

แนวคิด การกล่าวโทษเหยื่อ & หน้าที่ด้านสุขภาพ





ชื่อหนังสือ

พิมพ์ครั้งแรก

จำนวน

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย

ที่ปรึกษา

บรรณาธิการ

ผู้เรียบเรียง

เรียบเรียงจากเอกสารวิชาการเรื่อง

ออกแบบโดย

พิมพ์ที่

แนวคิดการกล่าวโทษเหยื่อ & หน้าที่ด้านสุขภาพ
กันยายน ๒๕๕๙

๑๖,๐๐๐ เล่ม

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ๘๘/๓๙ หมู่ ๔

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๐ โทรสาร ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๑

www.nationalhealth.or.th

พลเดช ปิ่นประทีป

อรพรรณ ศรีสุขวัฒนา

ทิพิชา ไปษยานนท์

ทิพย์พิมล เกียรติวาทีรัตนะ และ อวยพร แต่ชูตระกูล

แนวคิดการกล่าวโทษเหยื่อ & หน้าที่ด้านสุขภาพ

ศึกษาโดย : พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข

สนับสนุนการศึกษาโดย :

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

บริษัท แก่นสาระ จำกัด

๑๕/๔ หมู่ ๓ ต.บางกระพิก อ.สามพราน

จ.นครปฐม ๗๓๒๑๐

พิมพ์ดี

คำนำ

ปรัชญาและแนวคิดของระบบสุขภาพที่บัญญัติไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ระบุในความข้อแรกว่า “สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของคน” ซึ่งเป็นไปตามหลักสากลที่บุคคลจะพึงได้รับสิทธิด้านสุขภาพที่จำเป็นตามหลักสิทธิมนุษยชน อย่างไรก็ตามในกระบวนการทบทวนธรรมนูญ ได้มีการอภิปรายถึง “สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพของประชาชน” ในหลายมุมมอง พร้อมกับข้อเสนอที่ให้ระบุ “สุขภาพเป็นหน้าที่ของประชาชน” ไว้ด้วย เพื่อให้เกิดความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเองมิให้ก่อเกิดความเสียหายทางสุขภาพ หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น สูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกาย รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม หรือดื่มสุรา อันเป็นเหตุนำมาซึ่งความเจ็บป่วย ที่ต้องใช้จ่ายเงินสาธารณะหรือภาษีของประชาชนในการดูแลรักษา

อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่า หน้าที่จะมาควบคู่กับการลงโทษ ดังนั้นหากกำหนดให้สุขภาพเป็นหน้าที่แล้ว เมื่อไม่ดูแลสุขภาพตนเองจนเจ็บป่วย บุคคลนั้นจะต้องถูกลงโทษหรือไม่ และจะได้รับการดูแลรักษาเหมือนผู้ป่วยทั่วไปหรือไม่ มีผู้เสนอว่าแนวคิดนี้เชื่อมโยงกับเรื่อง “การกล่าวโทษเหยื่อ” ที่เชื่อว่า การเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมนั้นไม่อาจตัดสินว่าเป็นความผิดของบุคคลนั้น เพราะอาจมีหลายปัจจัยที่ทำให้พวกเขาแสดงพฤติกรรมเช่นนั้น ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางเศรษฐกิจ การศึกษา วัฒนธรรม สื่อโฆษณา ฯลฯ ประชาชนจึงอาจตกเป็นเหยื่อในการถูกกล่าวโทษว่าพฤติกรรมของตนเองเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยได้

ในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2/2559 เมื่อวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2559 ที่ประชุมได้มอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ศึกษาประเด็นนี้เพิ่มเติม จนเกิดผลการศึกษาที่ได้เสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการฯ ในเวลาต่อมา

เอกสาร “แนวคิดการกล่าวโทษเหยื่อ & หน้าที่ด้านสุขภาพ” ฉบับนี้ได้เรียบเรียงขึ้นใหม่จากต้นฉบับงานวิชาการของนายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข

อดีตผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและที่ปรึกษาสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ โดยเอกสารเล่มเล็กๆ นี้จะสื่อสารให้ผู้อ่านได้เข้าใจถึงความเชื่อมโยงระหว่างแนวคิดเรื่อง “การกล่าวโทษเหยื่อ” กับ “หน้าที่ด้านสุขภาพ” และ “สิทธิด้านสุขภาพ” อธิบายแนวคิด หลักการ ความหมายผ่านกรณีตัวอย่างที่พบเห็นได้ในสังคมทั่วไป โดยจัดแบ่งเนื้อหาออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรก “การกล่าวโทษเหยื่อด้านสุขภาพ” และส่วนที่สอง “หน้าที่ด้านสุขภาพ” ซึ่งทั้ง 2 ส่วนนี้มีความเชื่อมโยงและสามารถนำไปใช้อ้างอิงซึ่งกันและกัน

สช. หวังเป็นอย่างยิ่งว่า เอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์และช่วยกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเรื่อง “สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ” ตามธรรมเนียมว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ให้กว้างขวางยิ่งขึ้นต่อไป

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

กันยายน 2559

สารบัญ

การกล่าวโทษเหยื่อด้านสุขภาพ	1
หน้าที่ด้านสุขภาพ	11
บรรณานุกรม	26

การกล่าวโทษเหยื่อด้านสุขภาพ

การเจ็บป่วยใดๆ นั้นมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยภายนอก อาทิเช่น การได้รับเชื้อหรือสารที่มีพิษทำให้เกิดโรค การถูกระแทกโดยของแข็งหรือของมีคมทำให้เกิดบาดแผล การถูกสัตว์มีพิษกัด ฯลฯ และปัจจัยภายในซึ่งมีมากมายและส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมส่วนบุคคล เช่น การมีพฤติกรรมการกินและการออกกำลังกายไม่เหมาะสมทำให้เกิดโรคอ้วน การสูบบุหรี่ทำให้เป็นโรคมะเร็งปอด การมีเพศสัมพันธ์ไม่เหมาะสมทำให้เป็นโรคเอดส์ ฯลฯ

คนโดยทั่วไปมีแนวโน้มที่จะกล่าวหาคนที่เจ็บป่วยจากปัจจัยภายในหรือพฤติกรรมส่วนบุคคลว่า เขาเหล่านั้นเป็นต้นเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยนั้นๆ เอง เพราะฉะนั้นสังคมไม่ควรจะให้ความช่วยเหลือเยียวยาความเจ็บป่วยนั้น เพราะเป็นการกระทำของเขาเอง และเป็นการทำให้เขาหลบจำ ไม่กลับไปปฏิบัติเช่นเดิมอีก

การกล่าวหานี้เรียกสั้นๆ ว่า “การกล่าวโทษเหยื่อ (Victim blaming)”

การกล่าวโทษเหยื่อคืออะไร?

การกล่าวโทษเหยื่อ คือ การโยนความผิดไปให้ผู้ป่วยว่าเขาหรือเธอใช้ชีวิตหรือมีพฤติกรรมทำให้ตัวเองตกอยู่ในความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย หรือเป็นโรคที่เกิดจากการ “ทำให้ตัวเองเจ็บป่วย”

ด้วยเหตุผลนี้จึงนำไปสู่การเสนอให้ผู้ป่วยต้องแบกรับภาระในการกระทำของตัวเอง ซึ่งหมายถึง “ค่าใช้จ่าย” ด้านสุขภาพ ทั้งแบบ “จ่ายทั้งหมด” และ “จ่ายบางส่วน”

กล่าวโทษเหยื่อมีลักษณะอย่างไร

รูปแบบในการโยนความผิดให้เหยื่อว่าเป็นฝ่ายที่ทำให้ตัวเองให้เจ็บป่วย มีหลายแบบและตั้งอยู่บนเงื่อนไขหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็น

- มีระบบความคิดและความเชื่อในการมองโลกแบบเดิม (Belief system)
- บิดเบือนความจริงอย่างเป็นระบบ (Systematic distortion of reality)
- บิดเบือนขึ้นโดยไม่รู้สึกรู้ตัว (Unconscious) หรือไม่ตั้งใจ (Unintentional)

รวมถึงการมีความคิดอย่างนั้น เพื่อรองรับเป้าหมายที่ตั้งไว้ในใจ

ทั้งนี้ทั้งนั้นมุมมองและแนวคิดในการกล่าวโทษเหยื่อ อาจเป็นการคิดและการมองปัญหาสังคมกันคนละแบบ

แบบแรก คือ Exceptionalism หรือ Freedom model มองว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมาจากการทำตัวเอง เช่น การตัดสินใจเดินข้ามทางม้าลาย ทำให้ตัวเองโดนรถชน จึงต้องยอมรับผลจากการ (ตัวเอง) ตัดสินใจ (พลาด) ของตัวเองอย่างไม่มีเงื่อนไข

แบบที่สอง คือ Universalism หรือ Facticity model หมายถึงการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากปัจจัยทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นเพราะสภาพสังคมไม่สมบูรณ์แบบหรือไม่เป็นธรรม ซึ่งคนทั่วไปสามารถคาดการณ์ถึงผลที่จะเกิดตามมาและป้องกันได้ผ่านการออกกฎเกณฑ์ ระเบียบ และนโยบายสาธารณะ แต่ไม่ยอมทำ

แนวคิดการผลักภาระให้เหยื่อแบบนี้มาจากการคิดและการมองปัญหาสังคมแบบ Exceptionalism เห็นตัวอย่างชัดเจนจากคดีข่มขืน ที่หญิงสาวมักจะถูกสังคมและคนรอบข้างตราหน้าว่าเป็นต้นเหตุ เช่น แต่งกายยั่วยุ ชอบพาตัวเองไปอยู่ในที่เปลี่ยวหรือไม่ก็เมาเหล้าขาดสติ

