

สมุดปกขาว

ชี้แจงข้อเท็จจริง

กรณี (ร่าง) พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหาย
จากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.

กรกฎาคม 2553

ทำไมต้องมีกฎหมายฉบับนี้

๑. ในอดีตก่อนมีพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อผู้ป่วยได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขและไม่ได้รับความช่วยเหลือจากหมอหรือโรงพยาบาล ผู้ป่วยมักจะเจ็บบ หรือมีจำนวนหนึ่งซึ่งน้อยมากไปขอรับความเป็นธรรมจากศาล ซึ่งพบว่ามีความยากลำบากในการพิสูจน์ความถูกความผิดที่เกิดขึ้น
๒. ดังนั้นในพ.ร.บ. หลักประกันจึงได้นำปัญหานี้ไปแก้ไขโดยกำหนดไว้ในมาตรา ๔๑ ให้มีการกันเงินไว้ไม่น้อยร้อยละ ๑ ไว้จ่ายแทนแพทย์และหน่วยบริการ เพื่อช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่ได้รับความเสียหายจากบริการสาธารณสุข ที่ไม่ได้เกิดจากพยาธิสภาพของโรคนั้นๆ ไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูกผิด และครอบคลุมเหตุสุดวิสัยทางการแพทย์ โดยมีคณะกรรมการไม่เกิน ๗ คน ประกอบด้วยผู้แทนผู้ให้บริการและผู้รับบริการในสัดส่วนที่เท่ากัน และผู้ทรงคุณวุฒิ ในการพิจารณาจ่ายเงินในระดับจังหวัด ปีที่ผ่านมามีผู้ขอรับการช่วยเหลือเพียง ๘๑๐ ราย และเข้าข่ายต้องช่วยเหลือจำนวน ๖๖๐ รายใช้เงินไปประมาณ ๗๓ ล้านบาทโดยมีผู้ใช้บริการในหน่วยบริการประมาณ ๒๐๐ ล้านครั้ง
๓. แต่กลไกการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา ๔๑ ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมเฉพาะคนไข้บัตรทองประมาณ ๔๗ ล้านคน ดังนั้นประชาชน ๑๖ ล้านคนยังไม่มีระบบใดๆ รองรับ เมื่อเกิดปัญหาแพทย์หรือหน่วยบริการนั้นก็ต้องเป็นผู้รับความเสี่ยงต้องจ่ายค่าเสียหายหรือค่าช่วยเหลือเบื้องต้น ด้วยแพทย์ หรือโรงพยาบาล

๔. ความขัดแย้งของแพทย์และคนไข้มีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งมีสาเหตุหลายประการ อาทิเช่น ระบบความสัมพันธ์เชิงอุปถัมภ์ได้ถูกเปลี่ยนแปลงเป็นระบบสิทธิขั้นพื้นฐานในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การแพทย์สาธารณสุขที่เป็นการค้ามากขึ้น การพัฒนาคุ้มครองสิทธิมนุษยชนในประเทศไทย ระบบทุนนิยม และบทบาทของสื่อมวลชน เป็นต้น โดยมีสถิติการฟ้องร้องคดีแพ่งต่อศาลในช่วงปี ๒๕๓๙-๒๕๕๑ จำนวน ๗๖ คดี และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปีในปัจจุบัน
๕. ในปี ๒๕๕๐ กลุ่มประชาชนผู้ได้รับความเสียหายทางการแพทย์ กลุ่มองค์กรผู้บริโภค กลุ่มผู้ป่วยและองค์กรพัฒนาเอกชน ได้ปรึกษารื้อถอนกัน และประสานความร่วมมือกับนพ.มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในสมัยนั้น จึงเป็นที่มาที่อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอให้มีการตั้งคณะทำงานยกร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข โดยมีนพ.พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข เป็นประธาน และมีองค์ประกอบจากนักวิชาการ แพทยสภา กองประกอบโรคศิลปะ ตัวแทนผู้เสียหาย องค์กรผู้บริโภค และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีหลักการสำคัญ 3 ประการ คือ การชดเชยความเสียหายจากบริการสาธารณสุขโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด การลดการฟ้องฟ้องระหว่างแพทย์และคนไข้ และการนำความเสียหายที่เกิดขึ้นปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุข และกระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุงเป็นร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุข และจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นจากแพทยสภาและผู้ประกอบวิชาชีพไม่น้อยกว่า 300 คน โดยกลุ่มประชาชนผู้เสนอกฎหมายคัดค้านการรับฟังความคิดเห็นในครั้งนั้น เพื่อนำร่างเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี

๖. คณะรัฐมนตรีรับหลักการ และได้ส่งต่อให้คณะกรรมการกฤษฎีกา พิจารณาและจัดทำเป็นกฎหมายของรัฐบาล ตลอดขั้นตอนในคณะกรรมการ มีตัวแทนทุกภาคส่วน ทั้งจากกองประกอบโรคศิลปะ แพทยสภา แพทยสมาคม สมาคมคลินิกเอกชน ตัวแทนผู้เสียหาย องค์กรผู้บริโภค ผู้ทรงคุณวุฒิและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน ร่วมกันพิจารณาจนได้เป็นร่างของคณะรัฐมนตรีที่รอการพิจารณาใน สมัยประชุมนิติบัญญัตินี้
๗. นอกจากนี้ ตัวแทนผู้ป่วย องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรผู้บริโภค ได้ เข้าพบนายกรัฐมนตรีเพื่อให้มีการจัดตั้งกองทุนชั่วคราวในการชดเชย ความเสียหาย โดยนายกรัฐมนตรีได้มอบหมายให้จัดทำข้อมูลรายละเอียด ว่า จะใช้งบประมาณในการดำเนินการจำนวนเท่าใด ซึ่ง ปัจจุบันได้มีการเสนอข้อมูลให้นายกรัฐมนตรีเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ความคืบหน้าของกฎหมายฉบับนี้

๑. ปัจจุบันมีกฎหมายทั้งหมด ๗ ฉบับที่ถูกเสนอและรอการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎรวาระที่ 1

- ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. (คณะรัฐมนตรี เป็นผู้เสนอ) [1]
- ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. (นายเจริญ จรรย์โกมล กับคณะ เป็นผู้เสนอ) [2]
- ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. (นายประสิทธิ์ ชัยวิรัตน์นะ กับคณะ เป็นผู้เสนอ) [3]
- ร่างพระราชบัญญัติสร้างเสริมความสัมพันธ์ในระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ. (นายบรรพต ตันธีรวงศ์ กับคณะ เป็นผู้เสนอ) [4]
- ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ให้บริการและผู้รับบริการสาธารณสุข พ.ศ. (นางอุดมลักษณ์ เฟิงนรพัฒน์ กับคณะ เป็นผู้เสนอ) [5]
- ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. (นายสุทัศน์ เงินหมื่น กับคณะ เป็นผู้เสนอ) [6]
- ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. (นางสาวสารี อ๋องสมหวัง กับประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง จำนวน ๑๐,๖๓๑คน เป็นผู้เสนอ) [7]

[1] ดูรายละเอียดที่ http://library2.parliament.go.th/giventake/content_hr/d051253-05.pdf

[2] ดูรายละเอียดที่ http://library2.parliament.go.th/giventake/content_hr/d051253-08.pdf

ข้อเท็จจริงในร่างกฎหมาย : คอบตรงทุกคำคัดค้าน

๑. ไม่มีแพทย์เข้าไปเป็นกรรมการเวลาพิจารณาคดี มี NGO ไปกว่าครึ่ง

คณะกรรมการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข ตามมาตรา ๗ มีบทบาทในการกำหนดนโยบายและมาตรการเพื่อคุ้มครองผู้เสียหาย พัฒนาระบบความปลอดภัย และการสนับสนุนการสร้างเสริมความสัมพันธ์อันดีในระบบบริการสาธารณสุข รวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

