



โครงการสังเคราะห์องค์ความรู้

การสร้างความเข้มแข็งของระบบ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

นำเสนอต่อ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

โดย

พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ

สารี อ๋องสมหวัง

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา

จงกลนี วิทยรุ่งเรืองศรี

เลขหมู่ WA288 ม124ก 2543
เลขทะเบียน 00011842
วันที่ 19 มี.ค. 2556

โครงการสังเคราะห์องค์ความรู้

การสร้างความเข้มแข็งของระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

พงศ์เทพ สุธีรัฐ
 สารี อ่องสมหวัง
 นรินทร์ชัย พัฒนพงศา
 จงกลณี วิทยรุ่งเรืองศรี

บทนำ

ปัจจุบัน ประเทศไทยมีการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และการสาธารณสุขเปลี่ยนไปในทิศทางที่ดีขึ้นตามกระแสโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงที่เร็วมากในทุกด้าน แต่ปัญหาการถูกเอารัดเอาเปรียบของผู้บริโภคทั้ง

การบริโภคผลิตภัณฑ์และการบริการสุขภาพ ยังเป็นปัญหาที่สำคัญในอันดับต้นๆ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดเนื่องจากภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม ภาวะความยากจน การกระจายรายได้ที่ไม่เป็นธรรม วิธีการแข่งขันทางการตลาด การเอารัดเอาเปรียบและฉกฉวยหาผลประโยชน์โดยมิได้คำนึงถึงคุณธรรมและจริยธรรมของผู้ประกอบการบางส่วน นอกจากนี้ประชาชนส่วนใหญ่ยังมีภาวะของความรู้ หรือรู้เท่าไม่ถึงการณ์ เนื่องจากภาวะด้อยโอกาสในการศึกษา ภาวะของการขาดข้อมูลข่าวสารของผลิตภัณฑ์ และขาดการรับรู้สิทธิในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเข้าใจ ในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ รวมถึงการปกป้องสิทธิของตนเอง

นอกจากนี้ การพัฒนาทั้งเทคโนโลยี การศึกษาและสถาบันสื่อมวลชนที่พัฒนาไปอย่างรวดเร็ว กำลังมีบทบาทอย่างมากต่อพฤติกรรมผู้บริโภคของประชาชน ผู้บริโภคมีแนวโน้มที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารได้โดยตรง แต่ไม่สามารถกลั่นกรอง หรือตามเทคโนโลยีและสื่อได้ทัน จึงอาจจะมีผลให้ผู้บริโภคมีความเข้าใจผิดหรือเข้าใจคลาดเคลื่อนในสาระสำคัญในการเลือกบริโภค ที่ผ่านมามีการดำเนินการในการควบคุม กำกับ ดูแลผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคของหน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบมีข้อจำกัดหลายประการทั้งทางบุคลากร วิธีการและงบประมาณทำให้ไม่สามารถดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคให้ครอบคลุมทั้งหมด

จากการเปลี่ยนแปลงจำนวนประชากร ทางสังคม และเศรษฐกิจ ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในสังคม ได้ส่งผลกระทบต่ออย่างมากต่อการปรับนโยบายและกลยุทธ์เพื่อจัดการกับปัญหาที่ประสบ การสร้างความเข้มแข็งของระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จะเป็นยุทธศาสตร์ที่ใช้ในการกำหนดนโยบายและการวางแผน ทำให้ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ทั้งในประเด็นสิทธิ หน้าที่ขององค์กรภาครัฐ/เอกชน/ประชาสังคม ในกลไกการคุ้มครองผู้บริโภค และประเด็นเรื่องการพัฒนากระบวนการให้ผู้บริโภคได้รับประโยชน์จากการบริโภคผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพและค่าชดเชยอย่างรวดเร็วและเป็นธรรม หากได้รับผลร้ายจากการบริโภคผลิตภัณฑ์หรือบริการสุขภาพ

2. สังเคราะห์ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาความเข้มแข็งกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยเน้นบทบาทภาครัฐ/ธุรกิจเอกชน/ประชาสังคม/ครอบครัว/ปัจเจก/สื่อ

3. สังเคราะห์ข้อเสนอการพัฒนาระบบ/กลไก ที่จะให้ผู้บริโภคได้รับค่าชดเชยอย่างรวดเร็วและเป็นธรรม โดยไม่ต้องรอการไต่สวนหาผู้รับผิดชอบ

4. สังเคราะห์ข้อเสนอสาระบัญญัติที่ควรกำหนดไว้ในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

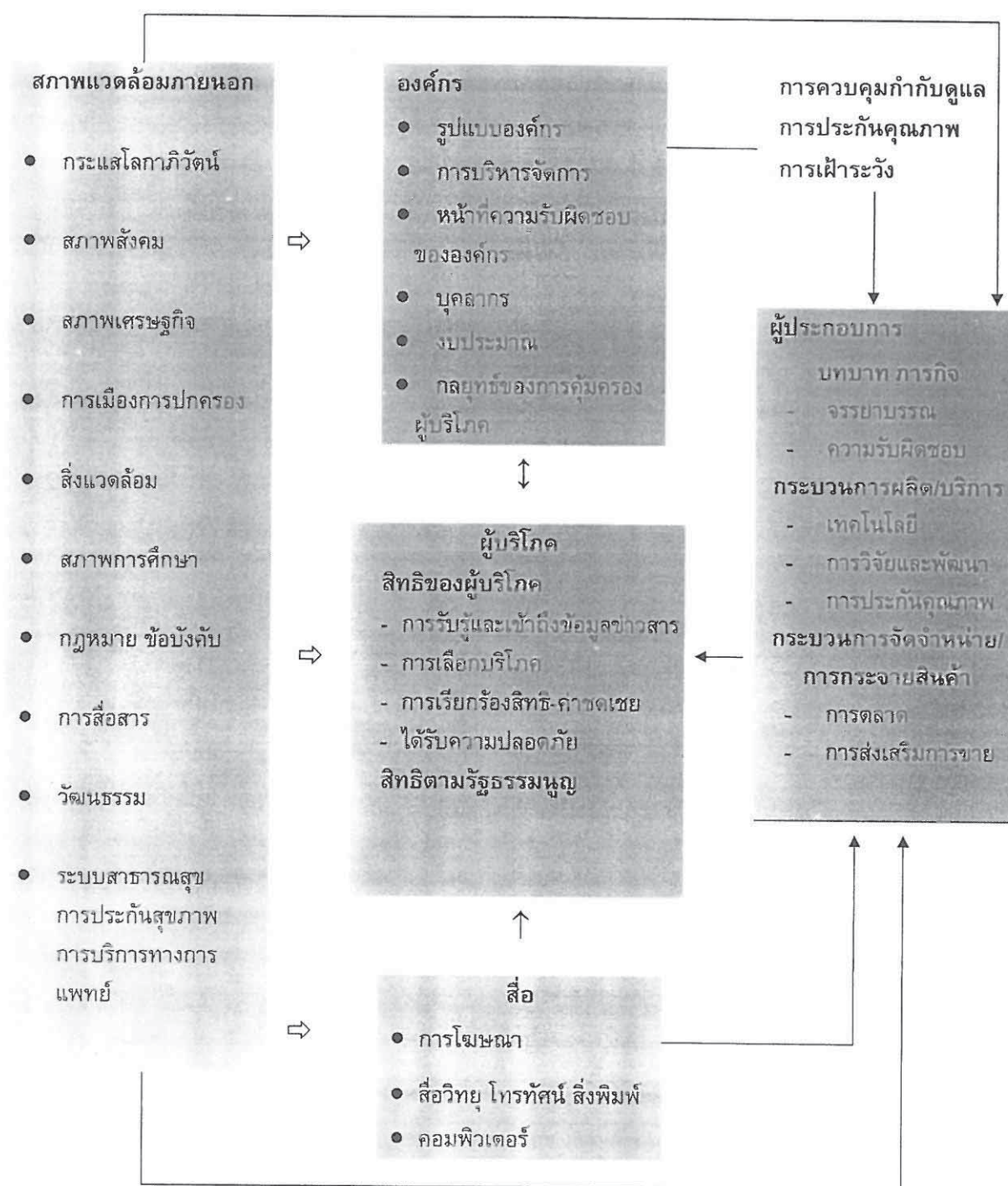
คำถามวิจัย

1. สถานการณ์ปัจจุบันของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
2. จะสนับสนุนความเข้มแข็งของกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาสังคมอย่างไร ควรมีเงื่อนไขให้รัฐสนับสนุนงบประมาณหรือไม่
3. ควรให้องค์กรประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคภาครัฐ และกลไกตาม พ.ร.บ.วิชาชีพหรือไม่อย่างไร
4. จะชดเชยค่าเสียหายแก่ผู้ได้รับอันตรายจากการบริโภคผลิตภัณฑ์/บริการสุขภาพโดยไม่ต้องรอให้คดีถึงที่สุด หรือรอการพิสูจน์ถูกผิดได้อย่างไร ควรมีกองทุนหรือไม่ แหล่งเงินจากไหน

วิธีการ/ขั้นตอน

1. ทบทวนเอกสารจากรายงาน/บทความ/งานวิจัย/ตำรา/กฎหมายต่าง ๆ เช่นกฎหมายรัฐธรรมนูญ พ.ร.บ.สถานพยาบาล, พ.ร.บ.วิชาชีพ, พ.ร.บ.ผลิตภัณฑ์สุขภาพเช่น พ.ร.บ.ยา พ.ร.บ.อาหาร , พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค และพ.ร.บ.สิทธิบัตร
2. ทำ Focus Group กลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริโภค ผู้ผลิต หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง
3. ประชุมระดมสมอง NGOs นักวิชาการ 30 คน
4. รายงานผลการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อเสนอทั้งเรื่องการสร้างเสริมความเข้มแข็งของกลไกการคุ้มครองผู้บริโภค และการพัฒนาระบบ/กลไก การชดเชยค่าเสียหาย รวมทั้งข้อเสนอสาระบัญญัติที่ควรกำหนดใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติด้วย

กรอบแนวคิดในการศึกษา



ผลการศึกษา

1. สถานการณ์เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ทั้งใน ประเด็นสิทธิ หน้าที่ขององค์กรภาครัฐ/เอกชน/ประชาสังคม ในกลไกการคุ้มครองผู้บริโภค

1.1 ปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างความเข้มแข็งของระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ปัจจัยองค์ประกอบภายนอก

คณะผู้วิจัยเห็นว่า การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพนั้นอยู่ภายใต้บริบทของปัจจัยภายนอกมากมายชนิดที่จะเอื้ออำนวยให้เกิดความเข้มแข็งขึ้นได้ ดังที่มีรายงานการประชุมนานาชาติเรื่องการส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 3 ถึง “สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ” 9 – 15 มิถุนายน 2534 ณ ประเทศสวีเดน (ปณิธาน, 2541, หน้า 81) กล่าวไว้ว่า

“ การประชุมเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ระดับสากล ครั้งแรกที่มีผู้แทน 81 ประเทศประชุมกัน ได้เรียกร้องให้ประชาชนในทุกภูมิภาคของโลกร่วมมือกันดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น... ที่ประชุมชี้ให้เห็นว่าชาวโลกนับล้าน ๆ คน ยังใช้ชีวิตอยู่ท่ามกลางความร้อนเค้นยากจน และในสภาพแวดล้อมที่เสื่อมโทรมลงมากขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งเป็นสิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยของเขาเหล่านั้น... จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำให้สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ทั้งทางด้านกายภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมทางการเมืองเอื้ออำนวยต่อสุขภาพ แทนที่จะเป็นสาเหตุแห่งการทำลายล้าง”

เมื่อพิจารณาลึกซึ้งขึ้นที่ประชุมข้างต้นมีมติต่าง ๆ ของกิจกรรมภายใต้บริบทแห่งสุขภาพ เพื่อให้มี “สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย” ซึ่งหมายถึง ทั้งแง่มุมทางกายภาพและสังคม ซึ่งได้แก่ สถานที่อยู่อาศัย ชุมชน สถานที่ทำงาน สถานที่เล่น นอกจากนี้ยังรวมถึงลักษณะการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และโอกาสได้รับอำนาจในการตัดสินใจ ดังนั้นกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจึงมีหลายมิติ ทั้งทางกายภาพ สังคม จิตวิญญาณ เศรษฐกิจ และการเมือง ฯลฯ และแต่ละมิติจะเคลื่อนไหว เชื่อมโยงแน่นแฟ้นอย่างมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกันอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องประสานกิจกรรมต่าง ๆ ทุกระดับ ตั้งแต่ระดับท้องถิ่น ระดับภาค ระดับชาติ ไปจนถึงระดับสากล เพื่อบรรลุถึงทางออกของปัญหาแบบยั่งยืนอย่างแท้จริง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงขอพิจารณาสภาพต่าง ๆ ของมิติต่อไปนี้ เพื่อให้เกิดแนวทางการสร้างความเข้มแข็งของระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพอย่างครบวงจรคือ มิติทาง:-

- กระแสโลก - โลกาภิวัตน์ (Globalization)
- ด้านเศรษฐกิจ
- ด้านการเมือง - การปกครอง
- ด้านสังคม
- ด้านวัฒนธรรม บริโภคนิยม
- ด้านโครงสร้างประชากรไทย
- ด้านสิ่งแวดล้อม
- ด้านสื่อสารมวลชน - สื่อไร้พรมแดน
- ด้านความจำกัดของการบริการทางการแพทย์

ต่อไปจะกล่าวถึงมิติข้างต้น โดยสังเขป

1.1.1 กระแสโลก – โลกาภิวัตน์

กระแสโลกที่สำคัญคือ กระแสโลกาภิวัตน์ ซึ่งมีลักษณะสำคัญดังนี้ (กมล กมลตระกูล เสนอใน Forum – Asia 1998)

- 1) กระแสการเงินโลก กระแสเทคโนโลยีและการตลาดถูกควบคุมและจัดการโดยบริษัทการค้าระดับมหามหาของ โลก (Gigantic Global cooperation)
- 2) เกิดวัฒนธรรมบริโภคนิยมโดยคนทั่วไป มุ่งหวังจะแสวงหาการเสพย์ การพึงพอใจทางวัตถุต่าง ๆ เป็นเรื่องหลัก
- 3) มีการแข่งขันกันอย่างกว้างขวางในระดับโลก ที่ผู้ใช้แรงงาน และท้องถิ่นต่าง ๆ พยายามให้ข้อเสนอที่ดีที่สุดแก่นักลงทุนข้ามชาติ
- 4) บริษัทข้ามชาติสามารถที่จะดำเนินการบนพื้นฐานของกำไร โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดแก่ท้องถิ่นหรือแก่ชาติ
- 5) ไม่มีความจงรักภักดีต่อชาติ หรือต่อชุมชน

กมล กมลตระกูล ยังอ้างรายงานของธนาคารโลกที่สรุปไว้ในทศวรรษปี 1980 ที่ผ่านมามีประเทศที่ร่ำรวยไม่กี่ประเทศทำการค้าถึง 80% ของการค้าในโลก และลงทุนถึง 85% ในประเทศต่าง ๆ ตลอดจนมีทุนเพื่อวิจัยและพัฒนาถึง 95%

กระแสโลกาภิวัตน์ ทำให้มนุษย์มุ่งจะใช้ชีวิตเช่นประเทศร่ำรวย ยิ่งทำให้ช่องว่างของคนรวยคนจนกว้างออกไปอีกคือ

ปี 2503 พบว่า 20% ของผู้มีรายได้สูงในโลก เมื่อเทียบกับ 20% ที่จน มีอัตรา 30 : 1

ปี 2534 พบว่า 20% ของผู้มีรายได้สูงในโลก เมื่อเทียบกับ 20% ที่จน มีอัตรา 60 : 1

ปี 2537 พบว่า 20% ของผู้มีรายได้สูงในโลก เมื่อเทียบกับ 20% ที่จน มีอัตรา 78 : 1

1.1.2 มิติด้านเศรษฐศาสตร์

ขณะที่กระแสโลกาภิวัตน์แรงขึ้น คนที่หารายได้มากก็ยังหารายได้ทุกทางที่เป็นไปได้ ผู้ที่ยากจนเดิมไม่ได้รับโอกาสให้ขยับรายได้มากขึ้น ตามอัตราส่วนที่ควรได้เพิ่มตามค่าครองชีพจึงเกิดช่องว่างรายได้ของกลุ่มคนรายได้สูงและต่ำของประเทศไทย ห่างกันมากขึ้น ตามแนวโน้มที่ปรากฏในโลกเช่นกัน ดังตารางท้ายนี้

กลุ่มต่าง ๆ	2519	2524	2529	2536	2537	2538
กลุ่มคนรวยรายได้สูง 40% มีรายได้	70.3%	72.1%	75.5%	76.7%	76.9%	77.1%
กลุ่มคนจนอีก 60% มีรายได้	29.7%	27.9%	24.5%	23.3%	23.1%	22.9%

และจากข้อมูลปี 2541 ฉลองภพ (2541, เนชั่นสุดสัปดาห์) ระบุว่า หากแบ่งเป็นคนรวยสุด 20% จะมีรายได้ประชาชาติทั้งหมดถึง 60% ส่วนคนที่เหลืออีก 80% ซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ของประเทศ จะมีรายได้ประชาชาติเพียง 40% ไปเลี้ยงดูชีวิตตน ซึ่งนับเป็นช่องว่างที่ห่างกันมาก ประกอบกับกระแสโลกาภิวัตน์ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ได้ส่งผลให้ผู้นำไทยมีนโยบายให้เคลื่อนย้าย ทุนเงินเข้า-ออกประเทศได้เสรี จึงมีผู้กุมำเก็งกำไรตลาดหุ้น บ้าน อาคาร และที่ดิน เกิดกระแสหมุนเวียนจำนวนมาก จนหลายฝ่ายคิดว่าเกิดภาวะเศรษฐกิจดี แต่ความเป็นจริงเป็นการกู้เงินในกลุ่มพรรคพวกเครือข่ายด้านอสังหาริมทรัพย์เป็นมูลค่าสูงกว่าที่ควรจะเป็นหรือสูงกว่าหลักทรัพย์ค้ำประกัน ประกอบกับค่าเงินบาทแข็งกว่าความเป็นจริง (ปี 2539 ค่าเงิน 25 บาท ต่อ 1 ดอลลาร์สหรัฐ) และผูกติดกับดอลลาร์สหรัฐซึ่งมีค่าเงินสูงขึ้นมากเป็นผลให้สินค้าไทยราคาแพงมากขึ้นเกินควรส่งออกได้น้อยลง จนปี 2540 เมื่อเจ้าหน้าที่ต่างประเทศพบว่าเงินที่ปล่อยให้

ไทยก็ยังไม่สามารถสร้างรายได้พอที่จะมีศักยภาพใช้หนี้คืนได้ จึงเริ่มเรียกหนี้คืนมากขึ้น และเกือบไม่ปล่อยกู้อีก จึงเกิดภาวะที่รัฐบาลต้องปล่อยให้เงินบาทลอยตัว (หลังจากถูกโจมตีค่าเงินจนทุนสำรอง 3 หมื่นล้านดอลลาร์ เหลือ 2,500 ล้านดอลลาร์) และมูลค่าเงินบาทลดลงเกือบ 60% (เหลือดอลลาร์ละ 40 บาท จากเดิม 25 บาท) จนหนี้สินที่มี 2.4 ล้านล้านบาท เพิ่มขึ้นเป็น 5 ล้านล้านบาท (น.พ.ทวีศักดิ์, 2541) เมื่อเกิดปัญหาเศรษฐกิจที่รุนแรงหลาย ๆ ฝ่ายเริ่มวิเคราะห์ปัญหาซึ่งมี ชมรมอยู่ร้อยปี – ชีวิตเป็นสุขได้พบว่าเศรษฐกิจในแนวทางที่เน้นอุตสาหกรรมและการค้ามากเกินไปส่งผลต่อปัญหาสุขภาพ โดยปัญหา 4 ประการทางเศรษฐกิจคือ (2540 หน้า 14 –16)

(1) เศรษฐกิจแบบผลิตเพื่อบริโภค เปลี่ยนมาเป็นผลิตเพื่อขายและซื้อมาบริโภค เช่น ปลูกพืชหลายชนิดไว้กิน แต่เปลี่ยนมาปลูกมันสำปะหลัง หรือข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ ข้าว หรือพืชอื่น ๆ มากิน

(2) เมืองขยายตัว เกษตรกรไว้ที่ทำกิน และมีการทำลายทรัพยากรธรรมชาติ ตลอดจนทำให้สภาพแวดล้อมเลวลง ปัญหาข้างต้นส่งผลให้ผู้ยากไร้มีชีวิตและสุขภาพเสื่อมถอยลง

(3) การทำธุรกิจการค้าที่มุ่งเน้นกำไรสถานเดียว คนทั่วไปจึงตราดตรางโดยไม่เห็นแก่สุขภาพ คนบางกลุ่มก็เป็นนักเก็งกำไร หวังรวยเร็ว โดยไม่ต้องทำงาน แต่อยากมีรายได้มาก

(4) การผลิตอาหารแบบเกษตรเคมี ระบบฟาร์มอุตสาหกรรม การผลิตอาหารสำเร็จรูปให้คุณค่าอาหารต่ำ (อาหารขยะ) พร้อมสารพิษตกค้างในอาหาร เช่น การเลี้ยงสัตว์ ใช้สารเคมีที่ใส่ให้เนื้อแดงผิดธรรมชาติ ใช้ยาปฏิชีวนะ ใช้สารกันบูด กันเชื้อรา และดัดแปลงรูปแบบอาหาร ฯลฯ

จากการเปลี่ยนแปลงข้างต้น ชมรมอยู่ร้อยปี- ชีวิตเป็นสุข ได้ระบุว่า คนไทยในปัจจุบันมีโรคจากความเสื่อมของร่างกายที่น่าห่วงอยู่มาก ๆ เช่น โรคอ้วน (25%) ไขมันในเลือดสูง (50%) และเบาหวาน ตลอดจนโรคตับวาย ไตวาย โรคจากภูมิคุ้มกันบกพร่องทำงานผิดปกติ รวมทั้งสารพิษตกค้างในอาหาร ยาฆ่าแมลง และสารเคมีในสิ่งแวดล้อม รวมทั้งชีวิตที่เร่งรัดเคร่งเครียดเป็นสาเหตุสำคัญของมะเร็งบางจำพวก เช่น มะเร็งตับ เป็นต้น ดังนั้นชมรมนี้จึงได้นำเสนอหลักสุขภาพไทย 12 ประการ เพื่ออายุยืนยาวและสุขภาพดี

1.1.3 มิติด้านการเมือง – การปกครอง

นับจากปี 2475 ที่ประเทศไทยเปลี่ยนแปลงการปกครองจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราช มาเป็นระบอบประชาธิปไตย แต่ช่วงดังกล่าวจนถึงปี 2540 ก็ถือเป็นประชาธิปไตยแบบกึ่งเผด็จการ จากการที่มีการยึดอำนาจและปกครองโดยคณะปฏิวัติอยู่หลายครั้ง จนบางท่านกล่าวกันว่าเป็นระบบ “อมาตยาธิปไตย” หรือระยะหลัง ๆ เป็นธุรกิจการเมือง (Money – politic) ซึ่งยังปกครองแบบรวมศูนย์อำนาจอยู่มาก ในสภาพของระบบการปกครองเช่นนี้ เกิดภาวะการเกื้อกูลอุปถัมภ์ที่เรียกว่า “จตุภาคีอุปถัมภ์” กล่าวคือ ประชาชนไม่อาจมีสิทธิมีเสียงมากพออยู่ได้ การพึ่งพิงข้าราชการ ขณะเดียวกัน ข้าราชการพึ่งพิงนักการเมือง และนักการเมืองพึ่งพิงนักธุรกิจ ส่งผลให้อำนาจอธิปไตยที่ควรเป็นของปวงชนชาวไทยกลายเป็นอยู่ได้ด้วยการธุรกิจ ที่มีโอกาสนำธุรกิจประเภทที่เอาเปรียบผู้บริโภคได้ง่าย