ซ้ำร้ายไปกว่านั้นเหยื่อบางคนก็โทษตัวเองด้วย นำไปสู่การเก็บตัวเงียบ เพราะคิดว่าตัวเองเป็นคนผิด โดยลืมนึกไปว่าต้นเหตุนั้นมาจากปัจจัยที่ตัวเองไม่สามารถควบคุมได้ ไม่ว่าจะเป็นสื่อลามกต่างๆ ที่เข้าถึงง่าย แค่เปิดโทรศัพท์ การขาดสติยับยั้งชั่งใจของฝ่ายกระทำ รวมถึงแนวคิดที่มาจากละครตบจูบแบบไทยๆ ที่ทำให้เข้าใจว่าการข่มขืนคือความบกพร่องโดยสุจริตและมีความรักซ่อนอยู่เบื้องหลัง...ซึ่งมันไม่ใช่

สาเหตุของการกล่าวโทษเหยื่อ

สาเหตุของการกล่าวโทษเหยื่อมีทฤษฎีทางจิตวิทยาารองรับอยู่ 3 ทฤษฎี คือ

1. Just world หรือ “โลกที่เป็นธรรม” ทฤษฎีนี้มีสมมติฐานว่า ทุกคนมีความเชื่อว่าโลกนี้ปลอดภัย และอยู่ในสังคมซึ่งเป็นธรรมและเชื่อถือได้ ทุกคนรับรู้ว่าจะเกิดกับบุคคลที่ดี และสิ่งที่ไม่ดีจะเกิดขึ้นกับบุคคลที่ไม่ดีเท่านั้น ดังนั้นเมื่อมีเหยื่อของเหตุการณ์ใดๆ เกิดขึ้น ความผิดจึงตกแก่เหยื่อคนนั้น

2. Attribution error หรือ “ความคลาดเคลื่อนของการให้เหตุผล”
โดยจะอธิบายพฤติกรรมแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

2.1 การให้เหตุผลภายใน (Internal) หมายถึง การกล่าวโทษว่าลักษณะเฉพาะของแต่ละคน (Personal characteristics) เป็นสาเหตุของพฤติกรรมของคนๆ นั้น

2.2 การให้เหตุผลภายนอก (External) หมายถึง การมองว่าสังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของแต่ละคน

ทั้งนี้ความคลาดเคลื่อนของการให้เหตุผลหรือการกล่าวโทษจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อให้น้ำหนักกับการให้เหตุผลภายในมากกว่าภายนอก การกล่าวโทษเหยื่อจึงเกิดขึ้น

3. Invulnerability theory หรือ “ทฤษฎีความอยู่ยงคงกระพัน”
แนวคิดหลักของทฤษฎีนี้คือ ไม่ว่าใครก็ตามต่างต้องการให้ตัวเองอยู่ห่างจากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (การตกเป็นเหยื่อ) ตามมาด้วยความรู้สึกผิดๆ ว่า เหตุการณ์นี้จะไม่เกิดกับพวกตน การกล่าวโทษเหยื่อจึงเป็นการ “แบ่งพรรคแบ่งพวก” พยายามทำให้เหยื่อแตกต่างจากตัวเอง คิดเอาเองว่าเหตุการณ์นี้จะไม่เกิดขึ้นกับตัวเองเด็ดขาด เพราะไม่เคยประสบอุบัติเหตุเช่นเหยื่อคนนั้น

แค้นเหยื่อในระบบสุขภาพสะ ใครรับผิดชอบ?

เหยื่อที่ถูกกล่าวโทษนี้ก็ไม่ต่างอะไรกับเหยื่อในระบบสุขภาพ ที่ตกเป็นจำเลยว่าทำตัวเองให้ป่วยแท้ๆ ก็ต้องรับผลกระทบกันไป

ทางหนึ่งอาจเป็นการมองด้วยใจที่คับแคบเกินไป เพราะมีปัจจัยตั้งร้อยแปด

ที่จะทำให้คนๆ หนึ่งล้มป่วยลงได้ เริ่มจากระยะใกล้ มองไปรอบๆ บ้าน หรือไกลไปถึงที่ทำงาน รวมทั้งปัจจัยด้านปัญหาปากท้อง สังคมรอบตัว วัฒนธรรม ฯลฯ ทั้งหมดนี้ถือเป็น “ผู้ก่อเหตุ” ได้หมด

แต่สถานการณ์ที่ผู้ป่วยมักตกที่นั่งลำบากในฐานะจำเลยนั้น เป็นเพราะข้อจำกัดทางจิตใจและร่างกายที่อ่อนแอกว่าคนปกติ ส่งผลให้ไม่สามารถเอาชนะเหตุผลที่จะปิดความรับผิดชอบจากคนอื่นที่มีอำนาจมากกว่าได้

การกล่าวโทษผู้อ่อนแอกว่าจึงไม่สมควรราย่างยิ่ง

ไม่มีใครอยากตกเป็นเหยื่อ

หากพิจารณาถึงสาเหตุที่แท้จริงของการกล่าวโทษเหยื่อทางด้านสุขภาพแล้ว ทั้งหมดทั้งมวลนั้นมาจากปัญหาเชิงโครงสร้างของความเจ็บป่วยที่ถูกกละเลย และพุ่งเป้าไปที่พฤติกรรมของเหยื่อเหนือสิ่งอื่นใด

ปัญหาเชิงโครงสร้างของความเจ็บป่วย เกิดจากการขาดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพที่ดี รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพ ชุมชนที่พร้อมมีส่วนร่วม ขาดการพัฒนาศักยภาพในบุคลากร ที่สำคัญคือ ระบบบริการสุขภาพที่ยังมีปัญหา

ส่วนการพุ่งเป้าไปที่พฤติกรรมของเหยื่อนั้น มาจากการมองปัญหาสุขภาพว่าเป็นเรื่องของบุคคล ส่วนหนึ่งเกิดจาก “แนวคิดชีวการแพทย์ (Biomedical model)” ที่มองร่างกายมนุษย์เหมือนเครื่องจักร และอธิบายความเป็นมาของโรคร้ายไข้เจ็บว่าเกิดจากชิ้นส่วนใดชิ้นส่วนหนึ่งของเครื่องจักรนั้นชำรุด อาจจะเป็นเซลล์ โมเลกุล ยีน ฯลฯ ใช้ความสามารถทางการแพทย์ตรวจจนเจอว่าสาเหตุของโรคนั้นมาจากเครื่องจักรชิ้นใด ก็ซ่อมสิ่งนั้นไป – จบเคส

นอกจากนี้ยังมองว่า **ปัจจัยทางชีววิทยาของคน (People’s biology)** เป็นตัวกำหนดฐานะทางสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ ยกตัวอย่างง่ายๆ เช่น คนที่ยากจน เพราะเกิดมาโง่และขี้เกียจ ฯลฯ

Robert Crawford ศาสตราจารย์ด้านสหวิทยาการวิทยาศาสตร์และศิลปะ แห่งมหาวิทยาลัยวอชิงตัน เจ้าของงานวิจัยและผลงานตีพิมพ์ทางวิชาการเรื่อง “*You are dangerous to your health: the ideology and politics*

of victim blaming” กล่าวว่า แนวคิดการกล่าวโทษเหยื่อด้านสุขภาพเกิดขึ้นพร้อมๆ กับการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ในสังคมที่มีความคาดหวังทางการแพทย์สูง การโทษว่าเป็นความผิดของเหยื่อเท่ากับการตอบสนองแนวคิดทางการเมืองว่า การใช้ชีวิตและพฤติกรรมส่วนบุคคลนั้นมีผลโดยตรงต่ออาการเจ็บป่วยและโรคร้ายมากกว่าโครงสร้างของระบบสุขภาพ

ยิ่งไปกว่านั้นการกล่าวโทษเหยื่อมีผลทางอ้อม ทำให้ค่ารักษาพยาบาลลดลง เพราะเหยื่อมักต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเอง (บางส่วน หรือทั้งหมด) เพราะตัวเองเป็นฝ่ายผิด

มีข้อมูลชุดหนึ่งนำเสนอว่า ในประเทศสหรัฐอเมริกามีคนที่ยาก่อนวัยอันควร (Premature death) ถึง 40 %

การตายก่อนวัยอันควรเกิดจากสาเหตุใดได้บ้าง?

ที่แน่ๆ คือ การใช้ชีวิตและพฤติกรรมส่วนบุคคล ที่ขยับสาเหตุการตายจากโรคติดเชื้อรุนแรงเป็นโรคเรื้อรัง เช่น การสูบบุหรี่ กินอาหาร ออกกำลังกาย การมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ ฯลฯ การสรุปดีๆ เช่นนี้ถือเป็นการกล่าวโทษเหยื่อ

ในทางกลับกัน การเลือกที่จะไม่โยนความผิดไปให้เหยื่อ และโทษว่าความเจ็บป่วยนั้นเกิดจากสังคมทั้งหมด ผลร้ายก็คือ คนๆ นั้นจะคิดว่าตัวเองไม่ต้องกระตือรือร้นหรือรับผิดชอบอะไร ปล่อยร่างกายไปตามยถากรรม

เพื่อไม่ให้สุดโต่งไปทางใดทางหนึ่ง จึงต้องมีการแก้ปัญหาโดยทางสายกลาง คือ ประชาชนต้องร่วมรับผิดชอบในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง และรัฐหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบก็ต้องทำอย่างอื่นร่วมด้วย

เหยื่อทางด้านสุขภาพมีใครบ้าง?

