็นเมืองได้ปลอดหากอุนหมูเพิ่มขึ้น 2-6 องศา. หนังสือพิมพ์คมชัดลึก. [on line] 20 พฤษภาคม 2551 [สืบค้นเมื่อ 20 พ.ค. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: http://www.comchadluek.net/2008/05/20/x_satq010202782.php?newsid=202782.
- ¹⁰ ชาวอเมริกันนำโด่งปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์. หนังสือพิมพ์ข่าวสด. [on line] 18 มิถุนายน 2551 [สืบค้นเมื่อ 18 มิ.ย. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: http://www.matichon.co.th/khaosod/view_news.php?newsid=TUROMFpXTXdNakU0TURZMU1RPT0=§ionid=TURNuU5nPT0=&day=TWpBd09DMHdOaTB4T0E9PQ==.
- ¹¹ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานผลการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2547. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข 2550.
- ¹² สรุปผู้ป่วยเอดส์วัยทำงานมากที่สุด. หนังสือพิมพ์มติชน. [on line] 21 พฤษภาคม 2551. [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 พ.ค. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: http://www.matichon.co.th/matichon/matichon_detail.php?s_tag=011if03210551&day=2008-05-21§ionid=0132.

- ¹³ แดสังคมไทยฟอนเฟะ ม.2 เริ่มมีเช็กซ์. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ. [on line] 3 กันยายน 2551 [สืบค้นเมื่อ 3 ก.ย. 2551]. แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.thairath.co.th/news.php?section=education&content=102708>.
- ¹⁴ เผยปี 51 ชาวความรุนแรงในครอบครัวสูงเฉียด 500 กรณี ที่ "เหล้า" ตัวกระตุ้นหลัก. ผู้จัดการออนไลน์. [on line] 27 เมษายน 2552 (สืบค้นเมื่อ 28 เม.ย. 2552). แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9520000047239>.

ร่าง บันทึkJเจตนารมณ์ประกอบ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒

หมวด ๕

การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

นิยามศัพท์

ข้อ ๓ ในธรรมนูญนี้

การป้องกันโรค หมายความว่า การกระทำหรือดกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคและการป้องกันไม่ให้กลับเป็นซ้ำในกรณีที่หายจากการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคแล้ว สามารถแบ่งออกได้เป็น ๓ ระดับ คือ การป้องกันก่อนการเกิดโรคหรือก่อนการเจ็บป่วยการป้องกันโรคในระยะที่เกิดโรคหรือเจ็บป่วยขึ้นแล้ว และการป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพเมื่อหายจากการเจ็บป่วยแล้ว

การควบคุมโรค หมายความว่า การควบคุมโรคระบาด โรคติดต่อ โรคติดต่ออันตรายต่างๆ รวมทั้งโรคที่เกิดจากการปนเปื้อนของสารต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมและอาหาร และโรคอื่นๆที่สามารถลดความสูญเสียสุขภาพ ชีวิตและทรัพยากรได้หากมีการตรวจพบแต่เนิ่นๆ

การป้องกันและการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ หมายความว่า การจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและชีวภาพ เชื้อโรค สารเคมี ภัยธรรมชาติรวมทั้งระบบต่างๆในสังคมเพื่อควบคุมปัจจัยดังกล่าว ให้มีผลเสียต่อสุขภาพน้อยที่สุดรวมทั้งการสร้างปัจจัยที่เอื้อต่อการมีสุขภาพด้วย

เจตนารมณ์ของหมวดนี้ เพื่อให้เกิดการจัดการแบบบูรณาการ ตั้งแต่การป้องกันโรค การควบคุมโรค การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ รวมทั้งการสนับสนุนปัจจัยที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

ขอบเขตของหมวดนี้ครอบคลุมถึงปัจจัยต่างๆ ทั้งทางกายภาพ ชีวภาพ เชื้อโรค สารเคมี ภัยธรรมชาติ รวมถึงระบบต่างๆ ในสังคมที่เป็นผลเสียหรือเป็นภัยต่อสุขภาพ โดยการป้องกันโรค ควบคุมโรค และการจัดการปัจจัยเหล่านั้น มิให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งการป้องกันนั้น หมายถึงรวมถึงการสร้างปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดีด้วย ทั้งนี้

ความหมายของการป้องกันโรค หมายความว่า ถึง การกระทำหรือดกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคแล้วและการป้องกันไม่ให้กลับเป็นซ้ำในกรณีที่หายจากการเจ็บป่วยเป็นโรคแล้ว รวมทั้งระบบเฝ้าระวังปัจจัยคุกคามนั้นด้วย โดยสามารถแบ่งระดับออกเป็น ๓ ระดับ คือ

๑) การป้องกันก่อนการเกิดโรคหรือก่อนการเจ็บป่วย หมายถึง การกระทำหรือการงดการกระทำใดๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเป็นโรคหรือเกิดการเจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยได้ง่าย เช่น การระวังไม่ให้ยุ่งลายกัดเพื่อป้องกันไม่ให้เป็นโรคไข้เลือดออก การฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด เป็นต้น

๒) การป้องกันโรคในระยะเวลาที่เกิดโรคหรือเจ็บป่วยขึ้นแล้ว หมายถึง การกระทำหรือการงดการกระทำใดๆ เพื่อจะทำให้อาการเจ็บป่วยจากโรคที่เป็นอยู่นั้นไม่รุนแรงมากขึ้น หรือหายป่วยจากโรคนั้นโดยเร็วที่สุด รวมทั้งการกินยาเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน และการปฏิบัติตามที่แพทย์สั่งเมื่อป่วย เช่น หลังผ่าตัดควรมีการเคลื่อนไหวร่างกายบ่อยๆ เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน เป็นต้น

๓) การป้องกันโรคเมื่อหายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคแล้ว หมายถึง การกระทำหรือการงดการกระทำใดๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยหรือเกิดเป็นโรคนั้นซ้ำอีกภายหลัง

คำจำกัดความของการควบคุมโรค ให้ความรวมถึง การควบคุมโรคระบาด โรคติดต่ออันตรายต่างๆ รวมทั้งโรคที่เกิดจากการปนเปื้อนของสารต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมและอาหาร และโรคอื่นๆ ที่สามารถลดความสูญเสียชีวิตและทรัพยากรได้ หากมีการตรวจพบแต่เนิ่นๆ เช่น โรคมะเร็งบางชนิด โรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม โรคที่เป็นมาแต่กำเนิดบางชนิด

ความหมายของปัจจัยคุกคามสุขภาพ ให้ความรวมถึง สิ่งแวดล้อม สถานการณ์และบริบททางเศรษฐกิจและสังคมที่บั่นทอนทางร่างกาย จิตใจหรือสังคม อาจแบ่งเป็นกลุ่มได้ดังนี้

๑. มลภาวะด้านสิ่งแวดล้อม อันได้แก่ มลภาวะทางดิน น้ำ อากาศ แสง เสียง รังสี ความร้อน ความสั่นสะเทือน ฝุ่นละออง เชื้อรา เถ้า ของเสีย หรือสิ่งมีพิษอื่นๆ
๒. ภัยพิบัติจากธรรมชาติสิ่งแวดล้อมหรือมลภาวะที่อาจวิฤติเป็นครั้งคราว รวมถึงอุบัติเหตุ
๓. โรคอุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำที่อาจระบาดข้ามประเทศจากสภาพสังคมเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไป
๔. ความรุนแรงในครอบครัว สถานศึกษาและสังคม
๕. ความไม่เท่าเทียมกันทางเศรษฐกิจ การค้าที่ไม่เป็นธรรม หรือการใช้มาตรการบังคับนำไปสู่การผลิต/การประกอบการที่ไม่เป็นธรรมหรือไม่มีคุณธรรม ในระดับพื้นที่ประเทศ หรือระหว่างประเทศ
๖. ความไม่เท่าเทียมทางสังคมส่งผลถึงการเข้าถึงบริการภาครัฐหรือการได้รับประโยชน์จากสวัสดิการสังคม
๗. ความไม่รู้เท่าทันต่อสถานการณ์ใหม่ๆ การไม่ได้รับทราบข้อมูลข่าวสารสำคัญ ทำให้ขาดศักยภาพในการตัดสินใจและจัดการตนเองอย่างเหมาะสม ขาดโอกาสในการ

ได้รับประโยชน์จากระบบเศรษฐกิจ/สวัสดิการสังคม/เทคโนโลยีใหม่ๆ หรือตกอยู่ใน
กระแสบริโภคนิยม

ดังนั้น ปัจจัยที่คุกคามสุขภาพที่เขียนไว้ นอกจากเป็นปัจจัยทางกายภาพแล้ว ยังหมาย
รวมถึงระบบต่างๆ ในสังคม เช่น ความยากจน ความเสมอภาคทางเพศ ทุนนิยม บริโภคนิยม การ
เคลื่อนย้ายแรงงาน ก็เป็นปัจจัยคุกคามสุขภาพด้วย ตามกฎบัตรกรุงเทพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพใน
โลกยุคโลกาภิวัตน์ ในปัจจุบันปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพหมายถึง ความเหลื่อมล้ำ
ทางเศรษฐกิจและสังคมที่เพิ่มขึ้นภายในประเทศและระหว่างประเทศ รูปแบบใหม่ของการบริโภค
และการสื่อสาร การประกอบธุรกิจ ความเสื่อมโทรมของสภาพแวดล้อมโลก และความเป็นเมือง

หลักการ

ข้อ ๓๒ บุคคลมีสิทธิดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ได้รับการ
ป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน ทันทต่อการเกิดเหตุฉุกเฉิน โดยให้
ถือเป็นภาระหน้าที่ร่วมกันของทุกภาคส่วน ทุกระดับ โดยการใช้มาตรการเชิงรุกที่มีธรรมาภิบาล
บนพื้นฐานแห่งดุลยภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ภายใต้แนวปรัชญาเศรษฐกิจ
พอเพียง

เจตนารมณ์ เพื่อแสดงถึงสิทธิของบุคคลที่จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมและ
สภาพแวดล้อมที่ดี เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และได้รับการคุ้มครองเพื่อสิทธินั้น

ปรัชญาพื้นฐานของหลักการเรื่องนี้ คือ

๑. สิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ พึงได้ดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อ
ต่อการมีสุขภาพดี และได้รับการคุ้มครองอย่างทั่วถึงครอบคลุมทุกระดับ อย่างเท่าเทียมและทันต่อ
เหตุการณ์

๒. สภาพาสีงแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน จะต้องอยู่ใน
ดุลยภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ภายใต้แนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง บนพื้นฐาน
ของการเสริมสร้างวิถีชีวิตที่มีเหตุผล รู้จักพอประมาณ ไม่หลงไปตามกระแสการบริโภคนิยม
หลีกเลี่ยงและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ และเน้นการพัฒนาแบบยั่งยืน โดยด้านอุตสาหกรรม
จะเน้นความเป็นมิตรระหว่างคนกับคน คนกับสิ่งแวดล้อม การไม่เบียดเบียนผู้อื่น และการ
รับผิดชอบต่อสังคม ส่วนด้านเกษตรกรรมก็เน้นพัฒนาเกษตรอินทรีย์ที่ไม่ทำลายคุณภาพ
สิ่งแวดล้อม รวมทั้งการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของชุมชนด้วย

๓. การสร้างและจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ถือเป็นภาระหน้าที่ร่วมกันของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรชุมชน ครอบครัว และบุคคล โดยรัฐต้องมีความเป็นเอกภาพในการจัดการ มีมาตรการเชิงรุกที่เน้นป้องกันไว้ก่อน ด้วยหลักการแบบธรรมาภิบาลที่มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ รวมทั้งการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมและสร้างภูมิคุ้มกันให้กับชุมชน ให้สามารถจัดการสภาพแวดล้อมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของชุมชนเองได้ด้วย

สำหรับประเด็นสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพที่สำคัญในปัจจุบัน จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาและการจัดการสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประกอบกิจกรรมบางประเภท ที่ก่อให้เกิดของเสียในรูปแบบต่างๆ กระบวนการผลิตในโรงงานอุตสาหกรรม การทำเหมืองแร่ การขนส่ง กิจกรรมการเกษตร การจัดเก็บวัตถุดิบหรือของเสียอันตราย เป็นต้น ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทั้งต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม และอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุจากการรั่วไหลของสารอันตราย/วัตถุดิบอันตราย ที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมด้านต่างๆ จนถึงสุขภาพของประชาชนทั้งแบบเฉียบพลัน (acute) และผลกระทบระยะยาว (chronic) รวมทั้งการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน ตัวอย่างผลกระทบที่ผ่านมา เช่น ผลกระทบจาก อุตสาหกรรมเหมืองแร่ คุณภาพอากาศ ขยะมูลฝอยของเสีย และสารพิษอันตรายจากอุตสาหกรรม ดังนี้

การประกอบกิจกรรมอุตสาหกรรมการทำเหมืองแร่และแร่แต่งแร่ สามารถส่งผลกระทบทำให้เกิดการปนเปื้อนของสารพิษในสิ่งแวดล้อมได้ ส่งผลให้พื้นที่ข้างเคียงเป็นพื้นที่เสี่ยงภัยที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ดังที่ได้เกิดมาแล้วหลายแห่งในประเทศไทยซึ่งผลกระทบต่อสุขภาพนั้น อาจตรวจไม่พบในระยะแรกแต่จะแสดงอาการได้ในระยะต่อมาหรือเมื่อได้สัมผัสสารพิษเป็นเวลานาน ในการดำเนินที่เกี่ยวกับภาครัฐได้มีการป้องกันและแก้ไขปัญหาการปนเปื้อนสารพิษจากกิจกรรมเหมืองแร่ ได้แก่ กลไกการจัดทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม การติดตามเฝ้าระวังคุณภาพสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการเฝ้าระวังปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากกิจกรรมเหมืองแร่ กฎระเบียบการจัดการฟื้นฟูพื้นที่ที่ผ่านการทำเหมือง และกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างเหตุการณ์การปนเปื้อนของโลหะหนักในน้ำและดิน ได้แก่ กรณีการปนเปื้อนของสารหนูในสิ่งแวดล้อมจากการประกอบกิจกรรมเหมืองดีบุกในอดีต โดยเฉพาะการปนเปื้อนของสารหนูที่ส่งผลให้เกิดการปนเปื้อนในน้ำผิวดินและน้ำใต้ดิน ในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดนครราชสีมา กรณีการปนเปื้อนของสารตะกั่วในลำห้วยคลิตี้และในดินที่บริเวณอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี กรณีการปนเปื้อนแคดเมียมในลำน้ำแม่ตาและในดินบริเวณอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

ปัญหามลพิษทางอากาศพบในหลายพื้นที่ มีสารพิษต่างๆ ปะปนอยู่ในอากาศในปริมาณที่เกินค่ามาตรฐาน ได้แก่ สารเคมีและฝุ่นละอองขนาดเล็กจากการขนส่งและการก่อสร้าง การผลิตของภาคอุตสาหกรรม เช่น โรงงานปูนซีเมนต์ โรงโม่หิน โรงงานผลิตสารเคมีต่างๆ เป็นต้น การเผาขยะ การเผาในที่โล่ง การเผาไหม้จากเครื่องยนต์ และกลิ่นเหม็นจากแหล่งทิ้งและกำจัดขยะ แม้ว่าภาครัฐมีนโยบายและมาตรการควบคุมและจัดการ แต่ที่ผ่านมายังเกิดปัญหามลพิษทางอากาศที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพระบบทางเดินหายใจของประชาชน เช่น กรณีโรงไฟฟ้าแม่เมาะจังหวัดลำปางที่ใช้ถ่านหินลิกไนต์เป็นเชื้อเพลิงในการผลิตไฟฟ้า กรณีการทำเหมืองหินตำบลหน้าพระลานอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี ทำให้เกิดปัญหาฝุ่นขนาดเล็ก กรณีการระเบิดและย่อยหินของเหมืองหินปูนบริเวณตำบลทุ่งหลวง อำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี รวมทั้งสารอินทรีย์ระเหยในพื้นที่นิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด และชุมชนใกล้เคียงอำเภอเมือง จังหวัดระยอง

ขยะมูลฝอยและของเสียอันตราย นับเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อมที่สำคัญของประเทศ มาโดยตลอด ทั้งปริมาณเพิ่มขึ้นของขยะมูลฝอยและของเสียอันตราย และระบบการจัดการขยะของเสียอันตรายที่ไม่เพียงพอ นอกจากนี้ การจัดการของเสียในปัจจุบันส่วนใหญ่ยังไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนของสารมลพิษในดิน การปนเปื้อนในแหล่งน้ำผิวดินและน้ำใต้ดิน และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในระยะยาว แม้ว่าภาครัฐจะมีการดำเนินมาตรการต่างๆ เช่น การเพิ่มประสิทธิภาพในการเก็บขน การส่งเสริมการรีไซเคิลนำขยะกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ การเพิ่มโครงการกำจัดขยะอย่างถูกสุขลักษณะ และการรณรงค์การคัดแยกขยะ แต่ยังมีปัญหาการจัดการขยะ มีการร้องเรียนจากประชาชนที่อาศัยในบริเวณใกล้เคียงกับแหล่งกำจัดขยะ เช่น ปัญหากลิ่นเหม็น การคัดค้านจากประชาชนที่อาศัยอยู่ในบริเวณพื้นที่ที่จะจัดทำเป็นแหล่งกำจัดขยะมูลฝอย เป็นต้น ตัวอย่างของปัญหาสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในบริเวณพื้นที่กำจัดขยะและของเสียอันตรายที่มีการฟ้องร้องดำเนินคดีความ ได้แก่ กรณีกลิ่นเหม็นจากน้ำเสียและจากหลุมฝังกลบขยะของโรงงานกำจัดของเสียอุตสาหกรรม อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว

การผลิตในภาคอุตสาหกรรมมีการใช้สารอันตรายหรือวัตถุอันตรายต่างๆ ซึ่งกิจกรรมในกระบวนการผลิต รวมทั้งการจัดเก็บและการขนส่งสารอันตราย เหล่านี้ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อชีวิตทรัพย์สิน และสิ่งแวดล้อม รวมถึงสุขภาพของประชาชนที่ได้รับสารเคมีในระยะยาว และผลกระทบต่อแบบฉบับพลันโดยอาจเกิดอุบัติเหตุในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การระเบิด ไฟไหม้ เป็นต้น แม้ว่าปัจจุบันภาครัฐจะให้ความสนใจในการควบคุมป้องกันภัยจากสารเคมีมากขึ้น มีแนวทางการลดความเสี่ยงและอันตรายจากสารเคมีทั้งในภาคเกษตรและอุตสาหกรรม เช่น การรื้อและระเบิดของรถบรรทุกแก๊สหุงต้มของบริษัท สยามแก๊ส พลิกคว่ำในกรุงเทพมหานคร การระเบิดของโปตัสเซียมคลอไรด์ที่จัดเก็บไว้ในโกดังของโรงงานลำไยในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ การรั่วไหลของสาร

กัมมันตภาพรังสีจากแท่งโคบอลต์-60 เนื่องจากการตัดแยกชิ้นส่วนแท่งโลหะที่มีสารกัมมันตภาพรังสีโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ทำให้มีผู้เสียชีวิตและเจ็บป่วย รวมถึงประชาชนที่อาศัยในบริเวณใกล้เคียงมีโอกาสเสี่ยงในการสัมผัสผลิตภัณฑ์กัมมันตภาพรังสี ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว

เป้าหมาย

ข้อ ๓๓ รัฐมีเอกภาพในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพที่เชื่อมโยงและประสานสอดคล้องกันทุกระดับ

ข้อ ๓๔ ชุมชนมีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในระดับพื้นที่

เจตนารมณ์ เพื่อให้คนไทยได้อยู่ดีมีสุข ภายใต้สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ จึงกำหนดเป้าหมาย ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยเน้นความเป็นเอกภาพของภาครัฐในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ที่เชื่อมโยงและสอดคล้องกันทุกระดับ และเน้นการสร้าง ความเข้มแข็งและมี ส่วนร่วมของชุมชนทุกภาคส่วน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า

(๑) การจัดการสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่ผ่านมา ภาครัฐมักจะมีบทบาทในการจัดการเป็นหลัก โดยประชาชนมีส่วนร่วมน้อยมาก ขณะเดียวกันภาครัฐที่รับผิดชอบปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อม ที่เป็นปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ก็มีหลากหลายหน่วยงานมาก เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานอื่นๆ ด้านสิ่งแวดล้อมและสังคมอีกมาก ทำให้การจัดการของภาครัฐจึงอยู่ในสภาพที่ต่างหน่วยงานต่างดำเนินการ ขาดความเป็นเอกภาพ บางครั้งก็เกิดความขัดแย้งกันในการดำเนินการ ดังนั้น เป้าหมายหลักประการแรก จึงกำหนดให้เน้นการสร้างความเป็นเอกภาพของหน่วยงานภาครัฐที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ โดยการกำหนดทิศทางร่วมกัน และมีการบูรณาการงานกันอย่างประสานสอดคล้องต้องกัน โดยให้ครอบคลุมการแก้ปัญหาทั้งปัญหาเฉพาะหน้า ระยะยาว และทั้งในสถานการณ์ปกติและภาวะฉุกเฉิน

(๒) ในอีกด้านหนึ่ง ภาคประชาชนหรือชุมชนจะมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยที่คุกคามสุขภาพน้อยมาก จึงทำให้การดำเนินการของภาครัฐไม่สามารถดำเนินการได้อย่างทั่วถึงทันต่อเหตุการณ์ และไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร เป้าหมายหลักประการที่สอง จึงกำหนดให้เน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน ซึ่งหมายถึง ชุมชนที่ ๑)มีความรู้และความสามารถในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมในท้องถิ่นตน (โดยมีแผนชุมชน) ๒)มีบทบาทร่วมกับหน่วยงานภาครัฐที่มีอำนาจหน้าที่ในการคุ้มครองดูแลปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมตามกฎหมาย รวมทั้งบทบาทในการตรวจสอบการปฏิบัติที่ถูกต้องด้วย ทั้งนี้ ต้องมีกลไกที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมภาคประชาชนและชุมชน

มาตรการ

ข้อ ๓๕ ให้รัฐจัดให้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ที่เชื่อมโยงและประสานสอดคล้องกันทั้งระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่นโดยการจัดตั้งกลไกที่ประกอบด้วยหน่วยงานของรัฐ องค์กรภาคเอกชน องค์กรทางวิชาการและภาคประชาสังคมในสัดส่วนที่เหมาะสม ทั้งนี้ จะต้องคำนึงถึงการประสานเชื่อมโยงกับสากล และโดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้านด้วย

เจตนารมณ์ เพื่อให้ประเทศมีแผนยุทธศาสตร์เชิงป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพที่มีเอกภาพ เชื่อมโยงประสานสอดคล้องกันตั้งแต่ส่วนกลาง จนถึงท้องถิ่น และเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยให้มีกลไกดำเนินการที่มีองค์ประกอบ จากภาคส่วนต่างๆในสัดส่วนที่เหมาะสม เพื่อป้องกันมิให้มีการขึ้นจากภาคส่วนใดส่วนหนึ่ง ทั้งนี้แผนควรเชื่อมโยงกับทิศทางของสากลและปัญหาของประเทศเพื่อนบ้านด้วย

โดยแนวทางที่สำคัญ คือเริ่มจากการมีคณะกรรมการอนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ที่ประกอบด้วยหน่วยงานส่วนกลางของรัฐที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับภาคส่วนอื่นเพื่อร่วมกันจัดทำยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการอนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติที่มีการบูรณาการ รวมทั้งวางระบบการดูแลกำกับและประเมินผลการดำเนินการตามแผนบูรณาการนั้น โดยแผนปฏิบัติการที่กำหนดอย่างน้อยต้องมีสาระในการจัดการ ครอบคลุมถึงปัญหาเรื่อง ความปลอดภัยในอาหารและน้ำ สารเคมีภาคเกษตรกรรม มลพิษจากภาคอุตสาหกรรม การจัดการของเสียจากชุมชน ความปลอดภัยในการทำงานในสถานประกอบการ การจัดการลุ่มน้ำ การป้องกันอุบัติเหตุและสาธารณ

ภัย และการควบคุมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ รวมทั้งการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และผู้พิการ

ในระดับจังหวัดให้จัดทำแผนพัฒนาจังหวัด โดยส่วนราชการประจำจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัด รวมทั้งผู้แทนภาคประชาสังคม ผู้แทนภาคธุรกิจเอกชน และภาคประชาชน มีส่วนร่วมในสัดส่วนที่สมดุลในการจัดทำแผนที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการระดับชาติ

ในส่วนในระดับท้องถิ่น (ดูจากข้อ ๓๗)

ข้อ ๓๖ ให้รัฐสนับสนุนให้มีการกระจายอำนาจ พร้อมทั้งการเสริมสร้างขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งทางด้านโครงสร้าง กำลังคนและงบประมาณ ให้มีความพร้อมที่จะรองรับภารกิจตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพที่กำหนดขึ้น

เจตนารมณ์ เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความพร้อมในการร่วมจัดทำแผนยุทธศาสตร์ และรองรับการดำเนินงานตามแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ รัฐจึงต้องสนับสนุนทรัพยากร/กิจกรรม/กระบวนการพัฒนาศักยภาพของท้องถิ่นอย่างเพียงพอ

เพื่อให้บรรลุผลตามมาตรการในข้อ ๓๕ จำเป็นต้องมีการพัฒนากลไกระดับท้องถิ่น ให้มีความเข้มแข็ง และสามารถควบคุมดูแลปัญหาและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพในระดับพื้นที่ได้ โดยกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนให้มีการกระจายอำนาจ พร้อมการเสริมสร้างขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งทางด้านโครงสร้างและกำลังคน เพื่อให้มีความพร้อมที่จะรองรับภารกิจงานที่ต้องปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพที่กำหนดขึ้น และภารกิจด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อ ๓๗ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนรองรับแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในระดับชาติและจังหวัด

เจตนารมณ์ เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับมีการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรม รองรับและสอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติและจังหวัด

ในระดับท้องถิ่นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ต้องสนับสนุน “แผนชุมชน” และดำเนินการจัดทำ “แผนพัฒนาท้องถิ่น” โดยให้ภาคชุมชนในท้องถิ่นได้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผน และมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่ ทั้งนี้ แผนชุมชน หมายถึง แผนการกำหนดอนาคต และกิจกรรมการพัฒนาของชุมชนโดยคนในชุมชนรวมตัวกันจัดทำขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาชุมชนหรือท้องถิ่นของตนเองให้เป็นไปตามที่ต้องการ และสามารถแก้ปัญหาชุมชน โดยคนในชุมชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมกำหนดแนวทางและทำกิจกรรมการพัฒนาร่วมกัน โดยยึดหลักการพึ่งตนเอง ลดการพึ่งพิงภายนอก คำนึงถึงศักยภาพ ทรัพยากร ภูมิปัญญา วิถีชีวิต วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่น เป็นหลัก

ดังนั้น รัฐและอปท.จึงต้องส่งเสริมให้มีกองทุนระดับชุมชนที่เป็นเครือข่าย เพื่อให้ชุมชนมีบทบาทในการควบคุมดูแล เฝ้าระวังและจัดการปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมในพื้นที่ด้วย “แผนชุมชน” และสนับสนุนให้เครือข่ายสามารถสื่อสารข้อมูลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันได้ รวมทั้งให้หน่วยงานของรัฐที่มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายต้องเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการควบคุมดูแลกิจกรรมหรือกิจการภายใต้บังคับแห่งกฎหมายนั้นตามความเหมาะสม ทั้งนี้ ให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องเสริมสร้างความรู้ทางวิชาการและภูมิปัญญาท้องถิ่นให้กับเครือข่ายชุมชนด้วย

ตารางที่ ๑ ตัวอย่างการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับต่างๆ และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

ระดับการจัดการ	ตัวอย่าง ประเด็น / เนื้อหาในการจัดการ
๑. ระดับครอบครัว	การสื่อสารสาธารณะ ให้บุคคลรู้เท่าทัน และมีพฤติกรรมที่ดี จัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนได้ สามป้องกันปกป้องตนเองจากผลกระทบต่อสุขภาพอันเกิดจากสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนและชุมชนแวดล้อม เช่น สุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี การปรุงอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การใช้เชื้อเพลิงที่ไม่ก่อมลพิษ การจัดหา น้ำสะอาด การจัดการให้มีมูลฝอยน้อยที่สุด เป็นต้น

ระดับการ จัดการ	ตัวอย่าง ประเด็น / เนื้อหาในการจัดการ
๒. ระดับ กลุ่ม สถานที่	การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานที่ที่มีกลุ่มประชากรอยู่ร่วมกันจำนวนมากและเป็นประจำ หรืออาจกลุ่มสถานบริการสาธารณะแก่ประชาชนโดยทั่วไป เช่น สถานที่ทำงาน โรงพยาบาล โรงเรียน สถานีรถไฟ ฯ โดยสาธารณะ ตลาดสด ร้านจำหน่ายอาหาร เป็นต้น ที่ต้องได้รับความดูแลให้อยู่ในสภาพที่ถูกต้องและปลอดภัย และเป็นไปตามหลักสุขาภิบาล
๓. ระดับ ชุมชน/ เมือง	การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน ทั้งในเขตเมือง/ชนบท ระดับหมู่บ้าน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต. เทศบาล กทม. เมืองพัทยา)หรือระดับจังหวัด อำเภอ หรือตำบล บริหารส่วนตำบล เทศบาล เมืองพัทยา จะต้องมีการจัดการระบบสาธารณูปโภคสาธารณูปการ เช่น ระบบประปา น้ำดื่ม น้ำใช้ ระบบไฟฟ้า ระบบการดูแลรักษาถนน หนทาง การจัดให้มีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ ระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลมูลฝอยของชุมชน

ระดับการ จัดการ	ตัวอย่าง ประเด็น / เนื้อหาในการจัดการ
๔. ระดับชาติ	การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับนโยบายของประเทศ ที่ต้องวางกรอบและทิศทางในการจัดการปัญหา ระดับประเทศ เช่น การจัดการสิ่งปฏิกูลมูลฝอย(มูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยอันตรายจากชุมชน)ในภาพรวม กา ทิศทางการพัฒนาภาคอุตสาหกรรมของประเทศ การจัดระบบการจัดการของเสียจากภาคอุตสาหกรรม กา สารเคมีภาคเกษตรกรรม การควบคุมนิคมอุตสาหกรรมที่ก่อให้เกิดมลภาวะต่อชุมชน การดูแลลุ่มน้ำ เป็นต้น

ระดับการ จัดการ	ตัวอย่าง ประเด็น / เนื้อหาในการจัดการ
๕. ระดับ นานาชาติ	การร่วมมือกับนานาชาติประเทศทั้งในระดับภูมิภาคและระดับสากล ในการจัดการเรื่อง อนามัยสิ่งแวดล้อม เชื่อมโยงภาวะเขม่าควันจากกรณีไฟป่าที่ประเทศอินโดนีเซีย พม่า หรือ กรณีร่วมกับนานาชาติในการรณรงค์ลดรื้อถอน เป็นต้น

ข้อ ๓๘ ให้รัฐจัดให้มีกลไกทำหน้าที่ในการพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อให้เป็นไปตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ให้รัฐส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีศักยภาพในการใช้กระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในการกำหนดนโยบาย จัดทำ หรืออนุญาตให้มีการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และติดตามให้ผู้ดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชนดำเนินการด้วยความรับผิดชอบ

ให้รัฐส่งเสริมให้ประชาชนมีการรวมตัวกันและมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อปกป้องสิทธิของชุมชนจากการดำเนินนโยบายสาธารณะ โครงการ หรือ

กิจกรรมที่จะดำเนินการในชุมชน และจัดให้มีกลไกการรับเรื่องราวร้องทุกข์จากประชาชนที่ได้รับผลกระทบ และแก้ไขปัญหาอย่างทันท่วงที

เจตนารมณ์ เพื่อให้มีระบบการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยให้ อปท.และภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม หรือให้มีการปกป้องสิทธิและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชนได้อย่างแท้จริง ทั้งในระดับนโยบายสาธารณะและในระดับโครงการ/กิจกรรมที่อาจเป็นปัจจัยที่กระทบกับสุขภาพ โดยกำหนดให้เป็นบทบาทภาครัฐ ท้องถิ่น และประชาชน ตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ให้มีกลไกที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจนในการสร้างความเข้มแข็ง/ศักยภาพในกระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

ในมาตรการนี้ ถือว่าเป็นมาตรการป้องกันด้านสุขภาพเชิงรุก ซึ่งจะเน้นการพัฒนา “ระบบการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ” (health impact assessment: HIA) ใน ๓ ระดับ คือ ๑)ระดับนโยบายสาธารณะที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ (ตามพรบ.สุขภาพแห่งชาติ) ๒)ระดับโครงการหรือกิจกรรมที่มีผลกระทบอย่างร้ายแรงต่อชุมชน (ตามมาตรา ๖๗ แห่งรัฐธรรมนูญ) และ ๓)ระดับกิจการที่อาจก่อผลกระทบต่อสุขภาพ (ตามกฎหมายเฉพาะอื่นๆ) ซึ่งอาจจะสอดคล้องกับแนวการประเมินผลกระทบด้านอื่นๆ เช่น ด้านสิ่งแวดล้อม (environment impact assessment: EIA) (ตามพรบ.ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ) และด้านสังคม (social impact assessment: SIA) ดังนั้น รัฐจึงพึงจัดให้มีกลไกและการสนับสนุนให้เกิดการดำเนินการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้

๑. จัดให้มีกลไกหรือหน่วยงานหรือองค์กรอิสระ เพื่อทำหน้าที่ในการกำหนดประเภทโครงการหรือกิจกรรมที่อาจมีผลกระทบอย่างร้ายแรงต่อชุมชนในด้านสิ่งแวดล้อมทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพ และทำหน้าที่ในการเสนอความเห็น(ตามมาตรา ๖๗ แห่งรัฐธรรมนูญ) ทั้งนี้ อาจจัดตั้งขึ้นใหม่ หรืออยู่ภายใต้คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ โดยประสานเข้ากับการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม(EIA) หรืออาจอยู่ภายใต้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทำหน้าที่รองรับและประสานงานให้เกิดประเมินผลกระทบต่อสุขภาพตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ ที่เชื่อมโยงกับผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและด้านสังคม

๒. ในการกำหนดนโยบายสาธารณะและดำเนินการตามนโยบายนั้นของรัฐ ซึ่งครอบคลุมถึงการขับเคลื่อนนโยบายด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมการท่องเที่ยว การพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งภาคตะวันออก เป็นต้น การจัดสร้างสาธารณูปการพื้นฐาน เช่น การสร้างโรงไฟฟ้า /เขื่อน /ถนน /สะพาน เป็นต้น หากเห็นว่าอาจจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน หน่วยงานของรัฐที่

รับผิดชอบนโยบายนั้น ต้องจัดทำการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพโดยให้ชุมชนที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วม ก่อนดำเนินการโครงการ แผนงาน หรือกิจกรรมใดๆ ตามนโยบายสาธารณะนั้น

๓. สำหรับโครงการ/กิจการ ที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ แต่ไม่เข้าข่ายเป็นโครงการที่มีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างร้ายแรง (ตามมาตรา ๖๗ แห่งรัฐธรรมนูญ) แต่ประชาชนมีสิทธิที่จะขอรับทราบข้อมูลการพิจารณาของหน่วยงานของรัฐที่มีอำนาจหน้าที่ในการพิจารณาอนุญาตได้ (ตามมาตรา ๑๐ แห่ง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ) หน่วยงานของรัฐนั้นจึงจำเป็นต้องดำเนินการจัดทำ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพก่อนการอนุญาตด้วย

๔. สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พึงได้รับการพัฒนาและสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในระดับท้องถิ่น เพื่อประโยชน์ในการจัดทำนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับท้องถิ่น รวมทั้งการพิจารณาอนุญาตกิจการต่างๆ ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุขด้วย

๕. เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถดำเนินการเรื่องการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องกำหนดให้มีกองทุนที่ได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐ ซึ่งอาจได้จากภาษีมลพิษสิ่งแวดล้อม เพื่อสนับสนุนการดำเนินการและจัดระบบฐานข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องเพื่อการเผยแพร่ข่าวสารสถานการณ์การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพแก่สาธารณะอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้ชุมชนสามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวและสามารถเข้าร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพได้อย่างมีข้อมูล

ข้อ ๓๙ ให้รัฐเร่งส่งเสริมและพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวังของรัฐและภาคส่วนต่างๆ เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามต่อสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีบูรณาการระหว่างหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง และเชื่อมโยงกันทุกระดับ

เจตนารมณ์ เพื่อให้มีมาตรการการป้องกันตั้งแต่ก่อนการเกิดโรค และไม่ให้มีการแพร่ขยายของโรค รัฐจึงต้องส่งเสริมระบบกลไกการเฝ้าระวังโรค ที่มีลักษณะบูรณาการ และเชื่อมโยงกันทุกระดับ

จากสภาพปัจจุบันที่ส่วนราชการต่างก็มีระบบการเฝ้าระวังเฉพาะเรื่องที่ตนรับผิดชอบ โดยมิได้มีการเชื่อมโยงกัน ทำให้ข้อมูลที่ได้มีอาจนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ระบบและกลไกการเฝ้าระวังปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม สภาพแวดล้อม สถานะทางสุขภาพ และการเฝ้าระวังโรค จึงจำเป็นต้องมีความเชื่อมโยงกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์และมีประสิทธิภาพสูงสุด นอกจากนี้ ยังต้องขยายไปถึงระบบเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่และปัญหาภัยพิบัติด้วย

ในทางปฏิบัติ จึงเสนอให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และหน่วยงานอื่นๆด้านสิ่งแวดล้อม และ ร่วมกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานอื่นๆด้านสังคม พัฒนาศักยภาพของระบบการเฝ้าระวังโรค มาตรการสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมทางสังคมที่มีอยู่ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเน้นการบูรณาการข้อมูลและเชื่อมโยงข้อมูลการเฝ้าระวังสถานะทางสุขภาพ การเฝ้าระวังโรค การเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อม และการเฝ้าระวังด้านสังคม ให้เป็นเครือข่ายการเฝ้าระวังทั้งประเทศ เพื่อสนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน สามารถใช้ประโยชน์ข้อมูลจากการเฝ้าระวังในการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงหรือสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพได้

ในส่วนของทีมงานเฝ้าระวังในระดับพื้นที่ ให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องเสริมสร้าง พัฒนาศักยภาพ และขยายความครอบคลุม เพื่อตอบสนองตามความจำเป็นของพื้นที่ทั่วทุกท้องถิ่น ทั้งปัญหาวิกฤติเร่งด่วนหรือปัญหาเรื้อรัง รวมทั้งขยายให้ครอบคลุมถึงกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ เช่น กลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ ชนกลุ่มน้อย คนต่างด้าว เป็นต้น และพัฒนา ขยายบทบาทความสามารถของภาคประชาชนในการเฝ้าระวังในชุมชนด้วย

ข้อ ๔๐ ให้รัฐนำมาตรการทางภาษีมาใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ เช่น ภาษีสิ่งแวดล้อม ภาษีการนำเข้าวัตถุหรือของเสียอันตราย

เจตนารมณ์ เพื่อสนับสนุนให้มีงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับการดำเนินการ โดยหลักการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องให้เกิดผลเสียหรือปัจจัยเสี่ยงนั้น ตระหนักและมีส่วนรับผิดชอบและคาดหวังให้มีการกอบกู้ปัจจัยที่คุกคามสุขภาพลดลง

มาตรการเสริมที่จะทำให้การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม สภาพแวดล้อม และการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น มาตรการด้านภาษี ด้านงบประมาณ จะมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ประกอบกิจการเอกชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบ และดำเนินการให้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น เช่น ๑)การจัดให้มีระบบการจัดเก็บภาษีมลพิษสิ่งแวดล้อม กรณีที่กิจการโรงงานใดที่ก่อให้เกิดมลพิษสิ่งแวดล้อมขึ้น ต้องรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายในการจัดการมลพิษบางส่วนด้วยการเสียภาษี ๒)การเก็บภาษีผลิตภัณฑ์ที่มีสารพิษโลหะหนัก เพื่อนำไปเป็นค่าใช้จ่ายในการซื้อคืนซากผลิตภัณฑ์ ทั้งนี้ภาษีที่ได้อาจนำมาสนับสนุนกองทุนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ หรืออีกด้านหนึ่ง ๓)การลดภาษีอุปกรณ์เครื่องมือนำเข้าสำหรับกิจการที่ใช้เทคโนโลยีที่สะอาดหรือป้องกันมลพิษ หรือการใช้เทคโนโลยีการกำจัดมลพิษที่ดี

ข้อ ๔๑ ให้รัฐพัฒนานโยบายเพื่อการคุ้มครองสิทธิตามข้อ ๓๒ และกฎหมายวิธีพิจารณา
คดี หรือข้อพิพาทด้านสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อม รวมทั้งสร้างกลไกการไกล่เกลี่ยและเยียวยา
ชดเชยแก่ประชาชนที่ได้รับผลกระทบ และหาข้อยุติในกรณีข้อพิพาท

เจตนารมณ์ เพื่อสนับสนุนให้เกิดผลทางปฏิบัติการคุ้มครองสิทธิที่จะดำรงชีวิตอยู่
ในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพตามข้อ ๓๒ จึงต้องจัดให้มีกฎหมายที่
ครอบคลุมการคุ้มครองสิทธิ กำหนดกระบวนการวิธีการบังคับใช้ และการดำเนินการเมื่อมีข้อ
ขัดแย้งที่รวดเร็วและเป็นธรรม

โดยที่การบังคับใช้หรือการดำเนินคดี ด้วยมาตรการทางกฎหมาย เป็นกระบวนการที่นำ
กฎหมายมาใช้ในการบังคับ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลตามเจตนารมณ์แห่งกฎหมายนั้น อาจกล่าวได้
ว่าใน ๓ ลักษณะ ดังนี้

๑. สภาพบังคับทางปกครอง เป็นมาตรการการออกคำสั่งทางปกครองในเชิงป้องกันหรือ
ควบคุม เช่น การออกคำสั่งให้ปรับปรุงแก้ไขกรณีที่ไม่ถูกต้อง หรือการออกคำสั่งไม่อนุญาต
ให้ประกอบกิจการ หรือการไม่ต่ออายุใบอนุญาต หรือการบังคับให้โครงการบางประเภทต้องจัดทำ
รายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อให้หน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่
รับผิดชอบมีอำนาจในการตรวจสอบและเฝ้าระวัง และการควบคุมผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และใน
บางกรณีการบังคับในทางปกครองก็ให้อำนาจในการใช้กำลังบังคับด้วย เช่น การเข้ารื้อถอน
อาคารที่ผิดกฎหมายโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐเอง การดำเนินการปิดท่อระบายน้ำเสียเอง เป็นต้น

๒. สภาพบังคับทางอาญา เป็นมาตรการคุ้มครองและป้องกันสังคม มิให้เกิดการกระทำที่
เป็นการละเมิดต่อกฎเกณฑ์และความสงบสุขเรียบร้อยของสังคม โดยจะมีการกำหนดบทลงโทษ
กรณีที่มีการฝ่าฝืนบทบัญญัติต่างๆ ซึ่งรวมถึงกรณีการขัดคำสั่งทางปกครองด้วย เพื่อให้เกิดสภาพ
บังคับที่เป็นจริงจึงกำหนดโทษปรับและจำคุกไว้ในกฎหมายหลายฉบับ เช่น พระราชบัญญัติ
ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. ๒๕๓๕
พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ เป็น
ต้น

๓. สภาพบังคับทางแพ่ง เป็นการลงโทษผู้ฝ่าฝืนกฎหมายและก่อให้เกิดความเสียหายแก่
ผู้อื่นซึ่งครอบคลุมถึงความเสียหายจากผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชน เพื่อ
เป็นมาตรการในการคุ้มครองสิทธิที่จะได้รับการชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นของผู้ได้รับผลกระทบ
หรือความเสียหาย

ดังนั้น เพื่อให้การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อม มีผลในทางปฏิบัติ และให้หน่วยงานของรัฐที่มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย ดำเนินการควบคุมและบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังและเคร่งครัดมากขึ้น รัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพึงดำเนินการ ดังนี้

๑. ดำเนินการแก้ไข เพิ่มเติม และปรับปรุงสาระของกฎหมาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม สภาพแวดล้อม และการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ให้มีความชัดเจน มีมาตรฐาน และให้เกิดผลบังคับใช้ได้จริง

๒. จัดตั้งกลไก หน่วยงาน หรือองค์กร ที่มีบทบาทหน้าที่รับเรื่องราวร้องทุกข์จากประชาชนที่ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพ ประสานการแก้ไขปัญหา และดำเนินการแทนภาคประชาชน รวมทั้งดำเนินคดีหรือกรณีข้อพิพาทด้านสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อม

๓. ส่งเสริมให้มีการพัฒนากฎหมายพิจารณาคดีสิ่งแวดล้อมที่ก่อผลเสียหายต่อประชาชน เพื่อให้เกิดการเยียวยาชดเชยแก่ประชาชนที่ได้รับผลกระทบ หรือไกล่เกลี่ยหาข้อยุติในกรณีข้อพิพาทได้อย่างรวดเร็วและทันต่อเหตุการณ์

ข้อ ๔๒ ให้รัฐส่งเสริมให้มีการรณรงค์ ให้ข้อมูลข่าวสาร และสร้างค่านิยมที่ถูกต้องแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง พึ่งตนเองได้ มีภูมิคุ้มกัน และสนับสนุนให้ชุมชนมีการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายเพื่อการดำเนินชีวิต และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ปลอดภัยจากโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างรู้เท่าทัน

เจตนารมณ์ เพื่อสนับสนุนเกิดความเข้มแข็งในภาคประชาชน โดยการแลกเปลี่ยนความรู้ เรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ได้กำหนดเป็นรายละเอียดไว้แล้วในหมวด ๙ ของธรรมนูญสุขภาพฉบับนี้

(ดูรายละเอียดในหมวด ๙)

(ร่าง)

บันทึกเจตนารมณ์ประกอบ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552

มาตรา 47 (6)

การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

นิยามศัพท์

“การบริการสาธารณสุข” หมายความว่า การบริการต่างๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

เจตนารมณ์ ประชาชน ครอบครัว และชุมชน จำเป็นต้องได้รับการสาธารณสุขอย่างรอบด้าน และเหมาะสม เริ่มจากการสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง การป้องกันตนเอง ครอบครัว และชุมชนจากปัจจัยคุกคามด้านสุขภาพ การเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บ และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสมทัน่วงที รวมถึงได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ร่างกายฟื้นกลับสภาพเดิมให้ได้มากที่สุดและเร็วที่สุดเพื่อป้องกันความพิการอันอาจจะเกิดขึ้น

“คุณภาพการบริการสาธารณสุข” หมายความว่า คุณลักษณะของการบริการสาธารณสุขที่อยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ทั้งด้านมนุษย สังคม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและด้านอื่นๆ และพื้นฐานด้านคุณธรรมและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชนและสังคมได้อย่างเหมาะสม

เจตนารมณ์ ต้องการเน้นว่าคุณภาพการบริการสาธารณสุขต้องครอบคลุมมากกว่าคุณภาพในมิติทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น หลีกเลี่ยงโรค เนื่องจากการจัดการบริการสาธารณสุขนั้นเป็นการดูแลและปฏิบัติต่อบุคคลทุกคน มิใช่เพียงแค่รักษาโรคหรือกำจัดเชื้อโรคเท่านั้น ดังนั้นในการให้บริการจำเป็นต้องคำนึงถึงคุณภาพในมิติของสังคมและมนุษย์ร่วมด้วย ให้ความสำคัญต่อผู้ป่วย ไม่เลือกปฏิบัติในการให้บริการ และให้บริการอย่างมีจริยธรรมแห่งวิชาชีพ มุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี ตลอดจนตอบสนองต่อความคาดหวังของสังคมและภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

“การบริการสาธารณสุขที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์” หมายความว่า การบริการสาธารณสุขที่มีความเอื้ออาทร ความสมานฉันท์ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน โดยมุ่งประโยชน์สุขของประชาชน ครอบครัว ชุมชนและสังคม ตามจรรยาบรรณวิชาชีพโดยสุจริต ปราศจากการครอบงำของผลประโยชน์ทางธุรกิจ

เจตนารมย์ การจัดการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของจริยธรรมแห่งวิชาชีพ โดยยึดประโยชน์สุขของประชาชนเป็นที่ตั้ง ปราศจากการครอบงำของผลประโยชน์ทางธุรกิจ และเป็นบริการที่มีการเอื้ออาทร สมานฉันท์ระหว่างผู้ให้บริการและประชาชนผู้รับบริการ เพื่อลดความขัดแย้งในการให้บริการ และการฟ้องร้องแพทย์ ทั้งนี้เมื่อบริบทของสังคมที่เปลี่ยนไปสู่สังคมบริโภคนิยมและวัตถุนิยมมากขึ้น บริการทางการแพทย์มีภาพเชิงการค้ามากขึ้น มุมมองของผู้ป่วยและญาติที่มีต่อโรงพยาบาลและแพทย์เปลี่ยนแปลงไป ก่อให้เกิดความสงสัยและไม่ไว้วางใจต่อท่าทีและบริการของแพทย์ จนนำไปสู่การฟ้องร้องมากขึ้น ในบางประเทศค่าใช้จ่ายในการแพทย์ร้อยละ 20 หดไปกับการบวนการทางกฎหมายแทนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย¹ ดังนั้นหากระบบบริการสุขภาพมีการให้บริการด้วยหัวใจของความ เป็นมนุษย์ ย่อมส่งผลดีต่อผู้ให้และผู้รับบริการทั้งสองฝ่าย

“การบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ” หมายความว่า การบริการสาธารณสุขที่เน้นบริการบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีความเข้มข้นในเชิงวิชาการและเทคโนโลยีในระดับหนึ่ง มุ่งเน้นในมิติของมนุษย์ และสังคม เป็นบริการแบบผสมผสาน ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการเป็นองค์รวม เชื่อมโยงใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการ สถานบริการ ชุมชนและครอบครัว มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่นๆ และกับชุมชน เพื่อส่งต่อความรับผิดชอบการให้บริการระหว่างกันและกันเป็นอย่างดี

เจตนารมณ์ ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ถือเป็นหัวใจและยุทธศาสตร์สำคัญในระบบบริการสาธารณสุข เนื่องจากเป็นระบบบริการที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน เข้าถึงได้สะดวก ให้บริการแบบผสมผสาน ต่อเนื่อง และรอบด้านเป็นองค์รวม ขณะเดียวกันก็เป็นช่องทางในการเชื่อมต่อไปยังระบบบริการที่สูงขึ้น ดังนั้นระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิจึงเป็นช่องทางสำคัญในการอำนวยให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิให้เข้มแข็ง มีคุณภาพ และมีระบบการส่งต่อที่ดีมีประสิทธิภาพ จึงเป็นหัวใจสำคัญ ในการส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างเป็นธรรม และการทำงานเชิงรุกของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมียังมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสุขภาพประชาชน ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ให้มีความเข้มแข็งในลักษณะที่เป็น “เครือข่ายบริการปฐมภูมิ” ที่เชื่อมต่อกันเพื่อดูแลประชากรเป็นพื้นที่ โดยมีระบบส่งต่อภายในและนอกเครือข่ายที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายบริการระดับสูงอย่างมีความเอื้ออาทร ไม่เกี่ยงบริการ มุ่ง