หากพิจารณามาตรา ๗(๓) มีพบผู้แทนสถานพยาบาล จำนวน ๓ คน เนื่องจากกฎหมายฉบับนี้ จัดให้มีกองทุนเยียวยาความเสียหาย โดยที่มาของเงินมาจากสถานพยาบาลของรัฐ(รัฐเป็นผู้จ่ายสมทบ) และสถานพยาบาลเอกชน จึงต้องมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในคณะกรรมการนโยบาย ตามกฎหมายนี้ให้นำหนักกับผู้จ่ายเงินเนื่องจากเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงมากกว่าผู้ประกอบการวิชาชีพ จึงมีผู้แทนสถานพยาบาลและขณะเดียวกันน่าจะเป็นตัวแทนผู้ประกอบการวิชาชีพอยู่แล้ว โดยมีสัดส่วนที่กันกับผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้านสุขภาพ ซึ่งในปัจจุบันมีอยู่ไม่น้อยกว่า ๒๐๐ องค์กร ส่วนสุดท้ายเป็นตัวแทนผู้ทรงคุณวุฒิและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

[3] ดูรายละเอียดที่ http://library2.parliament.go.th/giventake/content_hr/d051253-09.pdf

[4] ดูรายละเอียดที่ http://library2.parliament.go.th/giventake/content_hr/d051253-10.pdf

[5] ดูรายละเอียดที่ http://library2.parliament.go.th/giventake/content_hr/d051253-11.pdf

[6] ดูรายละเอียดที่ http://library2.parliament.go.th/giventake/content_hr/d051253-12.pdf

[7] ดูรายละเอียดที่ http://library2.parliament.go.th/giventake/content_hr/d051253-13.pdf

นอกจากนี้ในมาตรา ๑๒ ยังกำหนดให้มีคณะกรรมการอย่างน้อย ๒ คณะซึ่งเกี่ยวข้องกับ การพิจารณาและจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยโดยตรง

๑. คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้น ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค อย่างละ ๑ คน ผู้แทนสถานพยาบาลและผู้แทนผู้รับบริการอย่างละ ๑ คน ในคณะกรรมการจะเห็นว่ามีผู้รู้เรื่องด้านการรักษาพยาบาลอย่างน้อย ๒ คน
๒. คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านสังคมศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านละ ๑ คน ที่สำคัญกว่านั้นคือ บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการไม่ได้มีหน้าที่พิจารณาหาผู้รับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้น

หลักการในการพิจารณาจ่ายเงินไม่ได้มีการพิสูจน์ถูกผิด กฎหมายฉบับนี้ไม่ได้ต้องการจับผิดแพทย์ แพ่งโทษรายบุคคล หรือพิจารณามาตรฐานของแพทย์ จึงไม่มีความจำเป็นต้องมีราชวิทยาลัยทุกสาขา และใช้กลไกเช่นเดียวกับกับแพทยสภา แต่ให้ใช้กลไกเช่นเดียวกับการพิจารณาการช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ของกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และไม่เห็นมีการคัดค้านเลยเมื่อมีผู้แทนผู้ประกอบการวิชาชีพมากกว่าผู้แทนองค์กรผู้บริโภคตามมาตรา ๑๒

๒. คนใช้ได้เงินสองต่อ โดยไม่ได้พิสูจน์ว่ามีความเสียหายเกิดจากการแพทย์หรือไม่หรือเป็นเพราะโรคเอง

คนไข้จะได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นหากมีความเสียหาย แต่หากเป็น

เพราะโรคนั้นๆ หรือพยาธิสภาพของโรคจะไม่ได้รับเงินช่วยเหลือ หรือชดเชย ไม่ใช่ผู้ป่วยที่เสียชีวิตทุกรายที่โรงพยาบาลแล้วต้องได้เงิน

การช่วยเหลือเบื้องต้น ต้องดำเนินการภายใน ๓๐ วัน เพราะต้องการความรวดเร็วเพื่อลดความขัดแย้ง และพิจารณาจ่ายเงินชดเชยต่อไป ยึดหลักการพิจารณาคดีแพ่งเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือเทียบเท่าหรือไม่น้อยกว่าการฟ้องคดีมากนัก เพราะจะเป็นการสกัดการฟ้องคดี หรือหากฟ้องคดีก็คงไม่ได้รับเงินชดเชยมากไปกว่านี้