นักดื่มสุราและนักขับรถเร็ว

ประชากรไทย 20.86 % เคยดื่มแอลกอฮอล์ก่อนขับรถยนต์หรือจักรยานยนต์ และ 8.04 % เคยประสบอุบัติเหตุจากเมาแล้วขับด้วยตัวเอง ในจำนวนนี้เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ด้วยสัดส่วน 9.65 : 7.8 และพบในกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) มากกว่า

กลุ่มวัยทำงาน (อายุ 25-59 ปี) ทั้งๆ ที่กลุ่มวัยทำงานมาแล้วขับในปริมาณมากกว่า

โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ มียอดผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากที่สุด (25.6 % และ 19.8 % ในปี พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2553) รองลงมา ได้แก่ การขับรถเร็วเกินกำหนด

ส่วนวิธีที่คิดขึ้นมาเพื่อแก้ปัญหา คือ การตั้งข้อหา “เมาแล้วขับ” นั้นเป็นการพิจารณาเฉพาะพฤติกรรมส่วนบุคคลที่ผิดไปจากชีวิตประจำวัน (เข้าใจว่าปกติคือเมาไม่ขับ) แล้วส่งผลกระทบต่อตัวเอง ดังนั้นเมื่อคนๆ นั้นกระทำผิดด้วยการเมาแล้วขับเขาหรือเธอก็ควรจะมีส่วนรับผิดชอบความเสียหายที่เกิดขึ้น จึงมีข้อเสนอในสิทธิประกันสุขภาพต่างๆ ให้ยกเว้นการรักษาบุคคลเหล่านี้ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้ลด ละ เลิกพฤติกรรมชวนเสียเงินและเจ็บตัวเหล่านี้

แต่ถ้าลองทำใจกว้างๆ มองปัญหาเชิงโครงสร้างจะพบว่า ต้นทางอย่างธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีต้นทุนต่ำและมีกำไรมหาศาล ประกอบกับค่านิยมการดื่มสุราซึ่งอยู่คู่สังคมไทยมายาวนาน ทำให้บริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พยายามทุกวิถีทางที่จะให้ผู้ดื่มมากที่สุด ไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อม

พบว่ายังมีการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ห้ามขาย เช่น ปิมน้ำมัน 5.01 % วัด 2.65 % โรงงาน 1.41 % หอพัก 1.13 % ฯลฯ และดื่มในสถานที่ห้ามดื่ม เช่น บนถนน ฟุตบาท บนรถ 9.33 % วัด 6.18 % ปิมน้ำมัน 3.49 % สวนสาธารณะ 2.29 % ฯลฯ

นักดื่มหน้าใหม่อายุต่ำกว่า 18 ปี มีสัดส่วนการดื่มอยู่ที่ 8.92 % และเยาวชนไทยกว่า 90 % เห็นโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางโทรทัศน์ ทำให้เพิ่มการอยากลองดื่มขึ้น 4-8 เท่า

สื่อที่ได้รับความนิยมมากขึ้นเรื่อยๆ อย่าง Social media ก็มีผลช่วยสร้างภาพลักษณ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยผูกติดและมีพรีเซนเตอร์เป็นดาราและคนมีชื่อเสียงในวงการต่างๆ ที่ประสานพลังใส่ภาพลักษณ์ที่ซิก กูล เก่ เท ให้แก่การดื่ม

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงไม่ใช่เรื่องของพฤติกรรมส่วนบุคคล แต่มีส่วนเกี่ยวข้องกับธุรกิจอันมีมูลค่ามหาศาล

ห้กสูบบุหรีแะผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด

การสูบบุหรีทั้งมือหนึ่งหรือมือสอง มีส่วนทำให้เป็นโรคมะเร็งปอด โดยในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า 90 % ของโรคมะเร็งปอดเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี และประชาชนที่สูบบุหรีมีโอกาส 15-30 เท่า ที่จะป่วยและตายด้วยโรคมะเร็งปอด

ปี พ.ศ. 2554 ประเทศไทยมีจำนวนสิงห์อมควันวัย 15 ปีขึ้นไป 24 % แบ่งเป็นเพศชาย 46.6 % และเพศหญิง 2.6 %

จากสถิตินี้เราจึงคุ้นเคยดีกับการกล่าวโทษเหยื่อโรคมะเร็งปอดว่า เพราะเขาเหล่านั้นเลือกที่จะสูบเอง ธรรมดาๆ คือ ก็ควรต้องรับผิดชอบในสิ่งที่ตัวเองก่อไว้ ด้วยการจ่ายค่ารักษาเองในฐานะแบบอย่างที่ไม่ดีแก่สังคม

แต่หากพิจารณาดีๆ จะพบว่า

- ในทางระบาดวิทยา แม้การสูบบุหรีจะสัมพันธ์กับการเป็นโรคมะเร็งปอดถึง 90 % แต่ก็มีประชาชนจำนวนหนึ่งที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งปอดจากสาเหตุอื่นๆ ดังนั้นการกล่าวโทษว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดทุกรายเกิดเนื่องจากการสูบบุหรีจึงไม่ถูกต้อง
- บุหรีหรือยาสูบเป็นธุรกิจที่มีกำไรสูงมากเช่นเดียวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบริษัทบุหรีโดยเฉพาะบริษัทข้ามชาติมีการทำการตลาดค่อนข้างรุนแรงเพื่อกระตุ้นการบริโภคภายในประเทศ โดยเฉพาะนักสูบวัยรุ่น (15-17 ปี) มีถึง 18.2 % ที่เคยเห็นการโฆษณาบุหรี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแสดงบุหรี/ การตั้งวางซองบุหรี ณ ร้านค้าที่จำหน่ายบุหรี รวมถึงการปรากฏตัวของบุหรี และนักสูบในโลกภาพยนตร์ พฤติกรรมเลียนแบบจึงเกิดขึ้น

เรื่องที่เกิดขึ้นจริง

วันที่ 26-28 มิถุนายน พ.ศ. 2547 เด็กหญิงกนกพร หรือ “น้องหมี” มีไข้สูง ปวดหัว จึงเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง

แพทย์คนที่ 1 : สงสัยว่าเป็นปอดบวม และให้ยาปฏิชีวนะ แต่ตลอด 3 วันไข้ไม่ลด แต่น้องหมียังพูดคุยรู้เรื่อง กินอาหารเองได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ จนวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2547 น้องหมีมีอาการทรุดหนัก มีอาการชักในบางครั้ง

แพทย์คนที่ 2 : ทำการเจาะไขสันหลัง และสงสัยว่าเป็นเยื่อหุ้มสมองอักเสบ เมื่อให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญดูฟิล์มเอ็กซเรย์ ก็ยืนยันว่าเป็นวัณโรค จึงได้ให้การรักษาวัณโรคตั้งแต่นั้นมา

วันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2547 น้องหมีถูกส่งตัวไปที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น แพทย์วินิจฉัยว่าสมองติดเชื้อ เลือดไม่ไปเลี้ยงสมอง จนสมองน้องหมีไม่รู้รับและควบคุมตัวเองไม่ได้ พ่อแม่จึงฟ้องร้องไปยังกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะหน่วยงานต้นสังกัดของโรงพยาบาล ท้ายที่สุดศาลฎีกามีคำพิพากษาให้กระทรวงสาธารณสุขต้องชดใช้เงินจำนวน 2 ล้านบาท ให้น้องหมี

เรื่องนี้ปัญหาอยู่ตรงที่พ่อของน้องหมีซึ่งเคยป่วยเป็นวัณโรค ซึ่งติดต่อกับบุคคลข้างเคียงได้ ไม่ได้ให้ประวัติแก่แพทย์คนแรก จนกระทั่งแพทย์คนต่อมาวินิจฉัยว่าเป็นเยื่อหุ้มสมองอักเสบและสงสัยว่าจะมาจากเชื้อวัณโรค (บวกกับผลจากการดูฟิล์มเอ็กซเรย์) จึงกลับไปสอบถาม จึงพบว่ามูลเหตุมาจากวัณโรค

กรณีนี้มีผู้กล่าวโทษน้องหมีและครอบครัวว่า “...พ่อแม่ไม่รักษาสุขภาพลูกและตัวเอง เมื่อไปโรงพยาบาลแล้วไม่บอกประวัติให้ละเอียด ตรงนี้พ่อแม่ต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบด้วย” และใช้เป็นประเด็นต่อสู้กับโจทก์ในศาล

การกล่าวโทษครอบครัวของน้องหมีมีประเด็นชวนคิดต่อว่า พ่อของน้องหมีจะรู้หรือไม่ว่า การที่ตัวเองเคยป่วยเป็นวัณโรค จะมีผลต่ออาการของน้องหมี และส่งผลกระทบจนทำให้ลูกพิการ ถ้ารู้มาก่อนคงไม่มีพคนไหนในโลกอยากปกปิดข้อมูล ที่ช่วยชีวิตลูกได้

อีกสาเหตุหนึ่ง หรือแพทย์คนที่ 1 อาจไม่ได้ซักประวัติพ่อได้ละเอียดพอ เพราะมีผู้ป่วยรอตรวจจำนวนมาก ฯลฯ ทั้งหมดล้วนเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดกรณีเช่นน้องหมีได้ สิ่งสำคัญและควรทำ คือ ต้องพิจารณาก่อนกล่าวโทษเหยื่อด้วยความเชื่ออคติส่วนบุคคล

ยังมีอีกหลายตัวการ...