อย่างไรก็ตามรัฐธรรมนูญฉบับปี 2540 ที่มีผู้แทนของประชาชนร่วมกันร่างขึ้นได้พยายามให้เกิดผลใน 3 ประการ ที่ส่วนราชการควรคำนึงถึงคือ

(1) ทำการเมืองประชาธิปไตยแบบผู้แทน ให้เป็นการเมืองที่ประชาชนมีสิทธิเสรีภาพและส่วนร่วมทางการเมือง การปกครองมากขึ้น เช่น รับรองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (ม.4) สิทธิในชีวิตและร่างกาย (ม.3) สิทธิในการชุมนุม (ม. 44) สิทธิในการรวมกลุ่ม (ม.45) สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ระบุว่า ต้องบริการสาธารณสุขของรัฐอย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ คนจะมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลฟรี (ม.52) สิทธิผู้บริโภค (ม.57) สิทธิรับรู้ข้อมูล (ม.58) สิทธิคนชรา (ม.54 และ 80) ข้าราชการมีหน้าที่ทำตามกฎหมาย และอำนวยความสะดวก

ความสะดวกแก่ประชาชน (ม.70) ประชาชน 50,000คนเข้าซื้อเสนอกฎหมาย (ม.170) และเข้าซื้อถอดถอนข้าราชการระดับสูงและนักการเมือง (ม.303, 304)สิทธิร้องทุกข์ (ม.61) ฯลฯ

(2) จะให้ความเป็นอิสระแก่ท้องถิ่นมากขึ้น เช่นจะกำกับดูแลได้เท่าที่จำเป็นเท่านั้น (ม.282) ให้มีผู้บริหารและสภาท้องถิ่นมาจากการเลือกตั้งโดยตรง (ม.285) ลงมติให้ผู้บริหารท้องถิ่นพ้นจากตำแหน่ง (ม.286) เสนอข้อบัญญัติท้องถิ่น (ม.287) มีส่วนร่วมการพิจารณาโครงการ – กิจกรรมที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย (ม.290)

(3) ให้นหน่วยงานของรัฐต้องเคารพสิทธิ และให้สิทธิประชาชนฟ้องคดีในคดีถูกละเมิด เช่น สิทธิฟ้องร้องหน่วยราชการ (ม.62) การใช้อำนาจรัฐต้องคำนึงถึง ความเป็นมนุษย์ สิทธิเสรีภาพ (ม.26) สิทธิที่จะร้องทุกข์ต่อผู้ตรวจการแผ่นดินของรัฐสภา (ม.197) ต่อคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ (ม.200) ฟ้องร้องต่อศาลปกครองกรณีการกระทำของเจ้าหน้าที่ไม่ชอบด้วยรัฐธรรมนูญหรือกฎหมาย (ม.276)

การที่มีมาตรการต่าง ๆ ที่ประชาชนตลอดจนท้องถิ่นมีสิทธิและมีส่วนร่วมมากขึ้น ตลอดจนหน่วยงานของรัฐต้องเคารพสิทธิ และอาจถูกฟ้องได้มากขึ้น เป็นมิติที่องค์กรของรัฐต้องเข้าใจและปรับการให้บริการให้เกิดประสิทธิภาพและเป็นผลดีแก่ประชาชน

1.1.4 มิติด้านสังคม

เมื่อเศรษฐกิจยุคโลกาภิวัตน์ ทำให้คนมุ่งไปสู่อุตสาหกรรมและเป็นการค้ามาก ระบบสังคมก็ไม่อาจปรับตัวได้ทัน การบริหารต่าง ๆ ก็ไม่มีการตรวจสอบให้โปร่งใส เกิดความสับสน ความอ่อนแอของชุมชนในการแก้ไข จนสังคมที่มุ่งเน้นความทันสมัยแต่ไม่พัฒนาขึ้นมา ซึ่ง น.พ.ศิริศักดิ์ (2541, หน้า 2-3) ได้ระบุปัญหาสังคม 4 ประการ คือ

1) เกิดความสัมพันธ์แบบผู้อุปถัมภ์ – ผู้ได้รับการอุปถัมภ์ (Patron – client relation) และการจัดลำดับชั้นในสังคมมากขึ้น ซึ่งจนความสัมพันธ์ที่ตั้งอยู่บนรากฐานแห่งความไม่เสมอภาค ทำให้ผู้นำไม่ค่อยกระจายอำนาจ ไม่มีการอธิบายเหตุผลของคำสั่งจากเบื้องบนสู่เบื้องล่างได้ชัดเจน ประชาชนจึงรอพึ่งพานักการเมืองหรือผู้นำชนชาติจิตสำนึกสาธารณะในการมีส่วนร่วมทางสังคม การเมือง และการตรวจสอบ

2) ระบบการเมืองและราชการ ระบบยุติธรรมและการรักษาความปลอดภัย ไม่เอื้อต่อการพัฒนาคนและสังคม การที่รวมศูนย์อำนาจในส่วนกลาง และมีลักษณะแยกส่วน ทำให้ไม่สามารถปรับตัวทันกับการเปลี่ยนแปลงของโลกยุคโลกาภิวัตน์ได้ ทั้งไม่เอื้อต่อผู้ด้อยโอกาส และการมีส่วนร่วม มักมุ่งผลประโยชน์ระยะสั้น ดัดสินปัญหาด้วยความรู้สึก และความเชื่อมากกว่าข้อมูลหลักการและเหตุผล

3) พฤติกรรมเด่นของคนไทยในระดับบุคคล (Individualism แต่ก็ไม่ใช่ส่วนรวม ทำให้มุ่งแต่ผลประโยชน์ส่วนตนระยะสั้น มีความรักสนุกแสดงออกโดยการบริโภควัตถุ และความสนุกมากขึ้น เพราะมีเทคโนโลยีใหม่ ๆ เพิ่มความสนุกได้มาก จึงขาดความยับยั้งในการจ่ายทรัพย์สิน เกิดความเครียดจากหนี้สิน ปัญหาทุจริต คอรัปชั่น เกิดโรค HIV/AIDS เกิดพฤติกรรมเสี่ยงโชค เล่นการพนันต่าง ๆ เก่งกำไรหุ้น ที่ดิน แร่ลูกรัง ตลอดจนการเบี่ยงเบนหลักเสี่ยงกฎเกณฑ์ในสังคมไทยระดับต่าง ๆ

4) ระบบการศึกษาที่เน้นความจำ จึงไม่เหมาะสมกับสภาวะที่โลกมีความซับซ้อน และเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ข้อมูลข่าวสารแพร่สะพัดทั้งที่เป็นจริงและเท็จ ที่มีประโยชน์และโทษ ซึ่งต้องมีการศึกษาที่จะคิดหลายประเภท ทั้งทางสร้างสรรค์ ทางแนวสอบสวนตามข้อสงสัย แนวคิดเชิงเหตุผล ตลอดจนยึดหยุ่นทางความคิด ที่จะปรับให้ทันกระแสโลก

นอกจากนี้ มีประเด็นอื่น ๆ ที่คณะผู้วิจัยเห็นว่าสำคัญอีก คือ

5) ครอบครัวแตกสลาย การที่พ่อ-แม่ ยอมไปหางานที่อื่น แต่ทิ้งบุตรไว้กับญาติ ผู้ใหญ่ ซึ่งสูงอายุ และค่อนข้างด้อยการศึกษา การให้เด็กบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสัดส่วน การดูแลเรื่องอนามัยให้กับเด็กอาจไม่ดีนัก อีกทั้งบางกรณี

สามี่ทำงานแห่งหนึ่ง ภรรยาทำงานอีกแห่งหนึ่ง (เช่น ต่างประเทศ) ในที่สุดก็เกิดปัญหาการหย่าร้างตามมา สำหรับครอบครัวปกติ เมื่อทั้งสามี่ภรรยาต่างมุ่งมั่นหารายได้ การให้ความอบอุ่นกับบุตรก็น้อยลง จนเกิดปัญหาของเด็กที่ติดยาเสพติด หรือการเที่ยวเตร่ และติดโรค HIV/ AIDS เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นได้ง่าย

6) สังคมเปราะบางไม่เป็นปึกแผ่น ผู้สูงอายุได้รับความเคารพนับถือน้อยลง การร่วมมือในการพัฒนาเกิดขึ้นน้อยลง แนวคิดที่จะเอาตัวรอดทางเศรษฐกิจและบริโภคนิยม เฉพาะตนมีมากขึ้น สถาบันการศึกษาในสังคมก็ทำหน้าที่ได้ไม่ดีนัก สถาบันทางศาสนาทำหน้าที่ได้ไม่ดีนัก สถาบันการปกครองการเมืองก็เป็นชนกิจการเมืองที่ทุ้มเงินเพื่อเข้าสู่ตำแหน่ง จนมีบางท่านใช้คำว่า “สังคมล่มสลาย” ซึ่งจำเป็นต้องกอบกู้ความเป็นปึกแผ่นกลับคืนมา

1.1.5 วัฒนธรรมบริโภคนิยม

บริโภคนิยม (consumerism) เป็นวัฒนธรรมการบริโภคที่ ถ้าดูผิวเผินก็อาจมองว่าเป็นเรื่องปกติที่ผู้มีรายได้มีการใช้จ่ายซื้อของ แต่ในภาวะการณ์ที่มีการแข่งขันการค้าอย่างเสรีมากขึ้น มีสื่อสารต่างๆ ที่ไร้พรมแดนมากขึ้น และผู้คุมอำนาจสื่อส่วนใหญ่ก็เป็นชาวตะวันตก จึงมีโอกาสมากที่จะนำเสนอวัฒนธรรมการบริโภคแบบตะวันตกซึมซาบผ่านสื่อต่างๆ เข้ามาจนเกิดความนิยมวัฒนธรรมที่พบเห็นจากสื่อมากกว่าวัฒนธรรมของประเทศที่มีอยู่ได้มาก

ส. ศิวรักษ์ กล่าวถึงลัทธิบริโภคนิยมว่า คือ “created need โดยสามารถสร้างภาพลักษณ์โดยการโฆษณาชวนเชื่อให้ใคร ๆ เห็นว่าตนต้องมีสิ่งนี้ สิ่งนั้น” ที่สำคัญคือบริโภคนิยมสร้างวัฒนธรรมให้ทุก ๆ คนต้องการบริโภคสิ่งเกินความจำเป็น หากสร้างสรรขึ้นมาให้เห็นว่าจำเป็น (เช่น) ถ้ามีเงินแล้วไม่ไปทัศนจรแล้วแย่ ถ้าไม่ส่งลูกไปทัศนศึกษาแล้วแย่ ถ้าไม่กินอาหารร้านนั้น ถ้าไม่ดื่มเหล้ายี่ห้อนั้น.....แล้วแย่”

ส. ศิวรักษ์ ได้แนะให้แกการบริโภคโดย “เราคงต้องกินให้น้อยลง มีชีวิตให้เรียบง่ายมากขึ้น ปฏิเสธสิ่งฟุ้งเฟ้อฟุ่มเฟือยยิ่ง ๆ ขึ้น และมุ่งที่ความเป็นเลิศ โดยการหาทางรู้จักตัวเราเอง ค้นหาศักยภาพของเราให้พบทั้งในแง่ลบและแง่บวก.. ถ้าเผชิญกับทุกปัญหา โดยรู้จักสวไปหาต้นเหตุแห่งปัญหานั้น ๆ แล้วรู้การแก้ปัญหาที่แท้จริง ๆ เท่าที่เรามีศักยภาพ หากศักยภาพของเราไม่พอ เราต้องหาเพื่อนมาร่วมใจกัน ให้เป็นกัลยาณมิตรกัน ดักเตือนกัน เรียนจากกัน และกัน

จากกระแสบริโภคนิยมที่รุนแรงมาก ทำให้หนังสือพิมพ์ The Asian Wall Street Journal ฉบับวันพฤหัสบดีที่ 13 มิถุนายน 2539 ได้ตีพิมพ์ข่าวเกี่ยวกับนิสัยการใช้จ่ายฟุ่มเฟือยของคนไทย ซึ่งมีผลทำให้การออมในภาคครัวเรือนของประเทศไทยลดลงจากกว่าร้อยละ 12 ของ GDP ในปี พ.ศ. 2532 เหลือไม่ถึงร้อยละ 8 ในปี 2538 ทั้งนี้ได้เสนอข้อมูลการใช้ของฟุ่มเฟือยจากต่างประเทศ เช่น คนไทยซื้อรถยนต์ Benz มากเป็นที่ 2 ในเอเชีย รองจากญี่ปุ่น ทั้งนี้ได้ชี้ว่ารายได้คนญี่ปุ่น และในขณะที่การใช้จ่ายผ่านบัตรเครดิตของคนไทยโดยเฉลี่ยมีปริมาณสูงกว่าของคนสิงคโปร์และเกาหลีใต้ แต่รายได้ต่ำกว่า 2 ประเทศนี้มาก เรื่องนี้ประธานที่ปรึกษานายกรัฐมนตรีด้านเศรษฐกิจ ได้ทำหนังสือเรียนนายกรัฐมนตรีสมัยนั้นทราบ เพื่อหาทางแก้ไข แต่ก็แก้ไขไม่ได้เท่าไรนัก ทั้งนี้ เพราะแม้กระทั่งในสภาวะที่ต้องการกู้เงินจากกองทุนระหว่างประเทศ (IMF) มาใช้อยู่ แต่คนไทยหลายกลุ่มยังมีพฤติกรรมบริโภคแบบอวดมั่งมี บริโภคทั้งขำว้าง (Conspicuous consumption) ซึ่งเป็นเรื่องฟุ่มเฟือยมาก

กระแสบริโภคนิยม และความรู้ที่ไม่ถูกต้องทำให้คนจำนวนไม่น้อยคิดว่า ถ้าหาเงินได้มากแล้วจะซื้อทุกสิ่งเพื่อสุขภาพร่างกาย และการรักษาโรคได้ตามที่ต้องการ มิใช่รักษาสุขภาพดีด้วยตนเอง จนแพทย์ท่านหนึ่งต้องรณรงค์ว่า “อย่าใช้ยามาก อย่าอยากจี๊ดยา อย่าบ้าหาหมอ” (พินิจ ล้มลุกนุรักษ์, ไทยนิวส์, 18 เม.ย. 2542, หน้า 7)

1.1.6 มิติด้านโครงสร้างประชากรไทย

จากการคาดคะเนประชากรของประเทศไทย ระหว่างปี 2533 – 2563 โดยกองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (มี.ค. 2538) สรุปได้ว่าจะมีประชากรเพิ่มจากปี 2542 จาก 61.8 ล้านคน เป็น 70.5 ล้านคน ในปี 2563 (คิดเป็นการเพิ่ม 14.7%) โดยจำแนกรายละเอียดเป็น 3 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มวัยเด็ก หรือวัยฟุ้งเฟ้อ (อายุ 0 – 14 ปี) มีจำนวนลดลงจาก 26.0% ในปี 2541 เหลือ 19.7% ในปี 2563

2) กลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15 – 59 ปี) มีจำนวนเกือบคงเดิม คือจาก 65.1% เหลือ 65.0%

3) กลุ่มวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มจำนวนจากที่มี 8.9% เป็น 15.3%

ดังนั้นจึงพบว่า กลุ่มวัยเด็กลดลง แต่วัยสูงอายุจะเพิ่มขึ้นมาก ผู้สูงอายุของไทยโดยทั่วไปจะยังอยู่กับคู่ครอง และลูกหลาน แต่อีกกลุ่มหนึ่งต้องอยู่อย่างไร้ญาติ และกำลังเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ดังเห็นจากที่มีร้อยละ 3.6 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 6 ในปี 2540 ในทางกายภาพผู้สูงอายุมักต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพเสื่อมถอยลง และอาจเจ็บป่วยบ่อย โดยปัญหาโรคในผู้สูงอายุที่สำคัญอันดับหนึ่งคือโรคตา และตาบอด สอง- อุบัติเหตุ สาม-โรคความดันโลหิตสูง สี่- โรคหลอดเลือดในสมอง และห้า-โรคข้อ โดยเฉพาข้อเข่า ดังนั้นความต้องการการบริการ สาธารณสุขในการรักษาโรค หรือปัญหาดังกล่าวข้างต้นจะมีมากขึ้นด้วย ขนาดครอบครัวโดยเฉลี่ยลดลงจาก 5 คน ในปี 2523 เหลือเฉลี่ย 4.4 คน ในปี 2533 และคาดว่าจะลดลงเหลือ 3.4 คนในปี 2553 และยังพบว่า การหย่าร้างสูงขึ้นจากร้อยละ 8.3 ในปี 2530 เป็น 9.8 ในปี 2536 และเป็น 15.2 ในปี 2538

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ได้รายงานไว้ในปี 2539 (ไทยรัฐ, 2539) ว่า อัตราการเกิดของคนไทยอยู่ที่ 17.6 ต่อพันคน อัตราตาย 5.2 คนต่อพันคน ส่วนอัตราเพิ่มของประชากรตามธรรมชาติอยู่ที่ร้อยละ 1.2 โดยในจำนวนนี้มีทารกที่เสียชีวิต 30.8 ต่อเด็กมีชีวิต 1000 คน

ส่วนอายุขัยโดยเฉลี่ยของเพศหญิงอยู่ที่ 71.7 ปี และเพศชาย 66.6 ปี

1.1.7 มิติด้านสิ่งแวดล้อม

การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติต่าง ๆ ของประเทศไทยในช่วงเวลาประชากรเพิ่มขึ้นมาก มีการใช้เทคโนโลยีที่ทำลายป่าได้รวดเร็ว (มีเลื่อยยนต์) แล้วนำที่ดินมาทำการเกษตร จากนั้นมีการใช้สารเคมีเพื่อเพาะปลูกอย่างแพร่หลาย และมุ่งผลิตเพื่อจะขายให้ได้เงินเต็มที่ (แนวบริโภคนิยม) ได้เกิดผลกระทบต่อสภาพแวดล้อมอย่างมากที่สำคัญเช่น

1) พื้นที่ป่าไม้ลดลงปรับเปลี่ยนเป็นพื้นที่การเกษตร

ปี 2504 ไทยมีป่า 171 ล้านไร่ (ไม่อาจจะระบุพื้นที่เกษตรได้)

ปี 2519 ไทยมีป่า 124 ล้านไร่ พื้นที่การเกษตร 112 ล้านไร่

ปี 2524 ไทยมีป่า 100 ล้านไร่ พื้นที่การเกษตร 119 ล้านไร่

ปี 2534 ไทยมีป่า 85 ล้านไร่ พื้นที่การเกษตร 133 ล้านไร่

โดยสรุปนับจากปี 2504 – 2534 การสูญเสียป่าเฉลี่ยปีละ 2.8 ล้านไร่ แต่ในช่วง 20 ปีที่เริ่มปลูกป่าชดเชยการสูญเสียนั้น ปลูกรวมทั้งหมดได้ 2.5 ล้านไร่ นั่นคือปลูกป่าใช้เวลา 20 ปี ยังไม่เท่าการสูญเสียป่าในระยะเวลาเพียง 1 ปี และการบุกรุกป่า แม้จะควบคุมได้ระดับหนึ่งก็ยังคงปรากฏอยู่ทั่วไปเช่นกัน

เมื่อบุกรุกป่าแล้ว สิ่งที่เคยหาได้จากป่า เช่น พืชในป่า สัตว์จากป่า เพื่อเป็นแหล่งอาหารอย่างหลากหลาย ซึ่งถือเป็น "ซูเปอร์มาร์เก็ต" ของคนจนก็ขาดแคลน ทำให้เกิดการบริโภคอาหารที่ไม่ได้สัดส่วน เกิดภาวะทุพโภชนาการมากขึ้น

2) ทางด้านการใช้ปุ๋ย และยาปราบศัตรูพืช เพื่อการเกษตร ก่อให้เกิดสารพิษ

จากการเปิดเผยของนายทรงธรรม (ไทยรัฐ, 27 ธ.ค. 2536) ถึงการวิจัยสารพิษตกค้างในน้ำ บริเวณลุ่มน้ำย่อย 5 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ และแม่ฮ่องสอน โดยเก็บส่งตัวอย่างเข้าไปกองพิษวิทยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ตรวจสอบ ในช่วงที่ฤดูน้ำหลาก (ฤดูฝน) ที่เกษตรกรปลูกพืชบนภูเขาชันมาก พบว่ามีธาตุตะกั่ว แคดเมียม ทองแดง สังกะสี ดีบุก และสารหนู ในทุกกลุ่มน้ำ และมีปริมาณสูงเกินค่ามาตรฐานขององค์การอนามัยโลกทั้งสิ้น ซึ่งปัญหาการใช้สารเคมีบริเวณต้นน้ำนี้ยังไม่อาจแก้ไขได้ลุล่วงไปเท่าไรนัก

3) การจัดระบบการใช้พื้นที่ทางด้านอุตสาหกรรม การขนส่ง การค้าและที่อยู่อาศัยไม่ดี

ปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดมลพิษทางน้ำ ทางดิน ทางอากาศ และเสียง จนถึงระดับที่เป็นอันตรายในย่านเมืองใหญ่มากมาย ขอยกตัวอย่างจากมลพิษจากท่อไอเสียจากยานพาหนะต่างๆ เมื่อมีฝุ่นละออง เขม่า คาร์บอน ทำให้ระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ ภูมิแพ้ และมะเร็งปอด ก๊าซไฮโดรคาร์บอน ทำให้แสบตา แสบจมูก เป็นสารก่อมะเร็ง และยังมีก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ และซัลเฟอร์ไดออกไซด์ที่ในผ้าอีก

4) การบริโภคที่ก่อให้เกิดภาวะบรรจุนิยย่อยสลายได้ยากและในปริมาณมาก ก่อเกิดปัญหาขยะท่วมท้น ส่งผลต่อปัญหาน้ำ และกลิ่น ตลอดจนการแพร่เชื้อโรคต่าง ๆ ปัญหาการจัดการขยะนี้ได้ส่งผลให้พื้นที่ที่ต้องรองรับขยะประจักษ์ และหาที่ขนไปบำบัดไม่ได้ เกิดปัญหาในเมืองใหญ่ ๆ อยู่เสมอ

1.1.8 มิติด้านสื่อสารมวลชนไร้พรมแดน

ในช่วงประมาณ 30 – 40 ปีที่ผ่านมา มีการขยายตัวของการรับสื่อสารต่าง ๆ มากขึ้น โดยเฉพาะสื่อสารมวลชนไม่ว่าจะเป็นวิทยุ โทรทัศน์ เคเบิลทีวี วารสาร-หนังสือพิมพ์ต่างๆ มีเผยแพร่ไปสู่ประชาชนมากมาย รวมทั้งสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น อินเทอร์เน็ต ที่แพร่หลายแลกเปลี่ยนข้อมูล หรือติดต่อซื้อขายทางนี้ (E – Commerce) โดยสื่อสารถึงกันในเวลาเพียงเสี้ยววินาที และไร้พรมแดน

สภาพการณ์เช่นนี้การรู้เท่าทันเพื่อตัดสินใจจึงต้องมีมากพอ อีกทั้งฝ่ายที่จะใช้เทคโนโลยีจงใจจำหน่ายสินค้า หรือให้ข่าวสารก็จะใช้กลวิธีที่เหนือกว่าได้ประโยชน์เฉพาะบางประเทศ หรือบางกลุ่มชนได้ โดยเฉพาะหากมีบางกลุ่มมีโอกาสครอบครองสื่อส่วนใหญ่ไว้ในกำมือ ก็จะมีโอกาสกระตุ้นและควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริโภค การจับจ่ายใช้สอย การแต่งตัว ใช้กระเป๋าสตางค์ รองเท้า เครื่องสำอาง ประเภทกีฬาที่ควรนิยม หรือการมีความเชื่อเรื่องอาหารเสริมต่าง ๆ