๓. ได้เงินแล้ว คนใช้มีสิทธิ์ฟ้องอาญาแพทยได้อีก

แม้ว่าโดยหลักการแล้ว การฟ้องร้องทางคดีอาญา จะเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน ที่ผู้เสียหายมีสิทธิใช้ ด้วยเป็นสิทธิทางกฎหมาย ที่ไม่สามารถมีกฎหมายใดมายกเลิกได้ แต่ด้วย หลักการแก้ปัญหาเชิงบวก ไม่แบ่งโทษที่บุคคล เน้นความร่วมมือ และให้ความช่วยเหลือเยียวยากับผู้ที่เป็นเหยื่อ ความผิดพลาดของระบบ กฎหมายการชดเชยฯ จะเป็นระบบที่ทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้เสียหายฯ ไม่ว่าผู้ป่วยหรือญาติ หันหน้าเข้าหากัน แทนการเผชิญหน้า เพราะโดยข้อเท็จจริงที่ปรากฏทั่วไปก็คือ การฟ้องร้องตามกฎหมาย เป็นเรื่องที่ชาวบ้านธรรมดาเข้าถึงได้ยาก เพราะยุ่งยาก เสียเวลานาน และได้ไม่คุ้มเสีย

นอกจากนี้ในร่างกฎหมายที่รัฐบาลเสนอเข้าสู่รัฐสภาที่ไม่มีมาตราใดที่จะเปิดช่องให้ฟ้องแพทย์หรือโรงพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่อื่นในโรงพยาบาลเลย ตรงกันข้ามกลับจะช่วยแพทย์และโรงพยาบาลอย่างมาก เพราะร่างมาตรา ๓๔ ของรัฐบาล กำหนดว่า “หากผู้เสียหายหรือญาติไม่ตกลงยินยอมรับเงินชดเชยและได้ฟ้องร้องผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายเป็นคดีต่อศาล ให้สำนักงานยุติการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้ผู้เสียหายหรือทายาทไม่มีสิทธิ์ที่จะยื่นคำขอตามพระราชบัญญัตินี้”

หรือเมื่อพิจารณามาตรา ๔๕ ที่กำหนดให้กรณีผู้ให้บริการถูกฟ้องเป็นจำเลยในคดีอาญาฐานกระทำการโดยประมาท หากศาลเห็นว่าจำเลยกระทำผิด ศาลสามารถนำข้อเท็จจริงต่างๆ ของจำเลยเกี่ยวกับประวัติ พฤติการณ์แห่งคดี มาตรฐานทางวิชาชีพ การบรรเทาผลร้ายแห่งคดี การรู้สำนึกในความผิด การทำสัญญาประนีประนอมตามกฎหมายฯ มาพิจารณาประกอบ ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นเพียงใดหรือจะไม่ลงโทษเลยก็ได้ จะเห็นได้ว่าร่างกฎหมายดังกล่าวได้พยายามป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในด้านต่างๆ อย่างรอบคอบ

๔. อายุคดีความยาวตั้งเป็น ๑๐ ปี ป่านนั้นก็ลืมนไปแล้วว่าเป็นเพราะ medical error หรือ ตัวโรคเอง

กฎหมายฉบับนี้ไม่ได้ขยายอายุความ แต่ปัจจุบันประเทศไทยมีพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งมีหลักเรื่องอายุความเช่นเดียวกับร่างกฎหมายฉบับนี้ โดยยึดหลักกรณีความเสียหายต่อร่างกาย-สุขภาพ ที่ผลของสารที่สะสมในร่างกายใช้เวลาในการแสดงอาการ ต้องใช้สิทธิภายใน ๓ ปี เมื่อรู้ถึงความเสียหายและรู้ผู้ประกอบการ แต่ไม่เกิน ๑๐ ปีจากวันที่รู้ความเสียหาย มาตรา ๑๓ ของพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค

๕. แต่ที่แน่ๆ เขาไม่ได้อ่านต้นฉบับ เขาฟังตู่ๆกันมา

อันนี้คงตอบแทนไม่ได้ แต่เชื่อว่าหากแพทย์ได้อ่านกฎหมายฉบับนี้แล้วน่าจะสนับสนุนกฎหมายฉบับนี้กันเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นผู้ที่อาจจะเสียผลประโยชน์ในเรื่องนี้