ก่อนจะกล่าวโทษเหยื่อว่าเป็นต้นเหตุเพียงหนึ่งเดียว ยังมีปัญหาเชิงโครงสร้างและนโยบายที่ร่วมก่อการไม่ใช่น้อย

1. ปัญหาด้านโภชนาการ คนโดยทั่วไปมักคิดว่าเกิดจากการที่เหยื่อกินอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ ชอบกินแต่อาหารขยะ (Junk food) และเครื่องดื่มน้ำตาลสูง ทำให้เป็นโรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ

ความจริงแล้วปัญหาด้านโภชนาการสัมพันธ์กับปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว บ้านที่ยากจน ทางเลือกในการเลือกซื้อเลือกกินก็น้อย ความรู้ในการเลือกกินก็เข้าไม่ถึง เพราะขาดโอกาสทางการศึกษา ยังไม่ต้องพูดถึงวิถีชีวิตที่เร่งรีบ ฟังปากท้องไว้กับกับข้าวถุง รวมถึงอาหารขยะที่โหมกระหน่ำโฆษณาซึ่งเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องเข้ามากำกับดูแล

2. ท้องก่อนวัยอันควร รูปแบบตัดปัญหาให้พันตัวก็จะได้ว่า เพราะความตึกคะนองของวัยรุ่น และรูปแบบการมีเพศสัมพันธ์ที่เปลี่ยนไป เช่น ไม่สวมถุงยางอนามัย เพราะเดี๋ยวถูกกว่าว่าสำส่อน ครั้นจะกินยาคุมกำเนิดหรือฉีดยาคุม ก็กลัวจะเป็นฝ้าหรือมดลูกแห้ง จึงมีเพศสัมพันธ์โดยที่ไม่ป้องกันและตั้งท้องขึ้นมา

แต่ผลการศึกษาจากต่างประเทศพบว่า ปัจจัยด้านรายได้มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของเด็กผู้หญิงในวัย 15-19 ปี โดยครอบครัวที่ยากจนที่สุด 10 % ล่าง เคยมีเพศสัมพันธ์ 70 % ขณะที่เด็กจากครอบครัวที่ร่ำรวยที่สุด 10 % บน เคยมีเพศสัมพันธ์เพียง 47 %

68 % ของเด็กผู้หญิงที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้สูง จะรู้สึก “แย่มาก” กับการตั้งท้อง ขณะที่เพียง 46 % ของเด็กผู้หญิงที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ จะรู้สึก “แย่มาก” กับการตั้งท้อง พ่อแม่ที่มีการศึกษาสูงกว่าจะใช้เวลาในการอบรมสั่งสอนลูกมากกว่า ทำให้การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรมีสัดส่วนน้อยกว่า แสดงให้เห็นว่าการเลี้ยงดูของพ่อแม่มีผลอย่างยิ่ง

นอกจากนี้การสอนเพศศึกษาในโรงเรียน ครูและผู้ร่างหลักสูตรจำนวนไม่น้อยยังคิดว่าวิชานี้คือ “ดาบสองคม” ไม่ต่างอะไรกับการชี้โพรงให้กระรอก เพราะความอยากรูโนสิ่งที่มีผู้ใหญ่ปกปิด จึงเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการท้องไม่พร้อมในวัยรุ่น

อย่าแคยหน้า แต่ต้องร่วมหาทางออก

1. เมื่อพบผู้ที่เจ็บป่วยไม่ว่าจะด้วยเหตุอันใดก็ตาม สิ่งแรกที่ควรแสดงคือ ความเห็นอกเห็นใจและความเอาใจใส่ เพราะลำพังแค่ปัญหาสุขภาพก็สร้างความทุกข์ให้มากพออยู่แล้ว เขาจึงต้องการกำลังใจจากคนรอบข้าง เพื่อมาเยียวยาให้ร่างกายและจิตใจฟื้นคืนโดยเร็ว

2. ก่อนกล่าวโทษบุคคลใด ให้คิดอย่างถี่ถ้วนและรอบคอบเสียก่อนว่าตั้งอยู่บนความจริง ไม่มีอคติและมองอย่างรอบด้าน และพึงระลึกเสมอว่า อย่าสร้างเหตุการณ์ “น้ำผึ้งหยดเดียว” เป็นอันขาด เพราะการกล่าวโทษไม่น่าจะมีประโยชน์ใดๆ นอกจากการกล่าวโทษที่มีผลตามกฎหมาย

3. การกล่าวโทษเหยื่อว่าทั้งหมดเป็นผลจากการทำตัวเอง คือ การมองปัญหาอย่างไม่รอบด้าน เพราะมีอีกหลายปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ ทั้งเหตุผลทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม อย่างที่ได้กล่าวไปแล้ว

การกล่าวโทษที่มุ่งเจตนาโยนความผิดและผลกระทบความรับผิดชอบ เช่น ค่ายรักษาพยาบาลให้เหยื่อ จึงเป็นสิ่งที่ไม่สมควรอย่างยิ่ง

นอกจากนี้การกล่าวโทษเหยื่อยังมีวัตถุประสงค์เพื่อโยนความผิดและความรับผิดชอบ (เช่น ค่ายรักษาพยาบาล) ให้เหยื่อ และละเลยที่จะดำเนินการใดๆ ที่เป็นสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง จึงเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องและไม่ควรเกิดขึ้น

4. กุญแจสำคัญอยู่ที่การคิดและมองปัญหาอย่างรอบด้านและรอบคอบ ว่ามีปัจจัยใดบ้างที่เอื้อให้เกิดปัญหา ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว ชุมชน ระบบสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม หรือการเมือง

5. การแก้ปัญหาควรทำควบคู่กันไป ทั้งในแง่ของการปรับพฤติกรรมและการปรับปรุงนโยบายด้านสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม จะได้ไม่เกิดเหตุการณ์กล่าวโทษกันอีก

หน้าที่ด้านสุขภาพ

1. สิทธิด้านสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้กล่าวถึง “สิทธิด้านสุขภาพ” ไว้ในธรรมนูญขององค์กรว่า หมายถึง “สิทธิที่จะเข้าถึงสุขภาพตามมาตรฐานขั้นสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เป็นสิทธิพื้นฐานที่ทุกคนควรได้รับ โดยไม่จำแนกเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อทางการเมือง ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม”⁽¹⁾ สิทธิด้านสุขภาพจึงเป็นสิทธิที่ทุกคนจะได้รับ แต่ปัญหาคือ ได้รับอะไร การได้รับ (การเข้าถึง) “สุขภาพ” นั้น องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของ “สุขภาพ” ครอบคลุมทั้งสุขภาพทั้งทางกาย จิต สังคม (ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดให้มี “ปัญญา” เป็นองค์ประกอบหนึ่งด้วย) ดังนั้นการสามารถเข้าถึงสุขภาพ จึงต้องมีการจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบและเป็นองค์รวม ไม่ได้ดำเนินการเฉพาะระบบการแพทย์เท่านั้น

ส่วนจะได้รับแค่ไหน องค์การอนามัยโลกใช้คำว่า “Highly attainable standard of health” ขณะที่บางนิยาม (เช่น จาก Wikipedia) ใช้คำว่า “Minimal standard of health” หรือ “A standard of living adequate for the health and well-being” มีการใช้คำว่ามาตรฐานขั้นต่ำเข้ามา จึงทำให้ได้นิยามสิทธิด้านสุขภาพใหม่ว่า เป็น “สิทธิที่ทุกคนจะเข้าถึงได้ในเกณฑ์ขั้นต่ำทางด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเกี่ยวข้องกับสิทธิด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม”⁽²⁾

สิทธิด้านสุขภาพมีทั้งเสรีภาพ (Freedom) และสิทธิที่รัฐจัดให้ (Entitlement) โดยเสรีภาพนั้นครอบคลุมตั้งแต่เสรีภาพในการดูแลสุขภาพตนเองและร่างกาย เสรีภาพที่จะปลอดจากการแทรกแซง เช่น การทดลองทางการแพทย์ต่างๆ

ส่วนสิทธิที่รัฐจัดให้ เช่น สิทธิที่ทุกคนจะเข้าถึงสุขภาพตามมาตรฐานขั้นสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ การทำให้ได้สิทธิด้านสุขภาพนั้นต้องอาศัยเงื่อนไขและปัจจัยทางสังคมและอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น ต้องมีบริการสุขภาพให้เพียงพอ มีสถานที่ทำงาน

ที่ปลอดภัย มีบ้านพักอาศัยที่ดีพอ มีโภชนาการที่เหมาะสม ฯลฯ

ด้วยเหตุนี้สิทธิด้านสุขภาพจึงมีส่วนใกล้เคียงกับสิทธิมนุษยชนด้านอื่นๆ เช่น สิทธิด้านอาหาร สิทธิด้านที่พักอาศัย สิทธิในการศึกษา ฯลฯ⁽³⁾

การที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศสิทธิด้านสุขภาพในปี พ.ศ. 2489 ทำให้แนวคิดดังกล่าวแพร่หลาย จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของประเด็นสิทธิมนุษยชน (Human rights) และถูกบรรจุไว้ใน International and regional human rights instruments อาทิเช่น⁽⁴⁾

- Universal Declaration of Human Rights (Article 25)
- American Declaration on the Rights and Duties of Man (Article 33)
- European Social Charter (Article 11)
- International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (Article 12)
- African Charter on Human and Peoples' Rights (Article 16)

ในเอกสาร (Fact sheet) ขององค์การอนามัยโลกและ High Commissioner for Human Rights ขององค์การสหประชาชาติ ได้กล่าวว่า มีความเข้าใจผิดๆ เกี่ยวกับสิทธิด้านสุขภาพ⁽⁵⁾ ดังนี้คือ

1. สิทธิด้านสุขภาพ (Rights to health) ไม่ใช่สิทธิในการมีสุขภาพดี (Rights to healthy) เพราะการมีสุขภาพดีเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยที่อยู่เหนือการควบคุม

2. รัฐไม่ต้องทำอะไรทันที เพราะสิทธิด้านสุขภาพเป็นเป้าหมายที่จะบรรลุในระยะยาว จริงๆ แล้วรัฐต้องใช้ความพยายามทั้งหมด บนเงื่อนไขทรัพยากรที่มีอยู่ในการดำเนินงาน เพื่อสิทธิด้านสุขภาพโดยไม่รอช้า

3. ประเทศที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ไม่ได้รับการยกเว้นที่จะดำเนินการเพื่อสิทธิด้านสุขภาพ รัฐควรจะสร้างหลักประกันสิทธิด้านสุขภาพบนพื้นฐานทรัพยากรที่มีอยู่จริง