แต่เท่าที่มีผู้รวบรวมไว้ สื่อสารมวลชนส่วนใหญ่ถูกควบคุมโดยบริษัทแม่ขนาดยักษ์เพียง 10 บริษัท โดยมีบริษัทลูกและบริษัทเครือข่ายอีก 40 บริษัทที่ยังกระจายหุนไป มีบริษัทย่อยอีกนับร้อยกระจายไปทั่วโลก และทุกทวีป กลุ่มบริษัทดังกล่าวควบคุมกิจการตั้งแต่สำนักพิมพ์ สำนักข่าว สถานีโทรทัศน์ สถานีวิทยุ เครือข่ายดาวเทียม เครือข่ายเคเบิลทีวี รายการทีวี รายการบันเทิง รายการกีฬา โรงภาพยนตร์ ซึ่งนับว่ามีอิทธิพลต่อการจูงใจให้ปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมด้านต่าง ๆ ได้มาก

บริษัทยักษ์ใหญ่ที่บอกมา เช่น ไทม์ วอร์เนอร์ ดิสนีย์ นิวส์คอร์ปอเรชัน เวียคอม ซีแกรม ฯลฯ มีกิจการครอบคลุมมากอย่างบริษัท ไทม์ วอร์เนอร์ ที่มียอดขายทั่วทั้งสัปดาห์ทั้งปีประมาณของประเทศไทย คือประมาณ 1 ล้านล้านบาท เป็นเจ้าของสื่อคือ สำนักข่าว CNN เจ้าของนิตยสาร 24 ฉบับ เช่น ไทม์ People และ Sport Illustrated เป็นต้น เจ้าของสำนักพิมพ์ที่ใหญ่เป็นอันดับที่สองของโลก เป็นเจ้าของโรงภาพยนตร์วอร์เนอร์ เป็นเจ้าของโรงภาพยนตร์กว่า 1000 แห่งทั่วโลก จำหน่ายหนังสือการ์ตูนต่าง ๆ เช่น ซูเปอร์แมน แบทแมน กว่าร้อยละ 50 เป็นเจ้าของช่อง HBO และ Cinemax ทางเคเบิลทีวี 24 ชั่วโมง เป็นเจ้าของสถานีโทรทัศน์ในสหรัฐอเมริกาที่มีผู้ชมประมาณ 25% ของครอบครัวอเมริกัน และเป็นเจ้าของระบบเคเบิลทีวีใหญ่เป็นอันดับสองของอเมริกา ฯลฯ เพียงบริษัทเดียวจะเห็นภาพการมีอิทธิพลด้านสื่อต่อความคิดและการใช้ชีวิตของบุคคลเป็นอย่างมาก

อิทธิพลของสื่อทางตะวันตกดังกล่าวทำให้ความชื่นชมในสิ่งของต่างประเทศมีมาก ไม่เว้น ฟุตบอล การแต่งกาย หรือสินค้าต่างๆ และแม้ดาราทางโทรทัศน์ หรือนักร้อง นักแสดงต่าง ๆ ในเมืองไทย ขอให้มีสายเลือด (International) มักได้รับความนิยมได้โดยง่าย

1.1.9 มิติด้านความจำกัดของการบริการทางการแพทย์

สถาบันวิจัยทางสาธารณสุขได้คาดการณ์ความต้องการแพทย์ปี 2563 ว่าต้องการระหว่าง 16,724 – 42,868 คน แต่แพทย์ปัจจุบัน(ปี 2540) มี 14,098 คน เกสักร 5,575 คน และทันตแพทย์ 2,984 คน (คอลัมน์เมืองที่ขาดหมอ

มตินสฺตสฺปดาศ์ ฉบับ กรกฎาคม 2540) แม้จำนวนโดยรวมจะมีแพทย์มาก แต่จังหวัดที่มีแพทย์น้อย ประชากรต้องพึ่งตนเอง หรือสถานื่อนามัยมากขึ้น

จังหวัดที่มีแพทย์มาก มี 5 จังหวัด คือ

กทม.	5,936 คน หรือ 42.1% ของแพทย์ทั้งประเทศ
เชียงใหม่	712 คน หรือ 5.1% ของแพทย์ทั้งประเทศ
นนทบุรี	616 คน หรือ 4.4 % ของแพทย์ทั้งประเทศ
ขอนแก่น	514 คน หรือ 3.6 % ของแพทย์ทั้งประเทศ
สงขลา	478 คน หรือ 3.4 % ของแพทย์ทั้งประเทศ

จังหวัดที่มีแพทย์น้อย คือ

หนองบัวลำภู	18 คน หรือ 0.13 % ของแพทย์ทั้งประเทศ
อำนาจเจริญ	25 คน หรือ 0.18% ของแพทย์ทั้งประเทศ
สตูล	25 คน หรือ 0.18% ของแพทย์ทั้งประเทศ
มุกดาหาร	28 คน หรือ 0.20 % ของแพทย์ทั้งประเทศ
แม่ฮ่องสอน	29 คน หรือ 0.20 % ของแพทย์ทั้งประเทศ

เปรียบเทียบจำนวนแพทย์ประชากร พบว่า กทม.มีแพทย์ 1 คน ต่อประชากร 941 คน แต่ที่หนองบัวลำภูมีแพทย์ 1 คนต่อ ประชากร 26,233 คน จึงเห็นได้ว่าคนกรุงเทพฯมีปัญหาค่ารักษาพยาบาลแพง แต่คนต่างจังหวัดขาดแคลนแพทย์ ทั้งที่การผลิตแพทย์คนหนึ่ง ๆ รัฐต้องสนับสนุนงบประมาณพิเศษอีกคนละ 300,000 บาทต่อปี การเพิ่มกำลังผลิตแพทย์จึงมีจำกัด

1.2 สถานการณ์เกี่ยวกับปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ผลิตภัณฑ์สุขภาพยังมีปัญหาด้านคุณภาพ และความปลอดภัย เป็นปัญหาเดิมที่เกิดขึ้นเป็นเวลามากกว่า 10-20 ปี แต่ยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้ จากการศึกษาศถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. 2540 โดยสำรวจการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ เก็บตัวอย่างและวิเคราะห์คุณภาพของผลิตภัณฑ์ พบปัญหาดังนี้

1. ด้านเครื่องสำอาง ปัญหาที่มีอยู่ในขณะนี้เป็นเรื่องของความปลอดภัย เช่น การผสมสารต้องห้าม เช่น Hydroquinone ในผลิตภัณฑ์ป้องกันผิว-ฝ้า นอกจากนั้นก็เป็นเครื่องสำอางที่ไม่มีฉลากภาษาไทย ซึ่งยังคงเป็นปัญหาที่ค้างคั่งอยู่ เนื่องจากความเชื่อถือของผู้ซื้อ และความต้องการของผู้ขายในการที่จะทำให้เกิดความรู้สึกว่า ผลิตภัณฑ์นั้นๆ มาจากต่างประเทศ ในส่วนอื่นๆ ของเครื่องสำอางค่อนข้างจะพัฒนาดีขึ้นมากกว่าอดีต

จากรายงานพบว่า ร้านเสริมสวย 635 แห่งมีการจำหน่ายเครื่องสำอางฝ้าและฝ้า-กันแดดที่ผิดกฎหมายมากที่สุด ร้อยละ 18.9 ร้านขายของชำ 3,767 แห่งมีจำหน่ายร้อยละ 16.1 โดยเฉพาะร้านขายของชำประเภทซูเปอร์มาร์เก็ต 183 แห่งมีจำหน่ายร้อยละ 34.4 ส่วนร้านขายยา 2,113 แห่งมีจำหน่ายร้อยละ 9.9 และพบว่าร้านขายยาแผนปัจจุบันมีการจำหน่ายร้อยละ 12.3 เมื่อสำรวจพฤติกรรมประชาชนพบว่าแหล่งที่นิยมไปซื้อเครื่องสำอางฝ้าและฝ้า-กันแดด คือร้านขายของชำ (ร้อยละ 51.0) ร้านเสริมสวย (ร้อยละ 21.5) และร้านขายยา (ร้อยละ 19.8) โดยมีเหตุผลสำคัญในการตัดสินใจเลือกซื้อ เพราะใช้แล้วได้ผลมากที่สุด (ร้อยละ 47.5) รองลงมาคือโฆษณา (ร้อยละ 18.1) ใช้ตามคนอื่น (ร้อยละ 14.9) และเพราะยี่ห้อ (ร้อยละ 12.4) ตามลำดับ

2. ด้านอาหาร ตัวอย่างเช่น

- น้ำดื่มและเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุปิดสนิท การศึกษาพบว่า น้ำบริโภคในภาชนะแบบใช้ซ้ำ 651 ตัวอย่าง ไม่ได้มาตรฐานทางจุลชีววิทยา ร้อยละ 38.2 โดยพบ E.coli ร้อยละ 5.8 และ MPN coliforms เกินมาตรฐาน ร้อยละ 38.2 น้ำบริโภคในภาชนะแบบใช้ครั้งเดียว 702 ตัวอย่างไม่ได้มาตรฐานทางฟอสฟอรัสและเคมี ร้อยละ 19.9 โดยมีสาเหตุสำคัญ คือ ปริมาณแคลเซียม ร้อยละ 10.1 และความเป็นกรด-ด่าง ร้อยละ 9.0 จังหวัดที่พบว่าน้ำบริโภคมี

ปริมาณแคดเมียมสูงกว่ามาตรฐานมาก คือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ร้อยละ 38.6 และจังหวัดที่พบเกินร้อยละ 10 ได้แก่ จังหวัดชลบุรี สงขลา นครศรีธรรมราช และนครสวรรค์ นอกจากนั้นยังพบปัญหาการใช้ภาชนะแบบใช้ซ้ำของผู้ผลิตรายอื่นสูง สถานที่ผลิต 555 แห่งพบการสลับถังร้อยละ 75.7 แต่พบว่า มี 2 จังหวัดที่พบปัญหาน้อย คือ จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดเชียงใหม่

- ร้านขายของชำ 2,326 แห่งมีเกลือบริโภคที่ไม่ผสมไอโอดีนจำหน่ายร้อยละ 25.1 และมีเกลือบริโภค 16 ตราที่ตรวจไม่พบไอโอดีนทุกตัวอย่าง (ร้อยละ 29.3 ของเกลือบริโภคที่ไม่พบไอโอดีน) เกลือบริโภค 337 ตัวอย่าง ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างเกลือบริโภคที่ตรวจพบไอโอดีน มีปริมาณไอโอดีนไม่ได้มาตรฐานร้อยละ 9.2 มีตัวอย่างร้อยละ 38.6 ที่แม้ว่าได้มาตรฐานแต่มีปริมาณไอโอดีนเกินปริมาณที่เหมาะสม (50 mg/kg) ในการเสริมไอโอดีนในเกลือบริโภค นอกจากนั้นมีตัวอย่างร้อยละ 3.9 ที่พบไอโอดีนสูงกว่า 90 mg/kg และบางตัวอย่างพบไอโอดีนถึง 1,423 mg/kg การบริโภคเกลือกลุ่มนี้โดยตรงติดต่อกันนานทุกวันเป็นเวลาอย่างน้อย 1.5 ถึง 2.5 เดือนอาจทำให้เกิด Jod-basedow หรืออาการคอพอกเป็นพิษแบบชักนำขึ้นได้

นอกจากนี้ ยังพบปัญหาใน อาหารประเภทเนื้อสัตว์ใส่สีและมีการตกค้างของยาปฏิชีวนะ สุขลักษณะของอาหารปรุงสำเร็จ อาหารพร้อมปรุง เป็นต้น

3. ยา ยังมีการขายยาผิดประเภท ผิดกฎหมาย การใช้ยาฟุ่มเฟือย การใช้ยาไม่ตรงกับอาการ ไม่ตรงกับโรค โรงงานผลิตยาไม่ได้มาตรฐาน วัตถุประสงค์ไม่ได้มาตรฐาน เช่น เมื่อทบทวนผลการวิจัยและผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า การจำหน่ายแผนปัจจุบันปลอมในยาแผนโบราณนั้นพบปัญหาเฉพาะในยาแผนโบราณที่ไม่มีทะเบียน ร้านขายยาที่มีใบอนุญาตขายยาแผนโบราณ 383 แห่งจำหน่ายยาลูกกลอนที่ไม่มีทะเบียน ร้อยละ 20.4 ตัวอย่างยาที่เก็บได้ 117 ตัวอย่างมีการปนสเตรียรอยด์ชนิด Dexamethasone หรือ Prednisolone ร้อยละ 17.9 ร้อยขายของชำ ร้อยละ 18.9 และร้านขายยาร้อยละ 20.3 มียาชุดแห่งจำหน่าย เมื่อพิจารณาร้านขายยาแต่ละประเภทพบการจำหน่ายยาชุดแห่งในร้านขายยาแผนโบราณมากที่สุดร้อยละ 27.7 ส่วนร้านขายยารัฐเสรีจช และร้านขายยาแผนปัจจุบันพบร้อยละ 22.8 และ 13.3 ตามลำดับ การจำหน่ายยาควบคุมพิเศษชนิดสเตียรอยด์ (Dexamethasone หรือ prednisolone) พบว่าร้านขายยารัฐเสรีจช และร้านขายยาแผนโบราณ มีการจำหน่ายร้อยละ 29.0 และ 18.3 ส่วนร้านขายของชำมีจำหน่ายบ้างร้อยละ 3.0 นอกจากนี้ยังพบว่า ร้านขายของชำ ร้อยละ 29.5 มียาอันตรายจำหน่าย

4. วัตถุประสงค์ต่อจิตและประสาท และ ยาเสพติดให้โทษ มีการแพร่ระบาดในกลุ่มเยาวชน มีการนำไปใช้ในทางที่ผิด ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ และเป็นปัญหาต่อสังคม การศึกษาพบว่า ร้านขายยาแผนปัจจุบัน 729 แห่งมีการจำหน่ายวัตถุประสงค์ที่มีฤทธิ์ทำให้หลับโดยไม่มีใบสั่งแพทย์ ร้อยละ 23.5 ส่วนร้านขายยารัฐเสรีจช มีการจำหน่ายวัตถุประสงค์โดยไม่มีใบอนุญาต ร้อยละ 17.3 ในด้านพฤติกรรมประชาชนร้อยละ 34.3 เคยรับประทานยานอนหลับ โดยไปรับยาที่โรงพยาบาลร้อยละ 40.5 รองลงมาคือ สถานีอนามัย ร้อยละ 36.0 และร้านขายยาร้อยละ 30.1 และยังพบว่าร้อยละ 5.7 ซื้อยาจากร้านขายของชำอีกด้วย เมื่อพิจารณาประชากรแยกตามปัจจัยทั่วไปทางสังคม พบว่ากลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และกลุ่มนักเรียนนักศึกษาไปซื้อยานอนหลับจากร้านขายยาเป็นอันดับแรก ต่างจากประชากรส่วนใหญ่ซึ่งมีสถานพยาบาลเป็นแหล่งรับยานอนหลับที่สำคัญ

5. การแสดงฉลากในผลิตภัณฑ์สุขภาพ ยังไม่ครบถ้วน และบางครั้งไม่ถูกต้อง เช่น วันเดือนปีที่ผลิต และวันเดือนปีที่หมดอายุ คำเตือน ทำให้ผู้บริโภคขาดข้อมูลในการตัดสินใจเลือกซื้อ ตัวอย่างการศึกษาพบว่า การแสดงฉลากนำบริโภคในภาชนะแบบใช้ซ้ำชนิดถังยังคงมีปัญหามาก สถานที่ผลิต 520 แห่งพบว่า มีฉลากไม่ถูกต้อง ร้อยละ 16.7 สำหรับน้ำแข็งหลอดที่วางจำหน่ายในร้านขายของชำ 1,394 แห่งมีฉลากไม่ถูกต้องร้อยละ 31.4 เกลือบริโภคที่วางจำหน่ายในร้านขายของชำ 2,622 แห่งมีฉลากไม่ถูกต้องร้อยละ 69.1 รายการบนฉลากที่ไม่ถูกต้องสองอันดับแรก คือ การไม่แจ้งเดือนปีที่ผลิต ร้อยละ 64.2 และการไม่แจ้งเดือนและปีที่ควรบริโภคก่อน ร้อยละ 59.1

พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนในภาพรวม พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผลิตภัณฑ์ยา เครื่องสำอางและยาฉีดฆ่าแมลงอยู่ในช่วงร้อยละ 77.6 ถึง 78.0 โดยดูแลสุขภาพทุกครั้ง ร้อยละ 40.1 ถึง 44.4

และดูผลทุกครั้งที่มากกว่าดูบางครั้ง ส่วนผลิตภัณฑ์น้ำบริโภค เกือบบริโภคและน้ำแข็งหลอด มีพฤติกรรมการดูผล อยู่ในช่วงร้อยละ 44.5 ถึง 64.6 โดยดูผลทุกครั้งที่ ร้อยละ 15.5 ถึง 28.0 และดูผลทุกครั้งน้อยกว่าดูผลบางครั้ง

6. การเก็บรักษาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ เช่น ปัญหาคุณภาพมาตรฐานของเกือบบริโภคอาจเกิดจากผู้ผลิตไม่เสริมไอโอดีนในเกือบบริโภค หรือ ปัญหาด้านเทคโนโลยีในการผลิต หรือ การเก็บรักษาในสถานที่จำหน่าย รวมทั้งการเก็บรักษาในสถานที่จำหน่ายและระหว่างการขนส่งไม่เหมาะสมหรือเกือบบริโภคหมดอายุ

7. การลักลอบนำเข้ายาเข้าประเทศโดยไม่ขออนุญาต ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ สังคม และกฎหมาย ตัวอย่างเช่น การลักลอบนำเข้ายาแผนโบราณสำเร็จรูปตามชายแดนไทย-มาเลเซีย

8. ปัญหาซื้อขาย ทะเบียนยาที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งภาษาบรรจุ ซึ่งได้มีการอนุญาตจากส่วนกลาง เช่นมี ชื่อยาแปลก ๆ ยาที่มีประสิทธิภาพการรักษาไม่ได้ผล ไม่มีการใช้แล้ว ในปัจจุบัน แต่ยังพบวางขายในท้องตลาด เช่น Penicillin G. Potassium 5 แสน Kanamycin เป็นต้น

1.3 ปัญหานโยบายและกฎหมาย

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงานคุ้มครองผู้บริโภคที่สำคัญ ได้แก่

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มีมาตราที่เกี่ยวข้องดังนี้

มาตรา 26 ได้รับการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ จากการใช้อำนาจโดยองค์กรของรัฐ

มาตรา 30 ไม่ถูกเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมโดยเหตุผลด้านสุขภาพ

มาตรา 40 คลื่นความถี่ที่ใช้ในการส่งวิทยุกระจายเสียง วิทยุ โทรทัศน์ และวิทยุโทรคมนาคม เป็นทรัพยากรสื่อสารของชาติ เพื่อประโยชน์สาธารณะ ให้มีองค์กรของรัฐที่เป็นอิสระทำหน้าที่จัดสรรคลื่นความถี่ตามวรรคหนึ่ง และกำกับ ดูแลการประกอบกิจการวิทยุกระจายเสียง วิทยุ โทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคม ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การดำเนินการตามวรรคสองต้องคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของประชาชนในระดับชาติ และระดับท้องถิ่น ทั้งในด้านการศึกษา วัฒนธรรม ความมั่นคงของรัฐ และประโยชน์สาธารณะอื่น ๆ รวมทั้งการแข่งขัน โดยเสรีอย่างเป็นธรรม

มาตรา 44 บุคคลย่อมมีเสรีภาพในการชุมนุมโดยสงบและปราศจากอาวุธ การจำกัดเสรีภาพตามวรรคหนึ่งจะกระทำมิได้ เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติ แห่งกฎหมายเฉพาะในการจัดการชุมนุมสาธารณะและเพื่อคุ้มครองความสงบของประชาชนที่ จะใช้ที่สาธารณะหรือเพื่อรักษาความสงบเรียบร้อยในระหว่างเวลาที่ประเทศอยู่ในภาวะการสงคราม หรือในระหว่างเวลาที่มีประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินหรือประกาศใช้กฎอัยการศึก

มาตรา 45 บุคคลย่อมมีเสรีภาพในการรวมกันเป็นสมาคม สหภาพ สหพันธ์ สหกรณ์ กลุ่มเกษตรกร องค์กรเอกชน หรือหมู่คณะอื่น การจำกัดเสรีภาพตามวรรคหนึ่งจะกระทำมิได้ เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายเฉพาะเพื่อคุ้มครองประโยชน์ส่วนรวมของประชาชน เพื่อรักษาความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน หรือเพื่อป้องกันมิให้มีการผูกขาดตัดตอนในทางเศรษฐกิจ

มาตรา 46 บุคคลซึ่งรวมกันเป็นชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิมย่อมมีสิทธิอนุรักษ์หรือฟื้นฟูจารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น ศิลป หรือวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่นและของชาติ และมีส่วนร่วมในการจัดการ การบำรุงรักษา และการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุลและ ยั่งยืน ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา 52 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิรับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้ การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชน โดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา 56 สิทธิของบุคคลที่จะมีส่วนร่วมับรัฐและชุมชนในการบำรุงรักษาและการได้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและหลากหลายทางชีวภาพ และในการคุ้มครอง ส่งเสริม และรักษา คุณภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ดำรงชีพอยู่ได้อย่างปกติ และต่อเนื่อง ในสิ่งแวดล้อมที่จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพ หรือคุณภาพชีวิตของคน ย่อมได้รับความคุ้มครอง ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงต่อคุณภาพ สิ่งแวดล้อมจะกระทำมิได้ เว้นแต่จะได้ศึกษาและประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมรวมทั้งได้ให้องค์การอิสระซึ่งประกอบด้วยผู้แทนองค์การเอกชนด้านสิ่งแวดล้อมและผู้แทนสถาบันอุดมศึกษาที่จัดการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม ให้ความเห็นประกอบก่อนมีการดำเนินการดังกล่าว ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา 57 สิทธิของบุคคลซึ่งเป็นผู้บริโภคย่อมได้รับความคุ้มครอง ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

กฎหมายตามวรรคหนึ่งต้องบัญญัติให้มีองค์การอิสระซึ่งประกอบด้วยตัวแทนผู้บริโภค ทำหน้าที่ให้ความเห็นในการตรากฎหมาย กฎ และข้อบังคับ และให้ความเห็นในการกำหนดมาตรการต่าง ๆ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค

มาตรา 58 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลหรือข่าวสารสาธารณะในครอบครองของหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือราชการส่วนท้องถิ่น เว้นแต่การเปิดเผยข้อมูลนั้นจะกระทบต่อความมั่นคงของรัฐ ความปลอดภัยของประชาชน หรือส่วนได้เสียอันพึงได้รับความคุ้มครอง ของบุคคลอื่น ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา 59 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยงานราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือราชการส่วนท้องถิ่น ก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต หรือส่วนได้เสีย สำคัญอื่นใดที่เกี่ยวกับตน หรือชุมชนท้องถิ่น และมีสิทธิแสดงความคิดเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว ทั้งนี้ตามกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา 62 สิทธิที่จะฟ้องหน่วยงานราชการที่เป็นนิติบุคคลให้รับผิดชอบ เนื่องจากกระทำหรือละเว้นการกระทำจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ

มาตรา 78 รัฐต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการท้องถิ่นได้เอง พัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่น และระบบสาธารณูปโภคและสาธารณูปการ ตลอดจนทั้งโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศในท้องถิ่นให้ทั่วถึงและเท่าเทียมกันทั่วประเทศ รวมทั้งพัฒนาจังหวัดที่มีความพร้อมให้เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ โดยคำนึงถึงเจตนารมณ์ของประชาชนในจังหวัดนั้น

มาตรา 82 ได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ

มาตรา 87 รัฐต้องสนับสนุนระบบเศรษฐกิจแบบเสรี โดยอาศัยกลไกตลาด กำกับดูแลให้มีการแข่งขันอย่างเป็นธรรม คุ้มครองผู้บริโภค และป้องกันการผูกขาดตัดตอนทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งยกเลิกและละเว้นการตรากฎหมายและกฎเกณฑ์ที่ควบคุมธุรกิจที่ไม่สอดคล้องกับ ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ และต้องไม่ประกอบกิจการแข่งขันกับเอกชน เว้นแต่มีความจำเป็นเพื่อประโยชน์ในการรักษาความมั่นคงของรับ รักษาผลประโยชน์ส่วนรวม หรือการจัดให้มีการ สาธารณูปโภค