๖. เก็บตังค์หมอไป คุ่มครองหมอคนอื่นที่อาจจะทำชู้จริง เหมือน ประกันในต่างประเทศ หลายคนคิดว่าทำไมฉันต้องจ่ายให้หมอชู้ๆ ด้วย

คุณหมอนักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ได้ให้เหตุผลไว้
อย่างน่าสนใจ ว่า เป็นการเปลี่ยนจากการรับประกันความเสี่ยงเป็นรายครั้ง
(post paid) ซึ่งมีมูลค่าสูงต่อครั้ง เปลี่ยนมาเป็นการแชร์ความเสี่ยงของทั้ง
ระบบ โดยการจ่ายเบี้ยสมทบแบบอัตราเฉลี่ยต่อคน จึงเป็นการเปลี่ยนรูป
แบบการระดมทุน ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนที่ต้องจ่ายเบี้ยสมทบอาจเก็บ
ค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้นจากการมารับบริการของผู้ป่วย ยกตัวอย่างเช่น ๘๐
บาท ต่อรายผู้ป่วยที่นอนค้างรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น ส่วนที่จะต้องเก็บ
จากโรงพยาบาลรัฐ ทางกองทุนจะของบประมาณรัฐบาลอุดหนุนปีต่อปี
(คนใช้โรงพยาบาลเอกชนต่างหวังว่าจะไม่ถูกเก็บ ๕๐๐ บาท)

๗. ประเทศสวีเดน คนฟ้องร้องมากขึ้น หลังจกมีกฎหมายฉบับนี้

ข้อกล่าวหาเรื่องนี้ไม่เป็นความจริง รายงานของ The Swedish
Patient Insurance Association ระบุว่า ก่อนปี ค.ศ. 1975 เมื่อยังไม่มี
ระบบชดเชยความเสียหายแบบนี้ในสวีเดน ผู้เสียหายต้องฟ้องร้องผ่านศาล
ตามกฎหมายว่าด้วยการละเมิด พบว่ามีผู้เสียหายได้รับการชดเชยประมาณ
๑๐๐ราย ต่อปีเท่านั้น หลังจกมีกฎหมาย The Swedish Patient Injury
Act แล้ว มีผู้เสียหายได้รับการชดเชยเพิ่มขึ้นเป็นประมาณปีละ ๕,๐๐๐ราย
โดยผู้เสียหายที่ร้องขอการชดเชยจะไม่มีภาระค่าใช้จ่ายใด ๆ ค่าใช้จ่ายที่เกิด
ขึ้นในกระบวนการพิจารณา การดำเนินการต่างๆ ตั้งแต่ร้องเรียนเข้ามา
จนกระทั่งได้รับการชดเชยเฉลี่ยรายละประมาณ ๙๐๐-๑,๐๐๐ เหรียญ (ยูโร)
เท่านั้น และประมาณร้อยละ ๕๐ ได้รับการชดเชยภายใน ๖ เดือน ร้อยละ
๘๐ ได้รับการชดเชยภายใน ๑ ปี เมื่อเทียบกับระบบการฟ้องศาล พบว่าค่า
ใช้จ่ายต่อรายสูงถึงประมาณ ๒๒,๐๐๐ เหรียญ และใช้เวลายาวนานหลายปี

๘. ไม่คุ้มครองกรณีเหตุสุดวิสัย ทำให้ฟ้องร้องต่อ

มาตรา ๖ วรรค ๒ ได้เขียนยกเว้นไม่คุ้มครองกรณีความเสียหายซึ่งหลีกเลี่ยงมิได้จากการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ

ซึ่ง เป็นการแก้ไขร่างกฎหมายในชั้นคณะกรรมการกฤษฎีกา โดยหากพิจารณาร่างกฎหมายหลายฉบับหรือแม้แต่ร่างกฎหมายฉบับประชาชนก็ไม่ได้รับข้อยกเว้นเรื่องนี้ไว้ นั่นเท่ากับว่า ให้การคุ้มครองในเรื่องนี้ และถือว่าเป็นเรื่องที่จะต้องคุ้มครองเพราะเป็นความเสียหายที่ไม่ใครตั้งใจให้เกิดขึ้น ซึ่งหากเห็นตรงกันก็เป็นรายละเอียดที่สามารถแก้ไขได้ในขั้นตอนการพิจารณากฎหมาย