๒. หน้าที่ของรัฐด้านสุขภาพ

สิทธิด้านสุขภาพได้ถูกกำหนดไว้ในกฎหมายหลายฉบับ อาทิเช่น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 (มาตรา 51-55) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (มาตรา 5-12) พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 (มาตรา 20) พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 (มาตรา 15-20) ฯลฯ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในการรักษาพยาบาล เช่น พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 (มาตรา 54) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (มาตรา 5) และพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 (มาตรา 5) สิทธิเหล่านี้เป็นสิทธิที่รัฐจะต้องจัดให้กับประชาชน จึงกลายเป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องดำเนินการด้านสุขภาพ

ทำไมรัฐต้องมีหน้าที่หลักด้านสุขภาพ

- **ปัญหาทางด้านสุขภาพมีความซับซ้อน (Complex problem)** เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ซึ่งเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ การที่จะแก้ปัญหาโดยบุคคลและประสบความสำเร็จนั้นทำได้ยาก⁽⁶⁾ แม้แต่เรื่องของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่วนบุคคลและวิถีชีวิต เพราะมีส่วนเกี่ยวข้องกับสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม
- **ปัญหาความไม่สมดุลงของข้อมูลด้านสุขภาพ (Asymmetry of information)** ระหว่างผู้ให้บริการและประชาชน ทำให้ประชาชนไม่สามารถประพจน์ปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมและเป็นประโยชน์แก่ตนเองได้ดีที่สุด⁽⁷⁾ และทำให้เกิดตลาดล้มเหลว (Market failure) ในการจัดบริการสุขภาพ ผู้ให้บริการสามารถกระตุ้นให้เกิดอุปสงค์ในบริการสุขภาพ ทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีทั้งราคาและคุณภาพไม่เหมาะสม⁽⁸⁾
- **ปัญหาความเสมอภาคในสิทธิด้านสุขภาพ (Equity problem)** ทำให้การแก้ไขปัญหาระดับบุคคล (โดยการระบุให้เป็นที่) ไม่อาจดำเนินการได้ รัฐจึงต้องเข้ามาจัดการระบบและเกื้อหนุนทรัพยากรให้เกิดความเสมอภาคและ

ความเป็นธรรม เช่น การจัดให้มีการสร้างสถานพยาบาลพร้อมทั้งบุคลากรในชนบทที่ห่างไกล การอุดหนุนครอบครัวที่ยากจนให้มีอาหารและที่พักอาศัยเพียงพอโดยเฉพาะสำหรับเด็ก ฯลฯ

- **เป็นหน้าที่ตามหลักศีลธรรม (Moral obligation)** โดยหน้าที่ตามหลักศีลธรรม หมายถึง สิ่งที่ต้องทำโดยเหตุผลทางด้านค่านิยมว่าจะไร้อุทหรืผิดหรือเหตุผลทางด้านจริยธรรม การที่ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะรับบริการด้านสุขภาพได้ ด้วยเหตุผลจากความยากจน ก็ชอบที่รัฐ (หรือสังคม) จะช่วยเหลือเยียวยา⁽⁹⁾ สังคมส่วนใหญ่ย่อมรับหน้าที่ (ตามหลักศีลธรรม) ที่จะให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนโดยถ้วนหน้า⁽¹⁰⁾

หน้าที่ของ “รัฐ” ในด้านสุขภาพ

1. หน้าที่ที่ต้องเคารพ (Obligation to respect) รัฐต้องเคารพในสิทธิด้านสุขภาพที่เท่าเทียมกันของทุกคน โดยต้องยับยั้งการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนบางกลุ่ม เช่น ชนกลุ่มน้อย ผู้ด้อยชั้น กลุ่มคนลี้ภัย กลุ่มคนอพยพที่ผิดกฎหมาย ฯลฯ และหลีกเลี่ยงการบังคับใช้นโยบายแบบจำแนกแยกแยะ โดยเฉพาะในกลุ่มสตรี

2. หน้าที่ที่ต้องปกป้อง (Obligation to protect) รัฐมีหน้าที่ป้องกันไม่ให้บุคคลที่สามเข้าไปแทรกแซงสิทธิด้านสุขภาพ เช่น การออกกฎหมายหรือมาตรการอื่นเพื่อสร้างหลักประกันว่า บริษัทเอกชนจะรักษาสิทธิมนุษยชนเมื่อไปใช้บริการสุขภาพหรือบริการอื่นๆ การควบคุมการทำการตลาดของยาและเครื่องมือแพทย์ การปกป้องบุคคลจากการกระทำโดยบุคคลที่สามซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อสิทธิด้านสุขภาพ การสร้างหลักประกันว่าบุคคลที่สามจะไม่จำกัดการเข้าถึงข้อมูลหรือบริการด้านสุขภาพของประชาชน รวมถึงการสร้างหลักประกันว่าบุคลากรด้านสุขภาพจะให้บริการแก่ผู้พิการโดยได้ Informed consent

3. หน้าที่ที่ต้องเต็มเต็ม (Obligation to fulfill) รัฐมีหน้าที่ยอมรับกฎหมายงบประมาณ การจัดการ และมาตรการอื่นๆ ที่จะได้ดำเนินการในเรื่องสิทธิด้านสุขภาพ มีแผนและนโยบายระดับชาติที่จะดำเนินงาน ครอบคลุมทั้งภาครัฐและเอกชน สร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ สร้างหลักประกันในการเข้าถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น น้ำดื่ม อาหาร งานสุขาภิบาล ฯลฯ

3. หน้าที่ยกของ “ประชาชน” ในด้านสุขภาพ

ขณะที่ “สิทธิ (Rights)” หมายถึง สิ่งที่คุณจะได้รับหรือได้กระทำให้สิ่งใดสิ่งหนึ่ง ด้วยเหตุผลทางกฎหมาย สังคม และจริยธรรม เป็นประโยชน์ที่คุณจะได้รับจากสังคม แต่ “หน้าที่ (Obligation)” หมายถึง บางสิ่งซึ่งบุคคลต้องกระทำ โดยเหตุผลทางด้านกฎหมาย ศีลธรรม ความจำเป็น หรือด้วย “การที่ได้รับสิทธิ” เป็นสิ่งที่คุณทำให้แก่สังคม⁽¹¹⁾ จะเห็นได้ว่ามีการเชื่อมโยงระหว่าง “หน้าที่” กับ “การได้รับสิทธิ”

ภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งเป็นกรอบกฎหมายในการปกครองประเทศ ประชาชนในฐานะผู้อยู่ภายใต้การปกครอง จะได้รับการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพไว้อย่างชัดเจน แต่ก็มีหน้าที่บางประการควบคู่ไปด้วย เพราะเมื่อรัฐได้ให้หลักประกันในเรื่องสิทธิและเสรีภาพแล้ว ประชาชนก็มีหน้าที่ต้องปฏิบัติต่อรัฐด้วย หากไม่ปฏิบัติก็จะมีบทลงโทษตามกฎหมาย⁽¹²⁾

เหตุผลที่ว่าเมื่อประชาชนมีสิทธิแล้ว ก็จำเป็นต้องมีหน้าที่ด้วย และเมื่อไม่ทำตามหน้าที่ดังกล่าว ย่อมกระทบกับสิทธิที่จะได้รับตามกฎหมายนั้น เป็นเหตุผลที่น่าจะยอมรับได้ง่าย แต่จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อสิทธินั้นไม่เป็น “สิทธิด้านสุขภาพ” เพราะ “สิทธิด้านสุขภาพ” เป็นสิทธิที่ให้กับประชาชนทุกคน จึงเห็นว่ากฎหมายต่างๆ ก็ไม่ได้มีการระบุหน้าที่ (ที่เชื่อมโยงกับสิทธิ) ไว้อย่างชัดเจน

จากการทบทวนพบว่า มีการระบุในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่กำหนดให้ประชาชนมีหน้าที่ด้านสุขภาพ แต่ก็เป็นที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และไม่มีบทลงโทษ (มาตรา 5 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) และตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ซึ่งกำหนดให้ผู้ประกันตนต้องมีหน้าที่จ่ายเงินสมทบ (มาตรา 46) จึงจะได้รับสิทธิ แต่ก็เป็นที่สิทธิเฉพาะกลุ่ม ไม่ได้เป็นของประชาชนทุกคน

หน้าที่ของประชาชนด้านสุขภาพจึงมีขึ้นด้วยเหตุผลอื่น (ไม่ใช่แลกกับสิทธิตามกฎหมาย) ที่สำคัญคือ การมีหน้าที่เพื่อประโยชน์ของสุขภาพตนเอง แต่ก็มีเหมือนกันที่ประชาชนมีหน้าที่ด้านสุขภาพเพื่อสุขภาพของคนอื่นและสังคมโดยรวม

หน้าที่ของประชาชนเพื่อสุขภาพตนเอง

1. หน้าที่ที่แตกต่างกับสิทธิในการรับบริการด้านสุขภาพ

ดังที่ได้กล่าวถึงผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 จะมีสิทธิในด้านการรักษาพยาบาลและอื่นๆ ได้ จะต้องเป็นลูกจ้างซึ่งมีอายุตามเกณฑ์ที่กำหนด และเป็นผู้จ่ายเงินสมทบตามที่กฎหมายกำหนดเท่านั้น (มาตรา 46) สิทธิที่ว่านี้จึงเป็นสิทธิที่รัฐจัดให้ (Entitlement) ลูกจ้าง ไม่ใช่ “สิทธิของประชาชน” ที่จะทำให้เกิดความเท่าเทียมของทุกคน ซึ่งเป็นเป้าหมายของสิทธิด้านสุขภาพ

ประเทศที่พัฒนาแล้วมีระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ 2 รูปแบบ ที่สำคัญคือ 1) Bismarck model เช่น ประเทศเยอรมนี ฝรั่งเศส เบลเยียม ญี่ปุ่น ฯลฯ และ 2) Beveridge model เช่น ประเทศอังกฤษ นิวซีแลนด์ เดนมาร์ก ฯลฯ