มาตรา 283 ท้องถิ่นใดมีลักษณะที่จะปกครองตนเองได้ ย่อมมีสิทธิได้รับจัดตั้งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ การกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องทำเท่าที่จำเป็นตามที่กฎหมายบัญญัติ แต่ต้องเป็นไปเพื่อการคุ้มครองประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นหรือประโยชน์ของประเทศเป็นส่วนรวม ทั้งนี้จะกระทบถึงสาระสำคัญแห่งหลักการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่นหรือนอกเหนือจากที่กฎหมายบัญญัติไว้ มิได้

มาตรา 284 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหลาย ย่อมมีความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบายการปกครอง การบริหาร การบริหารงานบุคคล การเงิน และการคลัง และมีอำนาจหน้าที่ของตนเองโดยเฉพาะการกำหนดอำนาจและ

หน้าที่ระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง ให้เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ โดยคำนึงถึงการกระจายอำนาจเพิ่มขึ้นให้แก่ท้องถิ่นเป็นสำคัญ

(1) การกำหนดอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเองเป็นสำคัญ

(2) การจัดสรรสัดส่วนภาษีและอากรระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยคำนึงถึงภาระหน้าที่ของรับกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเองเป็นสำคัญ

(3) การจัดให้มีคณะกรรมการขึ้นคณะหนึ่งทำหน้าที่ตาม (1) และ (2) ประกอบด้วยผู้แทนของหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กฎหมายบัญญัติโดยมีจำนวนเท่ากัน ในกรณีที่มีการกำหนดอำนาจและหน้าที่และการจัดสรรภาษีและอากรตาม (1) และ (2) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดแล้ว คณะกรรมการตาม (3) จะต้องนำเรื่องดังกล่าวมาพิจารณาทุกปีหรือไม่เกินห้าปี นับแต่วันที่มีการกำหนดอำนาจและหน้าที่หรือวันที่มีการจัดสรรภาษีและอากร แล้วแต่กรณี เพื่อพิจารณาถึงความเหมาะสมของการกำหนดอำนาจและหน้าที่ และการจัดสรรภาษีและอากรที่ได้กระทำไปแล้ว ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงการกระจายอำนาจเพิ่มขึ้นให้แก่ท้องถิ่นเป็นสำคัญ การดำเนินการตามวรรคสี่ เมื่อได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีและรายงานรัฐสภาแล้ว ให้มีผลใช้บังคับได้

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522

เป็นกฎหมายมหาชนที่บัญญัติถึงสิทธิของผู้บริโภคไว้อย่างชัดเจน และได้นิยามความหมายของ “ผู้บริโภค” ไว้อย่างกว้างขวาง ซึ่งรวมถึงผู้ป่วย ไปด้วย สิทธิของผู้บริโภคตามมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 และได้แก้ไขเพิ่มเติมในปี พ.ศ. 2541 รับรองสิทธิผู้บริโภคไว้ 5 ประการ คือ

- ก. สิทธิที่จะได้รับข่าวสาร รวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการ
- ข. สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกหาสินค้าหรือบริการ
- ค. สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ
- ง. สิทธิที่จะได้รับความเป็นธรรมในการทำสัญญา
- จ. สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย

จากบทบัญญัติดังกล่าวจะเห็นว่า ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรู้ (the right to know) หรือได้รับข่าวสารที่เพียงพอเกี่ยวกับบริการที่ตนจะได้รับ ก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจให้ความยินยอมต่อผู้ประกอบวิชาชีพหรือแพทย์นั่นเอง ซึ่งก็ตรงกับหลักการของความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (informed consent) ที่ถือเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่จะต้องเปิดเผยข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้ป่วย ให้เจ้าตัวได้รับทราบความจริง อันเป็นหลักการที่ยอมรับกันเกือบทุกประเทศ

พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 แม้ว่าจะเป็นกฎหมายหลักที่ว่าด้วยเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค แต่ พ.ร.บ. นี้ไม่ใช่พ.ร.บ.เดียวที่พูดถึงเรื่องการคุ้มครอง ยังไม่มีการวิจัยใดๆที่ยืนยันว่าประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคทั้งหมดที่ฉบับ ดังนั้นสิทธิของผู้บริโภคในแต่ละกฎหมายจึงต้องมีการพิจารณาว่าควรจะเขียนให้อยู่รวมกันหรือให้เขียนแยกไปตามกฎหมายแต่ละฉบับ

ในพ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ควรใช้สิทธิผู้บริโภคเป็นตัวตั้ง แต่กลับนำเอาเรื่องของสำนักงานและการต่าง ๆ อันเป็นอำนาจของสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค(สคบ.)เป็นตัวตั้ง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภคฉบับปัจจุบันจึงไม่มีความสมบูรณ์ หากเอาสิทธิผู้บริโภคเป็นตัวตั้ง จะต้องก่อให้เกิดหน้าที่ในเชิงกระทำ เช่น ผู้บริโภคมีสิทธิได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารอันเกี่ยวกับสินค้าบริการที่ถูกต้องครบถ้วนจึงหมายความว่าต้องมีการเขียนมาตราหนึ่งว่า ผู้ผลิตและผู้จำหน่ายสินค้าหรือบริการ ต้องมีหน้าที่ตามสิทธิดังกล่าวด้วย เป็นต้น นอกจากนี้ ในประเทศไทยการคุ้มครองผู้บริโภคโดยภาครัฐนั้นเป็นลักษณะของการผสมผสาน คือ มีคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภคเป็นองค์กรกลาง และยังมีองค์กรเฉพาะด้านอีกมากมาย อย่างเช่นคณะกรรมการอาหารและยา

ประมวลกฎหมายอาญา เช่น บทบัญญัติในเรื่องความผิดฐานเปิดเผยความลับตามมาตรา 323 ที่บัญญัติไว้ว่า

มาตรา 323 ผู้ใดล่วงรู้หรือได้มาซึ่งความลับของผู้อื่น โดยเหตุที่เป็นเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่ โดยเหตุที่ประกอบวิชาชีพเป็นแพทย์ เภสัชกร คนจำหน่ายยา นางผดุงครรภ์ ผู้พยาบาล นักบวช หมอความ ทนายความ หรือผู้ประกอบบัญชี หรือโดยเหตุที่เป็นผู้ช่วยในการประกอบอาชีพนั้น แล้วเปิดเผยความลับนั้นในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ..."

บทบัญญัติในมาตรานี้เป็นการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิทธิส่วนบุคคลและมีลักษณะเป็นสิทธิส่วนตัวที่ผู้อื่นไม่ควรล่วงรู้ของผู้ป่วย แต่ขณะเดียวกันในข้อบัญญัติก็ได้กำหนดข้อแม้ว่า การปกปิดข้อมูลผู้ป่วยเป็นความลับดังกล่าวต้องไม่ขัดต่อประโยชน์สาธารณะด้วย

นอกจากนี้ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยยังปรากฏอยู่ในกฎหมายอื่น ๆ อีกจำนวนหนึ่ง เช่น พระราชบัญญัติว่าด้วยความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ. 2540 กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ รวมทั้งกฎหมายวิชาชีพในทางการแพทย์ ได้แก่ กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล กฎหมายว่าด้วยยา เป็นต้น

ข้อบังคับสภาวิชาชีพ

ข้อบังคับของ แพทยสภา ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภากายภาพ จะมีข้อบังคับที่ว่าด้วยจริยธรรมแห่งวิชาชีพเช่น วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2536 หมวด 3 ข้อ 9 ระบุว่า "ผู้ประกอบกรวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยซึ่งตนทราบมาเนื่องจากการประกอบวิชาชีพ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้ป่วย หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือหน้าที่"

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่

พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522

พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2518 พ.ศ. 2522 พ.ศ. 2528 พ.ศ. 2532

พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2535

พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. 2535

พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2535

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2530

พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2531

พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2531

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ดังกล่าวข้างต้น จะเน้นในเรื่องการขออนุญาตในการนำ สิ่งเข้าในประเทศ การขออนุญาตผลิต การขอขึ้นทะเบียน การควบคุมคุณภาพมาตรฐาน การขออนุญาตขายการควบคุมการโฆษณา การกำกับดูแลก่อนออกจำหน่ายในท้องตลาด การเฝ้าระวัง ติดตาม ตรวจสอบเมื่อผลิตภัณฑ์ออกสู่ท้องตลาดแล้ว แต่จะขาดมิติในเรื่องสิทธิของผู้บริโภคและระบบ/กลไก ในการได้รับการพิจารณา ชดเชยค่าเสียหายแก่ผู้ได้รับอันตรายจากการบริโภคผลิตภัณฑ์/บริการสุขภาพ

ปัญหานโยบายและกฎหมาย

1. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการให้ความคุ้มครองผู้บริโภคของไทยยังไม่รอบด้าน ไม่คำนึงถึงศักยภาพของผู้บริโภคหรือให้ความสำคัญในการเรียกร้อง ชดเชยเมื่อผู้บริโภคเกิดความเสียหาย

2. เจ้าหน้าที่ของรัฐไม่ปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด

3. ทิศทางการพัฒนาประเทศโดยนโยบายของรัฐ ทำให้ผู้บริโภคหมดความสามารถในการพึ่งตนเองลงไปเรื่อยๆ ต้องพึ่งพิงตลาดมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกัน ผู้บริโภคกลับไม่มีข้อมูลสภาวะตลาดที่แท้จริง ผลก็คือ การถูกเอาเปรียบและได้รับความเสียหายจากการบริโภค
4. ระบบการตรวจสอบและระวังปัญหาไม่ได้รับความสนใจจากรัฐเท่าที่ควร ไม่มีการวางนโยบายที่ชัดเจน ทำให้เกิดปัญหาสังคมมากมาย ซึ่งกระทบโดยตรงกับผู้บริโภคทุกคน
5. ไม่ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนพลังภาคประชาชน องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ ทำให้กระบวนการเหล่านี้อ่อนแอจนไม่สามารถสร้างพลังต่อรองในทางสังคมได้มากนัก

1.4 ปัญหาหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องกับงานคุ้มครองผู้บริโภค

1. ขาดการประสานงานที่ดีในระหว่างหน่วยงานรัฐด้วยกันเอง มีลักษณะหวงอำนาจในการจัดการ(อำนาจนิยม)
2. นโยบายการทำงานไม่ชัดเจนและต่อเนื่อง
3. การแก้ปัญหาทำตามกระแสนมากกว่าการทำงานเชิงรุก
4. บุคลากรยังยึดติดกับระบบการทำงานแบบเดิม (อนุรักษนิยม) ไม่มีมิติการทำงานที่สร้างสรรค์ขาดการพัฒนา
5. ขาดความเด็ดขาดในการตัดสินใจ ทำให้ปัญหาไม่ได้รับการดูแลอย่างจริงจัง และเป็นปัญหาสืบเนื่องต่อไปไม่สิ้นสุด
6. กระบวนการแก้ไขปัญหายุ่งยากและซับซ้อน ขาดการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งผู้บริโภค และองค์กร เอกชน
7. การเก็บรวบรวมข้อมูล ความรู้ไม่สามารถนำมาใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ คนที่ต้องการข้อมูลเข้าไม่ถึงข้อมูล แต่คนที่มีข้อมูล กลับไม่กล้าทำอะไร
8. มีผลประโยชน์ คอรัปชั่น การเมืองแทรกแซง

ตัวอย่าง ปัญหาการดำเนินการของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

1. บทบาทและการปฏิบัติงานของ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยานั้น บุคคลภายนอกยังมองภาพรวมไม่ชัดเจน
2. ต้องใช้งบประมาณและบุคลากรจำนวนมาก ปัจจุบันมีจำนวนบุคลากรประมาณ 400 กว่าคน แต่ได้รับงบประมาณ 400 กว่าล้านบาท ซึ่งเป็นงบประมาณที่น้อยที่สุดของกระทรวงสาธารณสุข แต่ขอบเขตการทำงานของ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีอยู่ทั่วประเทศ เพราะฉะนั้น ความจำกัดในเรื่องของงบประมาณสนับสนุนจังหวัดจึงค่อนข้างจะสูงตามไปด้วย
3. นโยบายไม่หนักแน่น จริงจัง ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวง และจังหวัดไม่เห็นความสำคัญ และไม่ให้การสนับสนุนในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข
4. การประสานงานระหว่างส่วนกลางและภูมิภาค (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกรมวิทยาศาสตร์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา) ยังไม่ดีเท่าที่ควร
5. ขาดการสนับสนุนจากส่วนกลางทั้งทางด้านวิชาการและการให้ข้อมูล ข่าวสารล่าช้า หรือมาแล้วไม่ค่อยตอบ เจื่อนไขของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ไม่เอื้อต่อการทำงาน ไม่ทันเหตุการณ์
6. ระบบประเมินผลงานไม่เป็นรูปธรรม ตัวชี้วัดความสำเร็จ การประเมินผลไม่ชัดเจน ไม่สามารถเปรียบเทียบระหว่างจังหวัดได้

7. ระบบการรายงานยังขาดประสิทธิภาพ เช่น รายงานมีมาก และกรอกยาก มีการแยกถามมาจากหลายกองทำให้เสียเวลา

8. ผู้นิเทศงานคุ้มครองผู้บริโภค (คป.) บางคนไม่มีศักยภาพ ขาดการประสานงาน การรับรู้และเชื่อมโยง นอกจากนี้การนิเทศงานของกระทรวง โดยสำนักตรวจราชการยังไม่จริงจัง ไม่ให้ความสนใจงานคุ้มครองผู้บริโภค ไม่ได้ออกติดตามตรวจงานในท้องตลาด เพียงแต่ดูเฉพาะเอกสารและตัวเลขไม่ได้ดูของจริง

9. การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขมีหลากหลายผลิตภัณฑ์ขึ้นตอนยุ่งยากซับซ้อน มีผลประโยชน์ทำให้ทำงานยาก

10. หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องมองบทบาทของตนเองเป็นคนกลางระหว่างผู้ผลิตและผู้บริโภค ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจเมื่อเกิดปัญหาหรือทำได้ไม่มากนักที่จะกระทบกระเทือนการลงทุน

11. นิติกรของจังหวัดไม่มีความชัดเจนในการดำเนินงาน ไม่ให้ความร่วมมือ ส่วนใหญ่ทำเฉพาะเรื่องจัดซื้อจัดจ้าง

12. การประกาศกฎหมาย ออกมาไม่ได้ทำประชาสัมพันธ์ก่อน เช่น การจัดแจ้งอาหาร โดยไม่ตรวจสอบสถานที่แล้วได้ทะเบียนมีโลโก้ ออย. ซึ่งผู้บริโภคเชื่อว่าตรา ออย. หมายถึงการประกันคุณภาพผลิตภัณฑ์ทำให้เกิดความขัดแย้งกัน ประเทศไทยมีกฎหมายหลายฉบับ แต่กฎหมายส่วนใหญ่จะคุ้มครองผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการ โดยมองว่าถ้ามีการควบคุมผู้ผลิตให้ดีขึ้นจะทำให้มีการคุ้มครองผู้บริโภคโดยทางอ้อม

13. ปัญหาของผลิตภัณฑ์ส่วนใหญ่ แหล่งผลิตอยู่ใน กรุงเทพมหานคร ดังนี้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ควรต้องมีนโยบายเชิงรุกเป็นด้านตรวจสอบให้ละเอียดก่อนที่จะอนุญาตให้ผลิตภัณฑ์นั้น ๆ ส่งกระจายออกสู่ภูมิภาค

14. มีข้อจำกัดของการส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ บางครั้งมีเรื่องเร่งด่วน (hot issue) แต่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์แจ้งว่าไม่สามารถรับได้เนื่องจากเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้

15. การเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ปรับเปลี่ยนเป็น"แผนผังระวางติดตามคุณภาพผลิตภัณฑ์เพื่อให้ได้มาตรฐานและปลอดภัย" โดยให้ดูแลทุกผลิตภัณฑ์ โดยการติดตาม แผนผัง กระบวนการผลิต การจำหน่ายทั้งหมด กรณีสงสัย หรือเป็นการติดตามหลังจากให้แก้ไขกระบวนการผลิตและสถานที่ผลิตแล้วจึงจะเก็บตัวอย่างตรวจสอบคุณภาพ ยกเว้นการดำเนินคดี และการร้องเรียนให้เก็บตัวอย่างเพื่อประกอบเป็นหลักฐานในกระบวนการพิจารณาตามปกติ

16. ระบบการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์และยาเสพติด ยังไม่รัดกุม ทำให้เกิดการใช้ในทางที่ผิด เช่น ในส่วนของการนำวัตถุออกฤทธิ์ไปใช้ เป็นยาลดความอ้วน โดยการนำเอาวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทที่ 2 ไปผสมกับวิตามินชนิดต่างๆ และนำมาวางขาย และในการจัดหาจัดซื้อมีช่องโหว่ให้เกิดการทุจริต

1.5 ปัญหาการโฆษณา

1. กลยุทธ์การส่งเสริมการขายหรือการโฆษณาที่มีประสิทธิภาพและมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้บริโภคเป็นหลัก เช่น รายการเด็กมีโฆษณาขนมเด็กถึง 17 ครั้ง ต่อรายการ มากกว่าร้อยละ 50 ทำให้เด็กอยากซื้อขนมที่โฆษณา

2. การโฆษณา มีปัญหาเกี่ยวกับการหลอกลวงประชาชนให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญของการบริโภคกรณีของผลิตภัณฑ์อาหาร โดยเฉพาะอาหารเสริม มีการโฆษณาที่ทำให้เกิดปัญหาอย่างมากมาย ก่อนหน้านี้ได้มีการอนุญาตให้มีการโฆษณาโดยผู้มีอำนาจสั่งการโดยปราศจากการกลั่นกรองก่อนออกอากาศ เช่น ผลิตภัณฑ์โลโปซอร์ฟ

3. ความไม่ชัดเจนในการปฏิบัติงานของจังหวัดเกี่ยวกับการอนุญาตการตรวจสอบโฆษณา และการดำเนินคดี เพราะยังไม่มี SOP ที่แท้จริงที่จะใช้เป็นแนวทางได้
4. ข้อมูลที่ผู้บริโภคได้รับส่วนใหญ่เป็นในการตัดสินใจเป็นข้อมูลของผู้ให้บริการ ส่วนน้อยที่จะได้รับจากองค์กรของรัฐหรือของเอกชน
5. โฆษณาแอบแฝง ใช้นักวิชาการเป็นเครื่องมือ ใช้รายการบางรายการโฆษณาสินค้า
6. ผู้ประกาศไม่มีความรู้ รู้ไม่จริง ให้ข้อมูลผิดพลาด

1.6 ปัญหาผู้บริโภค

1. พฤติกรรมการซื้อ – ใช้สินค้าและบริการของผู้บริโภค ถูกกำกับด้วยลัทธิบริโภคนิยม ซึ่งซึมซับเข้าไปในสังคมไทยมากขึ้น ทั้งในวิถีชีวิตและวิถี การบริโภค
2. เทคโนโลยีการผลิตอันทันสมัยทำให้ผู้บริโภคไม่มีข้อมูลที่เพียงพอในการตัดสินใจเลือก ซื้อใช้สินค้าและบริการ
3. ระบบเศรษฐกิจการค้าขายตัวอย่างรวดเร็วมีกระบวนการที่สลับซับซ้อนและมีเทคนิคส่งเสริมการขายที่ทำให้ผู้บริโภคตามไม่ทันภาวะตลาดที่แท้จริง
4. ระบบการค้าที่ผูกขาดทำให้ผู้บริโภคขาดตัวเลือกขาดเสรีภาพในการเลือกซื้อสินค้าและบริการ
5. ลักษณะนิสัยโดยทั่วไปของผู้บริโภคไทย นิยมแก้ปัญหาในระดับปัจเจก ไม่ถนัดในการรวมกลุ่มเพื่อเป็นพลังในการต่อรองกับผู้ผลิต
6. ผู้บริโภคมีข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ทั้งจากส่วนตัว เช่น ไม่สนใจ ไม่เห็นความสำคัญและจากระบบที่ขาดแคลนการสร้างความรู้ที่จำเป็น เช่น งานวิจัย งานทดสอบผลิตภัณฑ์
7. ผู้บริโภคไทยยังมีข้อด้อยในเรื่องการใช้สิทธิและการทำหน้าที่ของผู้บริโภคที่ดี โดยอาจแบ่งผู้บริโภคได้เป็นสี่ประเภท
 - มีความรู้เรื่องสิทธิแต่ไม่มีความตระหนักในเรื่องการใช้สิทธิ
 - มีความรู้เรื่องสิทธิ และตระหนักในเรื่องของความสำคัญในการใช้ แต่กลไกไม่เปิดโอกาสให้ทำได้อย่างเต็มที่
 - ไม่มีความรู้เรื่องสิทธิและไม่สนใจทำหน้าที่
 - ไม่มีความรู้เรื่องสิทธิ แต่ปฏิบัติตนได้อย่างผู้ที่ตระหนักในเรื่องสิทธิและหน้าที่

การศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนมากมีพฤติกรรมการเรียกร้องสิทธิของผู้บริโภคน้อย เมื่อประชาชนซื้อผลิตภัณฑ์อาหารแล้วบดเสีย จะทิ้งผลิตภัณฑ์นั้นไป ร้อยละ 77.0 มีเพียงบางครั้งที่เรียกร้องสิทธิ วิธีการที่นิยมใช้ คือ การนำไปเปลี่ยน (ร้อยละ 25.9) ส่วนการร้องเรียนต่อหน่วยงานราชการมีเพียงร้อยละ 0.6

งานวิจัยเรื่อง “สิทธิมนุษยชน สิทธิผู้บริโภค” ของวีระพล สุวรรณนันต์ และ จตุพร วงศ์ทองสวรรค์ ระบุ ผู้บริโภคส่วนใหญ่ไม่ทราบสิทธิของตนเองประเด็นที่ผู้บริโภคตระหนักเป็นเรื่องความปลอดภัยจากการกินอาหารและการใช้สินค้า สำหรับวิธีการแก้ไขปัญหของผู้บริโภคคือไม่ใช้ (บริโภค) สินค้านั้นอีก คิดเป็นร้อยละ 32.37 บอกต่อคนอื่น ร้อยละ 28.38 รวมกลุ่มต่อต้าน ร้อยละ 22.37 สนับสนุนให้กลุ่มที่ทำงานด้านผู้บริโภคเผยแพร่ต่อผู้อื่น ร้อยละ 37.13 ให้องค์กรทดสอบสินค้า ร้อยละ 14.02 ทำหนังสือเหมือนต่างประเทศ เพื่อเผยแพร่ ร้อยละ 10.03

รายงานการศึกษา “การบริหารงานของ สคบ.ในการคุ้มครองผู้บริโภค” ของกังวาล เนียมสุวรรณ ซึ่งศึกษาจากเอกสารของสคบ.พบว่า มีผู้ได้รับความรู้จากสคบ. ร้อยละ 68.6 จากวิทยุ หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ ตามลำดับ ส่วนวิธีการแก้ไขปัญหของผู้บริโภคที่ไม่ได้รับความเป็นธรรม ก็มีการร้องเรียนกับสคบ.แต่ไม่ทำอะไรต่อ ร้อยละ 30.1 ถ้าเป็นเรื่อง

การได้รับสินค้าหรือบริการที่อันตรายจะเข้าร้องเรียนกับสคบ.ร้อยละ 37.1 แจ้งตำรวจร้อยละ 28.4 และไม่ทำอะไรเลย ร้อยละ 25.1

สคบ.ร่วมกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ ทำโครงการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค จากประชาชนไทยจำนวน 10,898ครัวเรือน 26 จังหวัด พบว่า ร้อยละ 92.3 เห็นว่าการคุ้มครองผู้บริโภคเป็นสิ่งจำเป็น 67.0 ไม่ทราบว่ามีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 แต่เฉพาะคนกรุงเทพมหานคร ทราบว่ามีพ.ร.บ.2522 อยู่ร้อยละ 57.2 โดยรวม ร้อยละ 79.1 ไม่รู้ว่า สคบ.มีหน้าที่รับคำร้องเรียนจากผู้บริโภค