๙. คนหมิ่นคน(คนที่เสนอกฎหมาย) เป็นคนที่ได้ประโยชน์กลุ่มเดียว หรือ NGO อยากเข้าไปเป็นกรรมการ หาผลประโยชน์จากกองทุน

กฎหมายนี้ให้สิทธิกับประชาชนคนไทยทุกคน การเสนอกฎหมายนี้โดยประชาชนเกิดขึ้นจากพัฒนาการการทำงานของเครือข่ายผู้ป่วย ผู้เสียหายทางการแพทย์ องค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพ และองค์กรผู้บริโภครวมถึงสนับสนุนการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน เท่าเทียมและมีคุณภาพตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญหลายยุคหลายฉบับ รวมทั้งมีโอกาสในการรับรู้ปัญหาความทุกข์ที่เกิดขึ้นจากผู้ใช้บริการสาธารณสุข

หากมองว่ากลุ่มองค์กรเหล่านี้ตั้งใจจะเข้าไปเป็นกรรมการบริหารกองทุนหาผลประโยชน์ องค์กรเหล่านี้ในปัจจุบันมีไม่น้อยกว่า ๓๐๐ องค์กรที่ขึ้นทะเบียนอย่างเป็นทางการกับทั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

คนกลุ่มนี้เป็นเพียงผู้ทำหน้าที่ในการใช้สิทธิตามรัฐธรรมนูญมาตรา ๑๖๓ ที่กำหนดให้ประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง ๑๐,๐๐๐ ชื่อเข้าชื่อกันเสนอกฎหมาย ซึ่งมีความยากลำบากและขั้นตอนมากมายในการดำเนินการที่ต้อง

รวบรวมทั้งสำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประชาชนในการเสนอ
กฎหมาย

และปัจจุบันทำได้เพียงยื่นกฎหมายไว้หน้าประตูรัฐสภา เพราะไม่มี
การให้ความสำคัญในการเสนอกฎหมายของประชาชนจากรัฐสภา เห็นได้
จาก(ร่าง) พ.ร.บ.องค์การอิสระผู้บริโภค พ.ศ. ตามรัฐธรรมนูญมาตรา
๖๑ หรือ(ร่าง) พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข พ.ศ.ที่
ยื่นรายชื่อ ๑๐,๐๐๐ ชื่อกับประธานรัฐสภา ไปมากกว่า ๑ ปี ตั้งแต่ วันที่
๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒ และ วันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๕๒ ตามลำดับ ใน
การเสนอกฎหมายของประชาชน และยังไม่ได้รับการพิจารณา หรือรับ
หลักการจากสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรแต่อย่างใด

ขอร้องเถอะอย่าคัดค้านให้ถอนร่างเลย เพราะไม่มีเหตุผลใด ๆ ไปมี
ส่วนร่วมอย่างเต็มที่และแก้ไขให้ดีที่สุด ในชั้นกรรมาธิการวิสามัญพิจารณากฎหมาย
ของรัฐบาล ซึ่งใช้เวลาไม่น่าจะน้อยกว่า ๑ ปี ไม่งั้นนั่นอดีตนาย
อานันท์ หรืออาจารย์สมบัติ ต้องปฏิรูปเรื่องการมีส่วนร่วมทางการเมือง(ทาง
ตรง)ของภาคประชาชนด้วย

สนับสนุนกฎหมายฉบับนี้ได้ที่...

โครงการปฏิบัติการองค์การอิสระผู้บริโภค (จำลอง)

มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

๔/๒ ซอยวัดมนโยธิน แขวงถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

โทร. ๐๒-๒๔๘-๓๗๓๗ โทรสาร ๐๒-๒๔๘-๒๗๓๓

www.consumerthai.org

สนับสนุนโดย...แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