Bismarck model หรือ Social health insurance เป็นระบบที่เรียกเก็บเงินสมทบจากลูกจ้างและนายจ้าง (และอื่นๆ เช่น จากภาครัฐ) เพื่อจัดตั้งกองทุนสุขภาพ (Sickness fund) และให้สิทธิด้านการรักษาพยาบาลกับลูกจ้าง โดยไม่ได้มีเป้าหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในขณะที่ **Beveridge model** ใช้แหล่งเงินจากรายได้รัฐ (General government revenue) เพื่อจัดบริการสุขภาพให้กับทุกคน ในประเทศที่เป็น Bismarck model และลูกจ้างของสถานประกอบการขนาดเล็กที่ไม่สามารถจ่ายเงินสมทบได้ อาจจำเป็นต้องใช้เงินรายได้รัฐช่วยอุดหนุนเพื่อให้ได้รับสิทธิได้ เป็นการเปลี่ยนจาก “สิทธิของลูกจ้าง (Labor rights)” เป็น “สิทธิของพลเมือง (Rights of citizenship)”⁽¹³⁾ และเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิด้านสุขภาพ

“เงินรายได้” ที่จะนำมาซึ่งสิทธิด้านสุขภาพ จะต้องเป็นเงินรายได้รัฐซึ่งได้มาจากภาษีของประชาชนและอื่นๆ อาจจะเป็น Earmarked tax ก็ได้ แต่ก็ไม่ใช่ระบุว่า คนที่ไม่จ่ายจะไม่ได้รับสิทธิ เพราะสิทธิด้านสุขภาพเป็นสิทธิของทุกคน

ประสบการณ์จากประเทศสหรัฐอเมริกา

ในรัฐ West Virginia ของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ออกแบบ Medicaid program ใหม่ (โครงการรักษาพยาบาลสำหรับคนจน) โดยการลดสิทธิประโยชน์หากประชาชนไม่ลงนามและไม่ปฏิบัติตาม Medicaid Member Agreement แต่หากปฏิบัติตามข้อตกลงจะได้รับสิทธิประโยชน์เพิ่มเติม เช่น บริการเพื่อลดการสูบบุหรี่ โภชนศึกษา บริการด้านสุขภาพจิต ฯลฯ

การปฏิบัติตามข้อตกลงครอบคลุมการดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพดี การไปพบแพทย์เมื่อป่วยหรือต้องไปตรวจเช็คสุขภาพ (Check up) การไปพบแพทย์ตามนัดและกินยาตามสั่ง การนำเด็กไปพบแพทย์ตามนัดหรือเมื่อเจ็บป่วย ฯลฯ

สมาชิกที่ไม่สามารถทำตามข้อตกลงจะได้รับการเตือนและสามารถอุทธรณ์ได้ ส่วนสมาชิกที่ทำได้จะได้รับ Credit ซึ่งนำไปซื้อบริการที่ไม่ครอบคลุมในสิทธิประโยชน์ของ Medicaid ได้ เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกมีสุขภาพดี แม้ว่าจะไม่มีผลการดำเนินงานตามโครงการดังกล่าวอย่างเป็นทางการ แต่ก็มีผู้ทักท้วงว่า คนป่วยที่ยากจนอาจมีปัจจัยมากมาย (ที่อยู่เหนือการควบคุม) ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามข้อตกลงได้ เช่น การสื่อสารที่ไม่ดีกับแพทย์ ผลข้างเคียงของการรักษา ค่าแนะนำที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ ฯลฯ⁽¹⁴⁾

แม้สิทธิของสมาชิก Medicaid จะไม่ใช่สิทธิด้านสุขภาพ เพราะไม่ได้เป็นสิทธิของประชาชนทุกคน แต่กรณีนี้มีประเด็นที่น่าสนใจตรงที่การใช้แรงจูงใจ (ทางบวกและทางลบ) ของสมาชิกที่จะต้องทำ (เป็นหน้าที่หรือความรับผิดชอบ) ตาม Medicaid Member Agreement เพื่อการมีสุขภาพดีและความเจ็บป่วยได้รับการเยียวยา แม้ว่าผลยังไม่ปรากฏ แต่จะเห็นได้ว่ามีการโต้แย้งถึงข้อจำกัดทางด้านต่างๆ ที่เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างของความยากจน ที่อาจทำให้ผลของโครงการไม่ดีเท่าที่ควร

2. หน้าที่ของประชาชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

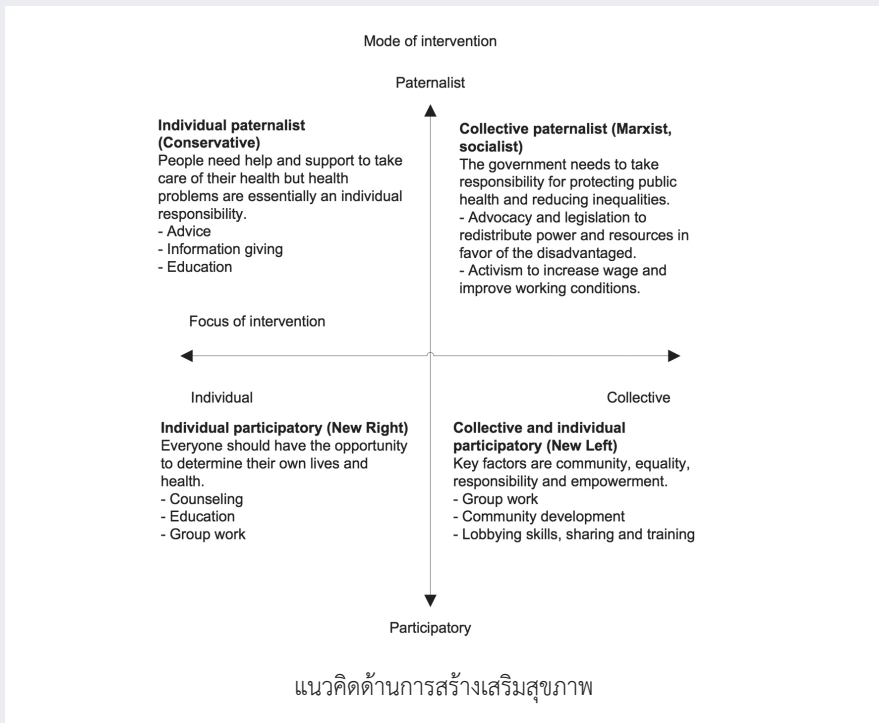
เริ่มแรกก็ต้องมีพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เหมาะสม ซึ่งเป็นหนึ่งในการดำเนินงานที่สำคัญตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter)¹ ปัจจุบันพบว่า ภาวะโรคต่างๆ ที่เป็นโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น และส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยมีแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพที่นักปรัชญาการเมืองแบ่งไว้เป็น 4 แนวคิด ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจเจกบุคคล สังคม และนวัตกรรมแบบมีส่วนร่วม คือ⁽¹⁵⁾

- **แนวคิดอนุรักษนิยม (Individual paternalist approach: Conservative)**
แนวคิดนี้มีความเชื่อว่า บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีนัยสำคัญ ทุกคนมีทรัพยากรและวิธีการที่จะดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ แนวคิดนี้ละเลยปัญหาเชิงโครงสร้างและความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ ซึ่งเชื่อมโยงกับฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นแนวคิดแบบตลาดเสรีนิยม และมีโอกาสที่จะเกิด “การกล่าวโทษเหยื่อ (Victim blaming)”² มากที่สุด
- **แนวคิดเสรีนิยมใหม่ (Individual participatory approach: New Right, Neoliberal)**
แนวคิดนี้แตกต่างจากแนวคิดอนุรักษนิยมตรงที่มีนักสร้างเสริมสุขภาพ (Health promoter) และให้นักสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ในลักษณะที่เท่าเทียมกันกับบุคคล (Client) แต่การตัดสินใจทั้งหมดก็ขึ้นกับบุคคลนั้น บุคคลจะกระตือรือร้นในการรับคำปรึกษา (Counseling) การรับความรู้ (Education) และการประชุมกลุ่ม (Group work) กับนักสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการเปลี่ยนบทบาทจากผู้บริโภค (Consumer) เป็นผู้ร่วมผลิต (Co-producer)

¹ ประเด็นที่ควรดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพใน Ottawa Charter ประกอบด้วย การสร้างนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาทักษะเฉพาะบุคคล และการปรับระบบบริการสุขภาพ

² การกล่าวโทษเหยื่อ คือ การกระทำที่ลดคุณค่าของเหยื่อจากภัยอาชญากรรมหรืออุบัติเหตุ เมื่อเหยื่อเป็นผู้รับผิดชอบ (ทั้งหมดหรือบางส่วน) ต่อเหตุการณ์ ในกรณีนี้เหยื่อคือผู้ที่เจ็บป่วยด้วยเหตุที่มีพฤติกรรมและวิถีชีวิตไม่เหมาะสม เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ไม่ออกกำลังกาย ฯลฯ และผู้ป่วยเป็นผู้กระทำเอง

- **แนวคิดซ้ายใหม่ (Collective and individual participatory approach: New Left)** แนวคิดนี้จะให้ความสำคัญกับบุคคลและการรวมกลุ่ม (เช่น เพื่อนบ้าน และชุมชน) กับกลไกตลาดเสรีที่บุคคลและชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วม เป็นการบูรณาการเข้าไปในชุมชน (บางครั้งเรียกว่า Communitarianism) และเป็นที่มาของสุขภาพ
- **แนวคิดแบบสังคมนิยม (Collective paternalist approach: Marxist, Socialist)** แนวคิดนี้มองปัจเจกบุคคลในลักษณะที่เชื่อมโยงกับสังคม และแยกบุคคลเป็นกลุ่มๆ (Social group) เป็นชนชั้น (Social class) ที่มีความไม่เท่าเทียมกันและเกิดความขัดแย้งกัน ดังนั้นการจัดการให้เกิดสุขภาพดีตามความจำเป็นด้านสุขภาพจึงต้องมีการจัดการอำนาจใหม่ (Redistribution of power) เพื่อให้ประชาชนแก่ผู้ด้อยโอกาส ซึ่งอาจทำในลักษณะ Top down หรือ Bottom up ก็ได้



อย่างไรก็ตามเป็นเรื่องยากที่จะบอกว่าแนวคิดด้านการสร้างเสริมสุขภาพใด ถูกต้อง แต่ละสังคมเลือกที่จะใช้แนวคิดต่างๆ ตามสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของตนเอง

สังคมที่เลือกใช้แนวคิดอนุรักษนิยม มีแนวโน้มที่กำหนดให้การมีพฤติกรรม และวิถีชีวิตที่เหมาะสมเป็น “หน้าที่ของประชาชนด้านสุขภาพ” มากที่สุด

ด้วยเหตุนี้จึงมีคำถามว่า ควรหรือไม่ที่รัฐจะกำหนดให้การกระทำหรือไม่กระทำ สิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นหน้าที่ของประชาชน เพื่อลดภัยทางด้านสุขภาพของตนเอง เพราะ เท่ากับไปจำกัดสิทธิเสรีภาพของประชาชนในการกระทำหรือไม่กระทำสิ่งนั้น³ (ประเด็น การตัดสินใจจะมีปัญหาน้อยลง หากพฤติกรรมนี้ส่งผลต่อสุขภาพของคนอื่น)

การตัดสินใจนี้ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมของประเทศและความเชื่อในเรื่อง แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ประเทศไทย การขับซึ่รถจักรยานยนต์แล้วต้องสวม หมวกกันน็อก เพราะการสวมหมวกกันน็อกจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมาก (พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522) แต่การสูบบุหรี่ไม่ได้ห้าม แม้จะพบว่า สัมพันธ์กับโรคมะเร็งปอดอย่างชัดเจน อาจเป็นเพราะการสูบบุหรี่เป็นค่านิยมของสังคม เป็นนิสัย เสพแล้วติด (Addiction) ฯลฯ เช่นเดียวกับการดื่มแอลกอฮอล์ เพียงแต่ว่า ดื่มแอลกอฮอล์จนเมาแล้วขับรถยนต์ไม่ได้ (พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522)

การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมจนทำให้เป็นโรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิต สูง และหลอดเลือด หากจะกำหนดเป็นหน้าที่ที่จะต้องบริโภคอาหารให้เหมาะสมแล้ว ก็จะทำให้ได้ยาก เพราะเรื่องรสนิยมและฐานะทางเศรษฐกิจ การที่มีร้านอาหาร (เช่น ร้านอาหารขยะหรือ Junk food) และร้านอาหารเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสม (เช่น เครื่องดื่ม ที่มีน้ำตาลปนอยู่มาก) ที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของบุคคล ฯลฯ

³ เหตุผลดังกล่าวสอดคล้องกับร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับผ่านประชามติ มาตรา 26 ที่ว่า การตรากฎหมายที่มีผลเป็นการจำกัดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่บัญญัติไว้ใน รัฐธรรมนูญ ในกรณีรัฐธรรมนูญมิได้บัญญัติเงื่อนไขไว้ กฎหมายดังกล่าวต้องไม่ขัดหลักนิติธรรม ไม่เพิ่ม ภาระหรือจำกัดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลจนสมควรแก่เหตุ และจะกระทบต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ของบุคคลมิได้ รวมทั้งต้องระบุเหตุผลความจำเป็นในการจำกัดสิทธิและเสรีภาพไว้ด้วย

ประสบการณ์จากประเทศอังกฤษ

ประเทศอังกฤษใช้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ มุ่งเน้นให้ประชาชนตระหนักและกระตือรือร้นในการรักษาสุขภาพ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสมด้านสุขภาพ โดยการให้ท้องถิ่นพัฒนายุทธศาสตร์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับ National Health Service (NHS) โดยยุทธศาสตร์ดังกล่าวต้องมีคุณภาพ มีข้อมูลเชิงประจักษ์รองรับ แล้วฝึกอบรมบุคลากรที่จะช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชน โดยปรับเปลี่ยนตามความกระตือรือร้นและความตระหนักรู้หรือความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ (Health literacy) ของประชาชน มีการให้ความรู้และการแนะนำโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General practitioner-GP)

การแนะนำโดยเพื่อนแบบตัวต่อตัวหรือแบบกลุ่ม บางพื้นที่มีผู้ฝึกอบรมทางด้านสุขภาพและเครือข่ายคอยให้คำแนะนำ สนับสนุน และกระตุ้นประชาชนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีการใช้แรงจูงใจ (ทั้งทางบวกและทางลบ) และการให้ข้อมูลข่าวสาร แต่กลับพบว่า ประชาชนยังไม่สามารถมีพฤติกรรมดังที่รัฐบาลแนะนำ (มีภาวะอ้วน 68 % ในเพศชาย และ 59 % ในเพศหญิง ต่อมแอลกอฮอล์ 37 % ในเพศชาย และ 28 % ในเพศหญิง ฯลฯ)⁽¹⁶⁾

ในประเทศอังกฤษยังมีธรรมนูญของระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (NHS Constitution) ที่กล่าวถึงสิทธิด้านสุขภาพของชาวอังกฤษ ขณะเดียวกันก็กล่าวถึงหน้าที่ด้วย โดยหน้าที่มีอยู่ 9 ข้อ ซึ่งครอบคลุมทั้งหน้าที่ของผู้มีสุขภาพดีและผู้ป่วยคือ

- (1) ท่านควรจะตระหนักว่า ท่านสามารถทำให้ชีวิตของท่านและครอบครัวมีสุขภาพดี และรับผิดชอบต่อหน้าที่ดังกล่าว
- (2) ท่านควรจะลงทะเบียนกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เพื่อให้เข้าถึงบริการของ NHS
- (3) ท่านควรจะปฏิบัติต่อบุคลากรของ NHS และผู้ป่วยอื่นๆ ด้วยความเคารพ
- (4) ท่านควรจะให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง
- (5) ท่านควรจะรักษาวินัยนัดหมายกับแพทย์และเลื่อนนัดในเวลาที่เหมาะสม

- (6) ท่านควรจะรักษาตามเงื่อนไขที่ท่านได้ตกลงไว้ และพูดกับแพทย์หากพบปัญหา
- (7) ท่านควรจะเข้าร่วมบริการสาธารณสุขที่สำคัญ เช่น การฉีดวัคซีน
- (8) ท่านควรจะมีใจว่าบุคคลที่ใกล้ชิดท่านมากที่สุด รับรู้เจตนาของท่านในการบริจาคอวัยวะ
- (9) ท่านควรจะให้ข้อมูล (ทั้งทางบวกและทางลบ) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับ

หน้าที่ข้อ 1 และข้อ 7 (อาจรวมข้อ 4) เป็นหน้าที่ที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค แต่หน้าที่ดังกล่าว หากไม่ปฏิบัติก็ไม่มีผลกระทบใดๆ (ทั้งทางด้านการเงินหรือแรงจูงใจอื่นๆ) การกำหนดให้มีหน้าที่ดังกล่าวขึ้น เพื่อเป็นแรงบันดาลใจให้ประชาชนถือปฏิบัติ ซึ่งเป็นมาตรการทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมดังกล่าว การไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ดังกล่าวอาจถือว่าไม่ได้รับเกียรติจากสังคม เพราะทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพต่อชุมชน หน้าที่ด้านสุขภาพที่จะเกิดผลดีต่อสุขภาพนั้น จะต้องมีส่วนร่วมระหว่างหน้าที่ของบุคคลและหน้าที่ของสังคม⁽¹⁷⁾ อย่างไรก็ตามไม่ได้มีรายงานว่า หน้าที่ด้านสุขภาพตามธรรมเนียมปฏิบัติที่ว่านี้ส่งผลอย่างไร

บทบาทขององค์กรระหว่างประเทศ

องค์กรบางแห่ง เช่น องค์การอนามัยโลก มีประกาศไม่รับสมัครบุคลากรซึ่งสูบบุหรี่ กินขนมหวานที่ต้องเคี้ยวก่อนกลืน (Chew) หรือสูบบุหรี่ แต่ยังมีบุคลากรที่มีวิถีชีวิตด้านอื่นๆ ที่ไม่เหมาะสมด้านสุขภาพ⁽¹⁴⁾ การดำเนินการนี้มีโอกาสส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี (ตามพฤติกรรมที่ห้ามไว้) เพราะอาจทำให้ประชาชนเลิกพฤติกรรมดังกล่าวเพื่อให้ได้งานทำ (แรงจูงใจทางบวก) และการที่องค์กรมีบุคลากรที่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพใกล้เคียงกัน ก็ยิ่งส่งผลให้พฤติกรรมดังกล่าวแพร่ขยายออกไป

หน้าที่ของประชาชนเพื่อสุขภาพของสังคม

มนุษย์เป็นสัตว์สังคม มีสัมพันธ์ภาพซึ่งกันและกัน นับจากความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่สุด เช่น เป็นบุตรซึ่งสัมพันธ์กับพ่อและแม่ เป็นเพื่อนบ้านที่อยู่ติดกัน เป็นเพื่อนที่โรงเรียนหรือที่ทำงาน ฯลฯ เราจึงมีความรับผิดชอบ (Ethical responsibility) ด้วยเหตุของความสัมพันธ์ดังกล่าวในการเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ทั้งๆ ที่เราไม่ได้สัญญาด้วยวาจา (Verbal promise) หรือการทำสัญญา (Contract) ในการที่จะกระทำดังกล่าวหน้าที่ที่จะต้องทำตามหลักศีลธรรม (Moral obligation) เป็นอะไรที่มากกว่าหน้าที่ตามสัญญา (Contractual obligation) ในกรณีนี้เช่นเดียวกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ที่แพทย์ห่วงใยผู้ป่วยและต้องการทำสิ่งดีๆ ให้กับผู้ป่วย โดยไม่ได้หวังสิ่งตอบแทนใด⁽¹⁸⁾

แพทย์เองมีหน้าที่ที่ต้องทำตัวให้มีสุขภาพดี (มีน้ำหนักเหมาะสม ออกกำลังกาย และไม่สูบบุหรี่ ฯลฯ) และแต่งตัวเหมาะสม (สวมเสื้อกาวน์ และมีหูฟังอยู่ที่คอหรือกระเป๋) เพื่อให้ประชาชนและผู้ป่วยนับถือ และเป็นการแสดงความนับถือต่อวิชาชีพด้วย แม้ว่าจะเป็นการปฏิบัติตามกระแสวัฒนธรรม แต่ก็นับเป็นหน้าที่ที่ต้องทำตามหลักศีลธรรมด้วย⁽¹⁹⁾

นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ที่ประชาชนต้องปฏิบัติตามกฎหมาย เพื่อคุ้มครองสุขภาพของบุคคลอื่น เช่น กรณีของโรคระบาด (การถูกกักกัน การต้องได้รับการรักษา) ส่วนการฉีดวัคซีนในเด็กยังมีปัญหาอยู่ว่าเป็นหน้าที่หรือไม่ เพราะแม้ว่าการฉีดวัคซีนจะช่วยป้องกันโรคในเด็กแต่ละคน แต่หากสามารถฉีดวัคซีนเด็กได้จนครอบคลุมเพียงพอและเกิด Herd immunity แล้ว ก็ช่วยป้องกันโรคในเด็กที่ไม่ได้รับวัคซีนได้

กระนั้นก็ตาม การสูบบุหรี่แม้จะเป็นสิทธิของแต่ละบุคคลที่จะสูบหรือไม่ก็ได้ แต่การสูบบุหรี่ก็ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลอื่น (การสูบบุหรี่มือสอง) ทำให้ต้องมีกฎหมายห้ามการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเช่นกัน⁽²⁰⁾ อย่างเช่นประเทศไทยก็มีพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

4. บ่อเสหนอIII

- สิทธิที่รัฐจัดให้ (Entitlement) จะถือเป็นสิทธิด้านสุขภาพ ก็ต่อเมื่อสิทธินั้นให้กับประชาชนทุกคน และหากมีหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องใดๆ กับสิทธิดังกล่าว ซึ่งบุคคลต้องปฏิบัติ การไม่ปฏิบัติดังกล่าวจะต้องไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิที่ควรได้รับ เช่น สิทธิในการรับการรักษาพยาบาล หากถือเป็นสิทธิประชาชนด้านสุขภาพแล้ว แม้ว่าประชาชนจะเต็มสุราจนเมาแล้วขับรถจนเกิดอุบัติเหตุ หรือจะสูบบุหรี่จนเป็นโรคมะเร็งปอด ฯลฯ ก็จะต้องได้รับสิทธิในการรับการรักษาพยาบาลเช่นเดิม แต่อาจมีโทษ (ที่เกิดจากการมีหน้าที่ที่เมาแล้วต้องไม่ขับ แล้วปฏิเสธที่จะดำเนินการ) อย่างอื่นเพิ่มเติม เช่น เมาแล้วขับต้องถูกดำเนินคดี มีโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี ปรับ 5,000-20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และจะถูกพักใบอนุญาตไม่น้อยกว่า 6 เดือน หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ ถ้าเมาแล้วขับเป็นเหตุให้ผู้อื่นบาดเจ็บหรือถึงแก่ความตาย โทษก็จะหนักขึ้น (พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522) หรือการสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 2,000 บาท (พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535)

- เงินรายได้ที่จะนำมาซึ่ง “สิทธิด้านสุขภาพ” จะเป็นเงินรายได้ของรัฐซึ่งได้มาจากภาษีของประชาชนและอื่นๆ อาจจะเป็น Earmarked tax ก็ได้ แต่ต้องไม่ระบุว่าคนที่ไม่จ่ายจะไม่ได้รับสิทธิ เพราะสิทธิด้านสุขภาพเป็นสิทธิของทุกคน

- หน้าที่ด้านสุขภาพจะส่งผลดีต่อสุขภาพของประชาชนได้นั้น จะต้องมีส่วนร่วมกันระหว่างหน้าที่ของประชาชนและหน้าที่ของรัฐ การละเลยหน้าที่ด้านสุขภาพของประชาชนนั้น ทำให้ประชาชนขาดความสนใจและความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตนเองให้มีสุขภาพดี ตามแนวทางที่กำหนดโดย Ottawa Charter ขณะเดียวกันรัฐก็มีหน้าที่ต้องปฏิบัติ เพราะปัญหาด้านสุขภาพมีความซับซ้อน มีความไม่เสมอภาคหรือไม่เป็นธรรม ฯลฯ จำเป็นที่รัฐต้องเข้าไปจัดการดูแล

- โดยทั่วไปหน้าที่ด้านสุขภาพกำหนดให้ปฏิบัติโดยไม่มีแรงจูงใจใดๆ ถือเป็นหน้าที่ตามหลักศีลธรรม (Moral obligation) เป็นมาตรการทางสังคม หรือทำโดยแรงบันดาลใจ มีบางประเทศใช้แรงจูงใจ (ทั้งทางบวกและทางลบ) แต่ยังไม่พบความแตกต่างใดๆ

- การกำหนดว่าพฤติกรรมใดของบุคคลเป็นหน้าที่ด้านสุขภาพตามกฎหมาย และมีบทลงโทษนั้น ขึ้นกับบริบทของแต่ละประเทศ มีแนวโน้มที่พฤติกรรมที่ส่งผลทางลบต่อสุขภาพต่อบุคคลอื่นและสังคมจะถูกบังคับโดยกฎหมาย เช่น พฤติกรรมกรณีที่มีการระบาดของโรค การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ฯลฯ

- การกำหนดให้พฤติกรรมใดของบุคคลเป็นหน้าที่ด้านสุขภาพนั้น จะต้องเป็นพฤติกรรมที่ช่วยสร้างเสริมสุขภาพและอยู่ในสภาพที่บุคคลนั้นจะควบคุมได้ ซึ่งรัฐอาจจะต้องมีบทบาทช่วยควบคุมดังกล่าว เช่น การออกกฎหมายให้ขับขีจักรยานยนต์ต้องสวมหมวกกันน็อก ก็ต้องมีหลักประกันว่าหมวกกันน็อกจะต้องไม่มีราคาแพงจนเกินไป แต่เรื่องโภชนาการเหมาะสม อาจเป็นไปได้ยาก ด้วยเหตุผลด้านเศรษฐกิจของครัวเรือน รสนิยม และการที่มีร้านอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมอยู่เป็นจำนวนมาก

บรรณานุกรม

1. WHO. Constitution of the World Health Organization. 1946.
2. Right to health. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Right_to_health
3. WHO. Health and human right. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/>
4. Enrique Gonzalez. The right to health. Available from: <https://www1.umn.edu/humanrts/edumat/IHRIP/circle/modules/module14.htm>
5. WHO. The right to health. Fact sheet no.31.
6. Lindsay F Wiley et. al. What is your nanny? Choice, paternalism and public health in the age of personal responsibility. Journal of Law, Medicine & Ethics. 2013.
7. A healthy knowledge: Right to information and the right to health. Free Word Centre; London: 2012.
8. วิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์ และณัฐธิญา คำผล. แนวคิดเศรษฐศาสตร์พื้นฐานในเศรษฐศาสตร์ด้านยา. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2553: 19 (4): 655-665.
9. Mark H. Waymack. Ethical issues in health care reform. Available from: <http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/17147/1/ar930131.pdf>
10. Ian Henneberger. Health care justice: a moral obligation? Philosophy honors paper. Paper 1 Available from: <http://digitalcommons.conncoll.edu/philhp/1>
11. Difference between rights and obligation. Available from: <http://www.differencebetween.com/difference-between-rights-and-vs-obligation/>
12. สถาบันพระปกเกล้า. หน้าที่ของชนชาวไทย. Available from: <http://wiki.kpi.ac.th/index.php?title=หน้าที่ของชนชาวไทย>

13. Joseph Kutzin. Bismarck vs. Beveridge: is there increasing convergence between health financing system? Available from: <https://www.oecd.org/gov/budgeting/49095378.pdf>
14. Robert Steinbrook. Imposing Personal Responsibility for Health. *New England Journal of Medicine* 2006. Available from: www.nejm.org
15. Jennie Naidoo and Jane Wills. *Foundations for health promotion*. Elsevier 2016.
16. Catherine F. et al. People in control of their own health and care: the state of involvement. The Kings Fund. 2014.
17. Harald Schmidt. Personal responsibility in the NHS constitution and the social determinants of health approach: competitive or complementary? *Health Economics, Policy and Law* 2009; 4 (2): 129-138.
18. Roger C Sider and Colleen D Clements. Patient's ethical obligation for their health. *Journal of Medical Ethic* 1984; 10: 138-142.
19. Katy Skimming. An argument for the obligation of physicians to be healthy. Available from: https://cnu.edu/leadershipreview/archives/vol3iss1_skimmiong.pdf
20. Ronald Bayer. The continuing tensions between individual rights and public health. *EMBO reports* Vol 8 No. 12. 2007.

บันทึก

A series of horizontal dotted lines for writing, consisting of 20 lines spaced evenly down the page.

"สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
มีบทบาทชักจูง ร้อยเชื่อม สานพลังทุกภาคส่วนในสังคม
เพื่อร่วมกันพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่ดี
ที่นำไปสู่การมีสุขภาพของคน ชุมชน และสังคม"



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ เลขที่ ๘๘/๓๙ ถนนสีवानนท์
ตามเสตเสตยวัก อ้ากเออมีอง จักหวัดนหนบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๐
โทรสาร ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๑
www.nationalhealth.or.th