¹ ประเวศ วะสี, ยุคที่ 2 ของการสาธารณสุขไทย ระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care), เอกสารประชุมวิชาการ HA National Forum ครั้งที่ 7, 2549

ลดการไปใช้บริการในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับสูง ถือเป็นลักษณะเครือข่ายบริการสุขภาพที่พึงประสงค์²

“การบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ” หมายความว่า การบริการสาธารณสุขในลักษณะที่มุ่งหวังทำกำไรสูงสุดตามกลไกตลาด เพื่อนำกำไรมาแบ่งกันในหมู่ผู้ประกอบการธุรกิจเช่นเดียวกับการประกอบธุรกิจทั่วไป

เจตนารมณ์ของการบรรจุประเด็นระบบบริการสาธารณสุขกับผลประโยชน์เชิงธุรกิจ เพื่อต้องการสนับสนุนให้ภาคเอกชนทำประโยชน์เพื่อสาธารณะ เช่น โรงพยาบาลมูลนิธิต่างๆ และเป็นความพยายามที่ต้องการให้เกิด Public & Private Partnership เพื่อทำให้ระบบบริการสุขภาพดีขึ้น แม้ว่าการควบคุมไม่ให้เกิด “ระบบบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ” ค่อนข้างเป็นเรื่องอุดมคติก็ตาม แต่ก็จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องวางมาตรการเพื่อผลักดันให้เรื่องในอุดมคติเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ในอนาคต³

หลักการ

ข้อ 43 ระบบบริการสาธารณสุขเป็นระบบที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และราคาไม่แพง มุ่งเน้นสนับสนุนและลงทุนในบริการและเทคโนโลยีที่ให้ผลตอบแทนด้านสุขภาพสูง

การบริการสาธารณสุขต้องเป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ และรัฐควรสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ที่มุ่งเน้นประโยชน์สาธารณะเป็นหลัก โดยไม่สนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ

การจัดระบบบริการสาธารณสุขต้องเอื้อต่อการมีสุขภาพดีอย่างถ้วนหน้า โดยเน้นการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง และมีการเชื่อมโยงการจัดบริการสาธารณสุขต่างๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดการทำงานอย่างรับผิดชอบร่วมกัน ทั้งนี้ ให้มุ่งส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนมีส่วนร่วมและมีบทบาทในการจัดบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ รวมทั้งการส่งเสริมสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชนควบคู่ไปด้วย

² สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ, ระบบบริการสาธารณสุขกับการประกันสุขภาพ: ปัญหาและข้อเสนอในภาพรวม, 2549

³ การประชุมเชิงปฏิบัติการคณะอนุกรรมการร่างกรอบและสาระสำคัญธรรมนูญฯ และสาระสำคัญ มาตรา 47 (1)(2)(3) ครั้งที่ 5/2551 วันที่ 27-28 กันยายน 2551 ณ ศูนย์ฟื้นฟูชีวิตสุขภาพครอบครัว “วนาธรรม” มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จ.เชียงราย

เป้าหมายหลักของระบบสุขภาพ คือ การยกระดับสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้นอย่างถาวร หน้า ตอบสนองต่อความคาดหวังของสังคมดีขึ้นทั้งในมิติโดยรวมและการกระจาย ขณะเดียวกันก็มีความเป็นธรรมในการแบกรับภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน⁴ โดยมีวัตถุประสงค์ระดับกลาง คือ คุณภาพบริการ ความเป็นธรรมในการใช้บริการและการกระจายของทรัพยากร ประสิทธิภาพของระบบ และความโปร่งใส และตรวจสอบได้⁵

ทั้งนี้ระบบบริการสาธารณสุขเป็นองค์ประกอบหนึ่งในระบบสุขภาพ ดังนั้นเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของระบบบริการสาธารณสุขจำเป็นต้องสอดคล้องกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในระบบสุขภาพ ในมิติต่างๆตามที่กล่าวข้างต้น ทั้งนี้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนพึงได้รับ ประชาชนควรเข้าถึงและได้รับบริการตามความจำเป็นด้านสุขภาพสำหรับสุขภาพที่ดีอย่างเท่าเทียมกัน มีคุณภาพ ได้มาตรฐานตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด ขณะเดียวกันเนื่องจากทรัพยากรของประเทศมีจำกัด ดังนั้นรัฐจำเป็นต้องสนับสนุน/ลงทุนในบริการและเทคโนโลยีที่ได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพคุ้มค่า ให้มีการบริการอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในระบบ ขณะเดียวกันก็ควรส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เข้ามามีบทบาทในการจัดบริการโดยเฉพาะบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ และส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม

เป้าหมาย

ข้อ 44 ระบบบริการปฐมภูมิได้รับการยอมรับ มีศักดิ์ศรี ได้รับความไว้วางใจและเป็นที่ยึดหลักจากประชาชน และให้เชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่น ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งเป็นระบบบริการที่มุ่งสนับสนุนให้ชุมชน และท้องถิ่นให้มีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อ 45 ให้มีระบบบริการสาธารณสุขที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์อย่างเป็นรูปธรรมในทุกระดับ

เจตนารมณ์ เพื่อยกระดับระบบบริการปฐมภูมิให้ได้รับการยอมรับ เป็นที่ยึดหลักของประชาชนในระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ โดยมีเป้าหมาย ลดการเจ็บป่วยลงให้มากที่สุด เพิ่มการดูแลตนเองและการดูแลในชุมชน ทั้งนี้หากระบบบริการปฐมภูมิได้รับการยอมรับและให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพย่อมส่งผลให้การเข้าไปใช้บริการในหน่วยบริการระดับสูงลดลง จะลดความแออัดของการใช้บริการในหน่วยบริการ

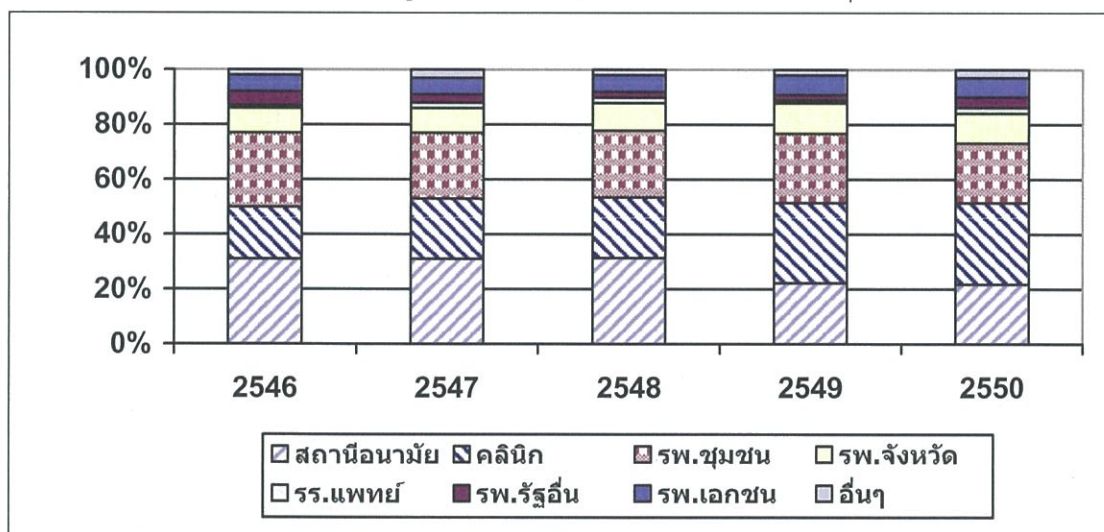
⁴ WHO (2000) the World Health Report 2000: Health System: Improving Performance. Geneva, World Health Organization.

⁵ WHO (2006) Approaching health financing policy in the WHO European region. Paper presented for a technical briefing session during the fifty-sixth session of the Regional Committee, 11 – 14 September 2006, Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe

ระดับสูงและทำให้การใช้ทรัพยากรมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้การยกระดับศักยภาพและคุณภาพการให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิจะประสบความสำเร็จได้จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทั้งด้านนโยบาย กำลังคน และงบประมาณ ที่เพียงพอ ตลอดจนมีการระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และมีการเชื่อมโยงการให้บริการด้วยคุณภาพ ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบบริการที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์

สถานการณ์การใช้บริการสุขภาพของประชาชน จากการสำรวจสวัสดิการและอนามัยครัวเรือน ของสำนักงานสถิติแห่งชาติในช่วงที่ผ่านมาพบว่า สัดส่วนการใช้บริการที่สถานอนามัยและโรงพยาบาล ชุมชนมีแนวโน้มลดลงโดยเฉพาะในปี 2549 และ 2550⁶ ในขณะที่การใช้บริการที่คลินิกเพิ่มขึ้นในช่วง เดียวกัน ขณะเดียวกันสัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจังหวัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ความ นิยมในการใช้บริการที่คลินิกส่วนหนึ่งสัมพันธ์กับภาวะเศรษฐกิจของครัวเรือน กล่าวคือในช่วงที่ภาวะ เศรษฐกิจดี ประชาชนมีอำนาจซื้อมากขึ้น อุปสงค์ต่อบริการที่คลินิกก็เพิ่มขึ้นด้วย สำหรับบริการที่ โรงพยาบาลจังหวัดนั้นมีทั้งบริการสาธารณสุขปฐมภูมิสำหรับประชาชนในเขตเมืองไปจนถึงบริการทุติย และตติยภูมิ หากข้อมูลดังกล่าวมิได้เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงวิธีการสำรวจก็เป็นได้จากทั้ง ประชาชน สามารถเข้าถึงบริการทุติยและตติยภูมิเพิ่มมากขึ้น หรือเพิ่มขึ้นจากการใช้บริการปฐมภูมิ ซึ่งหากเป็นกรณี หลังก็เป็นสิ่งที่น่ากังวลเพราะสะท้อนการด้อยประสิทธิภาพของระบบบริการและการขาดความเชื่อมั่นของ ประชาชน ต่อระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ

แผนภาพที่ 1 สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาลประเภทต่างๆปี 2546 - 2550



ที่มา: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

⁶ มีข้อน่าสังเกตคือ มีการรวมการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือนและการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนเข้าด้วยกันในปี 2549 อาจมีผลต่อความแตกต่างของข้อมูลดังกล่าว

มาตรการ

ข้อ 46 ให้รัฐส่งเสริมการบริการปฐมภูมิที่จัดโดยแพทย์หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขประจำครอบครัว เพื่อให้บริการครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึงทั้งในเขตเมืองและชนบท โดยสถานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิต้องสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและการทำงานเชิงรุกในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนร่วมกับท้องถิ่น ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเชื่อมต่อกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่นๆ โดยมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

เพื่อเป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้มีความเข้มแข็ง และครอบคลุมประชาชนอย่างทั่วถึง⁷ เป็นหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ โดยให้มีการกระจายทรัพยากรอย่างเหมาะสม ให้มีแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขประจำครอบครัว ในการให้บริการสาธารณสุขแบบองค์รวมที่มีความต่อเนื่องทั้งด้านรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และบริการสุขภาพในชุมชน โดยเชื่อมโยงบริการทั้งในแนวดิ่งและแนวราบกับหน่วยบริการอื่นๆ ตลอดจนร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ท้องถิ่น และชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชนที่สืบเนื่องมาจากปัจจัยนอกระบบบริการสุขภาพ (Social Determinants of Health) และต้องการส่งเสริมความเข้มแข็งของการสาธารณสุขมูลฐาน⁸ ที่ดำเนินการโดยชุมชน เพื่อแก้ปัญหาเชิงรุกให้แก่เครือข่ายบริการปฐมภูมิ รวมทั้งต้องมีระบบส่งต่อระหว่างระดับของบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ ระหว่างประเภทของการบริการ และระหว่างภาครัฐและเอกชน

สถานการณ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิภาครัฐของไทย ได้รับการพัฒนาอย่างจริงจังในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 - 5 (พ.ศ. 2520 – พ.ศ. 2529) เมื่อกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายขยายโรงพยาบาลอำเภอและสถานีอนามัยครอบคลุมทุกอำเภอและตำบลตามลำดับ จำนวนสถานีอนามัยครอบคลุมตำบลเพียงร้อยละ 51 ในช่วงท้ายของแผนฯ 3 และขยายเป็นร้อยละ 82 และ ร้อยละ 100 ในช่วงท้ายแผนฯ 4 และ 5 ตามลำดับ ส่วนโรงพยาบาลอำเภอนั้นครอบคลุมเพียงร้อยละ 39 ของอำเภอ ในช่วงท้ายแผนฯ 3 และขยายเป็นร้อยละ 51 และ 92 ของอำเภอในปี พ.ศ. 2525 และ 2530 ตามลำดับ ข้อมูลจำนวนสถานีอนามัยและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีการก้าวกระโดดจากปี 2530 ถึง 2540 แต่

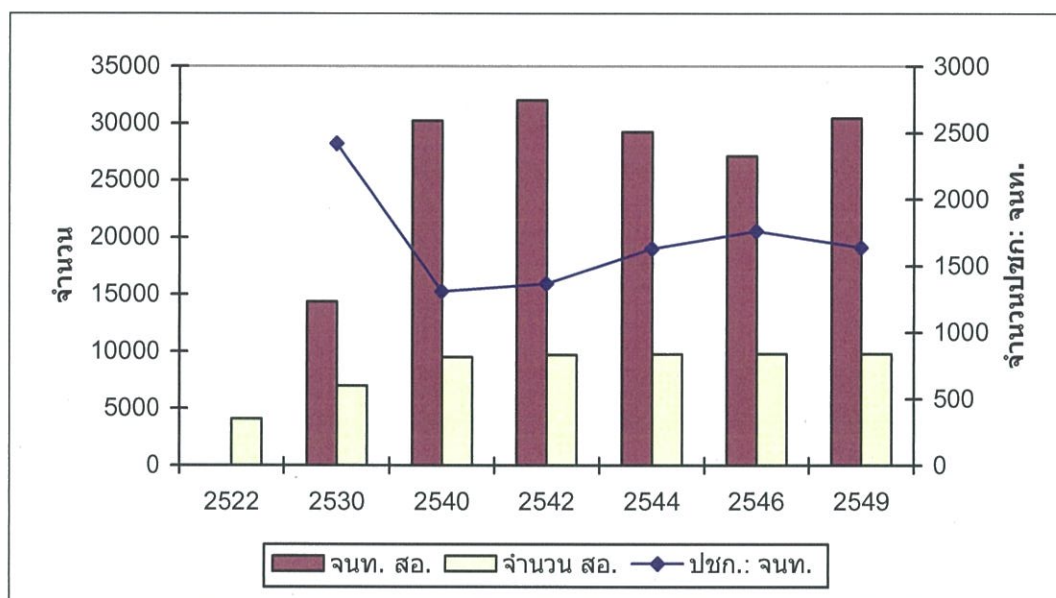
⁷ เมษายน 2552 กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สปสช.และราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ได้ลงนามความร่วมมือเปิดหลักสูตร 3 ปี ต่อยอดผลิตแพทย์เพื่อพัฒนาบริการสุขภาพขั้นต้น โดยอบรมแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนให้เป็นแพทย์เชี่ยวชาญเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ ในโครงการใกล้บ้านใกล้ใจ โดยแพทย์ที่จบการศึกษาจะสามารถให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิที่เน้นความรับผิดชอบต่อด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างเบ็ดเสร็จ

⁸ โดยเฉพาะในมิติของ community empowerment

หลังจากนั้นจำนวนเจ้าหน้าที่แทบไม่เพิ่มเลย กลับมีแนวโน้มลดลงจากนโยบายรัฐบาลจำกัดจำนวนข้าราชการ เป็นผลให้อัตราส่วนจำนวนประชากรที่รับผิดชอบต่อเจ้าหน้าที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ปัญหาสำคัญของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขคือ การมีบุคลากรไม่เพียงพอ พบว่าในปี 2547 ประมาณครึ่งหนึ่งของหน่วยบริการปฐมภูมิมีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน⁹ (ประชากร 1,250 คนต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหนึ่งคน) ปัญหาด้านคุณภาพของการจัดบริการรักษาพยาบาลของสถานีนามัยเป็นอีกประเด็นที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อโครงสร้างครีธาของประชาชน อย่างไรก็ตาม มีข้อมูลว่าภายหลังการพัฒนาบริการเป็นเครือข่ายร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนในการจัดบริการผู้ป่วยเรื้อรัง คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น⁹

แผนภาพที่ 2 จำนวนสถานีนามัย เจ้าหน้าที่ และจำนวนประชากรต่อเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2522 - 2549



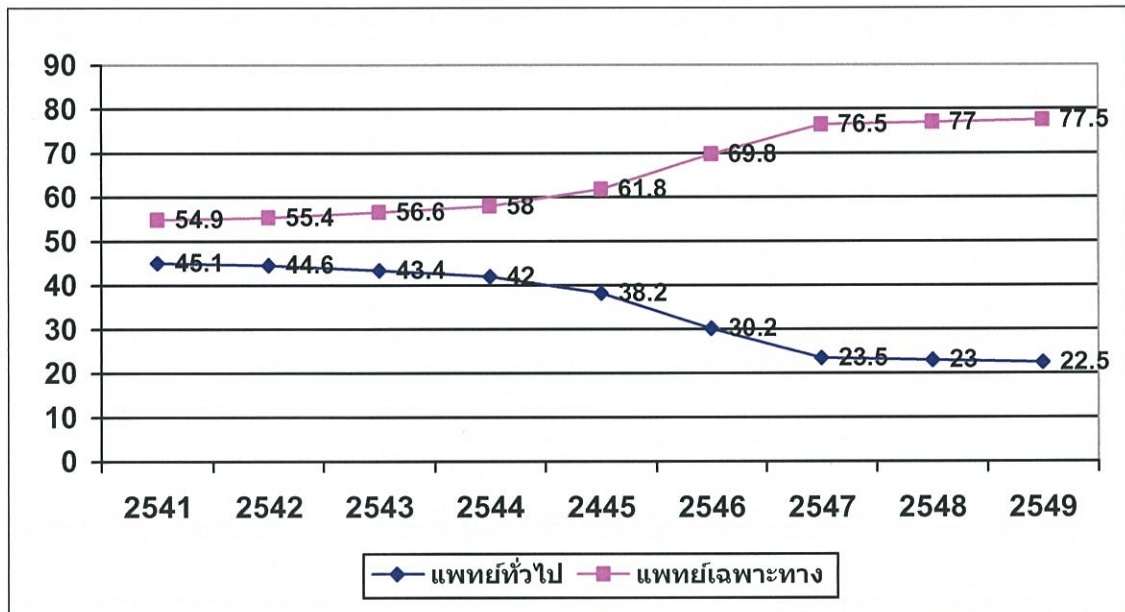
ที่มา: การสาธารณสุขไทย 2544-47 และ 2548-50

คลินิกเอกชนมีบทบาทในการให้บริการสาธารณสุขปฐมภูมิไม่ดีอย่างกว่าสถานีนามัย (แผนภาพที่ 1) มีทั้งที่ให้บริการโดยแพทย์เฉพาะทาง แพทย์ทั่วไป และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างไรก็ตามคลินิกในต่างจังหวัดส่วนใหญ่ให้บริการโดยแพทย์จากโรงพยาบาลรัฐในช่วงนอกเวลาราชการ ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตเมืองใหญ่ที่ประชากรหนาแน่นและมีอำนาจซื้อ เน้นให้บริการรักษาพยาบาลเป็นหลัก มิได้ให้บริการอย่างรอบด้านตามแนวคิดบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ภาครัฐโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในเรื่องนี้อย่างชัดเจน ดังนั้นการพัฒนาที่ผ่านมาเป็นไปตามกลไกตลาดเป็นสำคัญ คลินิกเอกชนได้เริ่มเข้ามามีบทบาทบ้างในการให้บริการในระบบประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่ยังคงมีจำกัด

⁹ สุพัตรา ศรณิชากร (2551) ปัจจัยผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสถานการณ์และการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ เอกสารประกอบการศึกษาพหุภาคและเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน นนทบุรี สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

ในส่วนของผู้ป่วยพบว่าแพทย์ในประเทศไทยนิยมเข้ารับการอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางในสัดส่วนที่สูงขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี 2549 มีแพทย์ที่ได้รับอนุมัติบัตรและวุฒิบัตรแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ สูงถึงร้อยละ 77.5 ของแพทย์ทั้งหมด

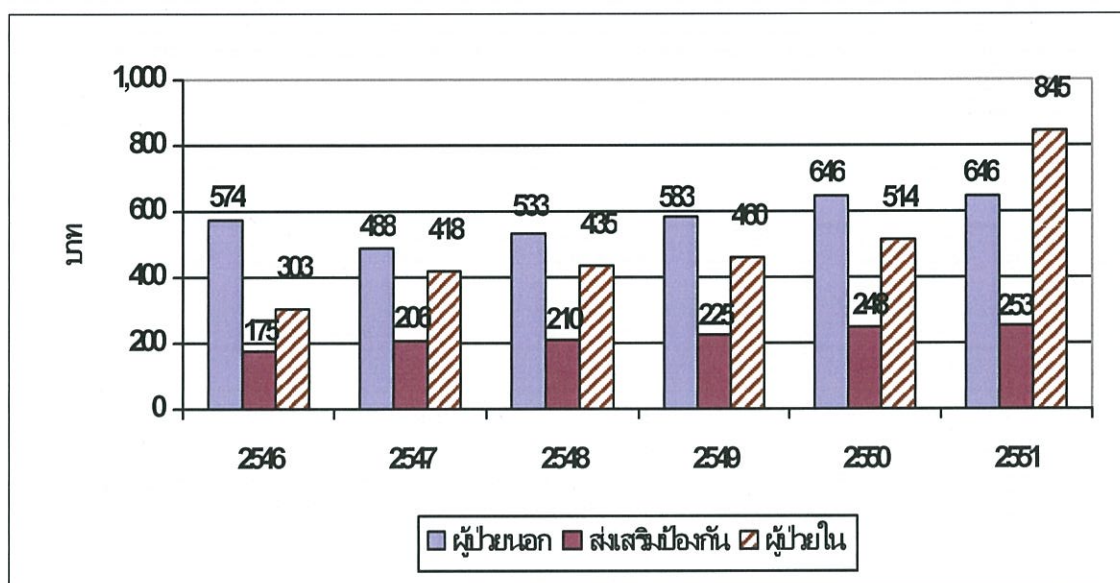
แผนภาพที่ 3 สัดส่วนแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2541 - 2549



ที่มา: การสาธารณสุขไทย 2548 - 2550 กระทรวงสาธารณสุข

ในด้านงบประมาณที่สนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ พบว่า งบเหมาจ่ายรายหัวของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับในอัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 12 ต่อปีตั้งแต่เริ่ม

แผนภาพที่ 4 งบประมาณรายหัวระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2546 - 2551



ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นโยบายดังกล่าว ในขณะที่งบประมาณที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบบริการปฐมภูมิคือ งบส่งเสริมป้องกัน (PP) และงบผู้ป่วยนอก (OP) ส่วนหนึ่ง มีอัตราการเพิ่มเฉลี่ยเพียงร้อยละ 8 และ 3 ต่อปีตามลำดับในช่วงระหว่างปี 2546 – 2551 ในขณะที่งบประมาณจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 25 ต่อปี ความแตกต่างดังกล่าวบ่งชี้ว่า การสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิยังมีจำกัด

ข้อ 47 ให้รัฐส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพในการรับผิดชอบการจัดบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ รวมทั้งให้ถ่ายโอนสถานบริการสาธารณสุขแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีการเตรียมการและมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบและเป็นขั้นเป็นตอน ด้วยความสมัครใจและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรด้านสาธารณสุข ชุมชน และการมีส่วนร่วมของประชาชน ทั้งนี้ให้มุ่งเน้นประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก

เพื่อสนับสนุนการกระจายอำนาจด้านบริการสาธารณสุข สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญและพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจใหแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และแผนการกระจายอำนาจใหแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 ซึ่งกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินงานถ่ายโอนสถานอนามัยใหแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใน ปี 2551-2553 โดยมีหลักการดังนี้ (1) ความพร้อมของท้องถิ่นในการรับถ่ายโอน (2) ความพร้อมของกระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้ถ่ายโอน และ (3) ประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับเมื่อมีการถ่ายโอน หน่วยงานไปยังท้องถิ่น และจำเป็นต้องทำความเข้าใจกับประชาชนว่าทำไมต้องมีการถ่ายโอนใหแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สถานการณ์ด้านการกระจายอำนาจในระบบบริการสาธารณสุข

ขณะนี้มีสถานีอนามัยจำนวน 22 แห่งที่มีการนำร่องถ่ายโอนไปยังองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างไรก็ตามไม่มีทิศทางนโยบายที่ชัดเจนว่าจะมีการขยายจำนวนและพื้นที่ของการถ่ายโอนหรือไม่

การสนับสนุนให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนโดยผ่านการจัดตั้ง “กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล” โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดสรรเงินจำนวน 37.5 บาท/หัวประชากรให้ และท้องถิ่นสมทบตามขนาดของ อปท. (10, 20, 50% สำหรับ อปท. ขนาดเล็ก กลาง และใหญ่ ตามลำดับ) และบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการบริหารกองทุนที่มีตัวแทนจากทั้งสามภาคส่วน คือ ท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข และตัวแทนภาคประชาชน มีความคืบหน้ามากกว่า กล่าวคือ ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2552 พบว่ามีจำนวนองค์การปกครองท้องถิ่นที่เข้าร่วมเพิ่มขึ้นจาก 888 แห่งในช่วงเริ่มต้นระหว่างปี 2549 – 2550 เพิ่มขึ้นเป็น 2,689 แห่ง ในปี 2551 และคาดว่าจะมีท้องถิ่นเข้าร่วม

โครงการในปี 2552 จำนวน 3,940 แห่ง อย่างไรก็ตามในด้านของประสิทธิผลของการดำเนินงานของกองทุนดังกล่าว ยังคงอยู่ระหว่างการติดตามประเมิน

ข้อจำกัดของการถ่ายโอนภาระกิจและการสนับสนุนให้ท้องถิ่นและชุมชนเข้ามามีบทบาทในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเองนั้น คือ การขาดความชัดเจนของการสนับสนุนและกำกับติดตาม รวมถึงการจัดการความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่าง ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และท้องถิ่น ว่าใครมีอำนาจและบทบาทอย่างไรเพื่อให้การพัฒนาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อ 48 ให้รัฐส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับประชากรกลุ่มเป้าหมายเฉพาะและมีความจำกัดในเข้าถึงการบริการสาธารณสุข ได้แก่ เด็ก เยาวชน สตรี ผู้พิการหรือทุพพลภาพ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาสในสังคม อย่างเป็นระบบ ครบวงจร และมีประสิทธิภาพ

เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชนอย่างทั่วถึง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนาระบบบริการให้สอดคล้องและตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพที่เปลี่ยนไป ทั้งนี้การให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นจะมีความหมายก็ต่อเมื่อมีบริการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก หากไม่มีบริการหรือบริการที่มีนั้นไม่สามารถเข้าถึงได้หลักประกันสุขภาพที่มีก็อาจไม่ค่อยมีความหมาย โดยเฉพาะในประชาชนกลุ่มด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการ เช่น ผู้พิการ และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นต้น ทั้งนี้เด็กเป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ในขณะที่กลุ่มเยาวชนเป็นกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพสูงไม่ว่าจะเป็นเรื่อง อุบัติเหตุ ยาเสพติด พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมและเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ในกลุ่มสตรีก็ยังคงมีสิ่งกีดกั้นด้านความเชื่อและวัฒนธรรมอยู่ทำให้การเข้าถึงบริการบางอย่างยังจำกัดเช่นการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้มีภาวะทุพพลภาพและมีภาวะพึ่งพิงจะมีความจำเป็นด้านสุขภาพมากกว่าประชาชนทั่วไป ต้องการทั้งบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขและบริการช่วยเหลือด้านสังคมในการดำรงชีวิต ขณะเดียวกันจากภาวะทุพพลภาพหรือภาวะพึ่งพิงก็ทำให้มีข้อจำกัดด้านการเดินทางไปรับบริการสุขภาพที่จำเป็น ดังนั้นจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเชิงรุกและระบบบริการสาธารณสุขชุมชนที่เข้าถึงประชาชนกลุ่มนี้ ขณะเดียวกันก็จำเป็นต้องพัฒนาบริการให้มีความรอบด้านและบูรณาการบริการให้ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มนี้อย่างเหมาะสม

สถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิง

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ สัดส่วนประชากรสูงอายุไทยเพิ่มจากร้อยละ 7.4 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 10.7 ในปี 2550 และคาดการณ์ว่าจะ

เพิ่มเป็น 2 เท่าตัวในปี 2568 เป็นร้อยละ 20 หรือจำนวนประมาณ 14.9 ล้านคน ซึ่งในปี 2573 คนไทยเกือบ 1 ใน 4 จะเป็นผู้สูงอายุ¹⁰ ทำให้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายอย่างเต็มตัว¹¹

จากการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรและสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนไป มีผลให้ลักษณะการเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพของประชากรไทยเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ โรคไม่ติดต่อซึ่งเกิดจากการถดถอยของสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายและผลสะสมของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น เบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ มะเร็ง ฯลฯ ซึ่งภาวะดังกล่าวมักนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพในที่สุด ทำให้มีภาวะพึ่งพิงในการดำรงชีวิต และต้องการได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวหรือสังคม ข้อมูลจากการประเมินการจัดบริการด้านสุขภาพภาวะภาคทางการ (Formal care) สำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ชุมชนส่วนใหญ่มีการจัดบริการทั้งด้านสังคมและสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ค่อนข้างครอบคลุมเกือบทุกมิติ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและช่วยเหลือตนเองไม่ได้นั้นยังเป็นภาระของครอบครัวเองเป็นหลัก บริการที่จัดในชุมชนสำหรับคนกลุ่มนี้และผู้ดูแลยังมีจำกัดมาก รวมถึงขาดความเชื่อมโยงของบริการ¹²

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายสำหรับผู้มีภาวะทุพพลภาพทั้งชั่วคราวและถาวร เป็นอีกบริการที่ยังมีจำกัด ส่วนใหญ่จำกัดอยู่ในโรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพโดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในชนบท เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองที่มีอาการอัมพาต การนำผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลจังหวัดนั้นทำได้ลำบาก และมีโอกาสสูงที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องไปดูแลกันเองตามลำพังและลงท้ายด้วยความพิการถาวร การจัดบริการดังกล่าวสำหรับผู้พิการก็ยังสามารถทำได้จำกัด อย่างไรก็ตามสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งพัฒนาระบบบริการดังกล่าวขึ้น โดยเฉพาะบริการกายภาพบำบัดในชุมชนเพื่อเอื้อให้กับประชาชนกลุ่มดังกล่าวในการเข้าถึงบริการ นอกจากนี้ก็มีวัดหลายแห่งได้มีการพัฒนาบริการดังกล่าวขึ้น อย่างไรก็ตามประสิทธิภาพของการจัดบริการจำเป็นต้องมีการติดตามประเมินต่อไป

ข้อ 49 ให้รัฐและทุกภาคส่วนต้องร่วมกันพัฒนาให้เกิดระบบบริการสาธารณสุขที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างเป็นรูปธรรม โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดบริการสาธารณสุขในรูปแบบของอาสาสมัครและอื่นๆ และมุ่งเน้นบริการสาธารณสุขที่เน้นประโยชน์สาธารณะ

¹⁰ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2551. การคาดประมาณประชากรประเทศไทย พศ. 2543-2573.

¹¹ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2551. รายงานวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการพัฒนาประเทศ. กันยายน

¹² สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ขวัญใจ อานาจสัตย์เชื้อ, อาทิตยา เทียมไพรวัลย์. 2549. รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

เพื่อให้หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ มีโครงสร้างในการดูแลและพัฒนาระบบบริการที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ที่สามารถปฏิบัติได้จริง และเปิดโอกาสให้บุคคลภายนอกเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณสุขในลักษณะ “จิตอาสา” ¹³ ตลอดจนมุ่งสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน เพื่อให้เอกชนมีบทบาทในการตอบสนองปัญหาสุขภาพของสังคมอย่างเหมาะสม มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน

ข้อ 50 ให้รัฐส่งเสริมให้มีการรณรงค์ให้ข้อมูลข่าวสาร และสร้างค่านิยมที่ถูกต้องแก่ประชาชนและบุคลากรด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีบนพื้นฐานความเข้าใจถึงข้อจำกัดต่างๆ ของการบริการสาธารณสุข และความเป็นไปได้ อันอาจเป็นเหตุให้เกิดเหตุไม่พึงประสงค์ รวมถึงความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อลดเหตุไม่พึงประสงค์และการเยียวยาปัญหาร่วมกันอย่างสมานฉันท์

ประชาชนมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อมิให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งรัฐต้องส่งเสริมให้เกิดการรวมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการเชื่อมโยงการเรียนรู้ ระหว่างประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้อจำกัดของบริการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อลดความคาดหวังต่อผลลัพธ์และความต้องการที่ไม่จำเป็น รวมทั้งการเรียนรู้ความสำคัญของการดูแลอย่างต่อเนื่อง ¹³ โดย

- 1) มีระบบจัดการองค์ความรู้เพื่อให้ข้อมูลอย่างรอบด้านแก่ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย
- 2) จัดให้มีข้อมูลด้านคุณภาพของสถานพยาบาลที่เหมาะสมแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชน และส่งเสริมให้ชุมชน ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น และร่วมเรียนรู้ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล
- 3) จัดให้มีระบบการเฝ้าระวังภาวะอันไม่พึงประสงค์ที่สืบเนื่องจากการให้บริการในสถานพยาบาล
- 4) ส่งเสริมให้มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานพยาบาลทุกระดับอย่างต่อเนื่อง
- 5) จัดให้มีกองทุนเพื่อจ่ายเงินชดเชยแก่ผู้เสียหายอันเกิดจากการให้บริการโดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูก ผิด
- 6) สร้างความเข้าใจแก่ประชาชนในเรื่องความไม่แน่นอนทางการแพทย์ และส่งเสริมให้เกิดความคาดหวังต่อผลลัพธ์บริการสาธารณสุขที่เป็นไปได้จริง

¹³ การประชุมเชิงปฏิบัติการคณะอนุกรรมการร่างกรอบและสาระสำคัญธรรมนูญฯ และสาระสำคัญ มาตรา 47 (1)(2)(3) ครั้งที่ 5/2551 วันที่ 27-28 กันยายน 2551 ณ ศูนย์ฟื้นฟูชีวิตสุขภาพครอบครัว “วนาศรม” มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จ. เชียงราย

ข้อ 51 ภาครัฐต้องไม่ให้การสนับสนุนหรือสิทธิพิเศษทางภาษีและการลงทุนกับบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ

เพื่อส่งเสริมให้เอกชนมีบทบาทในการตอบสนองปัญหาสุขภาพของสังคมอย่างเหมาะสม โดยสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนให้มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันโดยไม่แย่งชิงกัน เช่น การร่วมให้บริการของเอกชนในระบบบริการของภาครัฐ หรือการสนับสนุน (subsidy) ของภาครัฐให้แก่ภาคเอกชนที่ขาดทุนจากบริการสาธารณสุขที่ไม่มุ่งผลประโยชน์ทางธุรกิจ หรือการให้ประกันเงินกู้ ฯลฯ ขณะเดียวกัน การสนับสนุนการลงทุน (BOI) ในธุรกิจประเภทนี้แต่อย่างใด ควรจำกัดเฉพาะบริการสาธารณสุขที่ไม่มุ่งเน้นผลประโยชน์ทางธุรกิจ หรือบริการที่ขาดแคลน ขณะเดียวกันก็จำเป็นต้องมีมาตรการในการควบคุมการลงทุนและการกระจายของเทคโนโลยี รวมถึงการใช้ทรัพยากรที่ขาดแคลนร่วมกันเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างถ้วนหน้า

บทเรียนของภาครัฐจากการสนับสนุนการลงทุนของภาคเอกชนที่ผ่านมา^{14 15}

จากนโยบายรัฐในการส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านการรักษาพยาบาล (Medical Hub) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายการพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย โดยประกอบด้วยธุรกิจบริการรักษาพยาบาล ธุรกิจบริการส่งเสริมสุขภาพ และธุรกิจผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรไทย เพื่อดึงดูดรายได้จากต่างชาติ โดยเฉพาะในสาขาที่ทำรายได้ดี แม้ว่านโยบาย Medical Hub จะสามารถนำรายได้เข้าประเทศสูงถึง 19,000 ล้านบาทในปี 2547 และเพิ่มเป็น 20,000 ล้านบาทในปี 2548 และมีการลงทุนเพื่อขยายตัวของธุรกิจการรักษาพยาบาลโดยต่างชาติเพิ่มขึ้น ทั้งส่วนที่อยู่ในประเทศและขยายสาขาไปต่างประเทศ แต่จากการบริหารจัดการนโยบายที่ไม่สมดุลในช่วงที่ผ่านมาจึงทำให้ระบบบริการรักษาพยาบาลของประเทศไทยได้รับผลกระทบไปด้วย โดย

- 1) ความต้องการบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะสาขาที่มีทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น แพทย์ผ่าตัดหัวใจและทรวงอก หรือพยาบาลห้องผ่าตัดและห้องผู้ป่วยหนัก
- 2) ภายได้ความจำกัดของบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เกิดการดึงตัวบุคลากรจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชน โดยเฉพาะอาจารย์แพทย์ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางได้ลาออกจากโรงเรียนแพทย์ไปสู่ภาคเอกชนที่ให้บริการผู้ป่วยต่างชาติเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งจากการสำรวจเบื้องต้นของเครือข่ายสถาบันแพทยศาสตร์ใน 9 สถาบัน พบว่ามี

¹⁴ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สมดุลของนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการเป็นศูนย์กลางธุรกิจการรักษาพยาบาลของเอเชีย บนฐานคิดเศรษฐกิจพอเพียง, 2549

¹⁵ อติศร ภัทราดุลย์, แนวคิด ความสัมฤทธิ์ผล และผลกระทบ นโยบายประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของภูมิภาค (Medical Hub of Asia), 2549

อาจารย์แพทย์ลาออก 87 คนในปี 2545 และเพิ่มขึ้นเป็น 115 และ 118 คนในปี 2546 และปี 2547 ตามลำดับ ทำให้การผลิตบุคลากรทางการแพทย์และความสามารถในการให้บริการแก่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศโดยเฉพาะในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับผลกระทบโดยตรง

- 3) จากการศึกษาวิจัยด้านทรัพยากรบุคคลซึ่งประมาณว่า ในปี 2546 การให้บริการผู้ป่วยต่างชาติต้องการแพทย์คิดเป็นจำนวนที่เทียบเท่าของการทำงานเต็มเวลา (full-time equivalent) ในราว 109 - 131 คนหรือเท่ากับร้อยละ 4 ของจำนวนแพทย์ทั้งหมดทั่วประเทศ และจำนวนดังกล่าวจะเพิ่มเป็น 176 - 303 คนที่ทำงานเต็มเวลา หรือร้อยละ 9 - 12 ของจำนวนแพทย์ทั้งหมดในปี 2558 หรือร้อยละ 23-24 ของแพทย์ในภาคเอกชน¹⁶ นอกจากนี้ จากประมาณการความต้องการแพทย์เฉพาะทาง เช่น ศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอก พบว่ามีความต้องการในจำนวนที่เพิ่มขึ้นมาก¹⁷ ในขณะที่การผลิตบุคลากรทางการแพทย์เพื่อทดแทนและตอบสนองต่อความต้องการสำหรับดูแลคนไทยและชาวต่างชาติ โดยเฉพาะในสาขาที่ขาดแคลน เช่น ศัลยแพทย์ระบบประสาท (Neurosurgeon) ศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอก (Thoracic surgeon) อายุรแพทย์โรคมะเร็งและรังสีแพทย์ด้านรังสีรักษา รังสีแพทย์ร่วมรักษา ซึ่งต้องใช้เวลาในการเรียนและฝึกอบรมมากกว่า 12-15 ปี

ข้อ 52 รัฐต้องจัดให้มีกลไกระดับชาติทำหน้าที่กำกับดูแลทิศทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข กลไกที่ทำหน้าที่ควบคุมกำกับและพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข และกลไกที่ทำหน้าที่ควบคุมกำกับและพัฒนการใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

เพื่อให้เกิดโครงสร้างกลไกในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาลทั้งในระดับชาติ ภูมิภาค และท้องถิ่น โดย

- 1) กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรระดับชาติในการกำหนดและบริหารนโยบาย ตลอดจนกำกับทิศทาง ยุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข (ปรับบทบาท พัฒนาศักยภาพบุคลากร และองค์กร พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผน พัฒนาและกำกับติดตามระบบที่มีประสิทธิภาพ
- 2) จัดทำแผนแม่บทการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของไทยในระยะยาว (ปี 2552-2563) ในภาพรวมทั้งระบบ

¹⁶ Pachanee C. and Wibulpolprasert S. Incoherent policies on universal coverage of health insurance and promotion of international trade in health services in Thailand, Health Policy and Planning, 2006

¹⁷ วีระศักดิ์ มงคลพร และคณะ, อุปสงค์และอุปทานต่อการให้บริการทางการแพทย์สำหรับชาวต่างชาติ: การศึกษาเพื่อสำรวจผลกระทบที่มีต่อระบบสุขภาพ และบุคลากรสาธารณสุขในประเทศไทย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2548

- 3) จัดทำแผนแม่บทการพัฒนากำลังด้านสุขภาพที่ครอบคลุมการให้บริการทุกด้านรวมแผนกระจายกำลังคน
- 4) มีกลไกควบคุมกำกับและพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขระดับชาติ (ไม่ใช่กลไกดูแลกำกับหน่วยบริการ) โดยมีองค์กรเชิงสถาบันในการทำหน้าที่ประเมิน ควบคุม รับรอง และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพบริการสถานพยาบาลทุกประเภท ภายใต้การสนับสนุนของภาครัฐ ท้องถิ่น และชุมชน ตลอดจนส่งเสริมให้ชุมชนและท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น และร่วมเรียนรู้ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล และมีการให้ข้อมูลด้านคุณภาพของสถานพยาบาลที่เหมาะสมแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชน
- 5) มีองค์กรเชิงสถาบันที่มีความเป็นกลางในการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ตลอดจนกำกับติดตามให้เกิดการใช้เทคโนโลยีและนโยบายอย่างเหมาะสม (จัดกลไกหรือองค์กรพัฒนาระบบบริหารจัดการ จัดทำแนวทางการประเมินและกำกับติดตามการใช้เทคโนโลยีระดับชาติ สร้างบุคลากรสำหรับการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญอย่างสหสาขาวิชา)

ร่าง บันทึกเจตนารมณ์ประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒

หมวด ๗

การส่งเสริม สนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ

เจตนารมณ์ เพื่อให้เป็นที่เข้าใจร่วมกัน หมวด ๗ มีคำ อยู่ ๕ คำที่มีลักษณะร่วมและแตกต่างกัน จึงขอล่าความหมายโดยสังเขป คือ

๑) ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ เป็นคำที่ให้ความหมายไว้กว้างหมายความว่า องค์ความรู้ ความคิด ความเชื่อ และความชำนาญในการดูแลสุขภาพโดยอาศัยความรู้ที่ได้สั่งสม ถ่ายทอด และพัฒนาสืบต่อกันมาในท้องถิ่น ซึ่งเปิดกว้างรวมถึง การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกที่ประชาชนและชุมชนใช้ในการดูแลสุขภาพอย่างสอดคล้องกับท้องถิ่นนั้น ๆ

๒) การแพทย์แผนไทย หมายความว่า การดูแลสุขภาพโดยอาศัยความรู้หรือตำราการแพทย์แบบไทยที่ได้สั่งสม ถ่ายทอด และพัฒนาสืบต่อกันมา หรือตามการศึกษาจากสถานศึกษาที่รับรองโดยกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะซึ่งหมายรวมถึง การแพทย์แผนไทยประยุกต์ คำ ๆ นี้ ก่อนข้างเน้นความเป็นวิชาชีพตามกฎหมายที่บัญญัติไว้

๓) การแพทย์พื้นบ้าน หมายความว่า การดูแลสุขภาพโดยอาศัยความรู้ที่ได้สั่งสม ถ่ายทอด และพัฒนาสืบต่อกันมาซึ่งมีลักษณะเฉพาะที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม จารีต ประเพณี และทรัพยากรของชุมชนท้องถิ่น และเป็นที่ยอมรับของชุมชนท้องถิ่นนั้น

๔) การแพทย์ทางเลือก หมายความว่า การดูแลสุขภาพโดยอาศัยความรู้ทางการแพทย์ที่นอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย ซึ่งมักเป็นความรู้ และเป็นวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพที่มาจากความหลากหลาย เช่น การแพทย์แผนดั้งเดิมของชาวจีน อายุรเวทของชาวอินเดีย เป็นต้น

ดังนั้นการส่งเสริม สนับสนุนการใช้ และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น หมายรวมถึงการดูแลสุขภาพครอบคลุมสุขภาพในสี่มิติ ได้แก่ ทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา นอกจากนี้ยังหมายถึงการป้องกันโรค พิษสุขภาพและบำบัดรักษาโรคด้วย องค์ความรู้ต่างๆ ในเรื่องนี้ครอบคลุมทั้งอาหาร การดำเนินชีวิต ความเชื่อ วัฒนธรรมที่มีความหลากหลาย

ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ รวมความถึงระบบการแพทย์ ระบบองค์ความรู้ การอธิบายโรค รวมถึงระบบคิดตามศาสตร์การแพทย์นั้น ๆ

คำว่า การแพทย์แผนไทย มีเจตนารมณ์ของการนิยามที่มีความหมายรวมทั้งการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ด้วย

หลักการ

ข้อ ๕๓ การส่งเสริม สนับสนุนการใช้ และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ ควรอยู่บนพื้นฐานหลักการดังต่อไปนี้
(๑) มีความสอดคล้องกับวิถีชุมชน วัฒนธรรม จารีตประเพณี ความเชื่อและศาสนา และนำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

เจตนารมณ์ การส่งเสริม สนับสนุนใด ๆ ต้องเคารพความวิถีชีวิตของชุมชนนั้น ๆ ซึ่งมีความแตกต่าง หลากหลายในวัฒนธรรม และการส่งเสริม สนับสนุนใด ๆ ต้องไม่บั่นทอนความสามารถการพึ่งตนเองของชุมชน หรือควรหนุนเสริมให้ชุมชนเกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพยิ่งขึ้น

(๒) ให้การส่งเสริมการแพทย์ทุกระบบอย่างเท่าเทียมกัน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ

เจตนารมณ์ ระบบการแพทย์มิได้มีเพียงระบบเดียว และเป็นที่ยอมรับในสากลว่า การดูแลสุขภาพของประชาชนให้เกิดผลดีที่สุดไม่สามารถเลือกใช้ระบบการแพทย์ใดเพียงอย่างเดียว จำเป็นที่ต้องผสมผสานการแพทย์หลายระบบเข้าด้วยกันอย่างสมดุล นอกจากนี้ระบบการแพทย์แต่ละระบบต่างเป็นทางเลือกซึ่งกันและกัน จึงมีความสำคัญไม่ด้อยไปกว่ากัน หากการแพทย์ทุกระบบได้รับการส่งเสริมและสร้างความเข้มแข็งไปพร้อม ๆ กัน ย่อมช่วยให้ระบบสุขภาพของประเทศมั่นคง เป็นที่พึ่งให้กับประชาชนได้อย่างกว้างขวาง

(๓) ให้ประชาชนมีสิทธิในการเลือกใช้ และเข้าถึงการแพทย์ระบบต่าง ๆ อย่างเท่าเทียม เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว มีความรู้เท่าทันและได้ รับการคุ้มครองในฐานะผู้บริโภค โดยมีระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องเป็นกลางและเข้าถึงได้

เจตนารมณ์ เป็นหลักการสิทธิขั้นพื้นฐานในการเข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาล ขณะเดียวกันในสังคมบริโภคที่เต็มไปด้วยการโฆษณาและประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ และระบบการส่งเสริมการตลาดที่รุนแรง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีระบบการคุ้มครองผู้บริโภคที่เข้มแข็งด้วย

(๔) ใช้ปัญญา ความรู้ ความมีเหตุผลในการพัฒนาวิชาการและองค์ความรู้ จากฐานเดิมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด คุ่มค่า มีประสิทธิผล และปลอดภัย

เจตนารมณ์ องค์ความรู้ ภูมิปัญญาดั้งเดิมที่มีคุณค่าสามารถพัฒนาต่อยอดได้ตลอดเวลา แต่ในการพัฒนาให้เกิดการใช้อย่างรวมสมัยได้นั้น จำเป็นที่จะต้องใช้หลักวิชาการที่มีเหตุผล อธิบายได้ และใช้ปัญญาอันหมายถึงไม่หลงอย่างมลาย เพื่อเป็นรากฐานในการนำความรู้มาใช้

เป้าหมาย

ข้อ ๕๔ ชุมชนและชุมชนท้องถิ่นตระหนักถึงคุณค่าและมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม สนับสนุน

การใช้ และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ เพื่อการดูแลสุขภาพของชุมชนและชุมชนท้องถิ่นอย่างเหมาะสม

เจตนารมณ์ การเลือกใช้คำ ๒ คำ คือ ชุมชน และชุมชนท้องถิ่น เนื่องจากในรัฐธรรมนูญทั้งปี พ.ศ. ๒๕๕๐ และ พ.ศ. ๒๕๕๐ ในหมวดสิทธิเสรีภาพ ได้กล่าวไว้ทั้ง ๒ คำ และความหมายของ ๒ คำนี้มีนัยยะต่างกัน เพื่อให้ครอบคลุมลักษณะชุมชนได้หลากหลายขึ้นจึงใช้ทั้ง ๒ คำนี้

คำว่า ชุมชน มีความหมายกว้างขวางกว่าคำว่า ชุมชนท้องถิ่น เนื่องจากคำว่าชุมชนท้องถิ่นมักนึกถึงคนที่อยู่รวมกันในหมู่บ้าน ตำบล หรือในพื้นที่เชิงภูมิศาสตร์เท่านั้น ขณะที่คำว่า ชุมชน มีเจตนารมณ์ในความหมายกว้างกว่า เช่น ชุมชนเมือง ชุมชนชนบท ชุมชนของชนกลุ่มเฉพาะ เช่น ชุมชนผู้พิการ ชุมชนชาติพันธุ์ต่าง ๆ ฯลฯ และรวมถึงรูปแบบการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไป เกิดชุมชนออนไลน์ หรือชุมชนในวิญญูต่างๆ เป็นต้น

ข้อ ๕๕ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ ได้ รับการส่งเสริม สนับสนุนให้มีกลไกและทรัพยากรที่เพียงพอต่อการใช้ และการพัฒนาอย่างเป็นระบบและเป็นองค์รวมได้แก่การสร้างและจัดการความรู้การสร้างและพัฒนาาระบบสุขภาพระบบบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุข ระบบยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพร โดยมีระบบกลไก และจัดงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอสำหรับโรงพยาบาลแพทย์แผนไทย และการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย

เจตนารมณ์ ในปัจจุบันระบบการแพทย์แผนใหม่หรือการแพทย์แบบตะวันตกได้รับการส่งเสริม สนับสนุนทั้งงบประมาณ บุคลากร และการอุดหนุนอื่นๆ อย่างมากมาย ขณะที่ระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์อื่น ขาดการส่งเสริมสนับสนุนอย่างเพียงพอ ดังเช่นการจัดสรรงบประมาณแผ่นดิน ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ กระทรวงสาธารณสุขได้งบประมาณ ๖๕,๓๘๗ ล้านบาท ขณะที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้รับงบประมาณเพียง ๑๕๙ ล้านบาท หากไม่กำหนดการสนับสนุนเหล่านี้ไว้ในธรรมนูญสุขภาพจะเป็นความยากลำบากในการบรรลุเป้าหมายการส่งเสริมการใช้ประโยชน์

ข้อ ๕๖ มีรายการยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างพอเพียง อย่างน้อยร้อยละ ๑๐ ของรายการยาทั้งหมด และได้รับการส่งเสริมและใช้ในระบบบริการสาธารณสุข เพื่อการพึ่งตนเองด้านยาของประเทศ

เจตนารมณ์ การกำหนดรายการยาให้ได้ร้อยละ ๑๐ นี้ เป็นตัวชี้วัดที่เป็นรูปธรรมสำคัญในการสะท้อนหรือประเมินผลได้อย่างเป็นรูปธรรมว่า ประเทศไทยสามารถพึ่งตนเองด้านยาสมุนไพรและยาไทยได้มากน้อยเพียงใด ทุกวันนี้มีรายการยาแผนปัจจุบันในรายการบัญชียาหลักแห่งชาติประมาณ ๖๐๐-๗๐๐ รายการ สูงสุดไม่เกิน ๑,๐๐๐ รายการ ขณะที่รายการยาจากสมุนไพรที่บรรจุใน

บัญชียาหลักแห่งชาติมีเพียง ๑๙ รายการ ดังนั้นการตั้งเป้าหมาย ร้อยละ ๑๐ จึงเท่ากับจะมียาจากสมุนไพรไว้รองรับการดูแลสุขภาพพระระดับชาติประมาณ ๖๐ – ๑๐๐ รายการ ซึ่งน่าจะทำให้เกิดการพึ่งตนเองในประเทศได้อย่างมีนัยยะสำคัญ

บันทึกไว้เพื่อให้เข้าใจเพิ่มเติม ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ แบ่งเป็น ๒ กลุ่มจำนวน ๑๙ รายการ ดังนี้

- ๑) ยาแผนไทย หรือยาแผนโบราณ หรือยาจากสมุนไพร คือตำรับยาที่มีการใช้ตามองค์ความรู้ดั้งเดิม หรือตามตำรายาแผนไทย และยาแผนไทยประยุกต์ ใช้หลักการของการแพทย์แผนไทยและเภสัชกรรมไทยเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือก ได้แก่ ยารักษากลุ่มอาการทางระบบไหลเวียนโลหิต (แก้ลม) (1) ยาหอมเทพจิตร (2) ยาหอมนวโกฐ ยารักษากลุ่มอาการทางระบบทางเดินอาหาร (1) ยาถ่ายดีเกลือฝรั่ง (2) ยาธาตุบรรจบ (3) ยาประสะกานพลู (4) ยาเหลืองปิดสมุทร ยารักษากลุ่มอาการทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา (1) ยาประสะไพล ยาแก้ไข้ (1) ยาแก้ไข้ห่าราก (2) ยาเขียวหอม (3) ยาจันทน์ลีลา ยาแคปซูลยาแก้ไอและขับเสมหะ (1) ยาประสะมะแว้ง

- ๒) ยาพัฒนาจากสมุนไพร ได้จากการพัฒนาในรูปแบบสมัยใหม่ อาจเป็น ตำรับยาเดี่ยวและยาผสม ได้แก่

ยารักษากลุ่มอาการของระบบทางเดินอาหาร (1) ขมิ้นชัน (2) ชিং (3) ชุมเห็ดเทศ (4) ฟ้าทะลายโจร ยารักษากลุ่มอาการของระบบทางเดินหายใจ (1) ฟ้าทะลายโจร ยารักษากลุ่มอาการของระบบผิวหนัง (1) บัวบก (2) พญายอ ยาใช้ภายนอกสำหรับบรรเทาอาการปวดและอักเสบ(1) พริก (2) ไพล

(หมายเหตุ) หากนับจำนวนตำรับยาจะได้ ๒๐ ตำรับ แต่นับชนิดของสมุนไพร นับได้

๑๙ รายการ เนื่องจาก ฟ้าทะลายโจรใช้ได้ ๒ อาการโรค

ข้อ ๕๗ มีระบบและกลไกที่เข้มแข็งในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน ในระดับชุมชน ระดับประเทศและระดับภูมิภาค

เจตนารมณ์ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน มีที่มาจากรากฐานวัฒนธรรม และวิถีชีวิตท้องถิ่นของไทย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องอนุรักษ์ และต้องคุ้มครองภูมิปัญญาเหล่านี้มิให้เกิดการขโมยหรือการนำไปใช้เพื่อผลประโยชน์เฉพาะตนเฉพาะกลุ่ม โดยที่เจ้าของภูมิปัญญาไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องใดๆ และในการสร้างระบบคุ้มครองนี้ จะต้องวางระบบและกลไกมาตั้งแต่หน่วยเล็กที่สุดในชุมชน จนถึงประเทศ เพื่อให้เกิดการกระจายและสามารถดำเนินการคุ้มครองได้อย่างเข้าอกเข้าใจความหลากหลายในท้องถิ่นด้วย

การคุ้มครองนี้ยกเว้นการแพทย์ทางเลือกอื่น ซึ่งมีที่มาจากภายนอกประเทศ

ข้อ ๕๘ มีระบบและกลไกที่เข้มแข็ง มีฐานวิชาการที่เข้มแข็ง อิสระและเป็นกลางในการคัดกรอง ส่งเสริมและคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ ที่มีประสิทธิผล ประหยัด คุ่มค่า และปลอดภัย เพื่อประโยชน์สูงสุดในการดูแลสุขภาพของประชาชน

เจตนารมณ์ เนื่องจากการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ มีที่มาจากภายนอกประเทศ ซึ่งการนำเอาความรู้เหล่านี้มาปรับใช้ในประเทศนั้น อาจไม่สอดคล้องกับวิถีและวัฒนธรรมของไทย และอาจขาดข้อมูลทางวิชาการอย่างเพียงพอ หรือในบางกรณีกลับเป็นการพึ่งพิงจากต่างประเทศสูง และมีค่าใช้จ่ายสูงด้วย จึงจำเป็นที่จะต้องมีการมีระบบและกลไกทางวิชาการในการคัดกรอง

ตัวอย่างการแพทย์ทางเลือกที่ยังเป็นข้อถกเถียงทั้งด้านวิชาการ ความปลอดภัย และความคุ้มค่า เช่น การรักษาแบบคีเลชั่น ที่แพทย์ทางเลือกบางกลุ่มนำไปใช้ในการกำจัดโลหะหนักในร่างกาย หรือกรณีอาหารเสริม เครื่องดื่มบำรุงสุขภาพใหม่ หรือกรณีอุปกรณ์เครื่องสั่นสะเทือน เป็นต้น

ข้อ ๕๙ มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ อย่างพอเพียง เพื่อการสร้างและจัดการความรู้อย่างเป็นระบบในการศึกษาวิจัย การผลิตและพัฒนาบุคลากร และการพัฒนาตำรา

เจตนารมณ์ การรื้อฟื้น การนำเอาภูมิปัญญาต่าง ๆ กลับมาใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน จำเป็นที่จะต้องลงทุนในด้านการศึกษาวิจัย การจัดการความรู้ต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ ซึ่งต้องอาศัยงบประมาณจากรัฐอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ

ในระหว่างการร่างรัฐธรรมนูญ ได้มีข้อเสนอเบื้องต้นว่า น่าจะได้รับการสนับสนุนอย่างน้อยปีละ ๒๐๐ - ๓๐๐ ล้านบาท/ปี โดยคำนวณเบื้องต้นจากงบประมาณที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับปีละประมาณ ๖ หมื่นล้านบาท หากจัดสรรงบประมาณเพียง ๐.๕ % จะเท่ากับ ๓๐๐ ล้านบาท ขณะเดียวกันก็ยังไม่อยากได้งบประมาณก้อนโตกว่านี้ในระยะแรก เนื่องจากมีความคิดว่า การทำงานพัฒนาอย่างมีคุณภาพให้ค่อยเป็นค่อยไป จนเมื่อมีความต้องการเพิ่มขึ้นจึงขอจัดสรรงบประมาณเพิ่ม

ข้อ ๖๐ มีโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย เพื่อเป็นต้นแบบที่มีมาตรฐาน ในการบริการ การศึกษาวิจัย และการฝึกอบรมบุคลากร อย่างน้อยภาคละ ๑ แห่ง

เจตนารมณ์ ในปัจจุบันมีการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรและยาไทยในสถานบริการสุขภาพของรัฐพอสมควร และกำลังได้รับการส่งเสริมเพิ่มขึ้น แต่สถานบริการของรัฐเหล่านี้เป็นระบบการแพทย์แผนปัจจุบันที่นำเอายาสมุนไพรหรือยาไทยไปบริการแก่ประชาชน ปัจจุบันยังไม่มีสถานบริการหรือโรงพยาบาลแผนแพทย์ไทยเป็นการเฉพาะ ดังนั้นหากต้องการพัฒนาการแพทย์แผนไทยอย่างเป็นระบบ และยั่งยืน จำเป็นที่จะต้องมีการมีโรงพยาบาลต้นแบบ เพื่อให้เกิดการใช้องค์ความรู้แพทย์แผนไทย และเป็นสถานที่ในการเรียนการสอน รวมทั้งเป็นหน่วยในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบ

การแพทย์แผนไทยให้เจริญก้าวหน้า สามารถบริการหรือดูแลสุขภาพให้กับประชาชนได้อย่างร่วมสมัย สืบไป

โดยคาดหวังให้ริเริ่มในระดับภาค ทั้ง ๔ ภาค ละ ๑ แห่ง เพื่อให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่นที่หลากหลายของประเทศไทย

แนวคิดเรื่องการมีโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยเป็นการเฉพาะ มีเค้าโครงอยู่บ้างแต่ยังไม่สามารถสรุปอย่างชัดเจนได้ เท่าที่มีการประชุมการรื้อกัน มีความเห็นพ้องว่า โรงพยาบาลแพทย์แผนไทยนี้ จะนำเอาความรู้การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านมาใช้เป็นด้านหลัก ไม่ใช่ผสมผสานกับแพทย์แผนปัจจุบัน และมีหลักปรัชญาที่สำคัญ ๓ ข้อ คือ เน้นการช่วยเหลือเกื้อกูลเพื่อนมนุษย์ ไม่ใช่โรงพยาบาลที่มุ่งสู่การหากำไร และโรงพยาบาลจะต้องเชื่อมโยงกับชุมชนท้องถิ่นนั้น ๆ ด้วย

มาตรการ

ข้อ ๖๑ ให้คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ภายใต้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและคณะรัฐมนตรี ในการขับเคลื่อน ผลักดันการดำเนินงาน ติดตาม กำกับ ประเมินผล แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท และจัดทำรายงานและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวกับการขับเคลื่อน ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเพื่อนำเสนอขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเพื่อให้ หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการให้บรรลุผล

เจตนารมณ์ การขับเคลื่อนและผลักดันงานจำเป็นต้องอาศัยกลไกที่มีความคล่องตัว และเป็น อิสระ แต่ยังมีควมยึดโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคองค์กรพัฒนาเอกชน ภาคประชาสังคม และภาควิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นคณะกรรมการภายใต้คณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาตินี้มีความเหมาะสมภายใต้หลักการ ๓ เหลี่ยมเขี่ยอนภูเขาของนพ.ประเวศ วะสี ที่ร่วมพลัง ๓ ภาคีหลัก คือ ภาควิชาการ ภาคการเมืองหรือนโยบาย และภาคสังคม

ปัจจุบันได้มีคณะกรรมการที่ตั้งขึ้นภายใต้คณะกรรมการแห่งชาติ ๑ ชุด ชื่อ คณะกรรมการ พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ เป็นประธาน

ข้อ ๖๒ ให้รัฐสร้างเสริมความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนและชุมชนท้องถิ่น ในการฟื้นฟู สืบสานและใช้ประโยชน์ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ และการประยุกต์ และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบททางด้านสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไปรวมทั้ง ส่งเสริม สนับสนุนให้ชุมชน ชุมชนท้องถิ่นและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดการภูมิ ปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในระดับชุมชน

เจตนารมณ์ หลักการกระจายอำนาจ และการให้ความสำคัญกลับไปยังชุมชนและชุมชนท้องถิ่น เป็นหัวใจสำคัญในการนำเอาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกลับมาใช้ในวิถีชีวิตปัจจุบัน นอกจากนี้การเติบโตและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลทุกข์สุขของประชาชน จึงกำหนดทิศทางหลักในการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังเช่นกรณีองค์การบริหารส่วนตำบลวังแสง จ.มหาสารคาม ที่สนับสนุนหมอพื้นบ้านในตำบลให้สามารถใช้สถานที่ทำการ อบต. เปิดบริการสุขภาพให้ชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลโรงช้าง จ.เชียงราย สนับสนุนให้เด็กนักเรียน สำรวจและรู้จักการใช้ประโยชน์จากป่าธรรมชาติในพื้นที่ของตำบล โดยทำงานร่วมกับเครือข่ายหมอพื้นบ้าน เป็นต้น

ข้อ ๖๓ ให้รัฐสร้างเสริมความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันวิชาการในท้องถิ่นในการส่งเสริม สนับสนุนการใช้ และการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน โดยการสนับสนุนและเสริมสร้างสถานภาพของหมอพื้นบ้าน การพัฒนาศักยภาพหมอพื้นบ้านในชุมชน การสนับสนุนการสืบทอดสู่หมอพื้นบ้านรุ่นใหม่โดยส่งเสริมให้ เยาวชนรุ่นใหม่ เห็นคุณค่าของหมอพื้นบ้าน และรักษาแบบแผนการสืบทอดที่เป็นของชุมชน การพัฒนาระบบการจัดการความรู้ ทั้งในตำราและตัวหมอพื้นบ้าน การส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านเพื่อเป็นการต่อยอดองค์ความรู้เดิมและนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างเหมาะสมให้หน่วยงานของรัฐ และชุมชนสร้างเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายหมอพื้นบ้าน สนับสนุนการเชื่อมโยงของเครือข่ายทั้งในระดับชุมชน ภูมิภาคและระดับประเทศ ด้วยกระบวนการการมีส่วนร่วมและการประสานงานในแนวราบ ให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องพัฒนามาตรการด้านกฎหมายและมาตรการด้านอื่นๆ เพื่อรองรับสถานภาพของหมอพื้นบ้าน

เจตนารมณ์ หลักการคล้ายข้อ ๖๒ แต่ลงรายละเอียดถึงแนวทางพัฒนาที่ควรคำนึงถึงความ เป็นวิชาการ การจัดการความรู้ที่อยู่ในตำราและอยู่ในตัวของหมอหรือผู้รู้ต่างๆ เปรียบการทำงานกับหมอพื้นบ้านอาวุโสแต่ต้องไม่ละเลยการทำงานกับคนหนุ่มสาวรุ่นใหม่ด้วย ที่สำคัญการทำงานด้านนี้จะต้องสร้างการเชื่อมโยง หรือความร่วมมือทั้งในระดับหน่วยงานรัฐและภาคประชาสังคม และควรริเริ่มเชื่อมโยงจากระดับเล็กคือ หมู่บ้าน ตำบล จนเกิดแนวทาวประสานงานระดับใหญ่ขึ้น

สำหรับการรับรองหมอพื้นบ้าน ซึ่งเป็นเนื้อหาอยู่ในข้อนี้ เป็นสิ่งที่หมอพื้นบ้านเป็นห่วงเป็นใยมาก เนื่องจากการดูแลรักษาผู้ป่วยเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพ ซึ่งมีกฎหมายคอยกำกับ แต่ในอดีตที่ผ่านมาหมอพื้นบ้านที่มีความรู้ดี ๆ ไม่สามารถสอบผ่านเกณฑ์ตามกฎหมายการประกอบวิชาชีพ แพทย์แผนไทยได้ จึงพบปัญหาอย่างมากในพื้นที่ที่หมอทำงานอยู่ ภายหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้มีการประกาศใช้ พรบ.การประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทย ฉบับใหม่ ในมาตรา ๓๓ (ค) เปิดโอกาสให้คณะกรรมการวิชาชีพรับรองหมอพื้นบ้านและมอบใบประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทย ให้กับหมอพื้นบ้านที่มีความรู้ความสามารถ ดังนั้นในช่วงระหว่างปี ๒๕๔๗ - ๒๕๕๑ ได้มีกระบวนการคัดสรรหมอพื้นบ้านที่ทรงความรู้ และได้ประกาศมอบใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยไปแล้ว

ประมาณ ๒๑ ท่าน วิธีการนี้เป็นวิธีหนึ่งในการสนับสนุนหมอพื้นบ้านรุ่นอาวุโส อย่างไรก็ตามควรศึกษาหาวิธีการอื่นๆ เพื่อการรับรองหมอในมิติอื่นๆ เช่น ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกาศยกย่องหมอพื้นบ้าน ซึ่งเป็นการรับรองในชุมชนตนเอง ไม่ได้เกี่ยวข้องกับกฎหมายการประกอบโรคศิลปะ ในการรับรองภายในชุมชนเป็นการส่งเสริมการพึ่งตนเอง และใช้ภูมิปัญญาเพื่อการดูแลสุขภาพที่ไม่หวังเงินทอง แต่เป็นการช่วยเหลือเกื้อกูล

เพื่อให้เข้าใจความหมายของคำว่าหมอพื้นบ้าน คณะทำงานได้นิยามศัพท์ไว้ว่า หมอพื้นบ้าน หมายถึง บุคคลซึ่งมีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพโดยอาศัยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน (ดูความหมายการแพทย์พื้นบ้านข้างต้น)

ข้อ ๖๔ ให้รัฐส่งเสริม สนับสนุน การใช้ และการพัฒนาการแพทย์ แผนไทย ให้มีคุณภาพและมาตรฐาน โดยดำเนินการดังต่อไปนี้ หน่วยงานของรัฐ สถาบันการผลิตและสถาบันวิชาการร่วมกันพัฒนาระบบการศึกษาวิจัยและพัฒนาศาสตร์การแพทย์แผนไทย ตั้งแต่ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับร่างกาย และการทำงานของมนุษย์ กระบวนการเกิดโรค สาเหตุของโรค วิธีการวินิจฉัยโรค วิธีการเตรียมยา วิธีการบำบัดรักษาโรค ระบบการสร้างทีมงานการดูแลรักษาผู้ป่วย ระบบใบสั่งยา ระบบเวชระเบียน ระบบการแก้ไขความผิดพลาดในการดูแลรักษา ระบบการพัฒนาวิชาการ ทั้งการประชุมวิชาการและวารสารวิชาการ ตลอดจนการสร้างและพัฒนามาตรฐานเวชปฏิบัติ ตำราและคู่มือ

คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย หน่วยงานของรัฐ สถาบันการผลิต และสถาบันวิชาการร่วมกันพัฒนาระบบกำลังคนโดยการกำหนดให้มีโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย การพัฒนามาตรฐานการผลิตกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยทั้งในแบบครู รมอบตัวศิษย์ และการศึกษาในสถาบันการศึกษา การจัดตั้งเครือข่ายสถาบันการผลิตบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย การพัฒนาความรู้ ให้ กับบุคลากรอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาบุคลากรผู้ ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐให้เป็นผู้มีใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยและสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

ให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย เพื่อเป็นต้นแบบที่มีมาตรฐานในการบริการการศึกษาวิจัย และการฝึกอบรมบุคลากรตามเป้าหมายในข้อ ๖๐

เจตนารมณ์ หน่วยงานรัฐเป็นกำลังหลักที่สำคัญที่จะต้องริเริ่มงานในเชิงวิชาการ การเรียนการสอน และจัดทำให้ได้มาตรฐาน และยังคงมุ่งพัฒนางานเชิงระบบ เนื่องจากวงการแพทย์แพทย์ถูกละทิ้งการพัฒนามาอย่างยาวนาน ถ้าไม่เร่งพัฒนาในเชิงระบบจะไม่สามารถนำเอาความรู้มาใช้ประโยชน์ได้อย่างยั่งยืน ระบบในการพัฒนาที่สำคัญประการหนึ่งคือ ระบบกำลังคน ซึ่งจะต้องเร่งสร้างให้เกิดขึ้นอย่างมีคุณภาพ

ข้อ ๖๕ ให้รัฐหน่วยงานของรัฐ และภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติและในเภสัชตำรับของโรงพยาบาลให้ คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ผลักดันการนำยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพรบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มขึ้น เพื่อให้พอเพียงแก่การดูแลสุขภาพของประชาชนให้หน่วยงานของรัฐ และภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องส่งเสริมศักยภาพของโรงพยาบาลและชุมชนในการผลิตและใช้ ยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพร

เจตนารมณ์ รัฐมีนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาไทยและยาสมุนไพรมาเป็นเวลานานนับสิบปี แต่เมื่อพิจารณาจากมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเปรียบเทียบกับยาแผนปัจจุบัน พบว่ามีปริมาณน้อยมาก ไม่ถึงร้อยละ ๓ ของยาแผนปัจจุบัน การส่งเสริมให้เกิดการใช้มากขึ้น จำเป็นต้องส่งเสริมผ่านหน่วยงานต่างๆ และเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคยาสมุนไพร จำเป็นที่จะต้องส่งเสริมผ่านกลไกที่มีระบบคัดกรองยา ดังนั้นจึงต้องผลักดันให้บรรจุยาไทยและยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มขึ้น และจัดทำเภสัชตำรับของโรงพยาบาลเพื่อให้มีการใช้ตำรับยาที่หลากหลายขึ้น และเหมาะสมกับสภาพของชุมชนในโรงพยาบาลนั้นๆ

ข้อ ๖๖ ให้หน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนท้องถิ่นร่วมกันสร้างระบบและกลไกในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านให้ มีความเข้มแข็ง มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับชุมชน ระดับประเทศและระดับภูมิภาค โดยการสร้างความเข้าใจและความรู้เท่าทันให้กับสังคมไทย การเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของรัฐและชุมชนท้องถิ่นในการคุ้มครองภูมิปัญญา การพัฒนาระบบและกลไกทางกฎหมาย และการสร้างบทบาทเชิงรุกของไทยในเวทีการเจรจาระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญา ให้คณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กำหนดทิศทางและแผนงานที่ชัดเจนในการบริหารกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยโดยยึดหลักธรรมาภิบาล มีกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างระบบและกลไกในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์ ไทยและการแพทย์พื้นบ้านที่เข้มแข็ง มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับชุมชน ระดับประเทศและระดับภูมิภาค จัดสรรเงินกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเพื่อสนับสนุนหน่วยงานทั้งภาครัฐ ชุมชนท้องถิ่น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินการสร้างความเข้มแข็งของระบบและกลไกในการคุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านอย่างเหมาะสม

เจตนารมณ์ ในการคุ้มครองภูมิปัญญาไม่สามารถทำได้หากขาดความร่วมมือตั้งแต่ระดับชุมชน ดังนั้นจึงให้ความสำคัญกับหน่วยย่อยที่สุดตั้งแต่หมู่บ้าน โดยการสร้างระบบและกลไกขึ้น ซึ่งจะต้องทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากนั้นมีระบบการเชื่อมโยงสู่ระดับภูมิภาคและระดับประเทศ เพื่อคอยปกป้องคุ้มครองภูมิปัญญาไม่ให้ถูกละเมิด หรือต่างชาติแอบนำไปใช้ประโยชน์

ขณะเดียวกันในการปกป้องคุ้มครองภูมิปัญญานี้ ต้องอาศัยความรู้ทางกฎหมาย และทำงานอย่างเป็นระบบ สร้างสรรค์ และทำงานเชิงรุก ซึ่งในปัจจุบันมี กฎหมายที่เกี่ยวข้อง คือ พรบ. การคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้กำหนดให้มีกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เพื่อสนับสนุนงานการคุ้มครองภูมิปัญญา ซึ่งในปัจจุบันนี้ได้ดำเนินการบริหารเงินกองทุนประมาณ ปีละ ๑๐๐ ล้านบาท แต่เนื่องจากอยู่ภายใต้กฎกระทรวงซึ่งมีข้อจำกัดด้านกฎระเบียบของราชการ จึงทำให้ขาดการมีส่วนร่วมในการนำเงินกองทุนไปใช้ ดังนั้น ถ้าการบริหารเงินกองทุนอย่างมีทิศทาง มีประสิทธิภาพ มีหลักธรรมาภิบาล และสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในทุกระดับ จะช่วยให้งานคุ้มครองภูมิปัญญา มีความเข้มแข็งอย่างยิ่ง

ข้อ ๖๗ ให้รัฐส่งเสริมสนับสนุน การใช้และการพัฒนาการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ที่มีประสิทธิผล ประหยัด คุ่มค่า และปลอดภัย เพื่อการดูแลสุขภาพ โดยดำเนินการดังนี้จัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติ ที่เป็นอิสระ และมีฐานวิชาการที่เข้มแข็ง เพื่อทำหน้าที่ในการคัดกรองศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่มีประสิทธิผล ประหยัด คุ่มค่า และปลอดภัย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลสุขภาพของประชาชนและเป็นกลไกในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ จัดตั้งเครือข่ายวิชาการด้านการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ในระดับชุมชน และประเทศ และสนับสนุนการจัดตั้งเครือข่ายวิชาการดังกล่าว ในระดับภูมิภาคเพื่อส่งเสริม สนับสนุนการใช้การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ที่มีประสิทธิผล ประหยัด คุ่มค่า ปลอดภัย และส่งเสริมการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

เจตนารมณ์ การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ มีประโยชน์อย่างยิ่ง แต่ในขณะเดียวกันกระแสโลกาภิวัตน์ และการค้าเสรี นำเอาศาสตร์การแพทย์และธุรกิจการแพทย์แบบใหม่ๆ เข้ามาในประเทศ ดังนั้น การเลือกรับปรับใช้จึงมีความสำคัญยิ่ง มิฉะนั้นอาจเกิดการหลอกลวง การเอารัดเอาเปรียบ การสูญเสียเงินทองเกินจำเป็น และอาจเกิดอันตรายต่อผู้ใช้ เพื่อให้รองรับกับการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ได้ทันการณ์ จึงจำเป็นต้องจัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติที่อิสระ และทำงานกับเครือข่ายวิชาการด้วย เพื่อให้พิจารณาการส่งเสริมอย่างรอบด้าน และให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

ร่าง บันทึกเจตนารมณ์ประกอบ
ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒

หมวด ๘

การคุ้มครองผู้บริโภค

นิยามศัพท์

“ผู้บริโภค” หมายความว่า ผู้ซื้อหรือผู้ได้รับบริการหรือผู้ซึ่งได้รับการเสนอหรือการชักชวน เพื่อให้ซื้อสินค้าหรือรับบริการจากผู้จัดให้มีซึ่งสินค้าหรือบริการหรือข้อมูลข่าวสาร อันนำไปสู่การบริโภค และหมายความรวมถึงผู้ใช้สินค้าหรือผู้ได้รับบริการโดยชอบ แม้มิได้เป็นผู้เสียค่าตอบแทนก็ตาม

เจตนารมณ์ เพื่อกำหนดความหมายของผู้บริโภคให้ชัดเจนและครอบคลุมยิ่งขึ้น

กำหนดให้ “ผู้บริโภค” หมายถึง บุคคลหนึ่งบุคคลใดต่อไปนี้

๑. ผู้ซื้อ
๒. ผู้ได้รับบริการ
๓. ผู้ซึ่งได้รับการเสนอ
๔. ผู้ซึ่งได้รับการชักชวน

เพื่อให้ซื้อสินค้าหรือรับบริการจากผู้จัดให้มีซึ่งสินค้าหรือบริการหรือข้อมูลข่าวสาร อันนำไปสู่การบริโภค และรวมถึง

๕. ผู้ใช้สินค้า
๖. ผู้ได้รับบริการ

โดยชอบ แม้มิได้เป็นผู้เสียค่าตอบแทนก็ตาม

หมายเหตุ

๑. คำว่า “ผู้บริโภค” ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๒๒ หมายถึง ผู้ซื้อหรือผู้ได้รับบริการจากผู้ประกอบธุรกิจหรือผู้ซึ่งได้รับการเสนอหรือการชักชวนจากผู้ประกอบธุรกิจ

เพื่อให้ซื้อสินค้าหรือรับบริการ และหมายความรวมถึงผู้ใช้สินค้าหรือผู้ได้รับบริการจากผู้ประกอบธุรกิจโดยชอบ แม้มิได้เป็นผู้เสียค่าตอบแทนก็ตาม

๒. นิยามศัพท์ดังกล่าวไม่สามารถครอบคลุมผู้บริโภคทุกกลุ่มได้ตามเจตนารมณ์ของ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ จึงได้ปรับปรุงคำว่า “ผู้บริโภค” โดยแก้ไขและเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

(๑) ผู้บริโภคที่ได้รับการบริการจากรัฐหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจุบันมี องค์กร/หน่วยงานของรัฐในรูปแบบที่หลากหลายไม่ว่าจะเป็นองค์กร/หน่วยงานสังกัดภาครัฐ องค์กร/ หน่วยงานในกำกับของรัฐ องค์กร/หน่วยงานที่เป็นรัฐวิสาหกิจ และองค์กร/หน่วยงานรูปแบบอื่นที่ เชื่อมโยงกับรัฐที่มีบทบาทในการจัดบริการสำหรับผู้บริโภคและมีกำไรจากการให้บริการที่เข้าข่ายการ ประกอบธุรกิจ

(๒) ผู้บริโภคที่ได้รับการเสนอหรือชักชวนจากผู้จัดให้มีซึ่งข้อมูลข่าวสาร เช่น เจ้าของสินค้าและบริการ ผู้จัดทำโฆษณา ผู้จัดรายการหรือพิธีกร เจ้าของสื่อสิ่งพิมพ์หรือ สถานีโทรทัศน์วิทยุ ซึ่งเป็นแหล่งกระจายข้อมูลข่าวสารที่ผู้บริโภคอาจเชื่อถือหรือไว้วางใจและส่งผลต่อ การตัดสินใจบริโภคสินค้าหรือบริการ

“การบริโภคที่ยั่งยืน” หมายความว่า การสนองตอบต่อความจำเป็นของผลิตภัณฑ์และการ ให้บริการทั้งในปัจจุบันและในอนาคต ในวิถีทางที่ทำให้เกิดความยั่งยืนทางเศรษฐกิจ สังคม และ สิ่งแวดล้อม

เจตนารมณ์ เพื่อกำหนดความหมายของการบริโภคที่ยั่งยืนให้ชัดเจน

การบริโภคที่ยั่งยืนเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสมาชิกและองค์กรทุกภาคส่วนในสังคม ได้แก่ ผู้บริโภค องค์กรผู้บริโภค รัฐบาล ภาคธุรกิจ และสื่อมวลชน โดยมีหน้าที่และความรับผิดชอบ ดังนี้

(๑) ผู้บริโภคต้องส่งเสริมการบริโภคที่จะทำให้เกิดความยั่งยืนทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมผ่านทางการเลือกผู้ผลิต

(๒) รัฐบาลต้องส่งเสริมการพัฒนาและการบังคับใช้นโยบายและกฎหมายที่ ส่งผลให้เกิดการบริโภคที่ยั่งยืน และบูรณาการนโยบายเหล่านี้กับนโยบายสาธารณะอื่นๆ

(๓) ภาคธุรกิจต้องส่งเสริมการบริโภคที่ยั่งยืนผ่านการออกแบบ การผลิต และการกระจายของผลิตภัณฑ์และการให้บริการ

(๔) สื่อมวลชนต้องส่งเสริมและสนับสนุนการบริโภคที่ยั่งยืนผ่านช่องทางการสื่อสารต่าง ๆ

(๕) องค์กรผู้บริโภคมีส่วนร่วมและโต้แย้งในประเด็นการบริโภคที่ยั่งยืนเพื่อเป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้บริโภคและเพื่อการทำงานร่วมกับภาครัฐบาล ภาคธุรกิจและสื่อมวลชนในการทำให้เกิดการบริโภคที่ยั่งยืน

หมายเหตุ

๑. นิยามคำว่า “การบริโภคที่ยั่งยืน” มาจากแนวทางการคุ้มครองผู้บริโภคของสหประชาชาติ (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๕๒) ซึ่งได้แก้ไขเพิ่มเติมจากแนวทางการคุ้มครองผู้บริโภคที่ได้รับการรับรองจากที่ประชุมใหญ่สมัชชาสหประชาชาติเมื่อวันที่ ๙ เมษายน ๒๕๒๘ เพื่อเป็นหลักการสำหรับการใช้ในการจัดทำนโยบายและออกกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคที่เข้มงวด

๒. แบบแผนการผลิตและการบริโภคที่ไม่ยั่งยืน เป็นสาเหตุหลักของการเสื่อมลงอย่างต่อเนื่องของสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการผลิตและการบริโภคที่ไม่ยั่งยืนโดยการพัฒนาและการใช้ผลิตภัณฑ์และการให้บริการใหม่ที่ดีต่อสิ่งแวดล้อม ตลอดจนเทคโนโลยีใหม่ๆ รวมถึงเทคโนโลยีข้อมูลและการสื่อสารที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคในขณะเดียวกันสามารถลดมลพิษและลดการใช้ทรัพยากรได้

หลักการ

ข้อ ๖๘ ระบบคุ้มครองผู้บริโภค ต้องเป็นไปเพื่อให้ผู้บริโภคได้รับการปกป้องและคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภคโดยมุ่งเน้น

(๑) การสร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมศักยภาพของผู้บริโภค

(๒) การให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริงและครบถ้วน เพื่อให้ผู้บริโภคตัดสินใจได้อย่างรู้เท่าทัน

(๓) การจัดให้มีกลไกในการเฝ้าระวัง ติดตาม และตรวจสอบสินค้าและบริการในแต่ละระดับ

(๔) การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้บริโภค องค์กรผู้บริโภค และเครือข่าย เพื่อให้ได้รับสินค้าและบริการที่มีมาตรฐาน คุณภาพ ปลอดภัย เป็นธรรม อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง ตลอดจนมีระบบการชดเชยเยียวยาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม เมื่อได้รับความเสียหาย ทั้งนี้ ต้องเป็นไปโดยปลอดจากการแทรกแซงจากอำนาจทางการเมือง ราชการ ธุรกิจ หรือการแทรกแซงอื่นใด

เจตนารมณ์ เพื่อวางหลักการของระบบคุ้มครองผู้บริโภคในการที่จะปกป้องและคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค

หลักการของระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ คือต้องคุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างอิสระ โดยไม่มีการแทรกแซงใด ๆ ทุกภาคส่วนสามารถมีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภคได้ โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือการสร้างศักยภาพผู้บริโภคให้เข้มแข็งสามารถพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภคเอง และรัฐมีหน้าที่ปกป้องและคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค โดยมุ่งเน้นกระบวนการ ดังต่อไปนี้

๑. การสร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมศักยภาพของผู้บริโภค
๒. การให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริงและครบถ้วน เพื่อให้ผู้บริโภคตัดสินใจได้อย่างรู้เท่าทัน
๓. การจัดให้มีกลไกในการเฝ้าระวัง ติดตาม และตรวจสอบสินค้าและบริการในแต่ละระดับ
๔. การสนับสนุนการรวมตัวและการมีส่วนร่วมของผู้บริโภค องค์กรผู้บริโภค และเครือข่าย

ผลลัพธ์ของการคุ้มครองผู้บริโภคคือผู้บริโภคได้รับสินค้าและบริการที่มีมาตรฐาน คุณภาพปลอดภัย เป็นธรรม อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง เมื่อได้รับความเสียหายจะได้รับการชดเชยเยียวยาความเสียหายอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม

เป้าหมาย

ข้อ ๖๙ ผู้บริโภคต้องได้รับการปกป้องและคุ้มครองสิทธิตามที่กฎหมายบัญญัติ ตลอดจนได้รับการพัฒนาศักยภาพให้สามารถปกป้องคุ้มครองตนเองและสังคม รวมถึงได้รับความรู้และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ครบถ้วน สมประโยชน์ และทราบผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการบริโภค ตลอดจนสามารถนำความรู้และข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมาใช้ตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมและเท่าทัน

ผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายจากการบริโภคสินค้าหรือการบริการต้องได้รับการชดเชยและเยียวยาอย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสม และรวดเร็ว

เจตนารมณ์ เพื่อกำหนดเป้าหมายในการคุ้มครองผู้บริโภค

๑. ผู้บริโภคต้องได้รับการปกป้องและคุ้มครองตามสิทธิผู้บริโภคและสิทธิอื่น ๆ ตามกลไกและกระบวนการตามที่บัญญัติในกฎหมายที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค
๒. ผู้บริโภคต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความเข้มแข็งสามารถปกป้องคุ้มครองตนเองและสังคมผ่านกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง
๓. ผู้บริโภคต้องได้รับความรู้และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ครบถ้วน สมประโยชน์ และทราบผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการบริโภค เพื่อประกอบการตัดสินใจในการบริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ

๔. ผู้บริโภคสามารถนำความรู้และข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมาใช้ตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมและเท่าทัน โดยมีความสามารถในการเลือกและการประยุกต์ใช้ความรู้และข้อมูลข่าวสารเพื่อให้เท่าทันการประกอบธุรกิจและการตลาด

๕. ผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายจากการบริโภคสินค้าหรือการบริการต้องได้รับการเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ และต้องได้รับการชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นอย่างเพียงพอและเหมาะสม

หมายเหตุ

๑. สิทธิผู้บริโภคตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๒๒ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม มาตรา ๔ มีดังนี้

(๑) สิทธิที่จะได้รับข่าวสารรวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการ

(๒) สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกหาสินค้าหรือบริการ

(๓) สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ

(๔) สิทธิที่จะได้รับความเป็นธรรมในการทำสัญญา

(๕) สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย

๒. สิทธิ กลไก และกระบวนการตามกฎหมายอื่นๆ เช่น รัฐธรรมนูญ พ.ร.บ.วิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๕๑ พ.ร.บ.ความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. ๒๕๕๑ พ.ร.บ.ยา พ.ศ. ๒๕๑๐ พ.ร.บ.เครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑

ข้อ ๗๐ เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ ผู้ด้อยโอกาสในสังคมต้องได้รับความคุ้มครองเป็นพิเศษตามสิทธิที่กฎหมายบัญญัติ และต้องได้รับโอกาสในการพัฒนาทักษะชีวิตรู้เท่าทันสื่อ มีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งนี้การสื่อสารให้ข้อมูล ต้องมีความเหมาะสมตามวัยและสภาพของบุคคล เข้าถึงได้ง่าย เข้าใจง่าย และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

เจตนารมณ์ เพื่อคุ้มครองสิทธิของเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ ผู้ด้อยโอกาสในฐานะผู้บริโภค

๑. กำหนดให้เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม เป็นกลุ่มผู้บริโภคที่มีความอ่อนแอควรได้รับการคุ้มครองสิทธิเป็นพิเศษยิ่งกว่าบุคคลทั่วไป

๒. เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม ต้องได้รับโอกาสในการพัฒนาทักษะชีวิต พัฒนาให้รู้เท่าทันสื่อ และมีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภค

๓. การสื่อสารให้ข้อมูลแก่เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม ต้องมีความเหมาะสมตามวัยและสภาพของบุคคล สามารถเข้าถึงได้ง่าย ทำความเข้าใจได้ง่าย และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

๔. กลุ่มผู้บริโภคที่มีความอ่อนแอดังกล่าวต้องได้รับสินค้า บริการ และข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสมตามลักษณะเฉพาะของแต่ละกลุ่ม เข้าใจง่าย ทัวถึง มีความปลอดภัย และเป็นธรรม เช่น มีสื่อสำหรับคนตาบอด/คนหูหนวก/คนไม่รู้หนังสือ มีบริการสาธารณะที่เฉพาะ เช่น ช่องทางพิเศษสำหรับผู้พิการ บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และมีสินค้าหรือบริการเฉพาะกลุ่ม เช่น ฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ/ผู้พิการ ป้องกันสินค้าต่ำกว่ามาตรฐานสำหรับผู้ด้อยโอกาส

หมายเหตุ

๑. บทบัญญัติตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ มาตรา ๕๑-๕๕ ให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิของเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม เป็นพิเศษยิ่งกว่าบุคคลทั่วไป ดังนั้น เพื่อให้บุคคลดังกล่าวมีสิทธิในฐานะผู้บริโภคเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป จึงแยกเป้าหมายในการคุ้มครองผู้บริโภค

๒. หลักการรับรองและคุ้มครองสิทธิเด็กและเยาวชนดังกล่าวสอดคล้องกับอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กแห่งสหประชาชาติ ค.ศ.๑๙๘๙ ซึ่งประเทศไทยได้ลงนามในภาคยานุวัติสาร เมื่อวันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ พุทธศักราช ๒๕๓๕ และมีผลบังคับใช้ต่อประเทศไทยเมื่อวันที่ ๒๖ เมษายน พุทธศักราช ๒๕๓๕ ประเทศไทยจึงมีพันธกรณีต้องปฏิบัติตาม

๓. คำว่า “เด็ก” ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ค.ศ.๑๙๘๙ มาตรา ๑ หมายถึง บุคคลที่มีอายุต่ำกว่าสิบแปดปี เว้นแต่บรรลุนิติภาวะก่อนหน้านี้ตามกฎหมายที่ใช้บังคับแก่เด็กนั้น ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ.๒๕๔๖ มาตรา ๔ นิยามคำว่า “เด็ก” หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์ แต่ไม่รวมถึงผู้ที่บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรส

๔. คำว่า “เยาวชน” ตามพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลเยาวชนและครอบครัวและวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว พ.ศ.๒๕๓๔ มาตรา ๔ นิยามคำว่า “เยาวชน” หมายถึง บุคคลอายุเกินกว่าสิบสี่ปีบริบูรณ์แต่ยังไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์

๕. คำว่า “ผู้สูงอายุ” นั้น ประเทศไทยกำหนดว่า ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป

๖. คำว่า “ผู้พิการ” ตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.๒๕๓๔ หมายถึง คนที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย สติปัญญา หรือทางจิตใจ และคำว่า “ผู้ทุพพลภาพ” หมายถึง ผู้ที่หย่อนกำลังความสามารถที่จะประกอบกิจวัตรหลักอันเป็นปกติเยี่ยงบุคคลทั่วไป อันเนื่องมาจากสาเหตุทางปัญหาสุขภาพ หรือความเจ็บป่วยที่เป็นต่อเนื่องมาตั้งแต่ ๖ เดือนขึ้นไปหรือมีความพิการ

๗. คำว่า “ผู้ด้อยโอกาสในสังคม” หมายถึง บุคคลซึ่งไร้ที่อยู่อาศัย ไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ ไม่รู้หนังสือ ผู้อพยพ ผู้ขาดโอกาสหรือมีอุปสรรคในการเข้าถึง

มาตรการ

ข้อ ๗๑ ในการคุ้มครองผู้บริโภค ให้รัฐดำเนินการดังต่อไปนี้

(๑) เร่งรัดการจัดตั้งองค์การเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นอิสระตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยและออกกฎหมายที่เกี่ยวกับการชดเชยเยียวยาผู้เสียหายจากสินค้าและบริการ กฎหมายที่ทันต่อสถานการณ์และความก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านสินค้าและบริการ ตลอดจนบังคับใช้กฎหมายในการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ และให้มีกองทุนที่เป็นอิสระในการทำงาน คุ้มครองผู้บริโภคโดยได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐอย่างเพียงพอ

(๒) ส่งเสริมและสนับสนุนการรวมตัวของประชาชนในรูปแบบของกลุ่ม ชมรม สมาคม มูลนิธิ เครือข่าย และอื่นๆ ในการดำเนินงานเพื่อผู้บริโภค และเสริมสร้างความเข้มแข็งและกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ผู้บริโภค ตลอดจนส่งเสริมและสนับสนุนให้มีกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชนในทุกจังหวัด และต้องสนับสนุนให้ผู้ประกอบธุรกิจและสื่อมวลชนมีความรับผิดชอบต่อสังคมและร่วมดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค

(๓) ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบาย วางแผน ติดตามและตรวจสอบการดำเนินงานเพื่อผู้บริโภคทั้งในระดับชาติและท้องถิ่น

(๔) ควบคุมการจัดบริการสาธารณะให้เด็ก เยาวชน ผู้พิการหรือทุพพลภาพ ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุได้เข้าถึง และใช้ประโยชน์ในการดำรงชีวิตและติดต่อสัมพันธ์กับสังคมภายนอกอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

(๕) สนับสนุนให้มีระบบการทดสอบมาตรฐานสินค้าและบริการที่ประชาชนมีส่วนร่วม เพื่อประเมินประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า ความปลอดภัย และผลกระทบ รวมทั้งเผยแพร่สู่สาธารณชนอย่างทั่วถึง

(๖) ส่งเสริมนโยบายและบูรณาการแนวคิดการบริโภคที่ยั่งยืนเข้าไปในนโยบายสาธารณะอื่น ตลอดจนมีมาตรการที่ส่งเสริมการบริโภคที่ยั่งยืน

(๗) สนับสนุนและส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเฝ้าระวัง ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลสินค้าและการให้บริการ

(๘) สนับสนุนให้มีการตรวจสอบการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพต่อสาธารณะ เพื่อให้มีความถูกต้อง เทียบตรง และจัดให้มีสัดส่วนของพื้นที่ในการให้ความรู้แก่ผู้บริโภคอย่างเหมาะสม รวมทั้งเน้นการปลูกฝังจริยธรรมของการเป็นสื่อมวลชนที่ดี และมีความรับผิดชอบต่อการโฆษณาและการส่งเสริมการขายที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

เจตนารมณ์ เพื่อคุ้มครองสิทธิของประชาชนในการบริโภคให้ได้รับการคุ้มครองอย่างทั่วถึง เป็นธรรม และยั่งยืน

บทบัญญัติมาตรานี้จึงกำหนดให้รัฐดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคโดย

๑. เร่งออกกฎหมายใหม่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค ได้แก่ ร่าง พระราชบัญญัติองค์การอิสระผู้บริโภค เนื่องจากยังไม่มีกฎหมายนี้ แต่มีการกำหนดให้จัดตั้งองค์การอิสระผู้บริโภคขึ้นตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และร่างกฎหมายเกี่ยวกับการชดเชยเยียวยาผู้เสียหายจากสินค้าและบริการ เนื่องจากยังไม่มีกฎหมายนี้ แต่คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบตอนนโยบาย จึงอยู่ระหว่างการดำเนินการร่าง เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับการชดเชยตามสิทธิผู้บริโภคที่มีอยู่

๒. บังคับใช้กฎหมายในการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ โดยกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคที่ใช้อยู่ในปัจจุบันมีจำนวนหลายฉบับ แต่พบว่าการบังคับใช้กฎหมายเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคยังไม่มีประสิทธิภาพ

๓. สนับสนุนให้มีกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชนในทุกจังหวัด โดยส่งเสริมและสนับสนุนการรวมกลุ่มกันเองของผู้บริโภคเพื่อพิทักษ์สิทธิของตนเองและชุมชน และกระจ่ายการดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชนให้ครอบคลุมไปทั่วประเทศ

๔. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภคทั้งในระดับชาติ และท้องถิ่น โดยที่ปัญหาของผู้บริโภคมีทั้งระดับประเทศและในระดับชุมชน การคุ้มครองผู้บริโภคที่ดีที่สุดคือทำให้ผู้บริโภคคุ้มครองตนเองจึงควรให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภค

๕. สนับสนุนให้ผู้ประกอบธุรกิจและสื่อมวลชนมีความรับผิดชอบต่อสังคมและร่วมดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โดยผู้ประกอบธุรกิจและสื่อมวลชนเป็นบุคคลสำคัญในขบวนการคุ้มครองผู้บริโภค หากผู้ประกอบธุรกิจและสื่อมวลชนมีความรับผิดชอบและมีจริยธรรมในการประกอบธุรกิจและสื่อสารสังคมแล้ว ปัญหาของผู้บริโภคจะลดน้อยลง

๖. ควบคุมการจัดบริการสาธารณะให้เด็ก เยาวชน ผู้พิการหรือทุพพลภาพ ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุได้เข้าถึง และใช้ประโยชน์ในการดำรงชีวิต โดยกลุ่มผู้บริโภคที่มีความอ่อนแอดังกล่าวมี

ความสามารถในการเข้าถึงต่ำและใช้ประโยชน์จากบริการสาธารณะได้ยากกว่าผู้บริโภคในกลุ่มอื่น ๆ จึงสมควรได้รับการบริการสาธารณะเป็นพิเศษ

๗. สนับสนุนให้มีระบบการทดสอบมาตรฐานสินค้าและบริการที่ประชาชนมีส่วนร่วม โดยที่ประเทศไทยยังไม่มีหน่วยหรือระบบทดสอบมาตรฐานสินค้าและบริการกลางเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค ประกอบกับในระยะที่ผ่านมา สินค้านำเข้าจากต่างประเทศซึ่งเป็นผลจากการเปิดการค้าเสรีระหว่างประเทศนั้น ได้สร้างปัญหาต่อผู้บริโภคในประเทศไทยเป็นอย่างมาก จึงควรจัดให้มีหน่วยหรือระบบทดสอบมาตรฐานสินค้าและบริการกลางขึ้นเพื่อให้ทันต่อการแก้ไขปัญหาของผู้บริโภค และระบบการทดสอบมาตรฐานสินค้าและบริการจำเป็นต้องให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อร่วมตัดสินใจแก้ไขปัญหาและเป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้บริโภคด้วย

๘. ส่งเสริมนโยบายและบูรณาการแนวคิดการบริโภคที่ยั่งยืนเข้าไปในนโยบายสาธารณะอื่น ตลอดจนมีมาตรการที่ส่งเสริมการบริโภคที่ยั่งยืน เนื่องจากแนวโน้มสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและการขาดทรัพยากรมีมากขึ้น รัฐบาลจึงควรกำหนดนโยบายซึ่งมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคในขณะเดียวกันสามารถลดมลพิษและลดการใช้ทรัพยากรได้

๙. สนับสนุนและส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเฝ้าระวัง ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลสินค้าและการให้บริการ เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายกระจายอำนาจการคุ้มครองผู้บริโภคสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐจึงควรสนับสนุนและส่งเสริมบทบาทที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ ได้แก่ การเฝ้าระวัง ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลสินค้าและการให้บริการ

๑๐. สนับสนุนให้มีการตรวจสอบการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพต่อสาธารณะ ซึ่งข้อมูลข่าวสารในสังคมโลกาภิวัตน์มีสาระและช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้บริโภค ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เผยแพร่ต่อสาธารณะจึงจำเป็นต้องมีการตรวจสอบ

๑๑. จัดให้มีสัดส่วนของพื้นที่ในการให้ความรู้แก่ผู้บริโภคอย่างเหมาะสม โดยที่ยังไม่มีข้อกำหนดดังกล่าว ส่วนใหญ่พื้นที่ข้อมูลข่าวสารจึงถูกใช้เพื่อการส่งเสริมการขายและการโฆษณาสินค้าหรือบริการของผู้ประกอบธุรกิจ จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดสัดส่วนของพื้นที่ในการให้ความรู้แก่ผู้บริโภคอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นกลาง ช่วยให้ผู้บริโภคตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง

๑๒. ปลุกฝังจริยธรรมของการเป็นสื่อมวลชนที่ดีและมีความรับผิดชอบต่อการโฆษณาและการส่งเสริมการขายที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยที่สื่อมวลชนเป็นผู้ส่งต่อข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ จากผู้ประกอบธุรกิจไปยังผู้บริโภค สื่อมวลชนจึงจำเป็นต้องมีจริยธรรมและมีความรับผิดชอบ

หมายเหตุ

๑. บทบัญญัติตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ มาตรา ๕๗ กำหนดให้มืองค์การอิสระเพื่อผู้บริโภค เพื่อทำหน้าที่คุ้มครองสิทธิผู้บริโภค และตามรัฐธรรมนูญแห่ง

ราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ มาตรา ๖๑ ได้เพิ่มบทบาทการคุ้มครองผู้บริโภคให้ชัดเจนยิ่งขึ้นและกำหนดให้จัดตั้งองค์การอิสระเพื่อผู้บริโภคภายในหนึ่งปีนับจากวันที่รัฐบาลแถลงนโยบายต่อรัฐสภา

๒. บทบัญญัติตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ มาตรา ๘๗ ได้กำหนดให้รัฐต้องดำเนินการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวางแผนทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น ตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐทุกระดับ สนับสนุนการดำเนินการของกลุ่มประชาชนที่รวมตัวกันให้สามารถแสดงความคิดเห็นและเสนอความต้องการของชุมชนในพื้นที่

๓. คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบต่อข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งกำหนดให้มีการออกกฎหมายที่เกี่ยวกับการชดเชยเยียวยาผู้เสียหายจากบริการทางการแพทย์ (ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์) ซึ่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติให้ความเห็นชอบตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๕๑

ข้อ ๗๒ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดนโยบาย และจัดให้มีแผน งบประมาณ ข้อบัญญัติท้องถิ่น และกลไกในการคุ้มครองผู้บริโภค โดยบูรณาการงานคุ้มครองผู้บริโภคเข้าไปเป็นภารกิจหลักของแผน โดยการมีส่วนร่วมของผู้บริโภค

เจตนารมณ์ เพื่อให้การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับท้องถิ่นเกิดความชัดเจนและมีการปฏิบัติได้จริง

หลักการนี้บัญญัติขึ้นเพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดให้งานคุ้มครองผู้บริโภคเป็นภารกิจหลัก มีการกำหนดนโยบาย ข้อบัญญัติ และจัดให้มีแผนงาน กลไก และงบประมาณในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับท้องถิ่นให้สอดคล้องกับแนวนโยบายการกระจายอำนาจการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติอย่างจริงจังและสามารถตรวจสอบได้ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้การบริหารงานเป็นไปตามความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น

หมายเหตุ

บทบัญญัติตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ มาตรา ๒๘๗ ได้กำหนดให้ประชาชนในท้องถิ่นมีสิทธิมีส่วนร่วมในการบริหารกิจการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องจัดให้มีวิธีการที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมได้ด้วย เพื่อเปิดโอกาสให้

ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ใกล้ชิดยิ่งขึ้น และการบริหารงานเป็นไปตามความต้องการของประชาชนโดยแท้จริง

ข้อ ๗๓ ให้สถาบันวิชาการ สภาวิชาชีพและคณะกรรมการวิชาชีพด้านสาธารณสุข ร่วมกันสร้างและพัฒนาระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่เข้มแข็งและเป็นธรรม ร่วมตรวจสอบ ประเมิน และพัฒนา กลไกการคุ้มครองผู้บริโภค โดยส่งเสริมให้มีตัวแทนผู้บริโภคจำนวนพอเพียงร่วมเป็นกรรมการในองค์กร

เจตนารมณ์ เพื่อให้สถาบันวิชาการ สภาวิชาชีพและคณะกรรมการวิชาชีพด้านสาธารณสุข ร่วมดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภค

๑. สร้างและพัฒนาระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่เข้มแข็งและเป็นธรรม ร่วมตรวจสอบ ประเมิน และพัฒนากลไกการคุ้มครองผู้บริโภค โดยที่หลักกฎหมายที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขมีเจตจำนงให้ผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ประกอบโรคศิลปะทำหน้าที่ในการคุ้มครองผู้บริโภคที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพและมีสภาวิชาชีพเป็นกลไกในการคุ้มครองผู้บริโภค ใน

ทำนองเดียวกันพันธกิจของสถาบันวิชาการคือการบริการวิชาการแก่สาธารณสุข และเทคโนโลยีด้านการผลิตสินค้าและบริการมีความก้าวหน้าไปมากและมีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น จนยากที่ผู้บริโภคจะเท่าทันความก้าวหน้า จึงต้องอาศัยนักวิชาการจากสถาบันวิชาการและสภาวิชาชีพร่วมใช้ความรู้ทางวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค

๒. ส่งเสริมให้มีตัวแทนผู้บริโภคร่วมเป็นกรรมการ ปัจจุบันองค์ประกอบของคณะกรรมการในสภาวิชาชีพยังไม่มีกำหนดให้มีผู้แทนองค์กรผู้บริโภคร่วมเป็นกรรมการ ในขณะที่องค์ประกอบของคณะกรรมการในกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคอื่นๆ มีการกำหนดให้มีผู้แทนองค์กรผู้บริโภคร่วมเป็นกรรมการ ประกอบกับสถานการณ์คุ้มครองผู้บริโภคในปัจจุบัน มีการกล่าวโทษและกล่าวหาผู้ประกอบวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น และพบความไม่โปร่งใสของการควบคุมดูแลกันเองตามกฎหมายวิชาชีพ ส่งผลต่อความเชื่อมั่นในสภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพ การส่งเสริมให้มีคณะกรรมการจากตัวแทนผู้บริโภคเป็นแนวทางที่สำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นและแสดงความโปร่งใสในการพิจารณาเรื่องร้องเรียน

หมายเหตุ

๑. สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค กำหนดให้คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคตามกฎหมายมีองค์ประกอบส่วนหนึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่มาจากผู้แทนองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค

๒. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กำหนดให้คณะกรรมการและคณะอนุกรรมการต่างๆตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพทุกฉบับมีองค์ประกอบส่วนหนึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่มาจากผู้แทนองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค

ข้อ ๗๔ ให้ผู้ประกอบการธุรกิจและสื่อมวลชนต่างๆ ดำเนินงานโดยต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้บริโภคและมีความรับผิดชอบต่อสังคมเป็นสำคัญ มุ่งสนับสนุนการบริโภคที่ยั่งยืนโดยร่วมกันกำหนดและปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่ดีในการผลิตสินค้าและบริการที่มีคุณภาพ หลักเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการประกอบธุรกิจและการส่งเสริมการขาย และควบคุมกันเองให้เป็นไปตามข้อกำหนด รวมทั้งป้องกันและเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการประกอบธุรกิจโดยเร็ว

เจตนารมณ์ เพื่อให้ผู้ประกอบการธุรกิจและสื่อมวลชนตระหนักถึงบทบาทของตนเองในการมีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภค

ผู้ประกอบการธุรกิจและสื่อมวลชนสามารถร่วมคุ้มครองผู้บริโภคโดยทำธุรกิจที่รับผิดชอบต่อสังคม โดยออกแนวปฏิบัติที่ดีในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยของสินค้าหรือบริการ ควบคุมกันเองให้มีจริยธรรมและปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่กำหนดร่วมกัน ให้ความร่วมมือในการทำธุรกิจและการสื่อสารเพื่อสังคมและการบริโภคที่ยั่งยืน และเมื่อมีความเสียหายเกิดขึ้น ต้องออกมารับผิดชอบเยียวยาความเสียหายต่างๆที่เกิดขึ้นจากการประกอบธุรกิจและการสื่อสารของตนเอง เพื่อร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหาการบริโภคสินค้าและบริการที่กระทบต่อระบบสุขภาพ

หมายเหตุ

ความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจต้องเป็นความรับผิดชอบต่อสังคมที่แท้จริง ไม่ใช่เพียงการสร้างภาพลักษณ์และประชาสัมพันธ์บริษัท แต่เป็นความรับผิดชอบต่อเกี่ยวเนื่องกับกระบวนการผลิต ขาย/นำเข้าสินค้า และการให้บริการในการประกอบธุรกิจนั้น

ข้อ ๗๕ ในการจัดทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศและกฎหมายที่เกี่ยวข้องพามาจากหนังสือสัญญาระหว่างประเทศตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องดำเนินการดังต่อไปนี้

(๑) พิจารณาผลกระทบต่อบริโภคด้านสุขภาพและสุขภาวะอย่างรอบคอบและถี่ถ้วนตามกระบวนการที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ทั้งนี้ ต้องดำเนินการขอความเห็นจากองค์กรผู้บริโภคและภาคประชาสังคมอย่างกว้างขวาง

(๒) สร้างหลักประกันเพื่อปกป้องผลเสียที่จะเกิดขึ้นจากการทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศ ตลอดจนพัฒนาและปรับปรุงกลไกรองรับผลกระทบที่เอื้ออำนวยและไม่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการพัฒนาด้านสุขภาพและการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ

(๓) เปิดโอกาสให้มีการพิจารณาผลกระทบต่อบริโภคโดยเฉพาะด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องจากหนังสือสัญญาระหว่างประเทศภายหลังที่มีการบังคับใช้ เพื่อหาแนวทางและกลไกในการชดเชยความเสียหายจากข้อตกลง ตลอดจนมีการพิจารณาเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกข้อตกลงในกรณีที่มีผลกระทบอย่างกว้างขวาง

เจตนารมณ์ เพื่อกำหนดแนวปฏิบัติการทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศไทยกับนานาชาติ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับหนังสือสัญญาซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนไทย

๑. สนธิสัญญาหรือหนังสือสัญญาระหว่างประเทศที่คณะรัฐมนตรีจะลงนามต้องขอความเห็นจากองค์กรผู้บริโภคและภาคประชาสังคมอย่างกว้างขวาง เนื่องจากการดำเนินการดังกล่าวเป็นการปฏิบัติราชการที่กระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชนซึ่งรัฐธรรมนูญให้ความคุ้มครองและควรมีกฎหมายกำหนดขั้นตอนและวิธีการจัดทำหนังสือสัญญาที่มีผลต่อผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อเป็นการติดตามและควบคุมผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดทำหนังสือสัญญา

๒. กำหนดให้มีหลักประกันเพื่อปกป้องผลเสียที่จะเกิดขึ้นจากการทำหนังสือสัญญา โดยในการทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศ รัฐจะต้องป้องกันผลกระทบด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น หรือหากมีผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชนต้องให้มีผลกระทบน้อยที่สุด และต้องหาแนวทางป้องกัน แก้ไข และเยียวยาความเสียหายจากผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้ เมื่อประเมินแล้วว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นไม่สามารถแก้ไขได้ ก็ให้สามารถบอกเลิกข้อตกลงนั้นโดยเร็ว

๓. กรณีการทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อผู้บริโภคอย่างชัดเจนให้มีการทบทวน เปลี่ยนแปลง หรือยกเลิกข้อตกลงได้

๔. กำหนดให้มีกลไกรองรับผลกระทบที่เอื้ออำนวยและไม่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการพัฒนาด้านสุขภาพและการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ โดยการเจรจาทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศต้องกำหนดให้มีหน่วยงานที่เป็นอิสระและเป็นที่ยอมรับในความเป็นกลางทำการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม (Health & Social Impact Assessment, H&SIA) อย่างกว้างขวางและรอบด้าน โดยรับฟังความเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและจากประชาชนทั่วไป

หมายเหตุ

๑. หนังสือสัญญาระหว่างประเทศ หมายถึง หนังสือสัญญาใดมีบทเปลี่ยนแปลงอาณาเขตไทย หรือเขตพื้นที่นอกอาณาเขตซึ่งประเทศไทยมีสิทธิอธิปไตยหรือมีเขตอำนาจตามหนังสือสัญญา หรือตามกฎหมายระหว่างประเทศหรือจะต้องออกพระราชบัญญัติเพื่อให้การเป็นไปตามหนังสือสัญญา หรือมีผลกระทบต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจหรือสังคมของประเทศอย่างกว้างขวาง หรือมีผลผูกพันด้านการค้า การลงทุน หรืองบประมาณของประเทศ อย่างมีนัยสำคัญ ต้องได้รับความเห็นชอบของรัฐสภา ในการนี้รัฐสภาจะต้องพิจารณาให้แล้วเสร็จภายในหกสิบวันนับแต่วันที่ได้รับเรื่องดังกล่าว

๒. บทบัญญัติตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ มาตรา ๕๘ คุ่มครองสิทธิของประชาชนในการมีส่วนร่วมรับรู้ แสดงความคิดเห็น โต้แย้ง หรือมีส่วนร่วมในกระบวนการปฏิบัติราชการที่กระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชน

เอกสารอ้างอิง

๑. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับที่ ๑) พ.ศ. ๒๕๕๒
๒. รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการยกร่างธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ มาตรา ๔๗(๘) การคุ้มครองผู้บริโภค
๓. รายงานการประชุมคณะทำงานเฉพาะประเด็นเพื่อยกร่างธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ มาตรา ๔๗(๘) การคุ้มครองผู้บริโภค
๔. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐
๕. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐
๖. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐
๗. พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๒๒ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม
๘. อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กแห่งสหประชาชาติ ค.ศ. ๑๙๘๙
๙. พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖
๑๐. พระราชบัญญัติจัดตั้งศาลเยาวชนและครอบครัวและวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว พ.ศ. ๒๕๓๔
๑๑. พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. ๒๕๓๔

๑๒. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน

๑๓. คณะกรรมการวิสามัญบันทึกเจตนารมณ์ จัดหมายเหตุ และตรวจรายงานการประชุม สภาร่างรัฐธรรมนูญ. เจตนารมณ์รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐. สำนักกรรมการ ๓, สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, กรุงเทพฯ

๑๔. วิทยา กุลสมบูรณ์ และวรรณ ศรีวิริยานุภาพ. รายงานเรื่อง การสังเคราะห์ความรู้ เพื่อสนับสนุนการยกร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ “การคุ้มครองผู้บริโภคตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ”. แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๑

๑๕. ธงชัย สุขเศวต, วิทยา กุลสมบูรณ์ และ วรรณ ศรีวิริยานุภาพ. เอกสารแปล แนวทางการคุ้มครองผู้บริโภคของสหประชาชาติ (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๔๒). แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๐

๑๖. วรรณ ศรีวิริยานุภาพ และคณะ. กระจายอำนาจคุ้มครองผู้บริโภค ใน การกระจายอำนาจและการปกครองท้องถิ่นในประเทศไทย, หน้า ๑๗๗-๒๑๖, การประชุมวิชาการสถาบันพระปกเกล้า ครั้งที่ ๓, ศูนย์การประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพมหานคร, ๒๕๔๕

ภาคผนวก ๑

การบริหารจัดการ

(ความเห็นของคณะทำงานเฉพาะประเด็น)

(ก) กฎหมาย องค์กร และกลไกคุ้มครองผู้บริโภค

๑. รัฐ สื่อ และประชาสังคมร่วมสร้างภูมิคุ้มครองผู้บริโภคด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ตามกฎหมาย
๒. รัฐต้องออกกฎหมายและบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ และเร่งปรับปรุงกฎหมายให้ทันต่อสถานการณ์และความก้าวหน้าของเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ
๓. ทุกภาคส่วนร่วมส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดตั้งองค์กรเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นอิสระตามรัฐธรรมนูญ มาตรา ๖๑ โดยเร็ว และกองทุนคุ้มครองผู้ได้รับความเสียหายจากบริการสาธารณสุข
๔. ทุกภาคส่วนร่วมส่งเสริมให้มีเครือข่ายองค์กรภาคประชาชนคุ้มครองผู้บริโภคที่เข้มแข็งในทุกระดับทั้งระดับชุมชนท้องถิ่น จังหวัด และระดับชาติ
๕. ภาคธุรกิจต้องควบคุมกันเอง (self-regulation) และมีความรับผิดชอบต่อสังคม (CSR)
๖. สภาวิชาชีพและคณะกรรมการวิชาชีพด้านสุขภาพต้องสร้างระบบผู้บริโภคให้เข้มแข็ง และควรเพิ่มองค์ประกอบของคณะกรรมการให้มีบุคคลนอกวิชาชีพและภาคประชาชนเป็นองค์คณะ
๗. รัฐจัดให้มีระบบประกันคุณภาพและตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ และสนับสนุนให้มีระบบตรวจสอบสินค้าและบริการสุขภาพของภาคประชาชน

๘. รัฐต้องสร้างกลไกควบคุมราคาสินค้าและบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้ และกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและร้องเรียน เมื่อมีการละเมิดสิทธิผู้บริโภค และให้ประชาชนเข้าถึงหน่วยงานภาครัฐได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว
๙. รัฐต้องสนับสนุนให้มีกลไกการเฝ้าระวัง เตือนภัย และเรียกเก็บสินค้าและบริการด้านสุขภาพที่ไม่ปลอดภัยได้ทันสถานการณ์ (early warning system)

(ข) การสร้างความเข้มแข็งของผู้บริโภค ธุรกิจเพื่อสังคม และท้องถิ่น

๑. สคบ. อย. สสส. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนับสนุนการร่าง พ.ร.บ.องค์การอิสระผู้บริโภคตามรัฐธรรมนูญ และกระทรวงสาธารณสุขเครือข่ายผู้ป่วย สปสช. สช. องค์การผู้บริโภคร่วมขับเคลื่อนทางสังคมเพื่อเสนอร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการบริการสาธารณสุข
๒. รัฐจัดสรรงบประมาณ สนับสนุนกองทุนสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรภาคประชาสังคมเพื่อผู้บริโภคร้อยละ ๑ ของมูลค่าของงบการโฆษณา และการส่งเสริมการขาย มีคณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนที่เป็นอิสระ
๓. หน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนและส่งเสริมองค์กรผู้บริโภคและเครือข่าย และร่วมกับองค์กรภาคธุรกิจ วางระบบในการติดตามและประเมินผลให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติที่ดี
๔. องค์กรภาคธุรกิจกำหนดหลักเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการประกอบธุรกิจ เช่น การเปิดเผยข้อมูล การทำ CSR ในประเด็นสินค้าและบริการของตนเอง เป็นต้น นอกจากนี้ชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในการประกอบกิจการที่ส่งผลต่อสุขภาพ
๕. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นโดยบูรณาการงานคุ้มครองผู้บริโภค และมีเจ้าหน้าที่ในการทำงานด้านคุ้มครองผู้บริโภค

(ค) สิทธิเด็ก ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ

๑. ภาครัฐออกนโยบายและมาตรการคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นเด็กและเยาวชน ผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะ
๒. ผู้ประกอบธุรกิจจะต้องป้องกันและเยียวยาความเสียหายที่จะเกิดขึ้นโดยเร็ว
๓. ครอบครัว ชุมชน สถาบันสื่อมวลชน สนับสนุนให้เด็กมีโอกาสพัฒนาทักษะชีวิตและรู้เท่าทันสื่อ ผ่านสื่อมวลชนศึกษา เพื่อให้มีพัฒนาการรอบด้านเหมาะสมตามวัย
๔. สถาบันการศึกษา (ทั้งในระบบและนอกระบบ) จัดหลักสูตรให้เด็กมีการพัฒนาทักษะชีวิตและรู้เท่าทันสื่อผ่านสื่อมวลชนศึกษา เพื่อให้มีพัฒนาการรอบด้านเหมาะสมตามวัย
๕. ทุกภาคส่วนของสังคมควรสนับสนุนให้เด็กและเยาวชน มีส่วนร่วมในโครงการด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

๖. รัฐควรสนับสนุนการจัดตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังสินค้าหรือบริการที่ไม่ปลอดภัยของภาคประชาชนในชุมชนท้องถิ่นต่าง ๆ และสนับสนุนให้ภาคธุรกิจออกแนวปฏิบัติที่ดี (best practice) ในเรื่องความปลอดภัยของสินค้าหรือบริการ
๗. รัฐสนับสนุนผู้บริโภคที่เป็นเด็กและเยาวชน ผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาสให้ได้รับข้อมูลที่เหมาะสมตามลักษณะเฉพาะของแต่ละกลุ่ม ที่เข้าใจง่าย และเข้าถึงง่ายเพื่อความปลอดภัย เช่น สื่อสำหรับคนตาบอด คนหูหนวก คนไม่รู้หนังสือ เป็นต้น
๘. รัฐเร่งรัดให้มีการบังคับใช้และปฏิบัติตาม พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๔๖ ให้เป็นรูปธรรมจริงในการปฏิบัติตามมาตรา ๑๑ ซึ่งเป็นสิทธิที่ผู้สูงอายุจะได้รับการคุ้มครองและส่งเสริมอย่างพอเพียง

(ง) การสื่อสารสังคมเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค

๑. องค์กร/หน่วยงานภาครัฐได้รับการสนับสนุนงบประมาณและกำลังคนในการทำหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภค
๒. องค์กร/หน่วยงานภาครัฐที่ทำหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคจัดให้มีระบบการเฝ้าระวังตรวจสอบ/ ติดตามผลิตภัณฑ์ และจัดทำฐานข้อมูลสำหรับผู้บริโภคเพื่อการเฝ้าระวังติดตามการใช้ผลิตภัณฑ์ และสามารถสื่อสารกลับสู่ผู้บริโภคหรือเครือข่ายกรณีเกิดปัญหาสู่ผู้บริโภคอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง
๓. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องออกหรือปรับปรุงกฎหมายให้อำนาจรัฐในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร สร้างเสริมให้ผู้บริโภคเท่าทันกับกลยุทธ์ในการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย และสร้างกลไกในการตรวจสอบและทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคให้ทันสมัย และเท่าทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง(เช่น สามารถปกป้องผู้บริโภคที่เกิดจากสินค้าที่อาจก่อให้เกิดอันตราย / มีระบบการควบคุมก่อนสินค้าออกสู่ตลาดในสินค้าที่อาจก่อให้เกิดอันตราย)
๔. กระทรวงศึกษาธิการและภาครัฐจัดทำและบรรจุในหลักสูตรการศึกษาในเรื่องสิทธิของผู้บริโภคและการปกป้อง คุ้มครองตนเองและสังคม ทั้งในและนอกระบบที่เหมาะสม
๕. ทุกภาคส่วนร่วมพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคในด้านการสื่อสารสุขภาพ (Media & Health literacy) และสนับสนุนการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายของผู้บริโภค (จัดเวทีให้ผู้บริโภคได้แลกเปลี่ยนและพัฒนาทักษะการสื่อสาร, การเคลื่อนไหวทางสังคมผ่านสื่อมวลชน)
๖. รัฐสนับสนุนให้ผู้บริโภคและเครือข่ายผลิตสื่อสาธารณะ เพื่อเพิ่มพูนศักยภาพในการเฝ้าระวังให้เท่าทัน และ
๗. รัฐดำเนินการตรวจสอบข้อมูล คำเตือน ข้อควรระวัง ที่เหมาะสมกับสินค้าและบริการอย่างต่อเนื่องและแจ้งเตือนผู้ละเลย/ผู้ฝ่าฝืน

๘. รัฐสนับสนุนให้สื่อมวลชนมีความรู้และทักษะที่เพียงพอต่อการตรวจสอบข้อมูลข่าวสาร ความรู้ที่ถูกต้อง เพียงพอก่อนเผยแพร่สู่สาธารณะ และจัดพื้นที่ของสื่อให้มีการนำเสนอ ข้อมูลข่าวสาร (องค์ความรู้ ข้อมูลวิชาการ ข้อมูลปัญหาผู้บริโภค ฯลฯ) ไม่น้อยกว่าพื้นที่ที่ใช้ในการโฆษณา
๙. ทกภาคส่วนสร้างกระบวนการ/วิธีการให้รางวัลสื่อที่ดีและลงโทษสื่อที่ไม่ดีออกจากระบบ อย่างเข้มงวด และสนับสนุนให้สื่อมวลชนควบคุม เฝ้าระวังกันตามหลักเกณฑ์ทาง จริยธรรมในการประกอบวิชาชีพ

(จ) เทคโนโลยีกับการคุ้มครองผู้บริโภค

๑. สถาบันการศึกษาควรเผยแพร่ข้อมูล ความรู้ ผลดี ผลเสียของเทคโนโลยีด้านสุขภาพต่อ สาธารณชน เช่น หนังสืออธิบายยาโรค
๒. หน่วยงานของรัฐต้องทำงานประสานกันในการบังคับใช้กฎหมาย และพัฒนาปรับปรุง กฎหมายที่ขาดความชัดเจนหรือมีประเด็นปัญหา
๓. หน่วยงานของรัฐ (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ อย. สมอ.) ต้องสนับสนุนให้มีการจัดตั้ง ศูนย์ทดสอบมาตรฐานสินค้า บริการ (standard lab) เพื่อประเมินความปลอดภัย ประสิทธิภาพและผลกระทบของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ
๔. ภาครัฐกิจจะต้องมีความรับผิดชอบต่องสังคมในการตรวจสอบคุณภาพสินค้าและบริการ ก่อนวางจำหน่ายแก่ประชาชน
๕. รัฐต้องพัฒนาความเชี่ยวชาญของบุคลากรให้มีความรู้ทันเทคโนโลยีสมัยใหม่ และสร้าง เครือข่ายความร่วมมือกับนักวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ
๖. รัฐต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ร่วมกับหน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย อื่นๆ เช่น อย. สคบ. สำนักงานอัยการสูงสุด และองค์กรวิชาชีพต่างๆ ฯลฯ
๗. องค์กรวิชาชีพต่างๆ โดยเฉพาะแพทยสภา สภาเภสัชกรรม จะต้องมียุทธศาสตร์ในการดูแลผู้ ประกอบวิชาชีพ ให้ปฏิบัติตามกฎหมายและจริยธรรมแห่งวิชาชีพอย่างเข้มงวด จริงจัง

(ฉ) หนังสือสัญญาระหว่างประเทศกับการคุ้มครองผู้บริโภค

๑. ให้ สช. เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานตามธรรมนูญ ดังนี้
 - การกิจการศึกษาและประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่อาจเกิดจากการจัดทำหนังสือ สัญญาระหว่างประเทศ
 - จัดให้มีการเผยแพร่ข้อมูลผลการศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพต่อสาธารณชนอย่าง กว้างขวาง

- จัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นจากองค์กรภาคประชาชน
 - หลังจากที่หนังสือสัญญา มีผลบังคับใช้แล้ว ให้มีการประเมินผลกระทบที่เกิดจากการทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศนั้นและนำเสนอแนวทางแก้ไขเยียวยา หากพบว่าผลกระทบกว้างขวางให้เสนอแนวทางยกเลิก
๒. กระทรวงการต่างประเทศและกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับการทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศนั้น ๆ จะต้องพิจารณาผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภคและดำเนินการขอความเห็นจากองค์กรผู้บริโภคและประชาคมสุขภาพอย่างกว้างขวาง
 ๓. หน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องต้องสร้างหลักประกันเพื่อปกป้องผลเสียที่เกิดขึ้นจากการทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศตลอดจนพัฒนาและปรับปรุงกลไกรองรับผลกระทบที่เอื้ออำนวยและไม่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการพัฒนาด้านสุขภาพ
 ๔. รัฐบาลต้องเก็บภาษีโอกาสทางนโยบายจากกิจการต่าง ๆ ที่ได้ประโยชน์จากหนังสือสัญญาระหว่างประเทศนั้น เพื่อจัดตั้งเป็นกองทุนชดเชยด้านสุขภาพและสุขภาวะที่จะได้รับผลกระทบ

ภาคผนวก ๒

ข้อเสนอเพื่อประกอบการพัฒนาธรรมนุญสุขภาพแห่งชาติด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

๑. ข้อเสนอเกี่ยวกับสาระการคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อประกอบการยกร่างธรรมนุญ

จากการทบทวนสถานการณ์และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภค ได้มีการกำหนด สาระการคุ้มครองผู้บริโภคในธรรมนุญสุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นเอกสารนำเข้าสำหรับการพิจารณา กร่างธรรมนุญสุขภาพแห่งชาติด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของคณะอนุกรรมการยกร่างธรรมนุญสุขภาพ แห่งชาติ มาตรา ๔๗(๘) การคุ้มครองผู้บริโภค โดยกำหนดเป็น ๓ กลุ่มสาระ ดังนี้

๑.๑ สาระด้านกฎหมาย

สาระที่ควรนำมาพิจารณาในกลุ่มนี้คือสิทธิที่ได้รับการรับรองในฐานะผู้บริโภคตามที่ กฎหมายต่างๆบัญญัติไว้ ได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และพระราชบัญญัติคุ้มครอง ผู้บริโภค พ.ศ.๒๕๒๒ และข้อเสนอเพื่อการร่างธรรมนุญว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคใน พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เช่น มีคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในธรรมนุญฯ โดยมีหน้าที่ในการตราและบังคับใช้กฎหมาย การให้ความเห็นในการกำหนดมาตรการในการคุ้มครอง ผู้บริโภค การตรวจสอบและรายงานการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค นอกจากนี้ อาจมีการเพิ่มเติม สาระที่เกี่ยวกับระบบกฎหมายที่เอื้อต่อการคุ้มครองผู้บริโภค

๑.๒ สาระด้านองค์กร

สาระที่ควรนำมาพิจารณาในกลุ่มนี้แบ่งเป็น ๓ ประการ คือ

ประการที่ ๑ มีองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคที่เกิดจากการรวมตัวของประชาชนเป็นหลักตามรัฐธรรมนูญฯ หรือการรวมตัวกันเองของประชาชนในรูปแบบสมัชชาสุขภาพแห่งชาติหรือสภาผู้บริโภค

ประการที่ ๒ มีระบบปกป้องประชาชนให้ได้รับความปลอดภัยจากสินค้าและบริการ ได้แก่ (๑) การจัดให้มีศูนย์หรือองค์กรภาคประชาชนในการรับเรื่องราวร้องทุกข์ ให้ข้อมูลข่าวสาร ตรวจสอบคุณภาพสินค้าและบริการ และการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานสินค้าและบริการ ตลอดจนเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขาย และ (๒) การส่งเสริมให้องค์กรบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง บังคับใช้กฎหมายที่หน่วยงานกำกับดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

ประการที่ ๓ มีระบบประกันความเสียหายโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้บริโภค ความมั่นคงด้านสุขภาพ และการอยู่ร่วมกันอย่างสมานฉันท์ มีการจัดตั้งกองทุนที่เป็นอิสระเพื่อช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับผลกระทบทางสุขภาพโดยงบประมาณมาจากเงินได้จากการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพร้อยละ 1 ของมูลค่าการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งหมด ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากกองทุนชดเชยในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด

๑.๓ สารระด้านนโยบายและการสนับสนุน

สาระที่ควรนำมาพิจารณาในกลุ่มนี้แบ่งเป็น 3 ประการ คือ

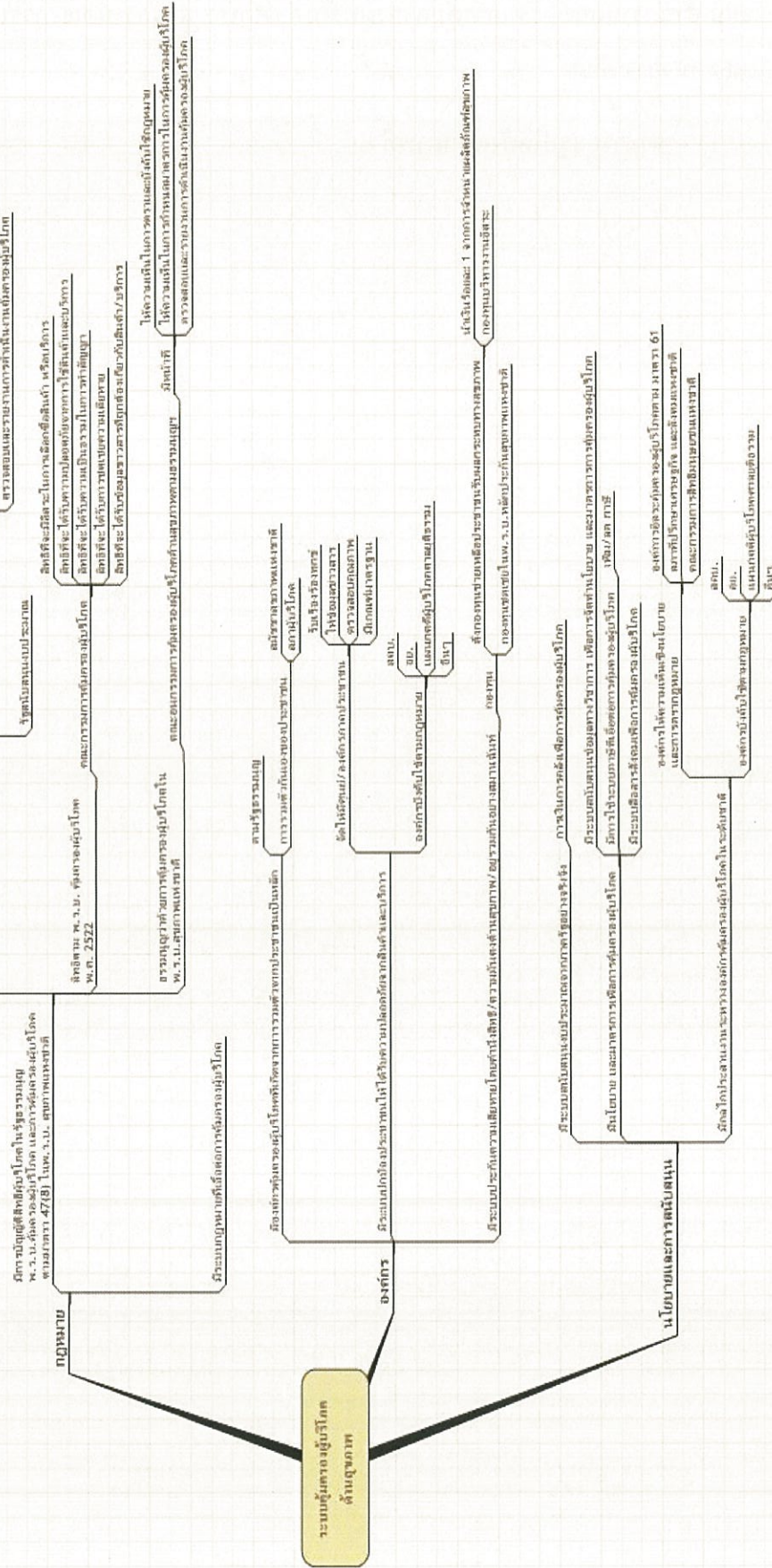
ประการที่ ๑ มีระบบสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐอย่างจริงจัง มีการจัดทำหรือพัฒนาระบบการเงินการคลังเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค

ประการที่ ๒ มีนโยบายและมาตรการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค โดย (๑) มีระบบสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ เพื่อการจัดทำนโยบายและมาตรการในการคุ้มครองผู้บริโภค (๒) มีการใช้ระบบภาษีที่เอื้อต่อการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น การเพิ่มภาษีสินค้าฟุ่มเฟือย และการลดภาษีสำหรับผู้ประกอบการที่รับผิดชอบต่อผู้บริโภคและสังคม และ (๓) มีระบบสื่อสารสังคมเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค

ประการที่ ๓ มีกลไกประสานงานระหว่างองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคในระดับชาติ ทั้งองค์กรที่ให้ความเห็นเชิงนโยบายและการตรากฎหมาย เช่น องค์การอิสระผู้บริโภคตามรัฐธรรมนูญฯ สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ คณะกรรมการสิทธิมนุษยชน และองค์กรในการบังคับใช้กฎหมาย

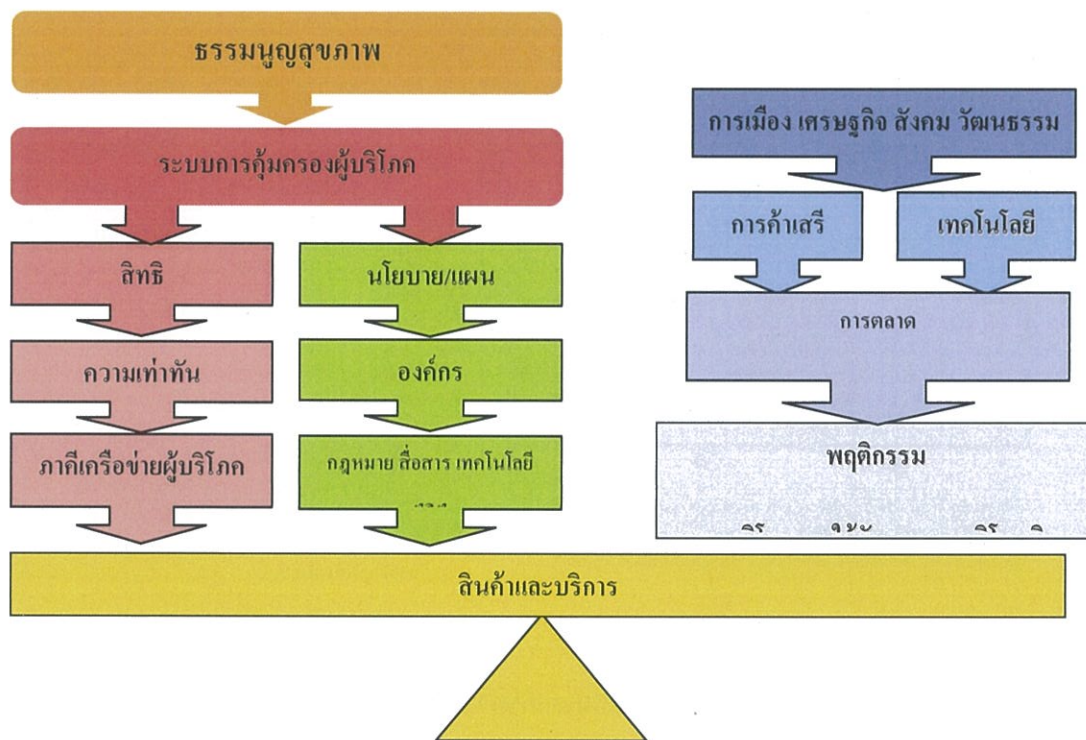
เช่น สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)
และหน่วยงานอื่น

สามารถสรุปได้ดังแผนภาพที่ ๑



๒. ข้อเสนอประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภค

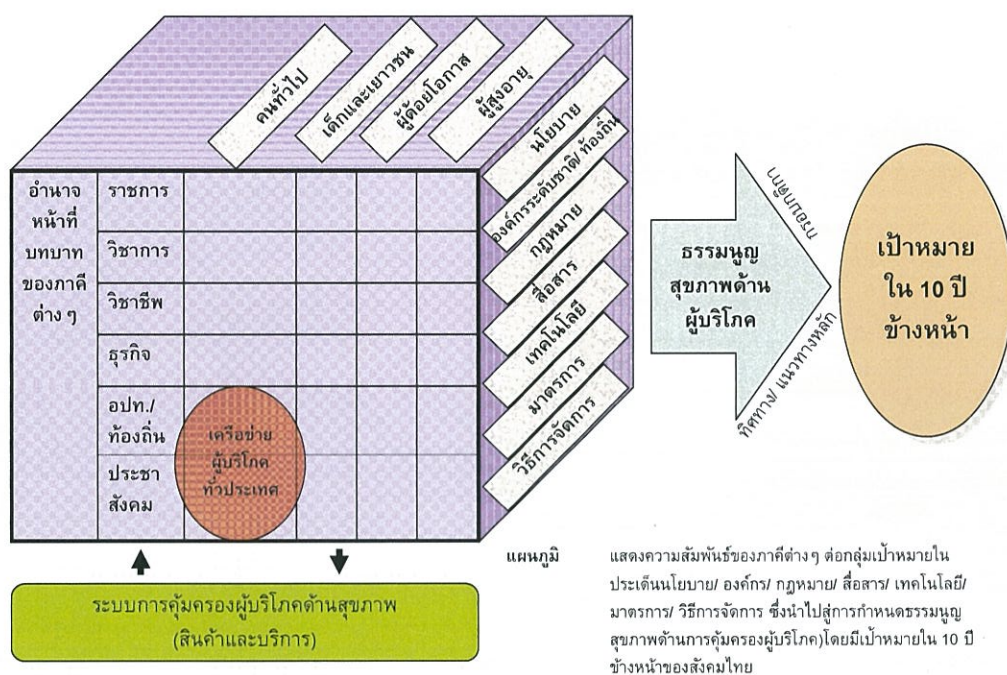
จากการวิเคราะห์แนวโน้มด้านต่าง ๆ เพื่อบรรจุกลไกในธรรมนูญที่จะสร้างสมดุลกับพลวัตความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมผู้บริโภคภายใต้วัฒนธรรมการบริโภคนิยม ที่มาจากการตลาด การค้าเสรี เทคโนโลยี อันสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และ วัฒนธรรมทำให้ผู้บริโภคได้รับผลกระทบจากการบริโภคสินค้าและบริการที่อาจไม่ปลอดภัย ไม่ได้มาตรฐาน ไม่เป็นไปตามที่แจ้ง ไม่เป็นไปตามโฆษณา หรือไม่คุ้มค่าไม่สมราคา ผลกระทบเหล่านี้มีผลต่อความเชื่อมั่นต่อระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนผู้ผลิตเข้าไปเกี่ยวข้อง



แผนภาพที่ ๒ กลไกที่สร้างสมดุลกับพลวัตของปัจจัยแวดล้อมในการคุ้มครองผู้บริโภค

จากที่มีการกำหนดระบบคุ้มครองผู้บริโภคภายใต้บทบัญญัติในธรรมนูญสุขภาพ ทุกภาคส่วนควรเป็นกลไกหนึ่งที่ทำหน้าที่นำข้อบัญญัติในธรรมนูญไปสู่การปฏิบัติ มีบทบาทสนับสนุนภาคีต่างๆ ต่อกลุ่มเป้าหมายในประเด็นนโยบาย องค์การ กฎหมาย การสื่อสาร เทคโนโลยี มาตรการ และวิธีการจัดการ ที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายตามที่บัญญัติไว้ในธรรมนูญสุขภาพด้านการคุ้มครองผู้บริโภค (ดังแผนภาพที่ ๒) การออกแบบสาระที่ระบุในกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคเข้าระบบจะสามารถถ่วงดุลย์จากพฤติกรรมผู้บริโภคภายใต้วัฒนธรรมบริโภคนิยม ระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพโดย

เฉพาะที่เกี่ยวกับการค้าและบริการควรครอบคลุม อำนาจ หน้าที่และบทบาทของภาคีต่าง ๆ ทั้ง ราชการ วิชาการ วิชาชีพ ธุรกิจ องค์กรท้องถิ่น ประชาสังคมและเครือข่ายผู้บริโภคทั่วประเทศ (แผนภาพที่ ๓) ขณะเดียวกันต้องสามารถปกป้องผู้บริโภคโดยทั่วไปและกลุ่มเฉพาะ ได้แก่ เด็กและเยาวชน ผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ โดยครอบคลุมนโยบาย องค์กรระดับชาติ/ท้องถิ่น กฎหมาย การสื่อสาร เทคโนโลยี มาตรการและวิธีการ ทั้งนี้สาระของธรรมนูญด้านผู้บริโภคจะต้องแสดงทิศทาง แนวทางหลักและกรอบกติกาที่จะสามารถขับเคลื่อนระบบคุ้มครองผู้บริโภคให้บรรลุเป้าหมายตาม ช่วงเวลาที่กำหนด เช่นใน ๑๐ ปีข้างหน้า เป็นต้น

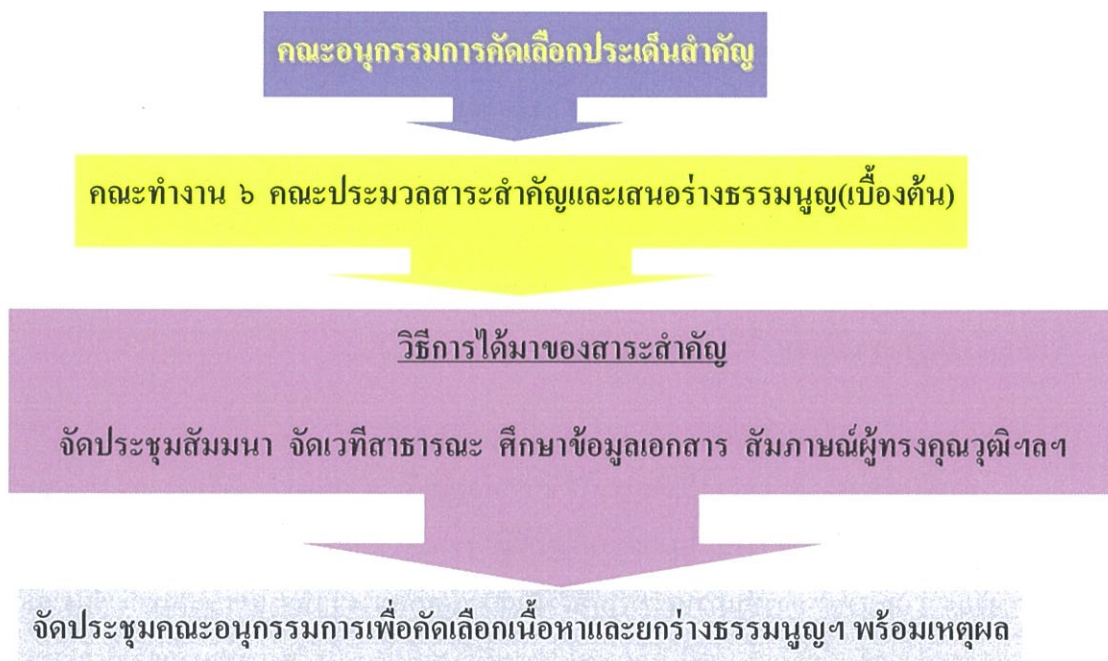


แผนภาพที่ ๓^๑ ความสัมพันธ์ของภาคีต่างๆต่อกลุ่มเป้าหมายในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภค

^๑ กรอบแนวคิดธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ (คุ้มครองผู้บริโภค) โดย นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ

๓. ขั้นตอนการจัดทำสาระในการร่างธรรมนูญสุขภาพ

แผนภาพที่ ๔ แสดงการทำงานของคณะอนุกรรมการฯ ในการจัดทำสาระในการร่างธรรมนูญสุขภาพ ประกอบด้วย การกำหนดประเด็นที่สำคัญโดยการคัดเลือกประเด็นร่วมกัน ทั้งนี้ได้มีการจัดตั้งคณะทำงาน ๖ คณะ เพื่อจัดทำสาระสำคัญตามประเด็นที่ได้มีการคัดเลือก โดยคณะทำงานทั้ง ๖ คณะสามารถดำเนินการได้ด้วยวิธีการที่หลากหลาย ตามความเหมาะสม ประกอบด้วย การจัดประชุมสัมมนา จัดเวทีสาธารณะ ศึกษาข้อมูลเอกสาร การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ การจัดเวทีประชาเสวนา (Citizen Dialogue) ฯลฯ ทั้งนี้ เมื่อได้สาระสำคัญจึงนำมาคัดเลือกเนื้อหาเพื่อที่จะนำเข้าสู่กระบวนการยกร่างธรรมนูญในส่วนของการคุ้มครองผู้บริโภค โดยคณะอนุกรรมการ



แผนภาพที่ ๔ กระบวนการพัฒนาสาระของธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ มาตรา ๔๗(๘)

ภาคผนวก ๓

สรุปบทเรียนจากการทำงาน

ร่าง ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ มาตรา ๔๗(๘) การคุ้มครองผู้บริโภค

.....

๑. กระบวนการทำงานในการร่างธรรมนูญ

ในการร่างธรรมนูญฯ ครั้งนี้ มีการวางระบบการทำงานที่สำคัญและน่าสนใจในการนำไปเป็นบทเรียนการดำเนินงานในเรื่องอื่นๆ เริ่มตั้งแต่การจัดตั้งคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานต่างๆ เพื่อเชื่อมประสานงานการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยคณะกรรมการยกร่างธรรมนูญฯ เป็นคณะกรรมการชุดใหญ่พิจารณา โดยมีคณะอนุกรรมการยกร่างธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ มาตรา ๔๗(๑) (๒) (๓) เป็นแกนหลักในวางแผนทางการร่างธรรมนูญฯ และการรวบรวม/ปรับปรุงร่าง ธรรมนูญฯ ในภาพรวม และมีคณะอนุกรรมการยกร่างฯ ในแต่ละเรื่อง โดยมีการแต่งตั้งคณะทำงานวิชาการช่วยในการประมวลวิชาการและมีคณะอนุกรรมการสื่อสารสังคมดำเนินการประมวลความคิดเห็นจากภาคส่วนต่างๆ นำมาให้คณะอนุกรรมการฯ พิจารณานำมาใช้ประโยชน์ในการร่างธรรมนูญฯ นอกจากนี้ยังมีวิธีการทำงาน

๒. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสาระ วิธีการ และประสบการณ์

การจัดทำร่างธรรมนูญฯ เปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สาระ วิธีการ และประสบการณ์ในการทำงานโดยการให้ผู้ทำงานมีโอกาสร่วมในเวทีต่างๆ เช่น สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะเรื่อง สานเสวนา การสัมภาษณ์ความคิดเห็นของบุคคลต่าง เวทีสาธารณะเฉพาะเรื่อง และการจัดการความรู้สำหรับผู้ทำงาน และให้โอกาสผู้ทำงานมีอิสระในการคิดวิธีการทำงานและนำความรู้และประสบการณ์ของตนเองมาร่วมแลกเปลี่ยนและใช้ประโยชน์เพื่อนำไปสู่การร่างธรรมนูญฯ ให้บรรลุผล

๓. การมีส่วนร่วมในการร่างธรรมนูญฯ จากทุกภาคส่วน

การจัดทำร่างธรรมนูญฯ มีจุดเน้นสำคัญคือการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ทั้งจากภาคประชาชน ภาควิชาการ ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคการเมือง ที่ร่วมให้ข้อมูลและข้อคิดเห็นต่างๆ รวมทั้งร่วมกันร่างธรรมนูญฯ โดยการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะเรื่อง จัดสานเสวนา สัมภาษณ์ความคิดเห็นของบุคคลต่าง จัดเวทีสาธารณะ และการสร้างกระแสเพื่อสื่อสารกับสังคม การดำเนินการต่างๆ ทำให้ผู้ทำงานกับสำนักงานสุขภาพแห่งชาติได้มีโอกาสเรียนรู้และมีส่วนร่วมกันเป็นเจ้าของธรรมนูญฯ ที่ร่วมกันร่างขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การใช้ประโยชน์จากธรรมนูญฯ ฉบับนี้

๔. เวทีการเชื่อมโยงการทำงานและการใช้ศักยภาพของภาคส่วนต่างๆ

การจัดทำร่างธรรมนูญฯ เป็นเวทีเชื่อมโยงการทำงานและการใช้ศักยภาพของภาคส่วนต่างๆ ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาควิชาการ และองค์กรพัฒนาเอกชน เฉพาะเรื่อง/เฉพาะประเด็น ในการร่างธรรมนูญฯ ว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค ได้มีการประสานการทำงานและร่วมมือกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) นักวิชาการ จากสถาบันการศึกษาทั้งจากคณะเภสัชศาสตร์ นิเทศศาสตร์ และนิติศาสตร์ เจ้าหน้าที่รัฐที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ต่างๆ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค สหพันธ์องค์กรผู้บริโภค ชมรมผู้บริโภคในพื้นที่ต่างๆ ร่วมกันให้ข้อมูล/ข้อคิดเห็นและร่วมกันร่างธรรมนูญฯ ว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค