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำรวจความคิดเห็นของประชาชนในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2533 ทั่วประเทศจำนวน 11,865 ครัวเรือน 30 จังหวัด พบว่า ประชาชนร้อยละ 70.04 ไม่ทราบว่าได้ให้การคุ้มครองผู้บริโภคในเรื่องการซื้อสินค้าและบริการ แต่คนเฉพาะกรุงเทพฯ สัดส่วนความรู้มากกว่าคนต่างจังหวัด แหล่งข้อมูลที่เข้าถึงผู้บริโภคมากที่สุดคือโทรทัศน์ มีประชาชนที่ทราบว่า สคบ.มีหน้าที่ควบคุมเกี่ยวกับฉลากสินค้าและข้อความในโฆษณาเป็นจำนวนแค่ร้อยละ 13.0

แม้ประเด็นการคุ้มครองผู้บริโภคในระดับโลกก้าวไปมากกว่าการพิทักษ์สิทธิเรื่องคุณภาพและราคา แต่สถานการณ์ในประเทศผู้บริโภคไทยจำนวนมากยังไม่ตื่นตัวเรื่องการพิทักษ์สิทธิ การศึกษาของนิทยา จันทนาศกร เรื่องความคิดเห็นของประชาชนในกทม.และปริมณฑล เกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ทราบว่า มี พ.ร.บ. คุ้มครองผู้บริโภค 2522 และสคบ.มีหน้าที่รับร้องเรียนเมื่อประชาชนไม่ได้รับความเป็นธรรม แต่ประชาชนเองมีส่วนน้อยที่คิดจะไปใช้สิทธิ อีกทั้งประชาชนก็ไม่ได้เป็นสมาชิกของสมาคมหรือชมรมที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค ประชาชนจึงแก้ปัญหาเองด้วยการใช้วิธีไม่ซื้อสินค้าหรือบริการนั้นอีกจากความเห็นของผู้วิจัย “ประชาชนผู้บริโภคโดยทั่วไปมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิของผู้บริโภคน้อย หรือ อาจเห็นว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย และเสียเวลามากเมื่อต้องไปร้องเรียน” ซึ่งสะท้อนถึงกลไกการร้องเรียนของเมื่อไทยที่เข้าถึงได้ยากและไม่สะดวกสำหรับผู้บริโภค

8. สำนักในการพึ่งตนเองของผู้บริโภคไทยอยู่ในระดับที่มีปัญหา มีลักษณะการพึ่งพิงมากเกินไป ทั้งในเรื่องของการป้องกันและการแก้ไขปัญหาจากการบริโภค

9. ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้บริโภคในเมืองไทยมีหลายระดับและสลับซับซ้อน เช่น ปัญหาการขาดข้อมูลที่เพียงพอต่อการตัดสินใจเลือก แต่บางกลุ่มมีปัญหาเรื่องไม่มี ทางเลือกให้เลือกมากนัก (No Choice)

10. กลไกที่มีอยู่ในปัจจุบันมีประสิทธิภาพไม่มากนักในการแก้ปัญหาด้านการละเมิดสิทธิผู้บริโภค

11. การไม่เชื่อมั่นเรื่องพลังผู้บริโภคในสังคมไทย เช่น การไม่ให้ข้อเท็จจริงกับผู้บริโภคทั้งหมด เพราะอาจเชื่อมั่นว่า ทำให้ผู้บริโภควิตกกังวล ตื่นกลัว หรือผู้ประกอบการจะเสียหาย ทำให้การเปิดเผยข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภคยังไม่เกิดขึ้น

12. ผู้บริโภคในเมืองไทยยังมีไม่มากนักที่สามารถมองเห็นปัญหาได้อย่างกว้างไกล ให้ความสำคัญกับสิ่งที่ตนเองซื้อ ว่ามีผลกระทบมากน้อยแค่ไหนอย่างไร ทั้งต่อสิ่งแวดล้อม สภาพการทำงาน การนำกลับมาใช้ใหม่

13. ความร่วมมือในลักษณะประชาสังคมเพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหาสำหรับผู้บริโภคยังมีไม่มากนัก โดยเฉพาะความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน

14. ในส่วนของผู้บริโภคนี้ องค์กรของรัฐยังให้ความสำคัญค่อนข้างน้อย

1.7 ปัญหาผู้ประกอบการ

1. ผู้ประกอบการบางส่วนขาดความรับผิดชอบ และขาดจริยธรรมในการประกอบการ

2. ผู้ประกอบการบางส่วนขาดความรู้ทางวิชาการและเทคโนโลยีการผลิต ทำให้ไม่สามารถพัฒนาตนเองเกิดการแข่งขันที่สร้างความยุติธรรมให้กับผู้บริโภคจริงในทางการค้า

3. ผู้ประกอบการบางส่วนขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติ ทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ ทำให้มีการละเมิดกฎหมาย และไม่สามารถส่งออกสินค้าไปจำหน่ายต่างประเทศได้
4. บทบาทของผู้ประกอบการในการควบคุมตนเอง (Self Control Group) ไม่พัฒนามากนักในสังคมไทย แต่มีการพัฒนาในลักษณะของกลุ่มตอรอง (Group Interest) มากขึ้น การรวมกลุ่มของผู้ประกอบการไม่ใช่เพื่อประโยชน์ของผู้บริโภคแต่เป็นเพื่อผลประโยชน์ของกลุ่มตนเองมากกว่า
5. การส่งเสริมการขาย คำนึงถึงกำไรมากกว่าผลกระทบในทางสังคม
6. รูปแบบการขายเปลี่ยนแปลง เช่น การขายตรง

1.8 ปัญหาองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์

1. องค์กรไม่เข้มแข็ง ไม่มั่นคง
2. ศักยภาพของบุคลากรมีข้อจำกัด (ความต่อเนื่องในการทำงาน องค์กรความรู้)
3. ทิศทางการขยายเครือข่ายมีข้อจำกัด (องค์กรมีขนาดเล็ก ขาดงบประมาณและทรัพยากร)
4. กิจกรรมขาดความชัดเจน

1.9 ปัญหาผู้ประกอบการวิชาชีพ

1. ระบบการตลาด ระบบเศรษฐกิจ ระบบการแข่งขัน ทำให้ผู้ประกอบการวิชาชีพไม่สามารถประกอบวิชาชีพตามมาตรฐานได้
2. การสั่งใช้ยาและเครื่องมือแพทย์ที่ฟุ่มเฟือย ไม่สมเหตุผล
3. การขาดจริยธรรมและความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติวิชาชีพ ทำให้การส่งมอบ

1.10 ปัญหาภาควิชาการ

1. นักวิชาการส่วนใหญ่ยังอยู่ในกรอบระเบียบของราชการ มหาวิทยาลัย ทำให้จุดยืนในการออกมาเปิดเผยข้อมูลเพื่อพิทักษ์ผู้บริโภคทำได้จำกัด
2. ขั้นตอนการให้บริการ การเข้าถึงข้อมูลสำหรับผู้บริโภคไม่มีประสิทธิภาพ

1.11 สื่อมวลชน

1. ขาดความเข้าใจ มีความรู้ที่จำกัดในประเด็นการคุ้มครองผู้บริโภค
2. อีสระในการทำงานมีน้อย เพราะยังต้องพึ่งพิงภาคธุรกิจอยู่

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับข่าวสาร เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งที่เป็นความรู้ การโฆษณาหรือข้อมูลอื่นใดที่เผยแพร่จากสื่อต่าง ๆ สื่อที่เข้าถึงประชาชนมากที่สุดคือ สื่อโทรทัศน์ รองลงมาคือสื่อวิทยุ ส่วนสื่อสิ่งพิมพ์ ได้รับความนิยมน้อย สำหรับสื่อบุคคลพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นสื่อบุคคลที่มีความสำคัญในการให้ข้อมูลข่าวสารของผลิตภัณฑ์เภสัชภัณฑ์ ยาและถุงยางอนามัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขมีบทบาทสำคัญมากกว่า สื่อโทรทัศน์ อย่างไรก็ดีประชากร ร้อยละ 7.4 ถึง 14.8 ไม่เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับเภสัชภัณฑ์ เครื่องสำอาง ยาฉีดฆ่าแมลงและถุงยางอนามัย ส่วนผลิตภัณฑ์ยาพบเพียงร้อยละ 4.7

1.12 ด้านสังคมวัฒนธรรม

1. ปัญหาการบริโภคส่วนใหญ่มองว่าเป็นปัญหารอง ทำให้คนขาดการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาถ้าทำเป็นเพียงระดับปัจเจก คือแก้ปัญหาเฉพาะตนไม่สัมพันธ์ในการเป็นแนวร่วมหรือสร้างอำนาจต่อรอง
2. สังคมไทยมีลักษณะอำนาจนิยมอยู่สูง อิทธิพลยังสร้างความเกรงกลัวให้กับผู้บริโภคกลุ่มใหญ่อยู่

1.13 ระบบบริการสุขภาพ

- 1) ขาดระบบในการตรวจสอบคุณภาพการบริการด้านสุขภาพในปัจจุบัน เช่น
 - ขาดความต่อเนื่องในการรักษาและประสิทธิภาพในการส่งต่อผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือจากแพทย์ ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาล (Continuous care) และโดยเฉพาะปัญหาที่เกิดขึ้นนอกเวลาราชการและวันหยุดหรือวันนักขัตฤกษ์ และหรือไม่มีระบบในการติดตามผู้ป่วยเพื่อการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
 - ไม่มีระบบในการตรวจสอบความผิดพลาดภายในสถานบริการ หรือหากมีการตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานบริการก็ขาดการคำนึงถึงความเป็นธรรมกับผู้รับบริการ
 - ระบบเปิดโอกาสหรืออนุญาตให้แพทย์มีการบริหารจัดการผลประโยชน์เกี่ยวกับอุปกรณ์และบริการพิเศษทางการแพทย์ของโรงพยาบาล หรือการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการพิเศษ เป็นไปอย่างไม่โปร่งใสในการจัดการ จนแพทย์สามารถเข้ามาแสวงหาประโยชน์ได้จนกลายเป็นสิ่งที่ชอบธรรม เช่น การฝากครรภ์พิเศษ การผ่าตัดเลสิกตา หรือการส่งคนไข้ไปเอกซเรย์ในโรงพยาบาลเอกชน
 - ประสิทธิภาพและศักยภาพของโรงพยาบาลในแต่ละระดับในการดูแลผู้ป่วยมีปัญหา เช่น ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมองในโรงพยาบาลระดับอำเภอ การปฏิเสธให้การรักษาก่อนผู้ป่วยโรคหัวใจเนื่องจากติดเชื้อทั้ง ๆ ที่เป็นโรงพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านนี้โดยตรง หรือการกระจายและขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางในบางด้าน เช่น ศัลยกรรมประสาท หรือระบบความเชื่อมโยงในการให้บริการ เช่น กรณีการผ่าตัดต่อนิ้วซึ่งเป็นเทคโนโลยีระดับสูง การส่งต่อผู้ป่วยหรือระบบการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถไปยังสถานบริการที่มีบริการเฉพาะรองรับแทนที่จะต้องตระเวนหาโรงพยาบาลเอง
 - การไม่ให้ข้อมูลข่าวสารหรือให้แต่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ทำให้ผู้ป่วยขาดความเข้าใจในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน ขาดข้อมูลที่จะช่วยในการระมัดระวังอาการผิดปกติ
 - ความผิดพลาดในการคัดกรองผู้ป่วยในการพบแพทย์
 - บุคลากรทางการแพทย์ชินชากับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้ขาดความเข้าใจหรือความสามารถในการเข้าถึงความทุกข์ของผู้ป่วย จนกระบวนการรักษากลายเป็นการซ้ำเติมทุกข์
- 2) ระบบผู้เชี่ยวชาญแบบตะวันตกในการให้บริการสุขภาพ เป็นไปโดยไม่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมจากผู้ป่วยและครอบครัว ในการตัดสินใจต่อกระบวนการรักษาผู้ป่วยที่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมีสิทธิร่วมกันอย่างเท่าเทียม ดังเช่น การเลือกวิธีรักษาผู้ป่วย การไม่รับฟังและให้ความเอาใจใส่ต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการของเด็กจากผู้เป็นพ่อแม่
- 3) การสนับสนุนงานบริการด้านสุขภาพที่ลดลงจากภาครัฐ ทำให้สถานบริการในแต่ละระดับต้องพึ่งตนเองในด้านงบประมาณมากขึ้นและปรับปรุงมาตรการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ เช่น มาตรการให้ผู้ป่วยกลับบ้านเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Early Discharge) มาตรการติดตามทวงหนี้ การจะให้บริการต้องได้รับการยืนยันว่ามีหลักประกันสำหรับค่าใช้จ่ายพิเศษต่าง ๆ ก่อน

1.14 ระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการ

- 1) ประสิทธิภาพจากการตรวจสอบข้อเท็จจริงและเยียวยาปัญหา

ไม่ว่าจะเป็นองค์กรวิชาชีพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและองค์กรอื่น ๆ เช่น แพทยสภา กองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข ศาล กองเงินทุนทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน ในการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับความทุกข์จากการบริการ แม้จะมีการเปิดเผยเรื่องราวความทุกข์ในวงกว้างโดยสื่อมวลชนซึ่งทำให้บุคคลภายนอกสามารถติดตามการตรวจสอบเพื่อให้เกิดความถูกต้องโปร่งใส หรือมีการขอความเห็นจากบุคคลที่สองมากขึ้น แต่ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวพึงพอใจกับการให้ความช่วยเหลือหรือการเยียวยาที่เกิดขึ้น ในหลายกรณีพบว่า ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่มีความเห็นว่าเป็นการปกป้องกันเองในวิชาชีพ ดังเช่น

- การเอาความแพทย์หรือสถานพยาบาลต่างทราบดีถึงภาวะเสียเปรียบ บางรายต้องการต่อสู้เรียกร้องความเป็นธรรมมากกว่าที่ได้ทำมา แต่ที่ไม่ต่อสู้มักเกิดจากเห็นว่า ไม่มีทางที่จะเอาชนะได้ ดังเช่นคำกล่าวของบางกรณีว่า “หมอไม่เคยผิด หมอไม่เคยต้องรับโทษเลย แพทยสมาคมขึ้นเพื่อปกป้องพวกหมอด้วยกัน...”

2) กระแสบริโภคนิยม

ความไม่ต่อเนื่องในการพัฒนาการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน กระแสการลงทุนและการพัฒนาของโรงพยาบาลเอกชน การโฆษณา การส่งเสริมการขาย ข้อมูลความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ทำให้แนวความคิดเรื่องสุขภาพของประชาชนกลายเป็นเรื่องโรงพยาบาล อาหารเสริม ยา ทำให้เกิดการพึ่งพิงสถานพยาบาลและพึ่งพิงทางการแพทย์มากขึ้น เกิดสภาพที่สถานพยาบาลต้องให้บริการผู้ป่วย 500 คน ต่อวันและเป็นภาระต่อบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข นำไปสู่การรักษาผู้ป่วยเป็นส่วน ๆ ขาดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) และไม่สามารถให้บริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) ได้ หรือละเลยการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยที่เป็นโรคที่หายได้เอง ผู้ป่วยโรคประจำตัวเรื้อรัง และการกระจายเทคโนโลยีที่ไม่เป็นธรรมและราคาค่ารักษาพยาบาล

3) ประสิทธิภาพในการควบคุมกำกับและบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องในปัจจุบัน

เช่น การควบคุมกำกับมาตรฐานโรงพยาบาลเอกชนตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล หรือขาดการควบคุมมาตรฐานห้องทดลองเอกชนที่ทำการวินิจฉัยผลการตรวจวิเคราะห์โรคแก่ทางโรงพยาบาล ปัญหาจากการบังคับให้นายจ้างปฏิบัติตามกฎหมายประกันสังคมในโรงงานที่มีลูกจ้างมากกว่า 10 คน การบังคับใช้กฎหมายประกันภัยบุคคลที่ 3

4) ระบบบริการด้านสุขภาพปัจจุบันยังขาดหลักประกันด้านสุขภาพ

เช่น ผู้มีรายได้น้อยที่สังคมควรให้การช่วยเหลือแต่เป็นคนไทยที่ไม่มีบัตรประชาชนทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยนี้ได้ และระบบรัฐสวัสดิการในบุคคลบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุไม่สอดคล้องกับปัญหาที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เนื่องจากร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดปัญหาต่อกระดูกแต่ผู้สูงอายุไม่สามารถได้รับเส้นสัตาเทียมจากบัตรผู้สูงอายุได้

5) ระบบสื่อมวลชนที่มีอิทธิพลต่อการเข้าไปตรวจสอบข้อเท็จจริง

สื่อมวลชนมีบทบาทโดยตรงในการตรวจสอบหาข้อเท็จจริงของปัญหาที่เกิดขึ้นจากการให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งส่งผลโดยตรงทำให้หน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องมีการติดตามและตื่นตัวในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนปัญหาที่เกิดขึ้นได้รับการเปิดเผยและรับรู้ในวงกว้างมากขึ้น

6) บทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว

หลายกรณีที่เกิดขึ้น เห็นถึงความพยายามขององค์กรพัฒนาเอกชนในการหาวิธีการในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเยียวยาความทุกข์ ชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรับบริการ

7) ช่องว่างของกฎหมายในปัจจุบันทำให้เป็นอุปสรรคในการใช้สิทธิของผู้บริโภค

เช่น ภาระในการพิสูจน์ความผิด ซึ่งเป็นปัญหาและภาระที่สำคัญของผู้ป่วยในสถานการณ์ปัจจุบัน ยิ่งไปกว่านั้น ยังมีส่วนในการสร้างภาระเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยอีกด้วย หรือแม้แต่การประกาศสิทธิผู้ป่วยโดยกลุ่มวิชาชีพยังไม่ยอมรับสิทธิในการฟ้องร้องและร้องเรียนเพื่อให้ได้รับการชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น ทั้ง ๆ ที่เป็นสิทธิของผู้บริโภคตามกฎหมายปัจจุบัน

2. สังเคราะห์ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาความเข้มแข็งกลไกการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ โดยเน้นบทบาทภาครัฐ/ธุรกิจเอกชน/ประชาสังคม/ครอบครัว/ปัจเจก/สื่อ

2.1 การสร้างและปรับแนวความคิดในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค

การสร้างและปรับแนวความคิดในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคทั้งองค์กร ภาครัฐ/ธุรกิจเอกชน/ประชาสังคม/ครอบครัว/ปัจเจก/สื่อ ในเรื่องต่อไปนี้

- แนวความคิดเรื่องสิทธิผู้บริโภค
- แนวความคิดเรื่องการให้ความสำคัญกับการสนับสนุนพลังภาคประชาชน ประชาสังคม องค์กรเอกชน สาธารณ ประโยชน์ และการมองเรื่องสุขภาพเป็นองค์รวม

แนวความคิดเรื่องสิทธิผู้บริโภค

ตัวอย่างเช่นเรื่องสิทธิผู้ป่วย ที่ผ่านมา ผู้ป่วยกับแพทย์มีความสัมพันธ์กันอยู่บนพื้นฐานของความศรัทธาในจริยธรรมของแพทย์ แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจใช้สิทธิแทนผู้ป่วย โดยพื้นฐานของปรัชญาที่จะรักษาผลประโยชน์อย่างดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วยเป็นอันดับแรก โดยถือประโยชน์ตนเป็นอันดับสอง ซึ่งนั่นถือเป็นพื้นฐานของจรรยาแพทย์ที่มีมาแต่เดิม แต่เนื่องจากปัจจุบันความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยได้เปลี่ยนโฉมหน้าไป อันเป็นผลเกี่ยวเนื่องกับความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และวิทยาการแผนใหม่ ที่เข้ามาสัมพันธ์กับบริการทางการแพทย์ในปัจจุบัน ทำให้อำนาจของผู้ป่วยน้อยลง หรือเกือบไม่มี เมื่อเทียบกับอำนาจของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีเพิ่มขึ้นกว่าแต่ก่อนมาก และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบัน

จากสภาพดังกล่าว ทำให้มีการนำเรื่องสิทธิผู้ป่วยมาพิจารณาทั้งในแง่ของกฎหมายและจริยธรรม เพื่อเป็นการชี้ให้เห็นว่า สิทธิของผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งที่มียุ่ และเป็นสิ่งไม่ควรถูกละเมิด เพราะจะนำไปสู่ความร้ายฉานในสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์

ประกอบกับกระแสความตื่นตัวและอิทธิพลของการเคลื่อนไหวเรื่องนี้ในต่างประเทศ เช่น การรณรงค์เรื่องสิทธิผู้ป่วยของสหพันธ์ผู้บริโภคสากล (consumer International) ในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ให้มีการรับรองสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ คือ

- 1) สิทธิในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสม (appropriate and accessible health care)
- 2) สิทธิที่จะไม่ถูกกีดกันจากความแตกต่างในด้านต่าง ๆ (freedom from discrimination)
- 3) สิทธิที่จะได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ (information and education)
- 4) สิทธิที่จะเลือกแพทย์ หรือผู้ประกอบการวิชาชีพอื่น ๆ (choose a doctor or other health worker)
- 5) สิทธิที่จะเลือกสถานบริการ (choose a health care establishment)
- 6) สิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอและเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (informed consent about treatment)
- 7) สิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล (participate in their own health care)
- 8) สิทธิที่จะได้รับการเคารพ การปกปิดความลับ ยอมรับในศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัว (respect, privacy, confidentiality and dignity)
- 9) สิทธิที่จะร้องเรียน (complain)
- 10) สิทธิที่จะได้รับการชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น (redress in the event of injury)

ดังที่มีการรณรงค์เรื่องนี้อย่างกว้างขวางในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก เช่น การผลักดันกฎหมาย ว่าด้วย สิทธิผู้ป่วยในประเทศเนเธอร์แลนด์ซึ่งทำให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่เมื่อปี พ.ศ. 2538 และความพยายามที่จะเสนอรูปแบบในการเจรจาต่อรองกับกลุ่มวิชาชีพกลุ่มต่าง ๆ โรงพยาบาล เมื่อมีการละเมิดสิทธิผู้ป่วย จนสามารถผลักดันให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการในการเจรจาต่อรองจนสำเร็จ ประเทศมาเลเซียได้มีความพยายามในการผลักดันให้รัฐบาลยอมรับสิทธิของประชาชนที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานขั้นพื้นฐานของประชาชนทั้งประเทศมิใช่เพียงกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งที่มีอำนาจจ่าย หรือในกรณีประเทศซิมบับเวกับการผลักดันให้มีคณะกรรมการในการแก้ปัญหาเมื่อมีการละเมิดสิทธิผู้ป่วย เป็นต้น

ประเด็นที่มีการอภิปรายและถกเถียงกันค่อนข้างมากเกี่ยวกับเรื่องสิทธิของผู้ป่วย ได้แก่ เรื่องสิทธิขั้นพื้นฐานที่ทุกคนควรได้รับบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานเท่าเทียมกัน (equal & quality) สิทธิที่จะเลือกรับบริการ สิทธิที่จะรู้ของป่วยหรือญาติสนิท (ในกรณีที่ผู้ป่วยหมดสติ) จากแพทย์เกี่ยวกับผลการตรวจ การวินิจฉัย การรักษาและการพยากรณ์โรค ตลอดจนค่าบริการโดยประมาณ สิทธิที่จะได้รับข้อมูลจากโรงพยาบาล สิทธิที่จะตาย และสิทธิของผู้ป่วยโรคจิต เป็นต้น

ในกรณีของประเทศไทย การเห็นความสำคัญและเรียกร้องเรื่องสิทธิของผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นสืบเนื่องจากการรณรงค์เรื่องสิทธิมนุษยชน สิทธิของสตรี สิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่ และสิทธิผู้บริโภค ซึ่งความเคลื่อนไหวในประเด็นท้ายสุด คือในเรื่องสิทธิผู้บริโภค นับว่าเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดการเห็นความสำคัญและมีการเรียกร้องสิทธิผู้ป่วยขึ้นในสังคมไทย เพราะนับว่ารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยได้เปลี่ยนแปลงไปในเชิงพาณิชย์มากขึ้น ประกอบกับค่ารักษาพยาบาลมีราคาเพิ่มขึ้น ทางเลือกในการรักษาพยาบาลมีมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเริ่มคาดหวังจากระบบการรักษาพยาบาลจากรัฐและเอกชนเพิ่มขึ้น และเริ่มเปลี่ยนทัศนคติต่อสถานภาพของตนในฐานะผู้ป่วย ไปสู่ผู้ป่วยที่เป็นผู้บริโภคด้วยในขณะเดียวกัน จึงถือเอาแนวคิดที่มีพื้นฐานในลักษณะเดียวกับผู้บริโภคสินค้าชนิดอื่น อาทิ ผู้บริโภคมีสิทธิที่จะรู้ส่วนประกอบสำคัญ ๆ ตลอดจนข้อมูลในการให้บริการเพื่อประกอบการตัดสินใจเลือก เป็นต้น ขณะเดียวกัน เรื่องของสิทธิผู้ป่วยยังสัมพันธ์กับแนวคิดในอีกบางบางมิติ เช่น เรื่องสิทธิที่จะเลือกว่าจะรับการรักษาต่อไปหรือไม่ สะท้อนถึงแนวคิดในการให้ความเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นต้น

ในปี 2540 องค์การวิชาชีพด้านสุขภาพในประเทศไทย อันประกอบด้วย แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ได้ร่วมกันออก ประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วย เพื่อมุ่งให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วยในประเทศไทย ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดีระหว่างกัน และเป็นที่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน โดยมีสาระสำคัญคือ

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่มาขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น
4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันที ตามความจำเป็นแต่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้
7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอย่างเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับคำยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย
8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น
10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

แนวความคิดเรื่องการให้ความสำคัญกับการสนับสนุนพลังภาคประชาชน ประชาสังคม องค์กรเอกชน สาธารณ ประโยชน์ การพัฒนาและระดมทุนให้ประชาชนเปลี่ยนวิถีคิดเรื่องสุขภาพที่ตกอยู่ภายใต้กระแสบริโภคนิยม ตลอดจนส่งเสริมการพึ่งตนเองของประชาชน

จากงานวิจัยของ ฮันส์ ธอเลลี แห่งมหาวิทยาลัยอินเดียนา ได้ตั้งข้อสรุปว่า การจัดลำดับความสำคัญก่อนหลังของนโยบายด้านผู้บริโภคในประเทศกำลังพัฒนา ควรกลับกันกับนโยบายด้านผู้บริโภคในประเทศที่พัฒนาแล้ว ด้วยเหตุผลว่า มาตรฐานการคุ้มครองผู้บริโภคขั้นพื้นฐานยังไม่มีการใช้บังคับในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ตลอดจนความอ่อนด้อยของผู้บริโภคทั้งจากปัญหาความยากจนและขาดการศึกษา การเข้าถึงบริการพื้นฐานอันจำเป็น กลับเป็นปัญหาสำคัญกว่า และถึงแม้ว่าผู้บริโภคอยากได้ข้อมูลแค่ไหน คุณภาพของข้อมูลก็ไม่มากพอจะช่วยเหลือผู้บริโภคได้

ศ.ดร.บวรศักดิ์ ได้กล่าวถึงความต้องการของกลุ่มองค์กรประชาชนที่อยากเห็นประชาสังคมหรือสังคมที่ไม่ใช่ภาครัฐมีความเข้มแข็ง พบว่าสิ่งที่ประชาชนต้องการคือ การเพิ่มสิทธิเสรีภาพ และการมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชน และนี่คือที่มาในเนื้อหาหลักของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540

ศ.ดร.บวรศักดิ์ กล่าวในส่วนนี้ว่า การบัญญัติให้มืองค์การอิสระในมาตรา 57 เจตนาารมณ์คือ การให้ประชาชนที่ไม่ใช่ภาครัฐได้ร่วมตัวกัน อาจเรียกได้เป็นการบังคับให้ร่วมตัวกัน เนื่องจากผู้ร่างเห็นว่า องค์กรผู้บริโภคในประเทศไทยที่เป็นตัวแทนภาคประชาสังคมไม่มีความเข้มแข็งเลยแม้แต่น้อย อาจเนื่องจากไม่มีงบประมาณไม่มีอำนาจหน้าที่ โดยเฉพาะ หรือประชาชนไม่ใส่ใจ สิ่งที่เกิดขึ้นคือ ทั้งภาคราชการและภาคเอกชนที่เป็นภาคธุรกิจ เอาประโยชน์จากผู้บริโภคตลอดเวลาในเกือบทุกเรื่อง

ปัญหาแรกคือ บางอย่างก็เป็นลักษณะของการสมคบกันระหว่างภาครัฐกับภาคธุรกิจ เช่น เรื่องค่าสาธารณูปโภคอย่างค่าโทรศัพท์เคลื่อนที่ ระบบผูกขาดที่เอกชนได้จากรัฐตาม พ.ร.บ.โทรเลขโทรศัพท์ ทำให้รัฐและเอกชนผู้ประกอบการ แบ่งประโยชน์กันโดยเอาผู้บริโภคเป็นผู้ส่วย ทำให้ประชาชนผู้บริโภคต้องจ่ายค่าโทรศัพท์เคลื่อนที่แพงที่สุด อาจที่สุดในโลกก็ได้ เราต้องจ่ายค่ารายเดือนซึ่งอธิบายไม่ได้ว่าเป็นค่าอะไรนอกจากค่าผูกขาด

ปัญหาที่สองคือ การที่ภาคธุรกิจเอกชนแสวงประโยชน์ โดยภาครัฐซึ่งมีอำนาจควบคุมกำกับตามไม่ทันหรือไม่ก็ตาม อาจเป็นเพราะไม่มีอำนาจตามกฎหมายที่จะทำ อาจเป็นเพราะกฎหมายที่มีอยู่มีช่องว่าง เช่น กรณีอ้อย/น้ำตาล ที่ขอขึ้นราคาน้ำตาลทรายโดยผลักภาระมาให้กับผู้บริโภค

องค์กรอิสระที่เป็นตัวแทนผู้บริโภคจึงเกิดขึ้นในบริบทนี้ โดยนอกจากจะมีภาครัฐทำหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคใช้อำนาจตัดสินใจภายใต้ระบบราชการประจำที่อยู่ในความรับผิดชอบทางการเมืองที่รับผิดชอบต่อประชาชนต่อสภาแล้ว ยังต้องมืองค์การเอกชนด้านประชาสังคมขึ้นมาเพื่อสร้างเข้มแข็งให้กับผู้บริโภคด้วย

วิธีการสร้างและปรับแนวความคิดในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค

วิธีการสร้างและปรับแนวความคิดในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคทั้งในเรื่องแนวความคิดเรื่องสิทธิผู้บริโภค และแนวความคิดเรื่องการให้ความสำคัญกับการสนับสนุนพลังภาคประชาชน ประชาสังคม องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ ไม่ว่าจะเป็นความสะดวกสบายในการรับบริการ การใช้เทคโนโลยี ทำให้การพึ่งตนเองด้านสุขภาพลดลง สุขภาพกลายเป็นเรื่องแพทย์ พยาบาล สถานบริการ โรงพยาบาล ยา หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ทำให้เป็นภาระกับโรงพยาบาลโดยตรงและเกี่ยวข้องโดยตรงกับคุณภาพการบริการที่ได้รับและปัญหาระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันมีแนวทางดังนี้

1. การบรรจุอยู่ในหลักสูตรการศึกษาและกิจกรรมเสริมหลักสูตรในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาจนถึงระดับมหาวิทยาลัย
2. การปฏิรูปนโยบายและกลยุทธ์ของ องค์กรทั้งภาครัฐและธุรกิจเอกชน
3. การเผยแพร่แนวคิดสู่สังคมโดยกระบวนการที่ต่อเนื่องผ่านสื่อประเภทต่าง ๆ
4. การใช้กระบวนการศึกษาวิจัยแบบมีส่วนร่วม
5. การใช้กิจกรรมแบบการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ เอกชนและ ประชาสังคม

2.2 การสร้างและปรับระบบโครงสร้างขององค์กรที่เกี่ยวข้องในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค

การคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทยโดยภาครัฐนั้นเป็นลักษณะของการผสมผสาน คือ มีคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภคเป็นองค์กรกลาง และยังมียุติการเฉพาะด้านอีกมากมาย อย่างเช่นคณะกรรมการอาหารและยา ที่ผ่านมา สคบ.ไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากจะไม่ได้ให้ความสำคัญเท่าที่ควร จึงน่าจะมีการแก้ไขกฎหมายเพื่อให้ สคบ.ไม่ควรจะเป็นงานฝากของสำนักนายกรัฐมนตรีอีกต่อไป (ปัจจุบัน สคบ.ได้ยกฐานะจากกองขึ้นมาเป็นสำนักแล้ว และพยายามผลักดันให้ยกระดับเป็นกรม ในอนาคต) และควรมีลักษณะเป็นองค์กรอิสระ

สิ่งที่ต้องนำมาพิจารณาประกอบในการจัดตั้งองค์กรอิสระคือ โครงสร้าง อำนาจหน้าที่ และงบประมาณ รูปแบบองค์กรอิสระที่อาจจะเป็น มี 3 รูปแบบ

รูปแบบที่ 1 องค์กรอิสระที่มีลักษณะองค์กรขนาดใหญ่โดยรวมเรื่องที่เกี่ยวข้องทุกด้านไว้ในองค์กรนี้ซึ่ง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภคจะเป็นแกนหลัก ดูแลทุกด้านทุกสาขา องค์กรอิสระในลักษณะนี้มีข้อดีคือ รวมศูนย์อยู่ที่องค์กรเดียว ข้อเสีย คือ องค์กรนี้จะมีขนาดใหญ่โตมโหฬารมาก และเชื่อได้ว่าองค์กรนี้จะถูกแทรกแซงจากฝ่ายผู้ผลิตและฝ่ายการเมืองตลอดเวลา ทำให้ความเห็นที่เสนอออกมาเกิดความเอนเอียงได้

รูปแบบที่ 2 คือ การมียุติการอิสระภายใต้กฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้บริโภคทุกฉบับ ปัญหาที่เกิดขึ้นคือจะมีองค์กรอิสระจำนวนมากมาย จนนงบประมาณจากรัฐอุดหนุนได้ไม่เพียงพอ

รูปแบบที่ 3 ถือเป็นรูปแบบกลางๆซึ่งเห็นว่าจะเหมาะสมที่สุดสำหรับเมืองไทย และทำให้เกิดพัฒนาการในการสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรผู้บริโภคต่าง ๆ คือ ตั้งให้มีระบบองค์กรอาจเรียกว่าคณะกรรมการองค์กรผู้แทนผู้บริโภค ขึ้นมา 1 คณะกรรมการ มีหน้าที่หลักในการสนับสนุนให้เกิดองค์กรเอกชน (NGO) เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคในด้านต่างขึ้น โดยคณะกรรมการต้องจัดงบประมาณและระบบงบประมาณต่างๆให้โดยต้องให้องค์กรเอกชนเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคเหล่านั้นมีอำนาจหลักในการให้ข้อมูลข่าวสารทั้งด้านคุณและโทษกับสาธารณะได้ โดยกฎหมายให้ความคุ้มครอง ซึ่งข้อมูลข่าวสารเหล่านี้แน่นอนที่จะต้องนำเข้าสู่คณะกรรมการองค์กรผู้แทนผู้บริโภคเพื่อนำไปเสนอความคิดเห็นต่อ สคบ. หรือหน่วยงานรัฐอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับผู้บริโภค โดยสรุปองค์กรอิสระกลางนี้ จะมีบทบาทในลักษณะหนุนกับเชื่อม ทำหน้าที่เป็นสื่อระหว่างภาครัฐกับองค์กรเอกชนที่เป็นสมาคมในเรื่องต่างๆที่เกี่ยวกับผู้บริโภค วิธีคัดเลือกตัวแทนของคณะกรรมการกลางให้ออกเป็นกฎกระทรวง โดยให้มีผู้แทนที่หลากหลาย

องค์กรอิสระนี้สามารถเกิดขึ้นได้ในกฎหมายอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับผู้บริโภค โดยให้ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภคซึ่งเป็นกฎหมายกลาง ได้บัญญัติข้อเสนอแนะไว้ว่าหากกฎหมายอื่นต้องการให้มีองค์กรอิสระในกฎหมายของตนก็

สามารถกระทำได้ แต่หากกฎหมายอื่นไม่มีการบัญญัติจัดตั้งองค์การอิสระก็ให้องค์การอิสระกลางของสคบ.ทำหน้าที่คลุมไปถึงกฎหมายนั้นๆด้วย ซึ่งจะทำให้หลีกเลี่ยงข้อขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่าง สคบ.กับหน่วยงานรัฐอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับผู้บริโภค

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางเพิ่มเติมในการสร้างและปรับระบบโครงสร้างขององค์การที่เกี่ยวข้องในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค โดยจำแนกเป็น 2 ระบบ คือ ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ

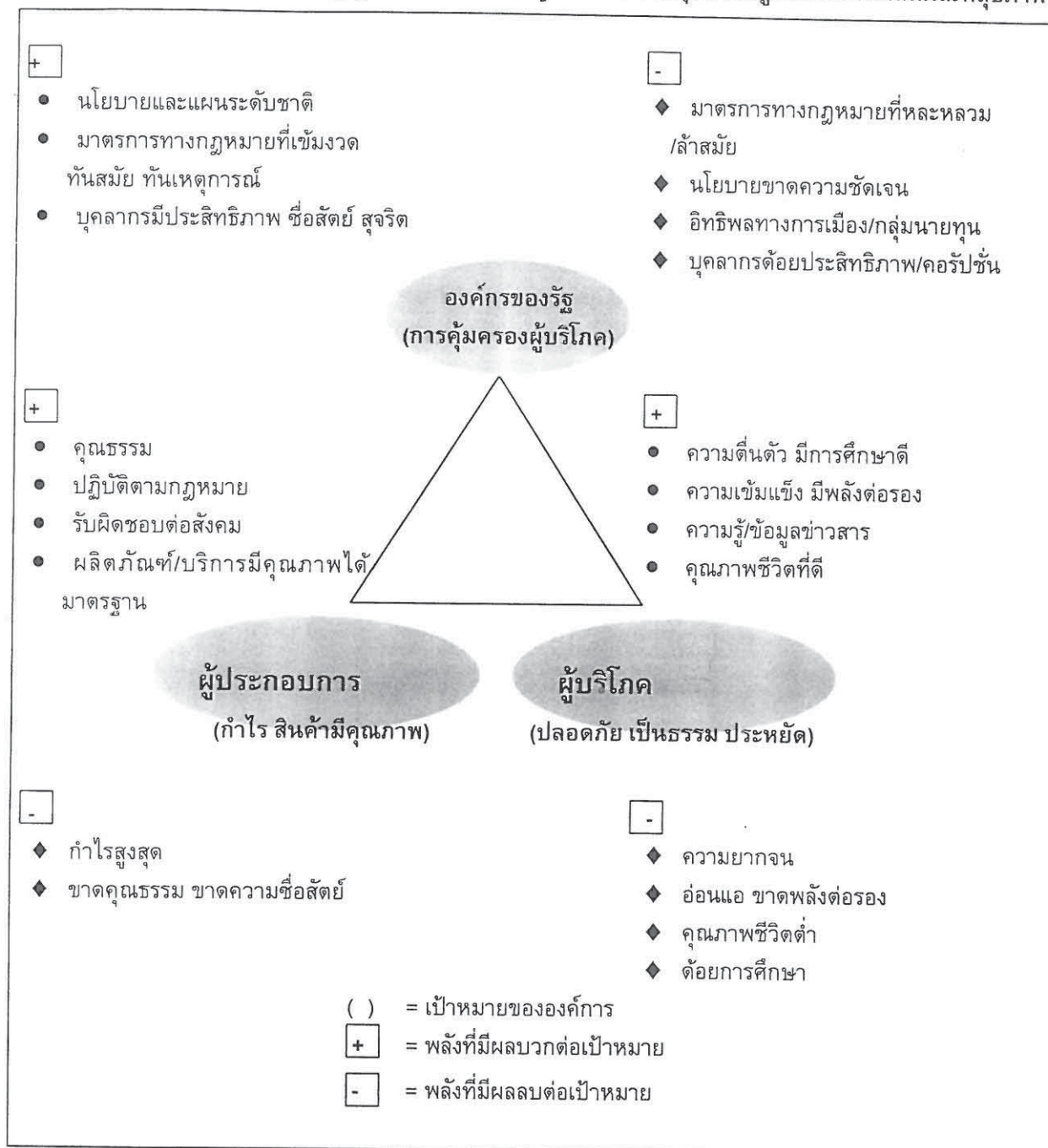
2.2.1 ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

องค์การในระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จะมีรูปเป็นองค์กรอิสระที่ดำเนินงานภายใต้การกำกับของรัฐ ซึ่งจะเป็นกลไกประสานการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ที่มีความร่วมมือกันทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภค ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น ภายใต้นโยบายการกระจายอำนาจและการมีส่วนร่วมของประชาสังคม

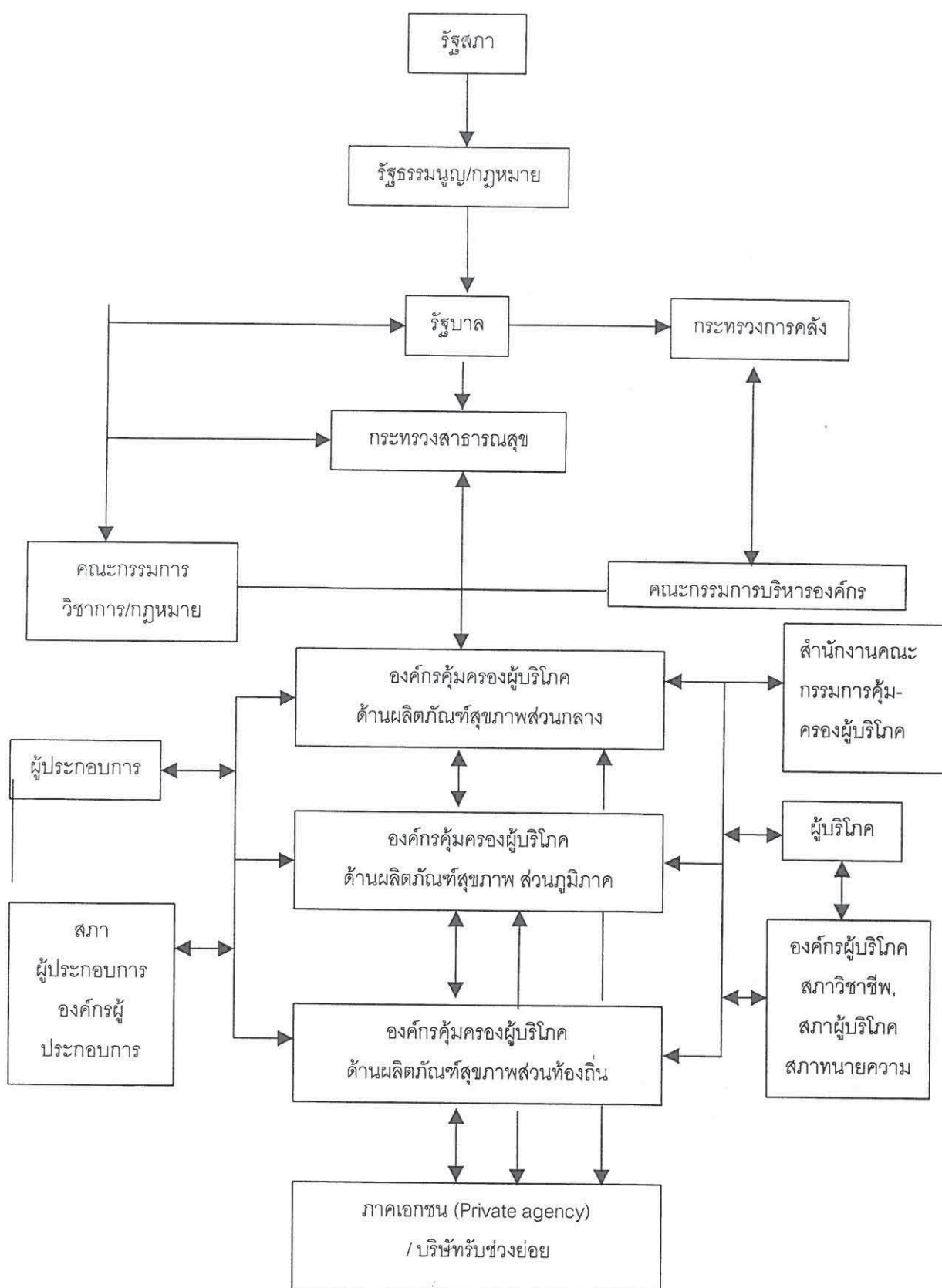
พันธกิจที่สำคัญขององค์กรคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพดังกล่าว คือ การทำให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ และมีเป้าประสงค์เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัย โดยอาศัยกลยุทธความร่วมมือกันทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภค ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน และอาศัยรูปแบบการกระจายอำนาจทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น โดยมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์กรดังนี้



ปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์กรภาครัฐ ผู้ประกอบการ และผู้บริโภคในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ



และมีโครงสร้างขององค์กรคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นไปตามแผนภูมิ ต่อไปนี้



จากแผนภูมิ รัฐสภาจะเป็นองค์กรที่บัญญัติรัฐธรรมนูญ และออกกฎหมายที่เื้อออำนาจต่อการคุ้มครองผู้บริโภค รัฐบาลจะเป็นผู้บริหารประเทศภายใต้ระบบรัฐสภา และกำหนดนโยบาย ในงานคุ้มครองผู้บริโภค และกำหนดโครงสร้าง การบริหารจัดการ ขอบเขตหน้าที่ ขององค์กรคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้เป็นองค์กรภายใต้การกำกับของรัฐ ต่างจากหน่วยงานราชการอื่นมีอิสระในการบริหารจัดการโดยการดูแลของ 2 กระทรวงหลัก คือ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการคลัง

กระทรวงสาธารณสุข จะดูแลขององค์กรคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในเรื่อง นโยบาย แผนงาน และสายงานนิเทศ ส่วนกระทรวงการคลัง จะดูแลในเรื่องของงบประมาณโดยจัดสรรงบประมาณเป็นก้อน และให้อิสระกับองค์กรขในการบริหารจัดการงบประมาณ งบประมาณขององค์กรคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ส่วนหนึ่งได้จากรัฐเป็นการสนับสนุนการดำเนินงาน อีกส่วนหนึ่งองค์กรจะต้องจัดหาจากแหล่งทุนอื่นหรือจากการหารายได้

องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จะมีคณะกรรมการที่สำคัญสูงสุด 2 คณะ คือ คณะกรรมการบริหารองค์กรฯ และ คณะกรรมการวิชาการ/กฎหมาย

คณะกรรมการบริหารองค์กรฯ จะประกอบด้วย ตัวแทนจากภาครัฐ เช่นกระทรวงสาธารณสุข และ/หรือ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงการคลัง ตัวแทนจากผู้ประกอบการเช่นสภาหรือชมรมผู้ประกอบการ ตัวแทนจากผู้บริโภค เช่นจากองค์กรเอกชน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นต้น คณะกรรมการฯ จะทำหน้าที่กำกับ ดูแล เชิงนโยบาย ให้แก่ทีมบริหารขององค์กรฯ

คณะกรรมการวิชาการ/กฎหมาย จะประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในสาขาต่าง ๆ รวมทั้งผู้แทนจากสมาชิวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง นักกฎหมาย นักสื่อสารมวลชน เป็นต้น คณะกรรมการฯ จะทำหน้าที่ทางด้านวิชาการในเรื่องคุณภาพ และความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ

บทบาทหน้าที่ขององค์กรคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ออกและใช้กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ ที่ได้รับการปรับปรุงให้ทันสมัย ทันต่อการพัฒนาของเทคโนโลยีของการผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมถึงสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและสังคม และเป็นไปตามมาตรฐานสากลด้วย

เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง ชัดเจน สามารถเข้าใจได้ง่าย และสะดวกต่อการที่ประชาชนจะค้นคว้าและนำไปใช้ เช่น ทางวิทยุ ทางโทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ Internet และเป็นข้อมูลที่มีความทัดเทียมกับสากล

การทำงานขององค์กรจะต้องทำงานอย่างเข้าถึงประชาชนทุกระดับ โดยเฉพาะหน่วยพื้นฐานของสังคม เช่น ครอบครัว โรงเรียน เพื่อสร้างจิตสำนึกและความเข้าใจในการคุ้มครองตนเอง

บุคลากรในองค์กร มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบให้มีประสิทธิภาพอยู่เสมอ มีทัศนคติวิสัยกว้างไกล ไม่ยึดติดล้าสมัย ตำแหน่ง ทำงานอย่างสุจริต

นโยบาย/แผนแม่บท ขององค์กร ได้ถูกกำหนดร่วมกันโดยทุกฝ่าย และบังคับใช้ดำเนินงานตามนโยบายที่วางไว้ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงตามผู้บริหารขององค์กรที่เปลี่ยนไป

โครงสร้างการดำเนินงานขององค์กรคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

จะแบ่งและกระจายอำนาจเป็น 3 ส่วน คือ

- องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนกลาง
- องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาค
- องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนท้องถิ่น

องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนกลาง

มีโครงสร้างสายการบังคับบัญชาที่สั้นลง รูปแบบการทำงานไม่ซับซ้อน ผู้บริโภค ผู้ประกอบการ ผู้ตรวจสอบ กำกับ ดูแล สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานได้ โดยมีการประสานงานร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด และเป็นองค์กรที่มีความยั่งยืน สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้การสนับสนุนอย่างมีประสิทธิภาพของภาครัฐ มีบทบาทในการเป็นแหล่งข้อมูลความรู้ทางวิชาการและควบคุมเฉพาะผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงสูง วางตัวเป็นกลางระหว่างผู้ผลิตและผู้บริโภค รวมถึงมีจุดยืนที่มั่นคง ทำงานเพื่อความถูกต้อง โดยไม่มีอิทธิพลทางการเมืองเข้ามาควบคุม นอกจากนี้ยังทำหน้าที่กำหนดนโยบายการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับประเทศ

การดำเนินงาน

1. กำหนดนโยบายระดับประเทศ
2. ออกกฎหมายหลักเพื่อใช้บังคับ
3. กำหนด/ออก กฎระเบียบ วิธีการดำเนินการต่าง ๆ
4. กำหนดคุณภาพมาตรฐานผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ใช้ในประเทศ
5. กำหนดวิธีการดำเนินการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพ
6. ดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ซับซ้อนมีผลกระทบในระดับกว้าง (มีการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ หรือเป็นผลิตภัณฑ์ที่คาบเกี่ยวระหว่าง ยา กับอาหาร ยา กับเครื่องสำอาง ยา กับเครื่องมือแพทย์) หรือ ผลิตภัณฑ์ที่มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ซึ่งต้องจำแนกในเงื่อนไขพิเศษ
7. จัดทำข้อมูลเผยแพร่ทางวิชาการ และข้อมูลประชาสัมพันธ์
8. กำหนดแนวทาง/มาตรฐานวิธีการส่งเสริมการตลาด การโฆษณา
9. ตรวจสอบ/กำกับดูแล การดำเนินงานขององค์กรดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับภาค
10. ตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ ซึ่งต้องอาศัยเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่ยุ่งยากซับซ้อน ใช้เครื่องมือราคาแพงมาก
11. ศึกษาวิจัย
12. กำกับดูแลการนำเข้าจากต่างประเทศ และส่งออกผลิตภัณฑ์ไปต่างประเทศ

องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาค

สามารถดำเนินการได้เต็มรูปแบบเหมือนองค์กรส่วนกลาง มีบทบาทในการควบคุมผลิตภัณฑ์สุขภาพทั่วไป กำหนดนโยบายและแผนการดำเนินงานในการคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาค มีการประสานงานร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดกับองค์กรผู้บริโภค ผู้ประกอบการในส่วนภูมิภาค เป็นแหล่งข้อมูลความรู้ทางวิชาการและควบคุมเฉพาะผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงไม่สูง

องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนท้องถิ่น

ทำหน้าที่ดำเนินงานประสานกับองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพตามสภาพปัญหาในท้องถิ่น ร่วมมือกับผู้บริหารองค์กรระดับท้องถิ่นเพื่อให้การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความรวดเร็วในการปฏิบัติงาน ลดค่าใช้จ่ายของประชาชนในการขอความช่วยเหลือต่าง ๆ และยังช่วยกระจายความมีส่วนร่วมของประชาชนในการคุ้มครองตนเอง

การดำเนินงานขององค์กรคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น ทำหน้าที่ดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับท้องถิ่น โดยนโยบายต่าง ๆ ซึ่งองค์กรดูแลผลิตภัณฑ์ระดับประเทศกำหนดไว้ มาประยุกต์ให้เหมาะสมกับท้องถิ่นของตน รายละเอียด ดังนี้

1. การอนุญาตผลิต/นำเข้าในระดับภาค
2. ออกกฎระเบียบปฏิบัติต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงานในท้องถิ่นและเป็นไปตามนโยบาย

3. กำหนดนโยบายการดำเนินการเฝ้าระวังระดับท้องถิ่น
4. กำหนดคุณภาพมาตรฐานผลิตภัณฑ์สุขภาพที่จำหน่ายในระดับท้องถิ่น/ดำเนินการมาตรการตามกฎหมาย / ดำเนินคดี / ปรับ
5. กำหนดวิธีการดำเนินการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพ
6. เป็นผู้แทนระดับภาคในองค์กรดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับประเทศ
7. จัดจ้างเอกชน รับช่วงต่อในการดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับท้องถิ่น
8. ดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เพิ่มพูนการดูแลขององค์กรดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับประเทศ เช่น ยาใหม่ ที่ผ่านประเมิน GMP แล้ว และสามารถขายได้ทั่วประเทศ รวมทั้งยาเลียนแบบยานั้น ๆ
9. ตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน แต่ไม่ต้องการเทคโนโลยีสูงมาก หรือใช้เครื่องมือที่แพงมาก และผลิตภัณฑ์ที่ต้องดูแล
10. ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับมาตรฐานการผลิต/เฝ้าระวังคุณภาพความปลอดภัย
11. กำกับดูแลการทำงานของสถาบัน / บริษัท รับช่วงย่อยภาคเอกชน

สถาบัน/บริษัทรับช่วงย่อยภาคเอกชน

งานบางประเภท เช่น งานควบคุม กำกับ ดูแล ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งเดิมอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของรัฐ จะถ่ายโอนให้ภาคเอกชนซึ่งอาจจะอยู่ในรูปของสถาบัน / บริษัท เป็นผู้รับช่วงไปดำเนินงานในระบบคุ้มครองผู้บริโภค เช่น งานควบคุมวิเคราะห์คุณภาพ งานประกันคุณภาพ สถาบันรับรองผลการวิจัย เป็นต้น

องค์กรผู้บริโภค

มีองค์กรผู้บริโภคที่เข้มแข็ง สามารถพิทักษ์สิทธิและเรียกร้องป้องกันสิทธิของผู้บริโภคได้ รวมถึงมีอำนาจในการกระจายข่าวในกรณีที่พบผลิตภัณฑ์ ตลอดจนมีอำนาจในการเรียกร้องค่าเสียหาย เป็นตัวแทนของผู้บริโภคได้ เช่น มีสภาผู้บริโภค สภาวิชาชีพ หรือ สมัชชาต่าง ๆ ที่ดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค

มีศูนย์ประสานงานในการเฝ้าระวังและติดตามการใช้ผลิตภัณฑ์ ในแต่ละเครือข่ายในส่วนภูมิภาค มีเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครองค์กร เป็นผู้ประสานการดำเนินงาน มีข่าวสารเผยแพร่ความรู้ให้กับผู้บริโภคผ่านสื่อต่าง ๆ ทั้ง สื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ รวมถึง Electronic Data

มีเวทีแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนข่าวสารและความรู้ทางงานคุ้มครองผู้บริโภคอย่างต่อเนื่อง

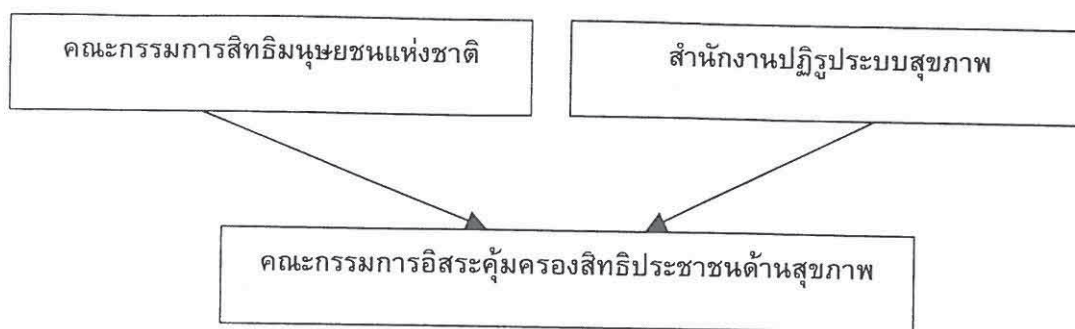
ทุกองค์กรไม่ว่าจะเป็นองค์กรผู้บริโภค องค์กรของผู้ประกอบการ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค มีส่วนร่วมในการกำหนด กฎ ระเบียบ ต่าง ๆ ทำงานร่วมกันอย่างเสมอภาค และมีประสิทธิภาพ และตระหนักว่าเป็นหน้าที่ของทุกฝ่ายในการคุ้มครองผู้บริโภค มีการตรวจสอบซึ่งกันและกัน

2.2.2 ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ

การมีคณะกรรมการอิสระในการคุ้มครองสิทธิประชาชนด้านบริการสุขภาพ

สถานพยาบาล มีกองประกอบโรคศิลปะ ควบคุมและกำกับ ผู้ประกอบวิชาชีพมีสภาวิชาชีพดูแลจริยธรรม แต่ผู้บริโภคที่ประสบปัญหาการละเมิดสิทธิยังไม่มีหน่วยงานได้รับผิดชอบโดยตรง และที่สำคัญกลไกทั้งหมดที่เป็นอยู่ในปัจจุบันขาดการมีส่วนร่วมจากผู้บริโภคทั้งจากกลไกของรัฐและกลไกขององค์กรวิชาชีพ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาข้อครหาเรื่องความเป็นกลาง ความเป็นอิสระ และประสิทธิภาพในการเรียกร้อง ชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรม ดังนั้นการมีคณะกรรมการอิสระในการคุ้มครองสิทธิประชาชนด้านสุขภาพจึงมีความจำเป็น ดังรายละเอียด

แผนภูมิ แสดงโครงสร้างคณะกรรมการอิสระคุ้มครองสิทธิประชาชนด้านสุขภาพ



องค์ประกอบของ คณะกรรมการอิสระคุ้มครองสิทธิประชาชนด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

1. ตัวแทนผู้บริโภคจากเครือข่ายต่าง ๆ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ติดเชื้อ ผู้ใช้แรงงาน ผู้บริโภคทั่วไป รวมไม่ต่ำกว่า 10 คนแต่ไม่เกิน 20 คน
2. ผู้ประกอบวิชาชีพ สภาวิชาชีพ รวมไม่ต่ำกว่า 5 คนแต่ไม่เกิน 10 คน
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 4 คน
4. สื่อมวลชน จำนวน 2 คน
5. นักวิชาการ จำนวน 4 คน(ด้านการแพทย์ ด้านสังคมศาสตร์)

บทบาทหน้าที่ของ คณะกรรมการอิสระคุ้มครองสิทธิประชาชนด้านสุขภาพ

1. รับร้องทุกข์บริการด้านสุขภาพ
2. ให้คำแนะนำ/คลี่คลาย/ไกล่เกลี่ย/สืบสวนชั้นต้น/เจรจาประนีประนอมระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพกับผู้บริโภค เพื่อให้มีการชดเชยในกรณีที่มีการได้รับบาดเจ็บ หรือความทุกข์เกิดขึ้น
3. ดำเนินการร้องทุกข์ด้วยตนเองในกรณีที่ปัญหาสำคัญและความปลอดภัยของส่วนร่วม (ร้องทุกข์เชิงรุก)
4. สร้างความเข้มแข็งให้กับผู้บริโภค โดยการเผยแพร่ข้อมูลพื้นฐานและความรู้ด้านสุขภาพเบื้องต้น
5. ให้องค์กรของรัฐ เจ้าหน้าที่หรือบุคคลอื่นใด มีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริง หรือให้ความเห็นในการปฏิบัติงานในกรณีที่เกี่ยวข้อง
6. เป็นทนายความให้กับผู้บริโภค โดยการเป็นตัวแทนผู้บริโภคต่อศาลทางวินัย
7. รายงานประจำปีการละเมิดสิทธิผู้ป่วยให้กับสาธารณะชนได้รับทราบ

2.3 การสร้างเครือข่ายขององค์กรคุ้มครองผู้บริโภคและพัฒนาการดำเนินงานขององค์กร

ทิศทางการทำงานก็ต้องทำให้เครือข่ายองค์กรทางสังคมมีมิติที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นรูปธรรม พัฒนาระบบการทำงานให้เข้มแข็ง มีการแลกเปลี่ยนข่าวสาร การปรับกลยุทธ์การทำงาน การมองปัญหาอย่างเป็นภาพรวม และแก้ไขไปพร้อม ๆ กัน ไม่ใช่ทำเพียงจุดใดจุดหนึ่ง และมีทิศทางการพัฒนาวิธีดำเนินงานขององค์กร ดังนี้

1. การให้การบริโภคศึกษา เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันและการให้ข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นในการตัดสินใจเลือกซื้อหรือไม่ซื้อสินค้าหรือบริการ ความสมประโยชน์และผลกระทบของสินค้าหรือบริการที่จะกระทบกับระบบนิเวศน์
2. พัฒนากลไกการร้องทุกข์ให้มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้บริโภคออกมาใช้สิทธิ รักษาสิทธิให้มากขึ้น ทำให้ประเด็นการร้องทุกข์เป็นประเด็นของสาธารณะ ให้ทุกคนได้เข้ามามีส่วนร่วมให้มากที่สุดเพื่อหาทางแก้ไขปัญหา

3. ในขณะเดียวกันต้องพัฒนาให้ผู้บริโภคมีการรวมกลุ่มกันมากขึ้น เพื่อสร้างอำนาจในการต่อรองในการบริโภค ตลอดจนสร้างโอกาสให้ผู้บริโภคได้แก้ไขปัญหาของตนเองและการป้องกันปัญหาในภาพรวม

4. เพิ่มศักยภาพให้ผู้บริโภคมีพลังในทางเศรษฐกิจและสังคมในการเลือกซื้อสินค้าและบริการ ปรับกระบวนการของผู้บริโภคให้พึ่งพิงตนเองได้มากขึ้น อนุรักษ์สิทธิและใช้สิทธินั้นเพื่อกำหนดการผลิตที่มีความรับผิดชอบต่อสิ่งแวดล้อม

5. การประสานกับหน่วยงานอื่นๆ สร้างพันธมิตรในการทำงาน เพื่อให้กระบวนการคุ้มครองผู้บริโภคได้พัฒนารุดหน้าไปเรื่อย ๆ ลดอำนาจภาครัฐลง โดยคืนอำนาจบางส่วนมาให้กับผู้บริโภคให้ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจปัญหาและกำหนดทิศทางหรือนโยบายที่เหมาะสมกับชุมชนของตนเองตามสิทธิในรัฐธรรมนูญมาตรา 57 ซึ่งเป็นครั้งแรกที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

6. สนับสนุนให้เกิดเครือข่ายในการทำงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในหลาย ๆ ระดับ และในกลุ่มที่มีความหลากหลายเพิ่มขึ้น เช่น ในระดับภูมิภาค และกลุ่มที่มีความสนใจเฉพาะด้าน เฉพาะประเด็น

7. สร้างทางเลือกให้ผู้บริโภคในหลายมิติ เพื่อกระตุ้นให้ผู้บริโภคหลุดจากกรอบการบริโภคนิยม

8. พัฒนาองค์ความรู้ให้มีประสิทธิภาพ เข้าถึงได้ง่ายและรอบด้าน โดยต้องอาศัยงาน วิจัยและการทดสอบที่เชื่อถือได้

2.4 ระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค

2.4.1 ด้านข้อมูลและการสื่อสาร

1. มีระบบข้อมูลข่าวสารที่มีการเชื่อมโยงกันและประชาชนสามารถติดตาม ตรวจสอบ และเข้าถึงได้ง่าย เช่น กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ผลการประชุมที่ประชาชนควรมีส่วนร่วม รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ สถานบริการ ราคาของการเข้ารับบริการ เป็นต้น

2. มีข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ที่ได้รับอนุญาต และขึ้นทะเบียนตำรับแล้ว ผ่านทาง อินเทอร์เน็ต และเชื่อมโยงได้โดยตรงกับหน่วยงานตรวจสอบอาหารและยาของต่างประเทศ ที่มีสินค้าไทยเข้าไปจำหน่าย เพื่ออำนวยความสะดวกในการผ่านสินค้าไปจำหน่ายต่างประเทศ ในทำนองเดียวกันไทยสามารถตรวจสอบข้อมูลของสินค้าที่มีการนำเข้ามาจำหน่ายในประเทศได้ด้วย

3. มีศูนย์บริการที่มีเครือข่ายเชื่อมโยงกับต่างประเทศในการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางวิชาการ ข้อมูลผลิตภัณฑ์ที่มีปัญหาซึ่งถูก Reject จากต่างประเทศ ตลอดจนกฎหมายและระเบียบข้อบังคับของต่างประเทศให้แก่ผู้ประกอบการ เพื่อช่วยสนับสนุนการส่งออกและการแข่งขันทางการค้า

4. สื่อมวลชนมีระบบตรวจสอบและมี การรายงานที่ตรงกับข้อเท็จจริงเผยแพร่ให้ประชาชนทราบ

5. การส่งเสริมการขายในช่องทางที่ผ่านสื่อต่างๆ มีการกลั่นกรองโดย องค์กร หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน

2.4.2 ด้านเทคโนโลยี – อุตสาหกรรม

1. สนับสนุนให้มีระบบการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในคุณภาพ (Quality Assurance) อาทิ เช่น -- ISO 9000 ในทุกส่วนของภาคอุตสาหกรรม และสถาบันที่เกี่ยวข้อง

- การพัฒนาระบบการควบคุมก่อนออกสู่ท้องตลาด โดยนำหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการผลิต (Good manufacturing Practice หรือ GMP)

- Hospital Accreditation (HA) ในโรงพยาบาล

2. สนับสนุนให้เกิดการวิจัยเรื่อง เครื่องมือหรือชุดทดสอบที่ทดสอบคุณภาพความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ สุขภาพได้ง่ายและเที่ยงตรง และ การวิจัยทางคลินิก การวิจัยในงานบริการสุขภาพ

3. สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาและวิจัย คิดค้นผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ ในเรื่องกระบวนการผลิต, กระบวนการตรวจสอบ, กระบวนการวิเคราะห์ และกระบวนการติดตามความปลอดภัยในการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

4. สนับสนุน ส่งเสริม ให้ผู้ผลิตรายย่อย ผู้ประกอบการ มีความรู้ ทักษะ และมีวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการผลิต การจำหน่าย ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการบริการสุขภาพ

3. ประเด็นเรื่อง การพัฒนาระบบที่จะให้ผู้บริโภคได้รับประโยชน์จากการบริโภคผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพและค่าชดเชยอย่างรวดเร็วและเป็นธรรม หากได้รับผลร้ายจากการบริโภคผลิตภัณฑ์หรือบริการสุขภาพ

กลไกและการจัดการปัญหาการละเมิดสิทธิในปัจจุบัน

หากพิจารณาการกลไกการจัดการการละเมิดสิทธิผู้ป่วยด้านบริการสุขภาพในปัจจุบัน มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ มากมาย ทั้งหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องตามกฎหมาย กลไกองค์กรวิชาชีพ และกลไกจากองค์กรพัฒนาเอกชน ตลอดจนสื่อสารมวลชน

1. กลไกหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง ที่สำคัญ ได้แก่ กองประกอบโรคศิลปะ ซึ่งรับผิดชอบ กำกับดูแลสถานบริการทั้งหมด หรือกองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานที่รับผิดชอบการประกันตามกฎหมายประกันสังคม หรือสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานกฤษฎีกา ในกรณีร้องเรียนเพื่อขอชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น เป็นต้น

2. กลไกองค์กรวิชาชีพ เช่น แพทยสภา สมาคมพยาบาล สมาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา ฯลฯ

3. กลไกจากองค์กรพัฒนาเอกชน ได้แก่ ศูนย์พิทักษ์สิทธิผู้บริโภค มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น

4. กลไกสื่อสารมวลชน ทั้งสิ่งพิมพ์ วิทยุและโทรทัศน์ เป็นต้น

วิธีการในการดำเนินการรับเรื่องร้องทุกข์ของหน่วยงานรัฐ

1. พิจารณาไต่สวน

2. สืบสวน สอบสวน หาข้อเท็จจริง

3. ไกล่เกลี่ย ยุติข้อพิพาท ตักเตือน

4. ดำเนินคดี ยกเว้นกองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม จะให้ชดเชยค่าเสียหายที่เกิดขึ้น คัดโควตาจำนวนผู้ประกันตนที่จะได้รับในปีต่อไป หรือตัดออกจากโครงการประกันสังคม

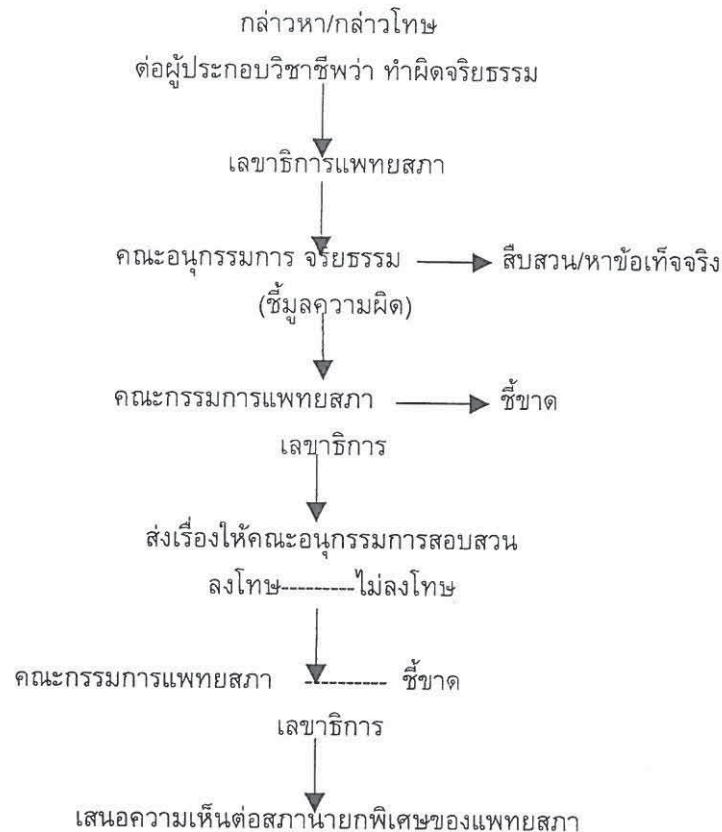
วิธีการดำเนินการพิจารณาเรื่องร้องทุกข์ของหน่วยงานวิชาชีพ เช่น แพทยสภา

โดยปกติแล้วกระบวนการทางด้านจริยธรรมของแพทยสภาจะเริ่มขึ้นเมื่อมีการกล่าวหา (โดยผู้เสียหาย) หรือกล่าวโทษ (โดยผู้เห็นหรือรู้เหตุการณ์) ว่ามีการกระทำผิดจริยธรรม เมื่อการกล่าวหา/กล่าวโทษนั้นมาถึงเลขาธิการแพทยสภา เลขาธิการแพทยสภาก็จะส่งเรื่องให้คณะกรรมการจริยธรรม ซึ่งทำหน้าที่สืบสวน หาข้อเท็จจริงว่า กรณีมีมูลความผิดสมควรสอบสวนให้เกิดความกระจ่างเพื่อพิจารณาลงโทษหรือไม่ จากนั้นเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการแพทยสภาชี้ขาด

หากคณะกรรมการแพทยสภามีความเห็นว่าคดีมีมูล เลขาธิการจึงจะส่งเรื่องให้คณะกรรมการสอบสวนดำเนินการสอบสวนหาความผิด เสนอการลงโทษ/ไม่ลงโทษต่อไป เมื่อคณะกรรมการสอบสวนมีความเห็นอย่างไรก็ต้องเสนอคณะกรรมการแพทยสภาชี้ขาด ปิดท้ายด้วยการเสนอความเห็นต่อสภานายกพิเศษของแพทยสภา (ตาม

กฎหมายคือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข) เพื่อให้ความเห็นชอบ อันถือเป็นที่สุดกระบวนการจริยธรรมแพทยสภา โดยระดับของการลงโทษมีตั้งแต่กล่าวตักเตือน ภาคทัณฑ์ พักใช้ใบอนุญาตไม่เกิน 2 ปี หรือเพิกถอนใบอนุญาต

กระบวนการดำเนินงานของแพทยสภา

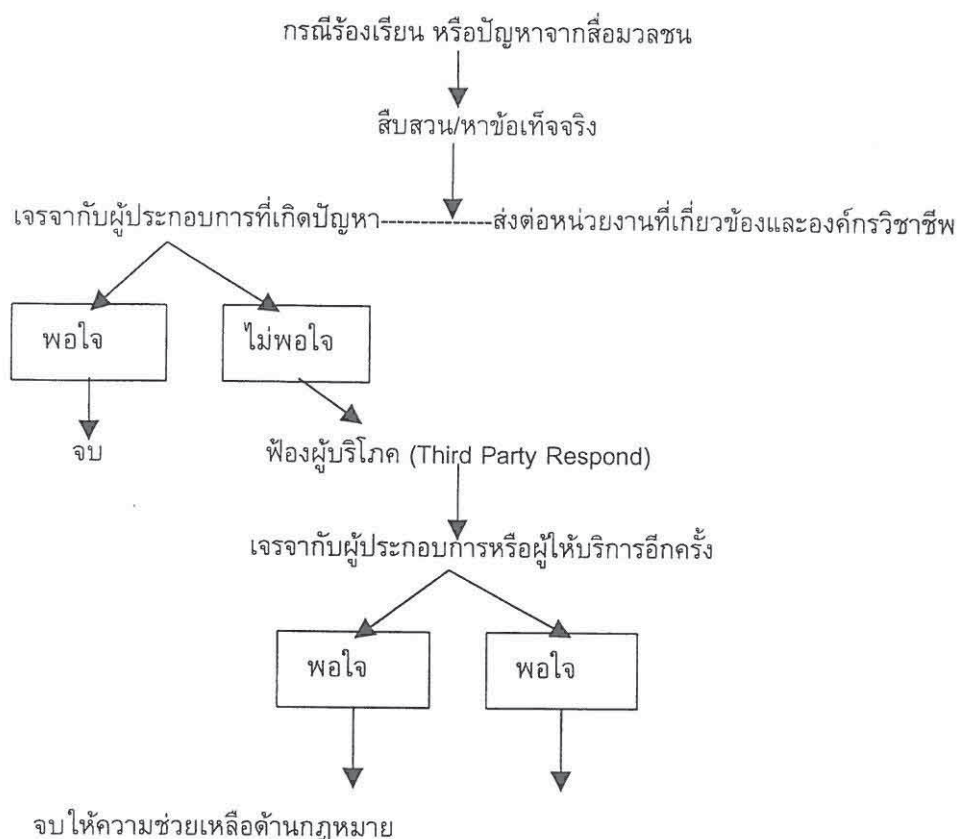


อย่างไรก็ดี ในช่วงที่ผ่านมา มีเรื่องเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการแพทยสภามากมาย โดยเฉพาะเรื่องของจริยธรรมนั้นมีรายละเอียดมาก จึงมีการแต่งตั้งคณะกรรมการกลั่นกรองการพิจารณาด้านจริยธรรมขึ้นทำหน้าที่กลั่นกรองผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมและอนุกรรมการสอบสวน การแต่งตั้งชุดพิจารณาเรื่องร้องเรียนเพิ่ม เพื่อให้รวดเร็วและถูกต้อง ให้ความสำคัญกับกรณีที่เป็นข่าวในสื่อมวลชน เพื่อให้การประชุมพิจารณาเรื่องนี้ในคณะกรรมการแพทยสภามีความรอบคอบและใช้เวลาสั้นลง

ในปี 2540 ได้มีการออกข้อบังคับการดำเนินการด้านจริยธรรมของแพทยสภาเกี่ยวกับการแต่งตั้งคณะกรรมการกลั่นกรองไว้ว่าจะตั้งหรือไม่ตั้งก็ได้ ซึ่งคณะกรรมการแพทยสภาก็มีมติแต่งตั้งให้ทำหน้าที่ต่อเนื่องเรื่อยมา คณะกรรมการกลั่นกรองมีทั้งสิ้น 15 ท่าน เป็นบุคคลที่อยู่ในคณะกรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งทั้งหมด

วิธีการดำเนินการพิจารณาเรื่องร้องทุกข์ของศูนย์พิทักษ์สิทธิผู้บริโภคมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

กระบวนการทำงานของศูนย์พิทักษ์สิทธิผู้บริโภคมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค



การสังเคราะห์ข้อเสนอการพัฒนาระบบ/กลไก ที่จะให้ผู้บริโภคได้รับค่าชดเชยอย่างรวดเร็วและเป็นธรรม โดยไม่ต้องรอการไต่สวนหาผู้รับผิดชอบ

1) การปรับปรุงประสิทธิภาพในการให้ความช่วยเหลือจากกลไกปกติที่มีอยู่

ในระยะเร่งด่วน คือการปรับกลไกในองค์กรวิชาชีพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทยสภา กองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข กองเงินทุนทดแทน ประกันสังคมฯฯ จะต้องปรับปรุงองค์ประกอบให้มีส่วนร่วมจากภาคอื่น ๆ ในสังคมมากขึ้น เช่น องค์กรผู้บริโภคที่มีกิจกรรมด้านนี้ สื่อมวลชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นด้านความโปร่งใส และที่สำคัญจะอย่างไรให้กลไกเหล่านี้มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจ ดังเช่น กลไกสภาการแพทย์ในประเทศอังกฤษที่มีองค์ประกอบของบุคคลอื่น(Lay man) ที่ไม่ใช่แพทย์ถึงหนึ่งในสี่

2) กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนให้เกิดระบบตรวจสอบและการมีส่วนร่วมในการควบคุมคุณภาพการให้บริการในสถานบริการทุกระดับจากชุมชนและองค์กรที่เกี่ยวข้อง

ซึ่งกลไกข้างต้นควรพัฒนาให้เป็นกลไกส่วนหนึ่งที่สามารถตรวจสอบได้ โปร่งใส และมีส่วนร่วมจากบุคคลภายนอกได้ในแต่ละระดับ ตลอดจนการมีตัวแทนของผู้ป่วยหรือผู้บริโภค องค์กรผู้บริโภค สื่อมวลชนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบบริการที่พึงประสงค์ในอนาคต

3) รัฐควรให้การสนับสนุน ทั้งในด้านงบประมาณและปัจจัยอื่น ๆ ในการสร้างความเข้มแข็งให้ผู้บริโภคและกลุ่มผู้บริโภค ในการเรียกร้อง ชดเชย ค่าเสียหาย

เพื่อผลักดันให้เกิดการพัฒนาและส่งเสริมให้มีกลไกในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพที่ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงได้ง่ายและมีความเป็นอิสระในการพิจารณาและตัดสินใจ ตลอดจนสนับสนุนข้อมูลที่เป็นต่อผู้บริโภค หรือรวมกลุ่มผู้บริโภคในการคัดค้านและสนับสนุนกิจกรรม ตลอดจนตรวจสอบคุณภาพการบริการ รวมถึงการให้เป็นตัวแทนผู้บริโภคในการเรียกร้อง ชดเชย ค่าเสียหาย รัฐจึงควรให้การสนับสนุน ทั้งในด้านงบประมาณและปัจจัยอื่น ๆ ในการสร้างความเข้มแข็งให้ผู้บริโภคและการสร้างกลุ่มผู้บริโภค ตัวอย่างเช่นการสร้างสภาผู้บริโภค ที่มีลักษณะคล้ายกับสภานายความในปัจจุบัน

4) การบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจังเข้มงวด และการปฏิรูปกระบวนการทางศาลตลอดจนกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพหลายฉบับ เช่น พระราชบัญญัติอาหาร พระราชบัญญัติยา พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ฯลฯ ซึ่งเน้นในเรื่องการขออนุญาตในการนำ สิ่งเข้าไปในประเทศ การขออนุญาตผลิต การขอขึ้นทะเบียน การควบคุมคุณภาพมาตรฐาน การขออนุญาตขายการควบคุมการโฆษณา การกำกับดูแลก่อนออกจำหน่ายในท้องตลาด การเฝ้าระวัง ติดตาม ตรวจสอบเมื่อผลิตภัณฑ์ออกสู่ท้องตลาดแล้ว หากมีการการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจังเข้มงวด ก็จะลดปัญหาในเรื่องคุณภาพและมาตรฐานของผลิตภัณฑ์สุขภาพได้มาก นอกจากนี้ควรมีการปรับปรุงกฎหมายและข้อบังคับที่เหมาะสมในเรื่องต่อไปนี้

1. กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค ให้สิทธิของผู้บริโภคมากขึ้น ครอบคลุมมากกว่าเดิมและสอดคล้องกับ สิทธิผู้บริโภคสากล ได้แก่

- สิทธิที่จะได้รับสินค้าและบริการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต อันได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย การเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษา
- สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าและบริการ
- สิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองจากการหลอกลวงของโฆษณา หรือการแจ้งประกาศที่ก่อให้เกิดการเข้าใจผิด หรือสิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการตัดสินใจเลือกซื้อ
- สิทธิที่จะเลือกสินค้าและบริการได้อย่างเสรี
- สิทธิที่จะแสดงความคิดเห็นในฐานะตัวแทนผู้บริโภคเพื่อให้ได้รับประโยชน์ที่พึงได้รวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์ร่วมกับรัฐบาลในการบริหารจัดการ
- สิทธิที่จะรับค่าชดเชยในกรณีที่ถูกละเมิด หลอกลวงให้ได้รับสินค้าและบริการที่ไม่มีคุณภาพ
- สิทธิที่จะได้รับความรู้และไหวพริบอันจำเป็นต่อการบริโภคอย่างเท่าทัน
- สิทธิที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี และสามารถยังชีพได้อย่างปลอดภัย

นอกจากนี้ให้เพิ่มเติมสิทธิผู้บริโภคที่จะได้รับความเป็นธรรมจากการพิสูจน์ความผิด การพิสูจน์ความผิดถือเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการ การพัฒนากฎหมายด้านสิทธิผู้ป่วยและการจัดการการละเมิดสิทธิผู้ป่วย

2. กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค ให้ผู้บริโภคได้รับค่าชดเชยอย่างรวดเร็วและเป็นธรรม โดยไม่ต้องรอการไต่สวนหาผู้รับผิดชอบ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้บริโภคในแต่ละด้าน สคบ.น่าจะเป็นแกนหลักในการบัญญัติเรื่องของผู้บริโภค และหน้าที่ของผู้ผลิตผู้จำหน่ายให้สมบูรณ์ใน พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค โดยระบุให้ชัดเจนว่าหากกฎหมายได้ก็ตามที่มาตรฐานทางสิทธิน้อยกว่า พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค ให้นำเอาสิทธิผู้บริโภคที่ได้บัญญัติไว้ในกฎหมายนั้นๆ

โดยอัตโนมัติ แต่หากกฎหมายใดมีสิทธิที่มีมาตรฐานสูงกว่าก็ให้ใช้สิทธิตามกฎหมายนั้นๆได้ การบัญญัติกฎหมายในลักษณะนี้จะทำให้หน่วยงานที่ดูแลกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบริโศคในด้านต่างๆอยู่ไม่สูญเสียวานาใจใดๆ

3. ปรับปรุงกฎหมายต่างๆให้สอดคล้องกับสังคม และมีข้อบังคับที่ทันสมัย ทั้งด้าน การผลิตและการบริโภค

เช่น

- การแก้ไข พระราชบัญญัติ ยานขับใหม่ ให้ มีกองทุนประชาชน หรือ กองทุนชดเชยของผู้ประกอบการ เข้า มาสนับสนุนเมื่อได้รับอันตรายจากยา มีมาตรการชดเชยความเสียหาย หน่วยงานของรัฐสามารถประกาศซื้อขายที่ไม่มี มาตรฐานได้ อุตสาหกรรมยานำไปสู่การพัฒนาเพื่อพึ่งตนเองและพัฒนาอย่างยั่งยืน มีหลักเกณฑ์ปฏิบัติที่ดีในการ ผลิตยา บริการยานำไปสู่การตั้งกองทุนพัฒนาระบบยา

การส่งเสริมการขายและการโฆษณา นำเกณฑ์ว่าด้วยจริยธรรมในการส่งเสริมการขายยาขององค์การอนามัย โลกมาเป็นแนวปฏิบัติ ราคาขายยุติธรรม มีโครงสร้างราคาและมาตรการควบคุมราคา การคุ้มครองสวัสดิภาพการ ใช้จ่ายของประชาชน มีบทบัญญัติให้การคุ้มครองรับผิดชอบต่อความเสียหายของผลิตภัณฑ์ยา ภาระในการพิสูจน์ ันตรายที่เกิดจากยา มีรูปแบบสัญลักษณ์ของบริษัทบนเม็ดยาเพื่อให้รู้แหล่งที่มา

- การแก้ไข พระราชบัญญัติ อาหารฉบับใหม่ ให้มีความเหมาะสม เป็นไปตามหลักสากล ทันต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆโดยจะเน้นโทษที่รุนแรงขึ้นและมาตรการใช้การกำกับมากกว่าการควบคุม ดังนั้นงานทางด้าน Pre - marketing เกี่ยวกับการพิจารณาออกใบอนุญาตจะลดลง แต่จะเพิ่มงานด้าน Post - marketing มากขึ้น

- ด้านเครื่องมือแพทย์ได้มีการจัดกลุ่มเครื่องมือแพทย์ให้เป็นมาตรฐานเดียวกับยุโรป โดยการจัดทำ Harmonized Standard ร่วมกับสมาคมเครื่องมือแพทย์ ต่อไปการขอCertificate of free sale ให้ผู้ประกอบการขอ กับ สมาคมเครื่องมือแพทย์

4. มีระบบตรวจสอบการทำงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ทำงานคุ้มครองผู้บริโภค

5. การพัฒนากระบวนการทางศาลให้มีประสิทธิภาพและรวดเร็วมากขึ้น เช่น ศาลผู้บริโภค

5) จัดทำเกณฑ์ในการชดเชยความเสียหาย ที่ไม่สมควรจะเกิดขึ้น ตลอดจนการสูญเสียโอกาสใน การปฏิบัติหน้าที่ตามปกติในวิถีชีวิต

ซึ่งเป็นความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากเจ้าหน้าที่และสถานบริการอย่างมีรูปธรรมชัดเจน เช่น การลืมหืมของไว้ใน ช่องท้องจากการผ่าตัด การสูญเสียโอกาสในการเรียน เป็นต้น

6) ปฏิรูประบบบริการให้ผู้บริโภคทุกคนมีหลักประกันด้านสุขภาพ (universal coverage of health care)

โดยให้ความสำคัญกับป้องกันความทุกข์ที่จะเกิดขึ้นจากหลักประกันด้านสุขภาพและน่าจะทำให้เกิดความเท่า เทียมในผู้บริโภคทุกกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนให้รับรู้เรื่องนี้อย่างกว้างขวาง ว่าหลักประกันแบบใดถึงจะเหมาะสม ประหยัดและมีประสิทธิภาพที่สุด

7) การสนับสนุนให้เกิดคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญในการเสนอและให้ความเห็นต่อการกำหนดมาตร การ นโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองบริโภคด้านระบบสุขภาพ

มาตรา 57 ของรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันได้กำหนดให้มืองค์การอิสระผู้บริโภคในการให้ความเห็นต่อการ กำหนดมาตรการ นโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภค

4. สังเคราะห์ข้อเสนอสาระบัญญัติที่ควรกำหนดไว้ในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

เนื่องจากพ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 แม้ว่าจะเป็นกฎหมายหลักที่ว่าด้วยเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค แต่ พ.ร.บ.นี้ไม่ใช่พ.ร.บ.เดียวที่พูดถึงเรื่องการคุ้มครอง ยังไม่มีการวิจัยใดๆที่ยืนยันว่าประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคทั้งหมดที่ฉบับ ดังนั้นสิทธิของผู้บริโภคในแต่ละกฎหมายจึงต้องมีการพิจารณาว่าควรเขียนให้อยู่รวมกันหรือให้เขียนแยกไปตามกฎหมายแต่ละฉบับ จากข้อมูลที่ศึกษา ผู้วิจัย เห็นว่าในพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ควรเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมียุทธศาสตร์สำคัญในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคในด้านสุขภาพ โดยมีสาระสำคัญในเรื่องต่อไปนี้

1. สิทธิของผู้บริโภค ซึ่งเป็นสิทธิที่สอดคล้องกับสากลและคำประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วย ขององค์การวิชาชีพด้านสุขภาพในประเทศไทย โดยมีสาระสำคัญคือ

1) สิทธิในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสม (appropriate and accessible health care)

ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ

ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันที ตามความจำเป็นแต่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่ บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

2) สิทธิที่จะไม่ถูกกีดกันจากความแตกต่างในด้านต่าง ๆ (freedom from discrimination)

ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย

3) สิทธิที่จะได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ (information and education)

4) สิทธิที่จะเลือกแพทย์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ๆ (choose a doctor or other health worker) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

5) สิทธิที่จะเลือกสถานบริการ (choose a health care establishment)

ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้

6) สิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอและเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (informed consent about treatment) ผู้ป่วยที่มาขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น

7) สิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล (participate in their own health care)

8) สิทธิที่จะได้รับการเคารพ การปกปิดความลับ ยอมรับในศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัว (respect, privacy, confidentiality and dignity)

ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น

ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอย่างเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับคำยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

9) สิทธิที่จะร้องเรียน (complain)

10) สิทธิที่จะได้รับการชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น (redress in the event of injury)

2. พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ควรกำหนดให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนที่ให้บริการทางสุขภาพ มีมาตรการที่ชัดเจนในเรื่องการคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค ตามข้อ 1

3. พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ควรกำหนดให้ มีกระบวนการของประชาสังคม องค์การอิสระ องค์การพัฒนาเอกชนที่เกี่ยวข้องในเรื่องสุขภาพ ให้มีส่วนร่วมในการกำหนดกฎเกณฑ์ ระเบียบปฏิบัติที่มีผลกระทบต่อผู้บริโภคทั้งทางตรงและทางอ้อม

4. พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ควรกำหนดให้มีองค์การอิสระ หรือองค์กรอิสระ ซึ่งอาจเรียกว่าคณะกรรมการองค์การผู้แทนผู้บริโภคด้านสุขภาพ ขึ้นมา 1 คณะกรรมการ มีหน้าที่หลักในการสนับสนุนให้เกิดองค์การเอกชน (NGO) หรือเครือข่ายขององค์การเอกชนเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคในด้านต่างๆขึ้น โดยคณะกรรมการต้องจัดงบประมาณและระบบจูงใจต่างๆ ให้โดยต้องให้องค์การเอกชนเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคเหล่านั้นมีอำนาจหลักในการให้ข้อมูลข่าวสารทั้งด้านคุณและโทษกับสาธารณะได้ โดยกฎหมายให้ความคุ้มครอง องค์การอิสระกลางนี้ จะมีบทบาทในลักษณะหนุนกับเชื่อม ทำหน้าที่เป็นสื่อระหว่างภาครัฐกับองค์การเอกชนที่เป็นสมาคมในเรื่องต่างๆที่เกี่ยวกับผู้บริโภค

วิธีคัดเลือกตัวแทนของคณะกรรมการกลางให้ออกเป็นกฎกระทรวง โดยให้มีผู้แทนที่หลากหลาย นอกจากนี้คณะกรรมการองค์การผู้แทนผู้บริโภคด้านสุขภาพ ยังต้องทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้บริโภคในการร้องเรียน การเรียกร้องค่าเสียหาย และ ให้ผู้บริโภคได้รับค่าชดเชยอย่างรวดเร็วและเป็นธรรม

5. พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ควรกำหนดให้มี กลไกการจัดการกรณีเกิดการละเมิดสิทธิผู้บริโภคด้านสุขภาพ และผู้บริโภคได้รับค่าชดเชยอย่างรวดเร็วและเป็นธรรม โดยอาศัยกลไก

- กลไกหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง ที่สำคัญ ได้แก่ กองประกอบโรคศิลปะ ซึ่งรับผิดชอบ กำกับดูแลสถานบริการทั้งหมด หรือกองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานที่รับผิดชอบการประกันตามกฎหมายประกันสังคม หรือสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานกฤษฎีกา ในกรณีร้องเรียนเพื่อชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น เป็นต้น
- กลไกองค์กรวิชาชีพ เช่น แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา ฯลฯ
- องค์การอิสระ หรือองค์กรอิสระ ซึ่งอาจเรียกว่าคณะกรรมการองค์การผู้แทนผู้บริโภคด้านสุขภาพ
- กลไกจากองค์กรพัฒนาเอกชน เช่น ศูนย์พิทักษ์สิทธิผู้บริโภค มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น

6. พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ควรกำหนดให้พ.ร.บ.ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น พ.ร.บ.ยา พ.ร.บ.อาหาร ฯลฯ กำหนดให้มีระบบการร้องเรียน ระบบการเรียกร้องค่าเสียหาย และ ให้ผู้บริโภคได้รับค่าชดเชยอย่างรวดเร็วและเป็นธรรม โดยไม่ต้องรอการไต่สวนหาผู้รับผิดชอบ ในพ.ร.บ.แต่ละฉบับ โดยพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติจะเป็นแกนหลักในการบัญญัติเรื่องของสิทธิผู้บริโภค และหน้าที่ของผู้ผลิตผู้จำหน่ายผู้ให้บริการให้สมบูรณ์ โดยระบุให้ชัดเจนว่าหากกฎหมายได้ก็ตามที่มาตรฐานทางสิทธิน้อยกว่า พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ให้นำเอาสิทธิผู้บริโภคที่ได้บัญญัติไว้ไว้ในกฎหมายนั้นๆโดยอัตโนมัติ แต่หากกฎหมายใดมีสิทธิที่มีมาตรฐานสูงกว่าก็ให้ใช้สิทธิตามกฎหมายนั้นๆได้

7. พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ควรกำหนดให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนที่ให้บริการทางสุขภาพ มีระบบการประกันคุณภาพที่มีมาตรฐาน และมีระบบตรวจสอบที่มีประ

8. สิทธิภาพหรือการมีส่วนร่วมจากภาคีที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบการตรวจสอบกันเองของกลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพ การมีตัวแทนผู้บริโภคเข้าไปมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและพัฒนาระบบ