



โครงการ “การติดตามผลระบบบริการยุติการตั้งครรภ์
และพัฒนานวัตกรรมบริการนวัตกรรม
ในบริบทกฎหมายยุติการตั้งครรภ์ฉบับใหม่”



ARSA



สมาคมพัฒนาเครือข่ายอาสา RSA
WWW.RSATHAI.ORG

รายงานการจัดประชุมเพื่อสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อมครั้งที่ 53

เรื่อง “14 เดือนของการใช้กฎหมายทำแท้งฉบับใหม่ เกิดอะไรขึ้นบ้าง?”

จัดโดย เครือข่ายสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม และ

โครงการ “การติดตามผลระบบบริการยุติการตั้งครรภ์และพัฒนานวัตกรรมบริการนวัตกรรม

ในบริบทกฎหมายยุติการตั้งครรภ์ฉบับใหม่”

สนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

วันศุกร์ที่ 8 เมษายน 2565 เวลา 13.30-16.30 น.

การประชุมออนไลน์โดยใช้โปรแกรมซูม และ live สดผ่านเพจ rsathai และเพจเครือข่ายท้องไม่พร้อม

กำหนดการประชุม

ดำเนินการประชุม โดย รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล

13.30 – 13.45 น. แนะนำโครงการ “การติดตามผลระบบบริการยุติการตั้งครรภ์และพัฒนานวัตกรรมบริการ
นวัตกรรมในบริบทกฎหมายยุติการตั้งครรภ์ฉบับใหม่” หรือ “Abortion Access”

โดย กฤตยา อาชวนิจกุล - ผู้ประสานงานเครือข่ายสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม

อภิปรายกลุ่ม: ผลของการใช้กฎหมายทำแท้งฉบับใหม่ในระยะ 14 เดือนที่ผ่านมา

13.45 – 14.00 น. ความ (ไม่) คืบหน้าของร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุขตามเงื่อนไขมาตรา 305

โดย นพ.บุญฤทธิ์ สุวรรณ์ - ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์

14.00 – 14.15 น. การเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ของผู้หญิงท้องไม่พร้อม: เสียงจากสายด่วน 1663

โดย สมวงศ์ อุไรวัฒนา - ผู้อำนวยการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์

14.15 – 14.30 น. ภาพรวมปัญหาที่ผู้หญิงท้องไม่พร้อมเข้าถึงบริการภายใต้กฎหมายทำแท้งใหม่

โดย สุพีชา เบาทิพย์ - กลุ่มทำทาง

14.30 – 15.15 น. ความเห็นจากผู้แทนภาคีที่เกี่ยวข้อง

(ใช้เวลาคนละ

ไม่เกิน 15 นาที)

1. นพ.พรเพชร ปัญญาธิกุล - ที่ปรึกษากองบริหารการสาธารณสุข

2. สุภัทรา นาคะผิว - ผู้อำนวยการมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์

3. ณัฐวุฒิ บัวประทุม - สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรแบบบัญชีรายชื่อ พรรคก้าวไกล

4. ศยามล ไกยูรวงศ์ - กรรมการในคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ

15.15 – 16.15 น. เปิดอภิปราย

16.15 – 16.30 น. สรุปและปิดประชุม

+++++

แนะนำโครงการ “การติดตามผลระบบบริการยุติการตั้งครรภ์และพัฒนานวัตกรรม
บริการนวัตวิถีในบริบทกฎหมายยุติการตั้งครรภ์ฉบับใหม่” หรือ “Abortion Access”

โดย กฤตยา อาชวนิจกุล

ผู้ประสานงานเครือข่ายสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม



การประชุมนี้มีผู้แจ้งความประสงค์เข้าร่วมมา 71 คน ในวันประชุมเราสรุปยอดผู้เข้าร่วมสูงสุดคือ 84 คน จากที่คาดหวังไว้ที่ 30 คน ขอเริ่มต้นโดยแนะนำโครงการฯ ที่จะเกิดขึ้นชื่อ “ติดตามผลกระทบบริการยุติการตั้งครรภ์และพัฒนานวัตกรรมบริการนวัตวิถีในบริบทกฎหมายยุติการตั้งครรภ์ฉบับใหม่” มีชื่อสั้น ๆ ภาษาอังกฤษคือ “Abortion Access” เป็นความร่วมมือระหว่างสมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม สมาคมพัฒนาเครือข่ายอาสา R-SA เครือข่ายสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม และสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ระยะเวลา 18 เดือน มีวัตถุประสงค์ดังนี้

- (1) ติดตามผลที่เกิดขึ้นหลังแก้ไขกฎหมาย ทั้งในระดับนโยบาย ระดับผู้ปฏิบัติการ และระดับของผู้รับบริการ รวมทั้งผลกระทบต่อสังคมและระบบบริการสาธารณสุข
- (2) พัฒนานวัตกรรมบริการที่ปลอดภัยแบบนิวนอร์มอล การติดตามออนไลน์ แสวงหารูปแบบและแนวทางในการขยายผล (เป็นการทำงานที่ต่อเนื่องจากงานเก่า)
- (3) ประสานงานและสื่อสารสร้างความเข้าใจกับภาคีที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาและขยายผลการทำงานต่อไป

แนวคิดในการทำงาน: ใช้แนวคิดการยุติการตั้งครรภ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ปี 2565 ที่มุ่งให้ผู้หญิงเป็นศูนย์กลาง เคารพสิทธิของผู้หญิง ภายใต้บริบทที่ระบบบริการสุขภาพเกื้อกูล มีข้อมูลข่าวสารที่มากเพียงพอและเข้าถึงได้ มีกฎหมายและนโยบายที่เป็นสภาพแวดล้อมเกื้อกูลต่อสิทธิของผู้หญิง

นอกจากคำนึงถึงสิทธิของผู้หญิงแล้ว การจัดบริการต้องปลอดภัย มีประสิทธิภาพตลอดทั้งกระบวนการ ทั้งก่อน ทำแท้ง (รวมการให้คำปรึกษา) ระหว่างบริการทำแท้ง และหลังบริการทำแท้งหรือหลังยุติการตั้งครรภ์โดยไม่เลือกปฏิบัติ และต้องจัดบริการโทรเวชกรรมด้วย ซึ่งเป็นแนวคิดที่องค์การอนามัยโลกเน้น โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนานวัตกรรมในการบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ดำเนินการแพร่ระบาดของโควิดซึ่งสมาคมพัฒนาอาสา R-SA ได้ทำมาต่อเนื่อง

ในวัตถุประสงค์ที่ 1 (1) ติดตามการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบสุขภาพในระดับนโยบาย (2) ติดตามการเปลี่ยนแปลงในระดับปฏิบัติการ เช่น การให้บริการยุติการตั้งครรภ์ในสถานพยาบาลในภูมิภาค (3) ติดตามผลที่เกิดขึ้นหลังการแก้ไขกฎหมายในกลุ่มผู้ที่ตั้งครรภ์ สิ่งที่โครงการฯ สนใจมาก คือ การที่ผู้หญิงประสงค์ยุติการตั้งครรภ์เข้าไปไม่ถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ ควรต้องมีช่องทางการร้องเรียน ทั้งผู้หญิงที่ถูกปฏิเสธ ถูกผลักไส ซึ่งกรณีเหล่านี้จะได้มาจากข้อมูลของสมาชิกในเครือข่าย เช่น 1663 กลุ่มทำทาง องค์กรของเครือข่ายท้องไม่พร้อมฯ และเครือข่าย R-SA

โครงการ Abortion Access ได้จัดทำ Fan page “เครือข่ายท้องไม่พร้อม” ขึ้น เปิดเมื่อวันที่ 27 มีนาคม - 6 เมษายน 2565 รวม 11 วัน มีจำนวนผู้เข้าถึงแล้ว 35,000 กว่าคน การมีส่วนร่วม 1,200 และผู้ติดตาม 195 เริ่มมีการติดต่อเข้ามา มีคำถามต่าง ๆ เข้ามาแล้ว ทำให้เห็นได้ว่า เรื่องเหล่านี้ยังมีความต้องการและขาดแคลน

วัตถุประสงค์ที่ 2 พัฒนานวัตกรรมและขยายการส่งต่อบริการที่ปลอดภัยแบบ New Normal ใช้กระบวนการวิจัย และปฏิบัติการ การเก็บข้อมูลว่า ผู้หญิงมีความปลอดภัยมากขึ้นแค่ไหน พอใจในบริการอย่างไร เน้นการตรวจรักษาการ

ยุติการตั้งครรภ์ในอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ และพัฒนาวัดกรรมออนไลน์รองรับการดูแลตั้งแต่การปรึกษาทางเลือก การรักษาโดยแพทย์ การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยและคุมกำเนิดเพื่อป้องกันท้องไม่พร้อม มีโรงพยาบาลปลายทางที่หาก เกิดปัญหาต่างๆ ขึ้น เชื่อว่า จะช่วยลดความแออัดต่อการเข้าถึงบริการสายด่วน 1663 ที่ปัจจุบันต้องลดคู่สาย จาก 10 คู่สายเหลือเพียง 3 คู่สาย เนื่องจากยังขาดความชัดเจนในการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐ และ สปสช.

วัตถุประสงค์ที่ 3 การสื่อสารรณรงค์เพื่อให้เกิดการพัฒนาและขยายผลการดำเนินงาน หน่วยงานที่จะ ประสานงานกันใกล้ชิดคือ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กองบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวง สาธารณสุข รวมทั้งการปรึกษาทางเลือกบริการสายด่วนท้องไม่พร้อม 1663 โดยจะทำงานร่วมกันในส่วนที่มีเป้าประสงค์ สอดคล้องกัน เป็นการที่โครงการฯ จะดำเนินงานใน 18 เดือนข้างหน้า

ในวัตถุประสงค์ที่ 2 และ 3 จะเริ่มเดือนพฤษภาคม 2565 งานนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยทำให้เห็นว่า แก่ กฎหมายมาแล้วมีอะไรเกิดขึ้นบ้าง? ทั้งระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการ ในกรุงเทพฯ ต่างจังหวัด ในทุกภูมิภาค และในตัว ผู้หญิงเอง เช่น ในกรุงเทพฯ สำนักอนามัยกรุงเทพมหานครมองเรื่องนี้อย่างไร ผู้ว่ากรุงเทพฯ มีนโยบายดูแลเรื่องนี้อย่างไร? เป็นคำถามสำหรับว่าที่ผู้ว่ากรุงเทพมหานครที่กำลังแข่งขันกันอยู่ และต้องไปคุยกับ แพทย์สภา สภาการพยาบาล ฯลฯ และรวมถึงนักกฎหมายด้วย

การประชุมวันนี้ อยากเริ่มต้นด้วยการอภิปราย เพื่อทำความเข้าใจว่า ตั้งแต่แก้กฎหมายและมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2564 จนถึง วันที่ 8 เมษายน 2565 รวม 14 เดือนเต็ม มีอะไรเกิดขึ้นบ้าง? เริ่มโดยนายแพทย์บุญฤทธิ์ สุจริตน์ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ มาเป็นผู้ให้ความเห็นในระดับนโยบายว่า มีความคืบหน้าหรือไม่ เกี่ยวกับ ประกาศของกระทรวงสาธารณสุขที่จะต้องออกตามมาตรา 305

ความ (ไม่) คืบหน้าของร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุขตามเงื่อนไขมาตรา 305

นพ.บุญฤทธิ์ สุจริตน์ - ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์



ผมจะมาเล่าสถานการณ์ว่า ทำไม่ปีกว่าแล้ว ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเหมือน ไม่มีอะไร เพราะอะไรจึงออกไม่ได้เสียที เครือข่ายฯ ก็อยู่ในด้วยกันตั้งแต่ต้น ใช้เวลาประมาณ 1 ปี ยกร่างประกาศกระทรวง คิดว่าเป็นร่างที่ดีมาก ประกอบด้วย 3 หมวด หมวดแรกคือการ ให้คำปรึกษาทางเลือก หมวดที่ 2 การดูแลผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ต่อ และหมวด 3 เรื่องตัวประกาศ กระทรวง

ตัว (ร่าง) ประกาศกระทรวงที่มีการปรับแก้ มีตัวแทนของคณะกรรมการกฏีกาเข้ามาช่วยดูในด้านตัวบท กฎหมาย ดูเหมือนจะเรียบร้อย กรมอนามัยก็ส่งไปยังกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ท่านรัฐมนตรีลงนามประกาศ ขึ้นตอนที่ เสนอขึ้นไป ทางกองกฎหมายของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ทักท้วงขึ้นว่า ในหมวดที่ 2 และ 3 นั้นเกินจาก ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 305 ที่เพิ่งปรับแก้ เหมือนกับว่า กฎหมายบอกเพียงว่าให้กระทรวงสาธารณสุขออก หลักเกณฑ์ว่าด้วยการปรึกษาทางเลือก ไม่ได้บอกให้ไปออกหลักเกณฑ์ว่า ด้วยการดูแลกรณีที่ตั้งครรภ์ต่อ หรือบอกว่าให้ หน่วยงานไหนต้องทำอะไร เป็นความเห็นจากทางกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ทักท้วงมา

เมื่อได้รับข้อทักท้วง กรมอนามัยก็มีการหารือกับทางคณะกรรมการร่าง ซึ่งมีอาจารย์สุรศักดิ์ ลิขสิทธิ์วัฒนกุล จากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์เป็นประธานอนุกรรมการและคณะอนุกรรมการ คณะอนุกรรมการยืนยันว่าการร่างมานั้น เป็นประกาศที่มีประโยชน์ในทางบังคับใช้ ครอบคลุมกระบวนการดูแลครบถ้วน ข้อทักท้วงที่บอกว่าเกินอำนาจหน้าที่ทำ ได้หรือเปล่า? ทางคณะกรรมการกฤษฎีกาที่มีส่วนร่วมในการร่างตั้งแต่แรก ได้อธิบายว่า แม้ว่าในมาตรา 305 จะบอกว่า ให้ออกประกาศเพียงการให้คำปรึกษาทางเลือก แต่กระทรวงมีอำนาจในการบริหารจัดการราชการแผ่นดิน เหมือนทาง กฤษฎีกาจะบอกเราว่า ในหมวด 1 ใช้การอ้างอิงตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 305 ส่วนหมวด 2, 3 ก็อ้างอิงตาม ระเบียบบริหารราชการแผ่นดินของกระทรวงตามปกติ คือ กฎหมายจะออกแบบนี้ก็ไม่มีผิดอะไร

เราไปคุยกับกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่า กฤษฎีกาอธิบายแบบนี้ ทางกองกฎหมาย ร่วมกับที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข บอกว่าเข้าใจ แต่มีความกังวลคือ ประกาศฉบับนี้ออกโดยอ้างอิงกับ ประมวลกฎหมายอาญา ถ้าเขียนยาวไปในทางปฏิบัติทำไม่ได้จะทำให้โดนตีความได้ว่าผิดตั้งแต่ประมวลกฎหมายอาญา เพราะในประมวลกฎหมายอาญาระบุชัดเจนว่า ให้กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศกระทรวง ทำให้เป็นประเด็นที่คิดว่า ต้องให้ความสำคัญ หากในทางปฏิบัติทำไม่ได้ตามที่ออกประกาศไปอาจจะยุ่ง ทางกองกฎหมายฯ อยากให้ออกให้ตรง ประเด็น สัน กระชับเพื่อให้ทางปฏิบัติไม่มีข้อถกเถียง ซึ่งทั้งสองแนวคิดมีข้อดีที่เป็นจุดแข็งด้วยกันทั้งสองฝ่าย แต่ต้องเลือก อันใดอันหนึ่งว่า จะให้มีเฉพาะหมวดหนึ่ง หรือจะมีทั้งสองส่วนที่เพิ่มมาไว้แบบเดิม

กรมอนามัยจำเป็นต้องตั้งทั้งสองฝ่ายหรือว่าจะไปต่ออย่างไร หากคณะกรรมการร่าง เสนอ 3 หมวด (ไม่ เปลี่ยน) ทางสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข บอกว่า ถ้าไม่ปรับให้เหลือหมวดเดียวให้ตรงกับที่กฎหมายบอกก็ไม่ลง นามอนุมัติ ทำให้ไปต่อไม่ได้ ผมคิดว่า ทั้งสองฝ่ายเป็นเหตุผลที่ฟังขึ้น ตัวประกาศใช้เวลายกร่างปีกว่าแล้ว ก็พอสมควร และหน่วยงานที่เป็นผู้ปฏิบัติทั้งหลายก็รอความชัดเจนของประกาศนี้ แต่คุยกันแล้วก็ยังไม่มีความยอมถอย ทาง คณะอนุกรรมการร่างยืนยันว่า ร่างนั้นคิดมาอย่างรอบคอบ มีตัวแทนของคณะกรรมการกฤษฎีกามาช่วยอธิบายข้อ กฎหมายต่าง ๆ ว่าทำได้ ส่วนฝ่ายของสำนักงานปลัดฯ ก็ชี้แจงว่า เข้าใจว่าทำได้ แต่อยากให้กระชับเพื่อไม่ให้มีปัญหา ในทางปฏิบัติ ต่างก็ยืนยันจุดยืนของฝ่ายตนเอง

กรมอนามัยก็หารือและมีข้อสรุปว่า ถ้าคณะกรรมการร่างยืนยันในร่างมา 3 หมวด กองกฎหมาย สำนัก ปลัดฯ ไม่เห็นอนุมัติให้แน่ ถ้าจะไปต่อ การตั้งกรรมการพิจารณาจะร่างจะต้องตั้งจากกระทรวงฯ มีคณะกรรมการขับเคลื่อน ชุดใหญ่ที่จะไปตั้งกรรมการชุดย่อยอีก 3 ชุด ชุดย่อยจะเป็นหนึ่งในชุดย่อยนั้น ท่านที่ปรึกษารัฐมนตรีแนะนำว่า ถ้า คณะกรรมการร่างจะยืนยันร่าง 3 หมวด จะให้ใช้ร่างดังกล่าวเป็นร่างตั้งต้น แนะนำให้ไปตั้งกรรมการอีกชุด โดยอ้างอิง มาตรา 305 ของประมวลกฎหมายอาญาโดยตรง มีเฉพาะหน่วยงานที่ระบุไว้ในตัวบทกฎหมายของมาตรา 305 บทบาท หน้าที่ คือเพื่อยกร่างเสนอท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง ให้กองกฎหมาย สำนักปลัดกระทรวง สาธารณสุขอยู่และทำความเข้าใจด้วยกันแต่แรก เพื่อให้ร่างที่ผ่านกรรมการชุดใหม่ มีรัฐมนตรีเห็นแน่นอน เพื่อลดปัญหา เรื่องความเห็นไม่ตรงกันของทีมร่างกับทีมคนเซ็น สรุปคือ ให้ทางคณะกรรมการที่จะมีการแต่งตั้งใหม่ ร่วมกับ กอง กฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อปรับในการที่จะเสนอให้รัฐมนตรีลงนาม โดยพยายามรักษาเนื้อหา ใจความของร่างเดิมให้ได้มากที่สุดเพื่อให้ไปต่อได้

ตอนนี้อยู่ในกระบวนการเสนอคำสั่งไปยังกระทรวงสาธารณสุข ให้รัฐมนตรีลงนามแต่งตั้งกรรมการร่างชุดใหม่ เมื่อแต่งตั้งเรียบร้อยแล้ว ต้องรีบประชุมโดยเร็วว่าจะใช้ตัวหมวด 1 ของคณะกรรมการร่างชุดเดิมเป็นหลัก ส่วนหมวด 2 และ 3 ให้ไปพิจารณาในที่ประชุมว่าจะคงไว้หรือตัดออก เน้นไปที่การทำเพื่อให้รัฐมนตรีเห็นซึ่งผลอาจจะตรงใจหรือไม่ตรงใจกันบ้าง แต่เป็นเรื่องจำเป็นที่จะต้องดำเนินการไปต่อ ส่วนหมวด 2 และ 3 หากไม่ได้ไปอยู่ในประกาศกระทรวง ก็สามารถทำให้เกิดเป็นข้อสั่งการกระทรวง หรือ กรม หรือในทางขับเคลื่อนการบริหารราชการแผ่นดิน ยังดำเนินการต่อไปได้ แต่อาจจะไม่ตรงใจกับกรรมการร่างชุดเดิม แต่คิดว่าเนื้อหาหลัก ๆ จะยังคงยืนตามหมวด 1 ของกรรมการร่างชุดเดิม กรมอนามัยจะพยายามไม่ให้เสียเวลา ต้องเร่งหาข้อสรุปโดยเร็ว เพื่อให้ตัวประกาศมีผลบังคับใช้ครับ

การร่างที่ผ่านมาก็มีที่มาจากกฎหมายอยู่ เพียงแต่ว่า ไม่มีการให้ความเห็นและตกลงให้ชัดเจนตั้งแต่ตอนนั้นว่า ถ้าเสนอลักษณะนี้จะผ่านไม่ได้ แต่มาให้ความเห็นตอนยกร่างเสร็จและเสนอร่างแล้ว ทำให้เสียเวลา ก็ได้บทเรียนในการทำงานว่า หากมีกระบวนการพูดคุยทำความเข้าใจร่วมกันตั้งแต่แรก จะช่วยลดเวลาการทำงาน

รศ.ดร.กฤษฎา อาชวนิจกุล

ถ้าจะมองว่าเป็นปัญหาเทคนิคทางกฎหมาย ที่จริงกฎหมายเองอยู่ในอนุกรรมการชุดนี้แล้ว แต่ว่าเขาไม่ได้คัดค้านจริงจัง แต่ไปคัดค้านตอนส่งขึ้นไป โดยส่วนตัวยังคิดว่าเป็นปัญหาการเมือง เพราะคนที่ค้างจริง ๆ คือ ที่ปรึกษาท่านรัฐมนตรีที่คุณหมอเรียกว่าอาจารย์ประเวศ ขอถามคุณหมอว่า คณะกรรมการร่างชุดใหม่ที่จะเสนอให้กระทรวงตั้งจะเป็นอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการขับเคลื่อนใหญ่หรือเป็นกรรมการทางยกร่างต่างหากเลย

นพ.บุญฤทธิ์ สุวรรณ์

จัดตั้งแยกต่างหาก คือ ตั้งโดยอ้างอิงตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 305 ตามกฎหมายอาญาออกใหม่ กระทรวงสาธารณสุขออกหลักเกณฑ์ ฉะนั้นจะตั้งกรรมการเพื่อร่างหลักเกณฑ์ เสนอให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขลงนาม โดยองค์ประกอบเป็นไปตามที่ มาตรา 305 กำหนดไว้ ไม่มีนอกจากนั้น

รศ.ดร.กฤษฎา อาชวนิจกุล

อย่างนั้นคือ คณะกรรมการขับเคลื่อนชุดเก่าที่เคยมีคณะอนุกรม 3 ชุดต่อไปนี้ คณะอนุกรมตามกฎหมายนี้ก็มีบทบาทถูกไหม?

นพ.บุญฤทธิ์ สุวรรณ์

มีบทบาท แต่พอประกาศกระทรวงออก ชุดอนุกรรมการขับเคลื่อนที่ตั้งมาจะไม่ได้มีบทบาทแค่ยกร่าง จะมีบทบาทเรื่องกำกับติดตามตามปัญหาในทางปฏิบัติ จะใช้ชุดนี้ขับเคลื่อนต่อเลย ส่วนในชุดใหม่นั้น ทำหน้าที่ยกร่างเสร็จทั้งหมดหน้าที่

รศ.ดร.กฤษฎา อาชวนิจกุล

มีความชัดเจนขึ้น เพียงแต่จะดีอย่างไรที่ประกาศกระทรวงฯ ยังไม่ออกเป็นเรื่องเทคนิคทางกฎหมาย เป็นอำนาจของฝ่ายกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่จะคัดค้านจนทำให้ประกาศที่ลงทุนร่างมาตั้งหลายเดือนไม่ประสบความสำเร็จ เพราะความเห็นแย้งจากกฎหมาย ที่ปรึกษารัฐมนตรี หรือว่า เป็นเรื่องตัวรัฐมนตรีและที่ปรึกษาที่ไม่อยากจะลงนาม

ลำดับถัดไป ขอให้ทางฝ่ายผู้ทำงานเกี่ยวกับการให้บริการช่วยเหลือผู้หญิงท้องไม่พร้อมและต้องการยุติการตั้งครรภ์มาเล่าให้ฟังว่า การเข้าไม่ถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ มีสาเหตุจากอะไรบ้าง เริ่มจากเสียงจากสายด่วน 1663 ค่ะ

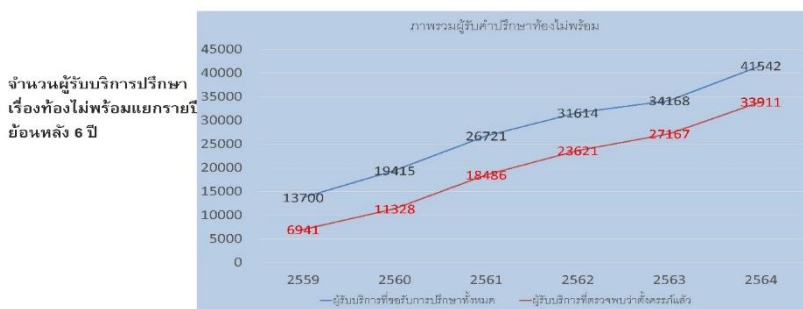
การเข้าไม่ถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ของผู้หญิงท้องไม่พร้อม: เสียงจากสายด่วน 1663

สมวงศ์ อุไรวัฒนา ผู้อำนวยการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์

ผมจะนำเสนอสถานการณ์ของผู้หญิงที่ประสบปัญหาท้องไม่พร้อมว่ามีขนาดของปัญหาใหญ่แค่ไหน ตอนนี้นั้นคนอาจโทร 1663 ติดยากขึ้นเพราะให้บริการ 7 คู่สายจากมีอยู่ 10 คู่สาย สายด่วน 1663 ถูกลดงบประมาณลงไปประมาณครึ่งหนึ่ง การให้บริการในช่วง 3-4 เดือนแรกทำได้เต็มที่ แต่ตอนหลังเงินไม่พอ ก็ควักเงินของมูลนิธิฯ สรรองจ่ายไปบ้าง ตอนนี้อย่างน้อยต้องลดงบเปิดให้บริการอยู่ 4 คู่สาย ก็เป็นไปได้ว่าคนโทรมาอาจติดบ้าง ไม่ติดบ้าง



1663 ให้การสนับสนุนและทำงานเครือข่ายกับหลาย ๆ แห่ง โดยมี สสส. ให้การสนับสนุน มีเป้าหมายลดจำนวน



คนท้องไม่พร้อมรายใหม่ ลดการบาดเจ็บ เสียชีวิตจากการทำแท้งไม่ปลอดภัย ผู้หญิงที่จำเป็นต้องตั้งครรภ์ต่อ หรือตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเดิม ผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อมมีทางเลือกในการป้องกันเอดส์มากขึ้น

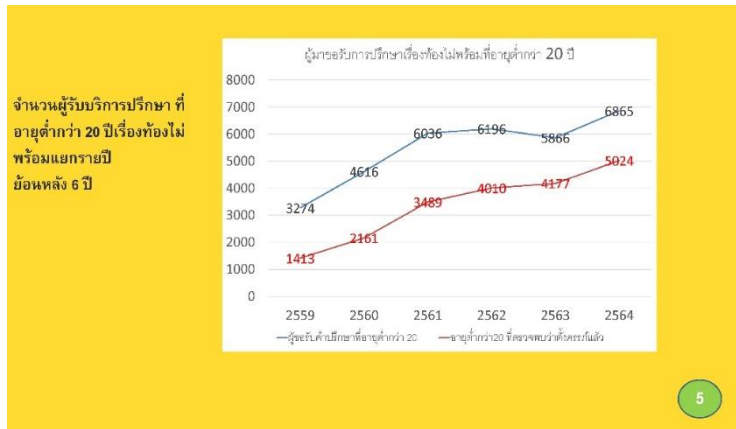
4

ตั้งแต่ปี 2559 ขนาดของผู้ใช้บริการ 6 ปีย้อนหลัง มีคนมาปรึกษาปริมาณเพิ่มขึ้น ปี 2559 ยังไม่ได้แก้กฎหมายทำแท้ง มีพระราชบัญญัติการป้องกันการแก้ไขปัญหาคriminalในวัยรุ่นเกิดขึ้นแล้ว มีเรื่องยุติการตั้งครรภ์ตามกฎหมายเกิดขึ้นแล้ว จากภาพข้างบน เส้นสีน้ำเงินเป็นตัวเลขของคนมารับการปรึกษาท้องไม่พร้อม เส้นสีแดงคือ คนที่โทรมาหาที่ 1663 ขณะที่โทรมาเขารู้แล้วว่าตั้งครรภ์ ตัวเลขยังเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี หากดูเฉพาะตัวเลขเด็กวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปีที่โทรมาปรึกษาจากภาพข้างล่างนี้ ตอนนั้นมีประกาศ กฎกระทรวงรองรับ ยังมีตัวเลขของคนที่ต้องการปรึกษาเพิ่มขึ้น มีอยู่ 3 เรื่องที่ช่วยเชื่อมต่อการทำงานมากขึ้น คือ

(1) การแก้ไขประมวลกฎหมายอาญาว่าด้วยการทำแท้ง ส่งผลต่อนโยบายรัฐ นโยบายสร้างให้สังคมเปิดกว้างมากขึ้น มีมาตรฐานต่อหน่วยบริการให้มากขึ้น

(2) การมีนโยบายจากคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น เห็นชอบกับหลักการคุ้มครองและช่วยเหลือวัยรุ่นที่ได้รับสิทธิในการทำแท้ง ทำให้เกิดคณะทำงานขับเคลื่อนในส่วนกลางขึ้น

(3) ขณะเดียวกันที่ผ่านมาในช่วงสถานการณ์โควิดระบาด ทำให้ มีนโยบายในรูปแบบ Telemedicine เป็นการส่ง



ยาให้กับผู้ต้องการยุติการตั้งครรภ์ แต่มีปัญหาเรื่องโควิดที่เดินทางไม่ได้ เพื่อที่จะยุติการตั้งครรภ์ และเข้าถึงบริการได้ปลอดภัย นับว่าเป็นนโยบายที่ช่วยเหลือ และเอื้อต่อการทำงานต่อไป

คนที่โทรมาที่ 1663 ส่วนใหญ่ไม่รู้เรื่องการแก้ไขกฎหมายทำแท้ง ไม่รู้เรื่องระบบบริการช่วยเหลือผู้หญิงที่ตั้งท้องใดๆ ทั้งสิ้น การให้บริการยุติการตั้งครรภ์ เป็นไปตาม

ยถากรรม เพราะไม่เป็นระบบปกติของหน่วยบริการ ยังมีลักษณะพร้อมที่จะเกิดขึ้น พร้อมที่จะยุบได้ตลอดเวลา คือ ปัญหาของหน่วยบริการ ขณะที่ผู้หญิงที่ตั้งท้องไม่พร้อม ถูกละเมิดสิทธิในการเข้าถึงบริการ มีตัวอย่างที่จะเล่าให้ฟังต่อไป

คือปัจจุบันยังไม่มีช่องทางรับเรื่องร้องเรียน อาจารย์กฤตยา กล่าวว่าจะเปิดช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน นับว่าดี เพราะช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนที่เป็นมิตรยังไม่ค่อยเกิดขึ้นเท่าไร 1663 มีงาน 3 ด้านทั้งปรึกษา ช่วยเหลือส่งต่อ และติดตามปัญหา และทำงานร่วมกับเครือข่าย

ตัวเลข 6 เดือนย้อนหลังตั้งแต่ ตุลาคม ปี 2564 ถึงมีนาคม 2565 เพียง 6 เดือน มีคนปรึกษาในเรื่องท้อง 20,000 กว่าคน และ 81% ตั้งท้อง รู้ตัวแล้วว่าตั้งท้อง มี 15% ของ 81% นี้แก้ปัญหาด้วยการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์อย่างเดียวไม่ได้ ต้องลงไปช่วยเหลือ เช่น เรื่องค่าใช้จ่าย กองทุน รวมถึงปัญหาหลายเรื่อง ที่จำเป็นต้องส่งต่อความช่วยเหลือ และติดตามอย่างใกล้ชิด



ตัวเลขคนที่มาปรึกษา แยกเป็นตามช่วงอายุ ขนาดของนักเรียนแต่ละช่วงอายุ การเข้าถึงบริการยากลำบากไม่

อายุ	ร้อยละของอายุที่ปรึกษาเมื่อมาปรึกษาครั้งแรก			
	น้อยกว่า 12W	12 - 20 w	มากกว่า 20 w	ไม่ทราบอายุครรภ์
<18 ปี (n=162 ราย)	40.12	15.43	2.47	41.98
อายุ 15-20 ปี (n=2,595 ราย)	64.89	12.33	2.85	19.92
>20 ปี (n=14,659 ราย)	70.90	9.18	0.50	19.42

เท่ากัน เช่น อายุต่ำกว่า 15 ต้องมีผู้ปกครองเซ็นโดยประกาศกฎกระทรวง พ่อแม่ต้องรู้ต้องให้มาเซ็นให้ได้ อีกกลุ่มคืออายุระหว่าง 15-20 ปี พบว่าเป็นนักเรียนอยู่จำนวนหนึ่ง และกลุ่มอายุมากกว่า 20 ปี ที่น่าสนใจ คือผู้ที่มาปรึกษาที่พบว่าตั้งครรภ์แล้ว ส่วนใหญ่ตัดสินใจชัดเจนว่า ต้องการยุติการตั้งครรภ์ การบริการยุติการตั้งครรภ์เป็นความต้องการของคนจำนวนมาก แต่ไม่มีอยู่ในระบบปกติ

อายุครรภ์ตามกฎหมาย ประมวลกฎหมายอาญาที่แก้ไข ให้การรับรองการทำแท้งใน 3 จังหวัด จังหวัดแรกคือ ถ้าอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ผู้หญิงตัดสินใจได้ทันที หากมากกว่า 12-20 สัปดาห์ ต้องได้รับการปรึกษาทางเลือกก่อน และผู้หญิงเป็นผู้ตัดสินใจ แต่ถ้าอายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ ตรึงแพทย์เป็นผู้พิจารณา

ที่นี้มีคนจำนวนหนึ่ง ถ้าตอนนี้อายุครรภ์มากกว่า 12-20 สัปดาห์ จะไปขอรับบริการปรึกษาทางเลือกที่ไหน? มีพอ



12

หรือยัง? รู้หรือยังว่าอยู่ตรงไหนบ้าง? ถ้าอายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ อำนาจการต่อรองและอำนาจการตัดสินใจจะไม่อยู่ที่ผู้หญิง ไปอยู่ที่หมอ ซึ่งก็เป็นคำถามว่า ถ้าอายุมากกว่า 20 สัปดาห์ ถ้าเป็นเรื่องสุขภาพหมอทำให้ ถ้าไม่ใช่เรื่องสุขภาพ หมอไม่ทำให้ ผมสงสัยอยู่ว่าทำไมอำนาจอยู่ที่หมอหมอ? ไม่อยู่ในมือผู้หญิง? เพราะเห็นได้ว่ามันมีความต้องการยุติอยู่

หน่วยบริการสำหรับคนที่ท้องกับยุติการตั้งครรภ์ เขตสุขภาพแต่ละเขต (ดูภาพบน) จะเห็นว่ามีคนท้องไม่พร้อมในทุกเขตสุขภาพ เช่น (สีแดง) ผู้รับบริการอายุมากกว่า 20 (สีน้ำเงิน) ผู้รับบริการอายุน้อยกว่า 20 ปี ปัญหาในทุกเขตสุขภาพและผมคิดว่ามีทุกจังหวัด

6 เดือน (ตุลาคม 2564 - มีนาคม 2565) ผู้หญิงที่ประสงค์ทำแท้งไปขอรับบริการจากโรงพยาบาล แต่มีโรงพยาบาล “ปฏิเสธ” บริการและ “ไม่ส่งต่อ” จำนวน 116 ราย เป็นอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 37 ราย อายุมากกว่า 20 ปี จำนวน 79 ราย คำถามคือ เกิดอะไรขึ้น? กรณีไม่ทำ เพราะอะไรไม่ส่งต่อ ทั้งที่กฎหมายเปิดช่องแล้ว แต่ไม่เกิดการส่งต่อ น่าสนใจว่าเป็นเพราะทัศนคติ หรือว่านโยบายของกระทรวงสาธารณสุขไม่ชัดเจน ทำให้เกิดการลักลั่นในเชิงปฏิบัติ ถ้าโรงพยาบาลไหนดีหน่อย ก็ให้เบอร์ 1663 บางแห่งก็ไม่ให้ คือ ไปตายคาบหน้า หรือบอกว่าไม่มี ปฏิเสธและจบ

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้หญิง 279 คน ก่อนที่จะโทรมา 1663 พยายามยุติการตั้งครรภ์ด้วยตัวเองก่อนแต่ไม่สำเร็จ ฉะนั้นผู้หญิงเข้าไม่ถึง ไม่มีระบบอะไรรองรับในจำนวนนี้มีอยู่ 164 ราย ซื้อยากินจากอินเทอร์เน็ต ยุติการตั้งครรภ์ด้วยตนเอง “การขยายทางอินเทอร์เน็ต แก้ไขกฎหมาย ก็ปรับตัว ราคาถูกลง มีตั้งแต่ 1,600 - 3,000 แต่ก่อน 4,500 - 6,000 บาท แล้วส่งยาให้ด้วย แต่เป็นยาที่ไม่ได้ผล เมื่อยาที่ซื้อทางอินเทอร์เน็ตมาใช้ไม่ได้ผล แปลว่าต้องซื้อเพิ่มจากที่เคย อยากให้ดูสถานการณ์ว่า มีผู้หญิงที่ต้องการทำแท้ง จะเลือกทางที่เป็นคู่แข่งคือยาทำแท้งออนไลน์กับเรา(หน่วยบริการ) ซึ่งเราไม่อยากให้ผู้หญิงไปใช้

กรณีตัวอย่าง: ทัศนคติในเรื่องการทำแท้ง ถ้าเป็นปัญหาเรื่องสุขภาพส่วนใหญ่จะพอรับฟังได้ ยอมรับเรื่องการทำแท้งโดยได้ในเรื่องสุขภาพ ก็พบว่าแม้แต่มีปัญหาด้านสุขภาพถึงกับชีวิตแต่ยังถูกปฏิเสธการให้บริการ

ผู้หญิงคนหนึ่งอายุ 20 กว่าปี เป็นโรคหัวใจตั้งแต่เด็ก มีแผนแล้วท้อง ใช้สิทธิประกันสังคม เมื่อตั้งครรภ์ก็ไปตรวจและไปฝากท้อง ทั้งหมดสุขดี และหมอหัวใจบอกว่า ไม่ควรตั้งครรภ์ต่อ เพราะมีอันตรายถึงชีวิต ขณะนั้นอายุครรภ์ก็



โครงการ “การติดตามผลระบบบริการยุติการตั้งครรภ์
และพัฒนาวัดกรรมบริการนวัตกรรม
ในบริบทกฎหมายยุติการตั้งครรภ์ฉบับใหม่”



สมาคมพัฒนาเครือข่ายอาสา RSA
WWW.RSATHAI.ORG

มากกว่า 12 สัปดาห์ หมอบอกแค่นี้ คุณต้องทำแท้ง แต่ไม่มีบริการให้ เขาเลยต้องโทรมาที่ 1663 เขาบอกว่า กรณีนี้เป็นเรื่องสุขภาพ แพทย์จะต้องดูแล ผู้หญิงควรที่จะได้รับการดูแลจากโรงพยาบาล และมีประกันสังคม เขาเลยกลับไปโรงพยาบาลในประกันสังคม โรงพยาบาลบอกว่าไม่มีบริการแบบนี้ และปฏิเสธไป ไม่รับฝากท้อง เนื่องจากคุณเป็นโรคหัวใจ ไม่รับบัตรทองต่างหาก เขาก็กลับมาปรึกษาเราใหม่อีกครั้ง (หนึ่ง)โรงพยาบาลในประกันสังคมไม่ดูแล เราติดต่อโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยร่วมกับเครือข่าย RSA ช่วยติดต่อโรงพยาบาล ปรากฏว่าโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ตัดสินใจรับทำให้ บอกว่าเป็นกรณีอันตรายถึงชีวิต มีความจำเป็นต้องทำอย่างเร่งด่วน แนะนำว่าให้ไปที่โรงพยาบาลประกันสังคมของตัวเอง ไปเอาประวัติการรักษาและให้โรงพยาบาลทำหนังสือส่งตัว เพื่อที่จะต้องไม่เสียค่าใช้จ่าย เพราะค่าใช้จ่ายประมาณ 50,000 บาท

พอไปถึง ประกันสังคมบอกว่าเป็นเรื่องไร้สาระ ทำแท้งจึงเป็นทัศนคติ โรงพยาบาลประกันสังคมตัดสินใจทำใบส่งตัวให้ แต่ไม่ส่งตัวไปให้ที่โรงพยาบาลที่เราติดต่อไว้ ส่งตัวไปให้อีกโรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลเครือข่ายของเขา วิธีการทำใบส่งตัว คือทำใบขึ้นใบหนึ่งแล้วให้ผู้รับบริการเดินไปเอา ไม่มีระบบโทรคุย ไม่ประสานส่งตัว ผู้รับบริการเราก็เดินมาที่โรงพยาบาลวิธีะบอกว่าไม่ได้เป็นแม่ข่าย โรงพยาบาลวิธีะก็ปฏิเสธอีก

สุดท้ายจำเป็นต้องรับบริการจากโรงพยาบาลจุฬาฯ ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง กองทุนของอาจารย์ก็ต้องช่วยเหลือ ผู้รับบริการมีเงินแค่ 5,000 บาท ค่าใช้จ่ายจริงเกือบหมื่นบาท ตอนนีเราพยายามดำเนินการฟ้องร้องประกันสังคมว่าต้องรับผิดชอบโรงพยาบาลต้องรับผิดชอบ จะปฏิเสธค่าใช้จ่ายไม่ได้ ก็ยุ่งยากว่าเราจะชนะหรือมีโอกาสที่จะได้รับการเยียวยาหรือไม่ แต่เห็นว่าเขาไปเดินเรื่องหลายรอบมากจนเขาท้อ ไม่อยากจะทำอะไรอีก

เรื่องที่สอง: ผู้หญิงที่มีลูกแล้วโทรมาปรึกษาว่ามีลูกแล้ว ลูกยังเด็กอยู่ เคยมีแฟน แฟนเลิกกันไป ทั้งกันไปแล้ว ตั้งครรภ์ไม่รู้ว่ายอายุครรภ์เท่าไร คิดว่าน่าจะมากกว่า 12 สัปดาห์ ค่าใช้จ่ายไม่ค่อยมี มีแม่ต้องเลี้ยงดู มีลูกต้องเลี้ยงดู เงินทองค่อนข้างยาก ไม่สามารถที่จะตั้งครรรภ์ได้เนื่องจากลำบากเรื่องค่าใช้จ่าย ทุกวันนี้ยากก็เลี้ยงหลานอยู่ แม่ต้องออกไปทำงาน เราก็จะหาที่ยุติการตั้งครรรภ์ให้ เขาไปปรึกษาโรงพยาบาล โรงพยาบาลไม่ยุติฯ บอกให้ฝากท้อง เราเลยบอกว่าไปขอ Ultrasound เพื่อจะได้รู้ว่าอายุครรภ์เท่าไร จะได้สั่งต่อแท้งยาและเพื่อความปลอดภัยของผู้หญิงเอง ปรากฏว่าไปมา 3 แห่ง ไม่รับ Ultrasound เลย มีแห่งหนึ่งบอกด้วยซ้ำว่า รู้ว่าจะ Ultrasound ไปทำแท้ง ถ้าตัดสินใจฝากท้องก่อนจะ Ultrasound ให้ ถ้าทำแท้งไม่ทำให้ ถ้าโรงพยาบาลไม่ทำ ไม่เป็นไรแต่ หน้าที่คุณควรจะต้อง Ultrasound ให้ผู้หญิง

หลังจากใช้เวลา 2-33 วัน หาที่ Ultrasound ไม่ได้ ก็โทรมาคุยกับเรา ก็ต้องสนับสนุนให้ไป Ultrasound ใหม่ เรื่องค่าใช้จ่ายและผล Ultrasound พบว่า อายุครรภ์สูงประมาณเกือบ 27 สัปดาห์ ประเด็นคือ เธอยืนยันว่า ต้องการทำแท้ง ก็เกิดความเครียดความกังวล ร้องไห้ตลอดเวลา เป็นกฎหมายไม่ใช่อำนาจของผู้หญิงอีกแล้ว เราประสานไปที่ไหนก็ไม่ มีที่โรงพยาบาลทำให้ สุดท้ายก็ต้องนั่งคุยกันว่า ต้องเปลี่ยนทิศทาง จำเป็นต้องท้องต่อทั้ง ๆ ที่ไม่พร้อม ซึ่งกำลังประสานหน่วยงานต่าง ๆ ที่จะมาช่วยเหลือ เขาบอกว่าต้องการที่จะยกบุตรให้ผู้อื่นเพราะตัวเองไม่ไหวแล้วจริง ๆ จำเป็นต้องยกบุตรให้กับผู้อื่นไป เราก็ต้องนั่งดูแลผู้หญิงคนนี้อย่างใกล้ชิด เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในระหว่างที่ท้องไม่พร้อม

จะเห็นว่า ตัวอย่างแรกความจำเป็นของผู้หญิงเรื่องสุขภาพก็ยังไม่ได้รับการดูแลเลย ตัวอย่างที่สองเงื่อนไขของการตั้งอายุครรภ์ที่กฎหมายกำหนดการยุติไว้ได้ใน 20 สัปดาห์ ผมคิดว่ามีปัญหา ถึงแม้เปิดกว้างขึ้นกว่าเดิม แต่สุดท้ายก็ยังไม่คืนอำนาจให้กับผู้หญิงได้ตัดสินใจได้จริง จึงยกตัวอย่างขึ้นมาแลกเปลี่ยน

รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล

น่าสนใจมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กรณีตัวอย่างทั้งสองกรณี กรณีที่ไม่มีการให้บริการแล้วไม่ส่งต่อ ไม่ให้ข้อมูล ในรอบ 6 เดือนที่ติดต่อ 1663 มีกว่าร้อยละ 50 ยากเสนอให้มีการจำแนกพื้นที่ เป็นเขตว่ามาจากจังหวัดใดบ้าง ภาคไหนบ้าง

สมวงศ์ อุไรวัฒนา

ผมมีรายชื่อทุกโรงพยาบาล และได้ส่งให้กรมอนามัยด้วยว่า ให้ช่วยไปทำความเข้าใจกับโรงพยาบาล แต่ประเด็นสำคัญเมื่อถามว่า ยินดีที่จะกลับไปสู้ เพื่อให้เขาต้องส่งต่อให้ได้ไหม? ทุกคนยังไม่ประสงค์จะสู้ใด ๆ ทั้งสิ้น

รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล

1663 ได้พบว่า มีหน่วยบริการที่ซ้ำ ๆ กันบ้างใหม่ที่ปฏิเสธ ละเมิดสิทธิ

สมวงศ์ อุไรวัฒนา

มีโรงพยาบาลซ้ำ ๆ ทั้งส่งต่อและไม่ส่งต่อ ขึ้นอยู่กับระดับบุคคลด้วยว่า ไปเจอใคร

ภาพรวมปัญหาที่ผู้หญิงท้องไม่พร้อมเข้าไม่ถึงบริการภายใต้กฎหมายทำแท้งใหม่

สุพิชา เบาทิพย์ - กลุ่มทำทาง



อยากส่ง Message ออกไปว่า การยุติการตั้งครรภ์ในประเทศไทยทำได้ทุกช่วงอายุ ครรภ์ เราต้องส่ง Message นี้ออกไป มันคือเนื้อหาของกฎหมาย “ทุกอายุครรภ์” ในทางปฏิบัติ การตัดสินใจไม่ได้อยู่ในมือของผู้รับบริการ และคนทั่วไปยังเข้าใจว่าทำได้แค่ 12 สัปดาห์ หรือทำได้ถึง 20 สัปดาห์เท่านั้น Message ยังคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงของกฎหมายมาก

ในรายงานของ สปสช.ปี 2564 ตามเว็บไซต์ที่เขียนไว้ เห็นตัวเลขนี้ตกใจมาก ให้ดูข้อ 8 บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย หรือบริการทำแท้งที่ปลอดภัย ในปี 2563 สปสช.ตั้งเป้าไว้ 23,000 ราย ทำได้จริงต่ำกว่า 5,000 ราย ทำให้ปี 2564 ตั้งเป้าให้ต่ำเป็น 12,000 ทำได้แค่ 5,000 ราย

มีคาดประมาณไว้ว่าการทำแท้งมีประมาณ 3 แสนคนต่อปี แต่ว่าบริการของ สปสช. ให้บริการได้แค่ 5,000 กว่าราย ข้อมูลนี้ทำให้เกิดคำถามว่าที่เหลือไปไหน? จาก 300,000 ราย มาลง 5,000 ราย แล้วส่วนที่เหลือไปไหน? ประชาชนยังไม่สามารถใช้สิทธิได้ อาจจะมีคนที่ใช้บริการแต่ไม่ได้อยู่ใน สปสช. ตัวเลขของ สปสช.แปลว่า ประชาชนใช้สิทธิของตนที่ สปสช.สนับสนุน 3,000 บาทต่อหัว เขาใช้สิทธินี้ และ สปสช.จ่ายให้กับทุกสิทธิไม่ว่าคุณจะทำราชการ ประกันสังคม บัตรทอง คุณได้ทั้งสิ้นตามจ่ายทั้งหมด แต่มีจำนวนแค่ 5,000 รายต่อปี ทำให้เกิดคำถามขึ้น

หลังกฎหมายเปลี่ยนแล้ว คนที่อายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ สอดคล้องกัน 1663 ที่มีตัวเลขในปี 2558 - 2563 รวม 50,000 ต่อคน มีประมาณ 1% ที่อายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ ปัญหาเข้าไม่ถึงบริการ คือ คนไม่รู้ว่าจะไปรับบริการที่ไหน มีสถานบริการแต่ไม่มีเงิน หรือไม่มีแม้กระทั่งเงินค่าเดินทางไปรับบริการ ปัญหาหลักเป็นผลมาจากการขาดประชาสัมพันธ์ ขาดการสื่อสารว่า การบริการเป็นอย่างไร อยู่ที่ไหนที่จะให้เข้าถึงได้ เชื่อว่าหลาย ๆ อย่างสามารถทำได้โดยไม่ต้องมีกฎกระทรวง



โครงการ “การติดตามผลระบบบริการยุติการตั้งครรภ์
และพัฒนาวัดกรรมบริการนวัตกรรม
ในบริบทกฎหมายยุติการตั้งครรภ์ฉบับใหม่”



สมาคมพัฒนาเครือข่ายอาสา RSA
WWW.RSATHAI.ORG

ดังนั้นการเข้าไม่ถึงเพราะอะไร? ข้อเท็จจริงคือการเข้าไม่ถึงข้อมูลบริการสถานที่ยุติ ฯ ไม่ใช่เฉพาะประชาชนเจ้าหน้าที่ ฯ ไม่รู้กฎหมาย เปลี่ยนเจ้าหน้าที่ รับเรื่องแล้วไม่รู้จะเอาอย่างไร กฎหมายเปลี่ยนหรือยัง? ที่ไหนได้รับมอบหมายนโยบาย ไม่รู้ว่าจะให้ทำอะไร หลาย ๆ คนก็ปฏิเสธดี ๆ เลย และประชาชนก็ยังไม่รู้ ว่า กฎหมายเปลี่ยน ไม่รู้จะไปรับบริการที่ไหน โดยเฉพาะไม่รู้ว่ามีสิทธิที่จะได้รับสนับสนุน เป็นสิทธิของเขาที่จะได้รับเข้ารับบริการและทางโรงพยาบาลสามารถเบิกได้ 3,000 เป็นรายหัว ประชาชนไม่ได้ยินข่าวนี้ เขาไม่รู้สิทธิ

เมื่อพูดถึงเรื่องสถานบริการ โรงพยาบาลในประเทศไทยมีประมาณ 1,300 แห่ง โรงพยาบาล คลินิกที่ขึ้นทะเบียนยายุติการตั้งครรภ์มีแค่ 149 แห่งจาก 1,300 แห่ง และจาก 149 แห่งที่ขึ้นทะเบียน มีให้บริการได้ 91 แห่ง เป็นเอกชนไปแล้ว 21 แห่ง ต้องบอกว่าไม่ใช่เป็นบริการที่เป็นระบบปกติ ชักเข้าชักออก เดี่ยวเปิดเดี่ยวปิด ตัวจังหวัดที่ให้บริการก็มีแค่ 38 จังหวัด เมื่อดูตัวเลขในระยะยาว ๆ ว่าใน 7 ปี เริ่มดำเนินนโยบายเรื่องนี้ ปี 2557-2564 จำนวนเพิ่มขึ้นแค่ 10% คือแบบว่า จะต้อง speed up ขนาดไหนเพื่อให้หน่วยบริการเพิ่มขึ้นมาจาก 50 มาเป็น 70 แห่ง ตามเป้าที่ทางกระทรวงตั้งไว้ คำถามคือ มีกลยุทธ์อย่างไรที่จะทำ นอกเหนือจากกฎกระทรวง

ทุกคนคงจะทราบว่า ทางโรงพยาบาลตั้งเงื่อนไขเองในการให้บริการ และค่าบริการก็แตกต่างกัน บอกว่าต้องผ่านคณะกรรมการ บางคนบอกว่าต้องให้บริการเฉพาะคนในจังหวัด/อำเภอเท่านั้น ถ้ามาจากที่อื่นไม่ให้ บางคนบอกว่าให้บริการเฉพาะวัยรุ่นเท่านั้น และถ้าต่ำกว่า 20 ปีก็ต้องมีผู้ปกครอง

คนต้องเดินทางไกลมารับบริการ มีค่าใช้จ่ายค่า Ultrasound ค่าเดินไกล ค่าอาหาร ค่าที่พัก ค่าใช้จ่ายของคนที่มาด้วย(ถ้ามี) เดินทางไปบางที่มีลูกใครจะดูแล ถ้าสามารถจะฝากลูกก็มีค่าจ้างดูแล บางคนรู้สึกมีความกระตือรือร้นทางด้านจิตใจ มีค่าบริการปรึกษาด้านจิตใจ และสูญเสียรายได้ มันนับเป็นค่าใช้จ่ายทั้งหมด ถ้าเป็นลักษณะใกล้บ้านสามารถให้บริการได้หรือว่ากำลังจะเริ่มทำก็พัฒนาระบบ telemedicine ให้กว้างขวางมากขึ้นน่าจะช่วยตรงนี้ได้

อย่างไรก็ตาม สถานบริการก็มีความจำเป็น การรับบริการเป็นเรื่องชนชั้น คนรวยจะมีหนทางมากกว่า เขาบินไปเมืองนอก ถ้ามีดังค์สามารถที่จะเลือกรับบริการได้เร็ว เลือกรับบริการที่ดี สบายใจที่สุด สบายตัวที่สุด แต่ถ้าเกิดว่าสถานการณ์คุณตกงาน คุณเป็นนักเรียน/นักศึกษา คุณทำงานโรงงาน ทางเลือกของคุณต่างกันมาก ก็พบว่าคนเหล่านี้เป็นคนส่วนใหญ่ที่เข้ามารับคำปรึกษา และมีตั้งคั่นน้อยหรือไม่มีเงินเลย

เราจะพบว่าผู้รับบริการถูกปฏิเสธ ไม่มีการส่งต่อ ถูกตีตรา ถูกเลือกปฏิบัติ ได้รับบริการที่ไม่เป็นมิตร จำนวนคนที่ถูกปฏิเสธแล้วกรอกข้อมูลให้ทำทาง ตั้งแต่เมษายน ปี 2564 หนึ่งปีเก็บได้แค่ 25 คน ใน 25 แห่งบางแห่งก็ซ้ำกัน มีคนได้กล่าวถึงมีทั้งโรงพยาบาลที่อยู่ในเครือข่าย RSA และโรงพยาบาลที่อยู่นอกเครือข่าย RSA มีประเด็นเรื่องละเมิดสิทธิ ประเด็นเรื่องปฏิเสธในขณะที่อายุครรภ์ของคนขอรับบริการอายุครรภ์ต่ำกว่า 12 สัปดาห์ แต่ก็ยังถูกปฏิเสธ

เหตุผลที่ถูกปฏิเสธ คือ สถานบริการไม่มีนโยบาย หรือยังเข้าใจผิดว่าการแท้งคือสิ่งที่ผิดกฎหมาย หรือไม่มีเครื่องมือแพทย์ อาจจะบอกแบบปัด ๆ ไป หรือว่าคุณบรรลุนิติภาวะ ควรจะดูแลตัวเอง หรือไม่เข้าเกณฑ์การให้บริการ แล้วยกเกณฑ์กฎหมายฉบับเก่ามา หรือมีข้อพิจารณาบริการได้คือการตั้งครรภ์มีความผิดปกติมาก ถ้าไม่มีความผิดปกติก็ไม่สามารถทำให้ได้ เราจะมองการปฏิเสธการให้บริการอย่างไร? อยากมองเป็นเรื่องเรื่องธรรมาหรือเป็นเรื่องสิทธิของหมอที่จะทำเช่นนั้น หรือเป็นการละเมิดสิทธิผู้รับบริการ เมื่อกฎหมายได้เปิดโอกาสให้มีบริการได้แต่คุณให้บริการเรียกว่า เป็นการละเมิดสิทธิหรือไม่? คุณสุภัทรา ให้แนวคิดไว้ว่า เมื่อเป็นสิทธิแล้วเขาไม่สามารถได้รับการบริการ เป็นการละเมิดสิทธินะ กระแส



โครงการ “การติดตามผลระบบบริการยุติการตั้งครรภ์
และพัฒนาวัดกรรมบริการนวัตกรรม
ในบริบทกฎหมายยุติการตั้งครรภ์ฉบับใหม่”



ARSA

สมาคมพัฒนาเครือข่ายอาสา RSA
WWW.RSATHAI.ORG

ต่อต้านการให้บริการยุติการตั้งครรภ์เกิดขึ้น ที่คุณหมอไปยื่นจดหมายถึงศาลรัฐธรรมนูญ สิ่งที่เขายกขึ้นมาพูดคือ หมอมีสิทธิที่จะปฏิเสธ เราต้องมองเรื่องนี้ว่าเป็นสิทธิของใคร สิทธิของผู้รับบริการหรือเป็นสิทธิของหมอ?

เรื่องการละเมิดสิทธิอื่น ๆ เช่น การเปิดเผยความลับ การทำแท้งต้องไม่เปิดเผยความลับ ไม่ใช่เฉพาะเรื่องการทำแท้ง สิทธิผู้ป่วย ประกาศว่า การเปิดเผยความลับเป็นความผิดทางกฎหมาย พบว่ามีการทำให้อับอาย การพูดของหมอหรือผู้ให้บริการต่อผู้รับบริการ เป็นการทำให้อับอายหรือหมิ่นประมาท คิดว่าเป็นจุดที่ไม่สามารถที่จะรับได้ว่า หมอค่าผู้รับบริการ “เรียนสูงแต่ไม่มีความรับผิดชอบ” “เอาตัวไม่รอด” “หาทางออกง่าย ๆ คิดสั้น ๆ”

เมื่อกฎหมายเปลี่ยน มีผู้ให้บริการหลายท่านลุกขึ้นมาให้บริการเปิดเผยขึ้น พบว่าการตีตรายังรุนแรง หมอ “มือเปื้อนเลือด” “คุณเห็นแก่เงิน” อยากได้เงิน ไร้จริยธรรม หมอที่ลุกขึ้นมาทำแท้ง ไม่มีเครดิต ทางกระทรวงฯ อย่าปล่อยหมอที่ให้บริการคว้งคว้าง เขาต้องได้รับการดูแล ได้รับเครดิต ต้องได้รับการชื่นชมอย่างน้อย ๆ ต้องประชาสัมพันธ์ออกไปว่า ตอนนี้การบริการมีอยู่ที่ไหน กรมอนามัย สนับสนุนประชาสัมพันธ์ให้กว้างขวางที่สุด ไม่จำเป็นต้องผ่านกฎกระทรวง การประชาสัมพันธ์คือ การคุยกับสังคมว่า รัฐบาลสนับสนุน กฎหมายสนับสนุน

ตัวอย่าง: ผู้หญิงอายุครรภ์น้อย 8 สัปดาห์ อยู่พิษณุโลก เป็นนักศึกษา ต้องเดินทางไปสิงห์บุรี เพราะว่า ไม่มีสถานที่บริการในพิษณุโลก เธอบอกว่ามีหมอออนไลน์ แต่เขายังไม่เชื่อใจ เขาต้องเดินทาง 230 กิโลเมตร อายุครรภ์ 8 สัปดาห์ เพื่อไปเอายาρχามาใช้ที่บ้าน เพราะไม่เชื่อใจว่าบริการ telemede ว่าประเทศไทยมีจริง

ถ้ามีคนถามว่า ไม่มีกฎกระทรวงจะอย่างไร มีกฎกระทรวงเขียนชัดเจน เคยถามคุณหมอว่าร่างกฎกระทรวงฯ ขัดแย้งกับกฎหมายตัวอื่นไหม มีกฎหมายตัวอื่นที่บอกว่า เขาวินิจฉัยบริการจะต้องถามผู้ปกครอง คุณหมอกฎหมายอธิบายว่าเขาวินิจฉัยอายุ 15-20 ปี รับบริการทำแท้งได้โดยไม่ต้องมีผู้ปกครอง แต่มีโรงพยาบาลจำนวนน้อยที่ทำตาม

ข้อเสนอคือ จำเป็นต้องมีการประชาสัมพันธ์อย่างมาก นโยบายภายในกระทรวงจะต้องมีการวางแผนให้ชัดเจนว่าจะไปอย่างไร และทำงานร่วมกับโรงพยาบาล หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้หน่วยงานเข้าใจเจตนารมณ์ และสามารถที่จะปฏิบัติได้ตามกฎหมาย ต้องเผยแพร่ข้อมูลที่ตั้งเงื่อนไข ค่าใช้จ่ายตามสิทธิในการทำแท้งให้ประชาชนทราบ ต้องมอบหมายนโยบาย สถานบริการที่ไม่ต้องการบริการต้องส่งต่อ ต้องมีการกำหนดงบประมาณให้เพียงพอในการดำเนินงาน ทำแผนขยายผล ขยายสถานบริการให้ครอบคลุม แผนงานต้องมียกงบประมาณ เรื่องทัศนคติของผู้ให้บริการ ต้องมีการบังคับใช้กฎหมายในผู้รับบริการ เช่น กฎกระทรวง และจัดให้มีบริการใช้ยาด้วยตัวเอง มีระบบวิชาการ

ตอนนี้ทำทาง เปิดแคมเปญ Change ให้ร่วมลงชื่อให้กระทรวงฯ กรมอนามัยเปิดเผยข้อมูลสถานบริการทำแท้งปลอดภัย เราเรียกร้องให้เปิดเผยรายชื่อสถานบริการที่เปิดเผยได้ ที่อยู่ในเว็บไซต์ RSAThai.org ให้กรุณาเผยแพร่ในเว็บไซต์ของกรมอนามัยจะทำให้คนทั่วไป มั่นใจต่อรายชื่อของหน่วยงานที่อยู่ในเว็บไซต์ของกรมอนามัย

อยากจะฝากเกี่ยวกับกรุงเทพมหานคร ทำไมทำแท้งเสียตังค์ไม่มีฟรี 5,000 บาท ในขณะที่ สปสช.อุดหนุน 3,000 บาท/หัวทุกราย ไม่เว้นในกรุงเทพฯ แปลว่าถ้าคุณเข้าสถานบริการของรัฐ คุณสามารถรับบริการ กรุงเทพฯเป็นจังหวัดที่มีผู้เข้ามารับบริการมากที่สุด เขต 13 แต่ไม่มีสถานบริการของรัฐที่ให้บริการทำแท้งปลอดภัย ต้องใช้บริการของเอกชนเท่านั้น จึงมีค่าใช้จ่าย อยากจะฝาก ส.ส. ณัฐวุฒิไปถึงตัวแทนของพรรคที่ลงสมัครผู้ว่าฯ อยากขอเสนอว่า กรุงเทพมหานคร ต้องมีสถานบริการของรัฐในการทำแท้ง

ความเห็นจากภาคีที่เกี่ยวข้อง

นพ.พรเพชร ปัญญาภิยะกุล – ที่ปรึกษาของบริหารการสาธารณสุข



วิทยากรทั้ง 3 ท่านได้ให้ภาพว่า สถานการณ์เดินมาถึงจุดไหน ช่วงของการดำเนินการตามกฎหมาย ทำให้เกิดผลกระทบในภาพกว้างของสังคม กระบวนการการแก้กฎหมาย เวลาจะจัดระบบอะไรขึ้นอย่างหนึ่ง มีหลายองค์ประกอบที่ต้องพัฒนา การออกกฎหมายเป็นเพียงเครื่องมือของการที่จะเข้าไปสู่กระบวนการจัดระบบ เป็นเรื่องหนึ่งที่มีความยาก ซึ่งจะเห็นได้ว่าในสังคมไม่ว่าเวลาไหนก็แล้วแต่ มีทั้งคนเห็นด้วย มีคนไม่เห็นด้วย

หลังจากกฎหมายออกมา ในส่วนกลาง กองบริหารการสาธารณสุข ซึ่งทำหน้าที่เรื่องพัฒนา OSCC ศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุข เดิมศูนย์พึ่งได้วางระบบมาเพื่อดูแลเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง เด็กประมาณครึ่งหนึ่งที่เข้ามาปรึกษามีปัญหาทางเพศ ก็มีการพัฒนาแนวทางในการช่วยเหลือท้อง กรณีไม่พร้อม กระบวนการให้คำปรึกษา การดำเนินงานนั้นทำมาตั้งหลายปีแล้ว สิ่งที่ทำมา เดินหน้าไป ภายใต้บริบทของกฎหมายฉบับเก่า ซึ่งมีข้อจำกัด

ช่วงหลังกฎหมายเปลี่ยนแล้ว มักเข้าใจไปว่า กฎหมายเปลี่ยนวันนี้ พรุ่งนี้ควรจะทำได้ทั้งหมด ในฐานะผู้ออกแบบระบบงานโดยเฉพาะระบบในการบังคับใช้กฎหมายเห็นว่า ต้องใช้เวลาอย่างน้อย 3-5 ปี ในการขับเคลื่อนเพื่อจะให้คนที่เข้ามาเกี่ยวข้องในการปฏิบัติทำความเข้าใจ สิ่งที่ได้ดำเนินการแล้ว คือ ได้ทำงานร่วมกับเครือข่าย RSA ในช่วงที่ของเครือข่าย RSA มาปรึกษา ช่วงในช่วงโควิด หน่วยบริการมีอยู่หลายหน่วยงานต้องยุติการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ เพราะว่าโรงพยาบาลต่าง ๆ จะถูกระดมเจ้าหน้าที่ไปควบคุมโรคโควิด การยุติการตั้งครรภ์หรือให้คำปรึกษาแม้แต่เป็นเรื่องการดูแลความรุนแรงทั่วไป ถือว่าไม่เร่งด่วน หลายแห่งจะปิดบริการ โดยเฉพาะศูนย์พึ่งได้ถูกระดมคนไปช่วยงานโควิด

การดำเนินการ ได้ร่วมมือของสำนักปลัดกระทรวงฯ ในส่วนของกองบริหารงาน ร่วมมือกับ สำนักงานอนามัยเจริญพันธุ์ ร่วมกันยกร่าง เป็นกรรมการตามที่แต่งตั้งมอบหมายมา หลังจากที่ได้ดำเนินการ ได้คุยกับทางเครือข่ายแพทย์ว่าถ้าจะดำเนินการได้ช่วงโควิดมีกระบวนการอย่างไร ตอนนี้ผู้ป่วยเดินทางยาก สถานพยาบาลมีความยากลำบากที่จะจัดบริการ ได้ดำเนินการคุยกันถึงแนวทางเรื่อง telemedicine ว่าจะทำงานอย่างไร เรามีหนังสือสั่งการไปว่า มีความร่วมมือกับเครือข่าย RSA ซึ่งให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ และประสานงานกับเครือข่ายของ RSA กระบวนการนี้ ทางกองจัดประชุมชี้แจงกับ OSCC หลังมีหนังสือสั่งการแล้ว มีการประชุมชี้แจงบทบาทของ OSCC แล้ว

ปัจจุบันเป็นเรื่องการโทรปรึกษา ทาง RSA จะติดต่อมาแจ้งเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ เพื่อจะช่วยกันติดตามเคสในพื้นที่ หลังจากที่มีบริการปรึกษากับแพทย์ RSA ทางโทรศัพท์ ส่งยาเรียบร้อยแล้วและยุติการตั้งครรภ์ กองฯ มีกระบวนการติดตามทางโทรศัพท์ ถ้าไม่มีปัญหาก็ก็น่าไม่ต้องแจ้งมาทาง OSCC แต่ถ้าเกิดกรณีมีปัญหาต้องไปดำเนินงานต่อโดยเฉพาะ อีกอันหนึ่งคือการดูแลในเรื่องคุมกำเนิด ตามหลักเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการท้องซ้ำอีกที่

เราพยายามตามเรื่องออกประกาศ (ตามมาตรา 35(5)) แต่ประกาศไม่ออกมา ทำให้กระบวนการสนับสนุนเพื่อขับเคลื่อนต่อยังดำเนินการไม่ได้ชัดเจน กองบริหารจะเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องตั้งงบประมาณในการดูแลเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง ก็วางแผนไม่ได้ คู่มือยังไม่มี เราไม่ใช่หน่วยงานรับผิดชอบหลัก เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบร่วมในแง่สนับสนุนให้กรมอนามัยเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการขับเคลื่อนระบบ ดังนั้นต้องรอว่าจะตั้งงบประมาณให้โรงพยาบาลหรือเปล่า? ในช่วงสถานการณ์โควิด งบประมาณ OSCC ก็น้อยลงเรื่อย ๆ มีข้อจำกัดในการดูแล

ที่นี้การดูแลระบบ เวลาออกแบบระบบเพื่อให้ขับเคลื่อนในภาพรวม 1) กระบวนการบังคับใช้กฎหมาย มีในเรื่องใจความของกฎหมาย ซึ่งมีแล้ว 2) ประกาศแพทย์สภา ออกมาแล้ว 3) ระบบของการให้คำปรึกษา ในตามมาตรา 305(5) แนวทางก็ยังคงรอ เพื่อจะให้เข้าไปสู่การออกแบบระบบบริการ ซึ่งต้องไปเขียนแนวทางการให้บริการต่าง ๆ สำคัญคือเครือข่ายการให้บริการมี 2 ส่วน คือ เครือข่ายให้คำปรึกษากับเครือข่ายบริการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งยังมีไม่ครบทุกจังหวัด ในแต่ละจังหวัดมีเงื่อนไขต่างกัน ยังไม่ได้จัดเป็นระบบ เพราะว่ายังอยู่ในวิธีปฏิบัติเหมือน Momentum เดิมที่มาจากกฎหมายเก่า เรียกว่ายังแทบไม่ได้ขับเคลื่อนในเชิงนโยบายเลย กระบวนการดำเนินการ จึงเป็นแค่ออกกฎหมาย ประกาศกฎหมาย (ในราชกิจจานุเบกษา) ไม่สามารถขับเคลื่อนได้ ถ้ายังไม่มีนโยบายขับเคลื่อน

4) กำลังคนด้านสุขภาพ ประเด็นทำแท้งไม่ได้เป็นเรื่องความรู้ทักษะอย่างเดียว มีเรื่องทัศนคติของคนทำงาน ที่เรียกว่าไม่สามารถบังคับให้ใครทำงานหรือไม่ทำงาน ภายใต้ทัศนคติที่ถูกขับเคลื่อนด้วยกฎหมายเก่าหรือสังคมในยุคที่เปลี่ยนผ่านตรงนี้ต้องใช้เวลาเรื่องปรับทัศนคติ 5) เทคโนโลยีทางการแพทย์ เรื่องยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ มีกรมอนามัยสนับสนุนในการดำเนินการซึ่งไม่ได้เป็นส่วนที่ยาก ทางแพทย์ดำเนินการอยู่แล้ว และ 6) กระบวนการสารสนเทศทางการแพทย์ เรื่องระบบรายงาน ทั้งระบบรายงานเชื่อมโยงข้อมูลในส่วนให้คำปรึกษา การบันทึก รายงานสรุป และการรักษาความลับ

ทางกองบริหารการสาธารณสุขเพิ่งปรับปรุงระบบการเชื่อมโยงข้อมูลเกี่ยวกับเรื่อง การให้คำปรึกษา ตัวโปรแกรมเสร็จเพราะเป็นผลการดำเนินการจากปีงบประมาณที่แล้ว ระหว่างรอประกาศกระทรวงยังไม่ออกเสียที ก็ชี้แจงเจ้าหน้าที่ยาก เวลาที่ต้องปรับปรุงคู่มือ/แนวทาง ระบบรายงานต้องให้สอดคล้องกัน แต่เราไม่รู้ว่าจะทางสุดท้ายหน้าตาจะเป็นอย่างไร

การเงินการคลัง ทางสปส.กำหนดในเบื้องต้นเกี่ยวกับการสนับสนุน แต่ประกาศกระทรวงไม่ออก ก็ปรับปรุงคู่มือแนวทาง อัตราค่าบริการ วิธีปฏิบัติในการเบิกจ่าย ยังทำไม่ได้ เป็นเหตุที่ทำให้เห็นว่า หน่วยบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในตัวระบบยังอยู่ในบริบทเดิม ไม่ได้มีการขับเคลื่อนไป

7) การบริหารจัดการ กฎหมายไม่ได้เขียนเรื่องระบบบริหารจัดการ เป็นการตีความอย่างแคบ ตาม ป.อาญา เงื่อนไขต้องมีกระบวนการออกแบบระบบบริหารจัดการ ถ้าไม่ได้เขียนไว้ ให้อิงกับ ป.อาญา ประเทศไทยมีสถานบริการทางการแพทย์ ประมาณ 5 สังกัด 5 กระทรวง มันจะยากต่อการชี้แจงข้ามกระทรวง คณะแพทย์แต่ละคณะ มีพร.ของตัวเอง มีกฎหมายของมหาวิทยาลัยตัวเอง มีอิสระในการที่จะบอกว่า กฎหมายเขียนแบบนี้แต่วิธีบริหารจัดการ ถ้าไม่ได้เขียนมาพร้อมกันจะออกโดยระบบบริหารราชการแผ่นดิน กระทรวงสาธารณสุขสั่งข้ามไปที่กระทรวงของคณะแพทย์ต่าง ๆ เรียกว่า เป็นการขอความร่วมมือแต่ไม่ใช่ผู้บังคับบัญชา รวมถึงในกรุงเทพฯด้วย ได้แค่การขอความร่วมมือว่าระบบใหญ่เป็นแบบนี้

การเข้าไปในโรงพยาบาลแต่ละที่หน่วยงานเพื่อนำกฎหมายไปบังคับใช้ ก็ต้องเตรียมพร้อมเผชิญกับคนที่เห็นด้วยและคนที่ไม่เห็นด้วย ต้องมีกระบวนการขับเคลื่อนกับโรงพยาบาลแต่ละระบบ สุดท้ายอาจจะเจอว่า เจ้าหน้าที่ทะเลาะกันแตกแยก เป็น 2 – 3 ฝ่าย เราก็ไม่อยากให้โรงพยาบาลเกิดความไม่สามัคคี ระบบการเป็นอยู่เวรเวียนตลอด 24 ชั่วโมงจะมีแพทย์ที่หมุนเวียนตลอดจะอย่างไร คิดว่ากระบวนการปรับทัศนคติ กระบวนการเรื่องระบบบริหารจัดการ ในกฎหมายไม่ได้กำหนดไว้ว่า ใครรับผิดชอบ ถ้าเขียนในรูปแบบที่ยีกร่างของโดยคณะทำงานกฎหมาย เช่น กำหนดผู้รับผิดชอบในการวางระบบคือ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือ ผู้ตรวจราชการ กระบวนการบริหารจัดการ ต้องมีผู้รับผิดชอบว่าระบบจะ

เป็นอย่างอย่างไร ถ้าเกิดเหตุด้วยลักษณะแบบนี้ มีข้อขัดข้องจะต้องปรับระบบ ต้องไปชี้แจงใคร ผู้ตรวจราชการมีหน้าที่อะไร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดผู้มีหน้าที่อะไร

ถ้าเป็นระดับอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีหน้าที่วางระบบ มีคนรับผิดชอบแต่ละระดับ กว่าจะระบบจะนิ่ง อาจจะต้องใช้เวลาสัก 4-5 ปี ระบบจะค่อย ๆ เบาลง แต่อาจจะไม่ได้หายไปทั้งหมด ฝากในมุมมองของคนที่อยู่เรื่องการจัดการระบบว่า ถ้าจะดำเนินการยังต้องมีหลายองค์ประกอบที่ต้องดำเนินการ การที่จะปรับเปลี่ยน คิดว่างานนี้ไม่ยากในการวางระบบ เพราะระบบอื่น ๆ ที่ไม่ค่อยมีข้อขัดแย้งยังใช้เวลาหลายปี คงเป็นส่วนของสถานพยาบาล เครือข่ายของสำนักงานปลัดฯ ที่จะเข้ามามีบทบาท

ในประเด็นกรุงเทพมหานคร มีระบบบริการซับซ้อนแตกต่างจากภูมิภาค มีโรงพยาบาลจาก 5 กระทรวง หรือ 5 เจ้านาย ดังนั้น ผมเสนอว่า คลินิกกับโรงพยาบาลเอกชน ถ้าเราสามารถที่จะคุยกับคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนได้ เพราะมีแพทย์ที่ทำงานเป็นลักษณะของคลินิกเอกชน หรือว่าเป็นโรงพยาบาลเอกชน เพื่อรับบริการยุติการตั้งครรภ์ด้วย ถ้าวางระบบรองรับ ให้อยู่ไปถึงภาคเอกชนด้วย สามารถเบิกจ่ายได้ ปัญหาภาระค่าใช้จ่ายจะลดลง อาจจะไม่ได้อัดฉีดเงินให้ ต้องเป็นงานบริการทางภาครัฐอย่างเดียว ก็เป็นกระบวนการที่ออกแบบระบบบริการในอนาคตอาจจะเดินสองขา ขาของภาครัฐและขาของภาคเอกชน

สุภัทรา นาคะผิว - ผู้อำนวยการศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์



คิดว่าสิ่งที่เป็นปัญหาหลัก ณ วันนี้คงชัดเจนแล้วว่า มีกฎหมายที่ให้สิทธิกับผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมและอยากจะทำยุติการตั้งครรภ์ พอเป็นสิทธิก็จะผูกพัน เป็นหน้าที่ของคนที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการ ซึ่งอย่างน้อยก็มีคนที่เกี่ยวข้องอยู่หลายส่วน หนึ่งในคนที่หน้าที่จัดบริการสนับสนุน พอเป็นสิทธิสุขภาพก็ขึ้นอยู่กับว่า คนนั้นมีสิทธิสุขภาพอะไร สำหรับคนไทยมี 3 กองทุน กองทุนแรก ประมาณ 5 ล้านคน คือ ข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ กองทุนที่สองที่ตามมาเป็นกองทุนประกันสังคมเมื่อปี 2533 ปัจจุบันดูแลคนอยู่ประมาณ 13-14 ล้านคน มีแรงงานข้ามชาติด้วยประมาณล้านกว่าคน กองทุนที่เกิดถัดมาคือ กองทุนบัตรทอง หรือหลักประกันสุขภาพ ดูแลคนประมาณ 48 ล้านคน ขึ้นอยู่กับว่าผู้หญิงใช้สิทธิสุขภาพอะไร ก็ต้องไปตามสิทธิที่ว่ามี

แต่เมื่อมีกฎหมายออกมา ผู้มีหน้าที่จัดบริการก็ต้องจัดบริการ ในส่วนที่เป็นกองทุนที่ใหญ่ที่สุด คือกองทุนบัตรทอง คนที่มีหน้าที่ในการจัดหาบริการให้ คือ สปสช. หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก็ไม่ได้มีหน่วยบริการเป็นของตัวเอง ต้องไปหาหน่วยบริการที่จะมาทำสัญญาเป็นคู่สัญญา กับ สปสช. ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการจากกระทรวงสาธารณสุข อาจจะมีสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่เป็นเอกชนที่เข้ามาทำสัญญากับ สปสช. ด้วยบ้าง

การบอกว่าเป็นกฎหมายใหม่ เพิ่งผ่านมา 14 เดือน บทเรียนของการทำงานขับเคลื่อนเรื่องการพัฒนาบริการสำหรับผู้ติดเชื้อ HIV เอดส์ ที่สำคัญคือ การที่ใช้คำว่า พัฒนาระบบบริการสำหรับการยุติการตั้งครรภ์ เสนอว่าไม่มีใครมาประท้วงให้หรือรอว่าจะเกิดขึ้นเอง ต้องทำงานเชิงรุก อยากให้ทีมทำงาน ยกพวกไปขอคุยกับทางสำนักงาน สปสช. เลยว่า อยากจะมีข้อเสนอเรื่องการพัฒนาบริการการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยให้กับผู้หญิง

การพัฒนาจะมีด้วยกันหลายส่วน ตอนนี้อยากจะเปิดช่องแล้ว ทำให้เรามีสิทธิแล้วแต่ว่าการจะมีบริการเกิดขึ้นจริง มีความจำเป็นต้องเตรียมระบบและเตรียมบริการให้มีความพร้อม ที่สำคัญน่าจะเป็นเรื่องหน่วยบริการและผู้

ให้บริการจะไปเกี่ยวข้องกับเรื่องความรู้ กฎหมายใหม่แก่แล้ว สิทธิประโยชน์ต่าง ๆ เกิดขึ้น ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่อง
นี้ของผู้ให้บริการหรือหน่วยบริการยังอาจมีจำกัด ความจำเป็นที่จะต้องเตรียมระบบบริการ คือ การทำให้หน่วยบริการหรือ
บุคคลที่เป็นผู้ให้บริการมีองค์ความรู้ มีทักษะในการที่จะให้บริการ

เรื่องผู้รับบริการ มีคนไม่รู้สิทธิอีกเยอะ ผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับข้อมูลข่าวสาร และความรู้ ส่วนที่เกี่ยวข้องต้อง
เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ การที่จะทำให้ผู้รับบริการรู้สิทธิได้ผล มีบทเรียนผ่านมา ต้องทำงานกับเครือข่ายด้านสื่อต่าง ๆ ไม่
ว่าจะเป็นออนไลน์หรือว่าสื่อที่เป็นสื่อกระแสหลักในสังคมทั่ว ๆ ไป และไม่ว่าจะเป็นคนพิการ เป็นผู้ติดเชื้อ ฯลฯ การมีส่วนร่วม
ร่วมในการจัดบริการ หรือว่าการบริการที่จะมีส่วนร่วมในการที่จะส่งเสริมให้คนเข้าถึงบริการเป็นเรื่องสำคัญ ปัจจุบันทั้งคน
พิการ ผู้ติดเชื้อได้เข้าไปมีส่วนร่วม จากเดิมอยู่ในฐานะผู้รับบริการก็ยกระดับขึ้นมาเป็นผู้ร่วมจัดบริการ ไปขึ้นทะเบียนเป็น
หน่วยบริการรับส่งต่อ เฉพาะทางกับ สปสช. ซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานด้วย

การทำงานอย่างมีส่วนร่วมอาจจะเกี่ยวข้องกับเรื่องของทัศนคติ ความไม่รู้ เรื่องความกลัวกังวลที่ยังเป็นปัจจัย
หลักในการที่จะส่งผลให้เกิดการตีตรา การเลือกปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดการเข้าไม่ถึงบริการ ในระหว่างที่มีการพัฒนา
ระบบบริการไปด้วยกันโดยการมีส่วนร่วม มีกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การจัดบริการ เช่น พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พรบ.ประกันสังคม หรือ สวัสดิการข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ การให้บริการต้องเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน มีคุณภาพ
ซึ่งแบบไหนที่เรียกว่า ไม่มีคุณภาพมาตรฐาน เช่น ถ้าไปรับบริการ และถูกปฏิเสธหรือว่า ไม่ให้บริการหรือว่า ไม่ให้ก็ยังไม่ส่ง
ต่อ ถือว่าเป็นการให้บริการที่ไม่ได้มาตรฐาน สามารถทำเรื่องร้องเรียนเข้าไปที่ 1330 หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพใน
ระดับเขต เพื่อให้มีการสอบสวน มีคำสั่งในเรื่องการให้บริการว่า ไม่เป็นไปตามมาตรฐานว่า ด้วยสิทธิในการรับบริการ
สาธารณสุข ตามมาตรา 3 ใน พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ชัดเจนว่าเป็นทั้งบริการ ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค เป็น
เรื่องการรักษาพยาบาล การบำบัดฟื้นฟู เรื่องของการส่งต่อ ถ้าท่านไม่พร้อมหรือไม่มีการ หรือว่าไม่มีผู้เชี่ยวชาญที่จะทำ
ให้ ท่านมีหน้าที่ส่งต่อ เป็นสิทธิที่เขาจะได้รับการส่งต่อไปให้หน่วยบริการที่สามารถให้การรักษาเขาได้

การไม่ส่งต่อ ก็ถือว่าผิดมาตรฐานแล้ว อีกมาตราหนึ่งที่ สำคัญคือมาตรา 59 ตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ คือ การเรียกเก็บเงินโดยไม่มีสิทธิเรียกเก็บของหน่วยบริการ อะไรก็ตามที่ถูกกำหนดเป็นสิทธิ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการ
ยุติการตั้งครรภ์ การเรียกเก็บค่าบริการถือว่า หน่วยบริการไม่มีสิทธิเรียกเก็บ ต้องมีการร้องเรียนเข้าไปเพื่อขอให้คืนเงิน
พร้อมดอกเบี้ย ในมาตรา 59 เขียนไว้ชัดเจนว่า เป็นหน้าที่ของคณะกรรมการสอบสวนที่จะต้องสอบสวนหาข้อเท็จจริง หาก
มีการไปรับบริการและมีการเรียกเก็บเงินโดยไม่มีสิทธิเรียกเก็บ ถ้าพบเช่นนั้น ต้องสั่งให้หน่วยบริการคืนเงินพร้อมดอกเบี้ย
ให้กับผู้รับบริการ ดังนั้น เสนอว่า อาจจะต้องทำงานเชิงรุกกับผู้ที่ทำหน้าที่ในการจัดบริการ ที่สำคัญมี 2 ศูนย์คือ สำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กับสำนักงานประกันสังคม ที่ต้องทำในลักษณะเดียวกัน

รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล

ถ้าเกิดว่า โรงพยาบาลไม่ให้บริการ และไม่ส่งต่อ ต้องไปร้องเรียนที่ สปสช.ระดับเขต เป็นความผิดมาตราอะไร

สุภัทรา นาคะผิว

มาตรฐานการรักษา มาตรา 57 ในกรณีที่สำนักงานตรวจสอบ พบว่ามีการให้บริการโดยไม่เป็นไปตามคุณภาพ
และมาตรฐาน จะต้องมีการรายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐานบริการ เพื่อให้มีการสอบสวน ซึ่งจะมีการตั้ง
คณะกรรมการสอบสวนไว้อยู่แล้ว

รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล

ช่องทางนี้เป็นช่องทางที่สำคัญอีกหนึ่งช่องทาง ถ้าเกิดว่าผู้รับบริการไม่ได้รับบริการ ไม่ได้รับการส่งต่ออย่างที่ควร จะต้องทำเราสามารถใช้ร้องเรียนได้

ณัฐวุฒิ บัวประทุม - ส.ส.บัญชีรายชื่อพรรคก้าวไกล



ผมอาจจะใช้เวลาไม่มากนัก อยากจับฟังว่าจะมีส่วนในการขับเคลื่อนอย่างไรต่อไปบ้าง
อยากจะตอบประเด็นแรกของคุณสุพิชาที่ถามเกี่ยวข้องกับเรื่อง กทม. ด้วยข้อจำกัดทางกฎหมาย
ผมอาจจะไม่สามารถให้ความเห็นได้ แต่ข้อเสนอในเวทีเมื่อวันที่ 6 เมษายนที่ผ่านมา ที่มีการ
เสนอต่อ candidate ผู้ว่าราชการจังหวัดทั้งหมด พรรคก้าวไกลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการยุติการ
ตั้งครรภ์ ข้อเสนอไปถึงฝ่ายนโยบายของพรรคแล้ว กำลังวิเคราะห์กันว่า ระบบของสำนัก
การแพทย์ กับสำนักอนามัย และสำนักพัฒนาสังคม ที่เชื่อมโยงกันมีระบบอย่างไรเพราะว่า ข้อค้นพบเบื้องต้นตรงกันว่า
โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลวชิระ เชื่อว่าเป็นหน่วยหลักในการจัดบริการเรื่องนี้อาจจะไม่ใช่คำตอบเดียวของ กทม. ใน
ระบบบริการ แต่คงไม่สามารถจะให้ความเห็นได้เพราะว่าจะมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการให้คุณให้โทษกับผู้สมัคร

ผมจะย้อนไปตอนที่มีการลงมติผ่านการแก้ไขกฎหมายนี้ ในสภาผู้แทนราษฎร มีการลงมติในวาระ 3 เห็นชอบ
276 ไม่เห็นด้วย 8 และงดออกเสียงอยู่ทั้งหมด 54 ด้วยกัน ตอนที่ออกเสียงก็มีคำถามเต็มไปหมดเลยต่อสมาชิกของ
พรรคก้าวไกลถึง 40 กว่าท่าน ที่งดออกเสียงว่า ตกลงพรรคก้าวไกลไม่เห็นด้วยกับการแก้ไขกฎหมายฉบับนี้ใช่หรือไม่? ซึ่ง
ถ้าได้ฟังการอภิปราย ตลอดทั้งวาระ 1 และวาระ 2 จะเห็นได้ชัดเจนว่า ไม่มีประเด็นใดที่เป็นข้อขัดแย้งในเชิงหลักการที่
พรรคก้าวไกลจะไม่เห็นด้วย แต่การถกเถียงกันในพรรคจนออกมาเป็นมติที่งดออกเสียง มีเหตุผลความกังวลอยู่ 3 ประการ
ด้วยกัน

ประการที่หนึ่ง คือความกังวลในเรื่องอายุครรภ์ ถึงแม้จะบอกว่ามีช่องในมาตรา 305 ในวงเล็บ 2 วงเล็บ 3 หรือ
วงเล็บ 4 ที่เอื้อ แต่ข้อจำกัดในวงเล็บ 5 ที่ผู้อายุครรภ์ไม่เกิน 20 สัปดาห์ กลายเป็นข้อจำกัดและเป็นตัวล็อกไปสู่วงเล็บอื่น ๆ
รวมถึงความเข้าใจพื้นฐานของคนที่เป็นผู้ตั้งครรภ์ ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้ให้บริการต่าง ๆ ฉะนั้นง่าย ๆ คือกฎหมาย
ฉบับนี้อาจจะยังก้าวหน้าไม่เพียงพอ

ประการที่สอง เราเห็นจำกัดของการมีกฎหมายลำดับรองอยู่ในกฎหมายอาญา ถึง 2 ฉบับด้วยกัน อาจจะมี
ระยะเวลาในการออกฤทธิ์ช้า และไม่ตอบโจทย์ ซึ่งแพทย์สภาออกข้อบังคับมาใน 5 เดือน ไวกว่าที่เราประเมินไว้ แต่ก็มี
หลายประเด็นที่ยังจะมีข้อคำถามอยู่ว่า ข้อบังคับแพทย์สภาที่ออกมาใหม่ แม้บางข้อจะมีความก้าวหน้า แต่บางข้อก็ถอย
หลังไปจากปี 2548 ที่เคยมีฉบับก่อนหน้านี้ได้ซ้ำ

ประการที่สาม มั่นใจว่า ท้ายที่สุดการให้บริการจะไม่ถูกออกมารองรับตามกฎหมายลำดับรอง มันผิดฝาผิดตัวมา
ตั้งแต่ต้น เราทบทวนกันหลายครั้งว่า ประเด็นการขับเคลื่อนกฎหมายอนามัยการเจริญพันธุ์หรือ Reproductive Health ใน
ภาพรวมสอดคล้องกับสำนักที่คุณหมอบุญฤทธิ์เป็นผู้อำนวยการฯ อาจจะต้องถึงเวลาทบทวนกันอีกครั้งว่า ภาคประชาสังคม
หรือภาคการเมืองมองอย่างไร ทั้ง 257 เสียง ยอมรับการออกกฎหมายการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งตัดตอนจากกฎหมาย
อนามัยเจริญพันธุ์ในภาพรวมไปครั้งหนึ่งแล้ว หากมีกฎหมายแก้ไขกฎหมายอาญาในฉบับนี้ ในท้ายที่สุดกฎหมายที่ดูเรื่อง



โครงการ “การติดตามผลระบบบริการยุติการตั้งครรภ์
และพัฒนาวัดกรรมบริการนวัตกรรม
ในบริบทกฎหมายยุติการตั้งครรภ์ฉบับใหม่”



สมาคมพัฒนาเครือข่ายอาสา RSA
WWW.RSATHAI.ORG

ของอนามัยเจริญพันธุ์ทั้งหมดอาจจะไม่สามารถออกมาได้ในระยะเวลาอันใกล้ น่าจะตอบโจทย์ในเชิงให้บริการที่ครอบคลุมทุกมิติมากกว่า อย่างไรก็ตาม ก็ยอมรับว่า มีความก้าวหน้าในการแก้ไขกฎหมายอาญาดังนี้จริง ๆ

สิ่งที่ผมเองที่ติดตามได้ดำเนินการหรือทำอะไรไปแล้วบ้าง ต้องขอพระคุณทางกลุ่มทำทางด้านเอกสารที่เกี่ยวข้อง สำหรับ 9 เดือนหลังแก้ไขกฎหมายอาญา 301 ถึง 305 ผมขอเขามาประกอบในการปรึกษา ในเชิงรายละเอียดเอกสารอาจไม่เข้าใจทั้งหมด แต่วันนี้ได้ฟังก็เห็นภาพที่ชัดเจนและเห็นหลายประเด็นที่อาจจะต้องขับเคลื่อนต่อ

เรื่องแก้ไขข้อบังคับแพทยสภา ในข้อบังคับแพทยสภา มีหลายประเด็น เช่น ไม่ได้มีการพูดถึงหรือระบุการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับผู้ประกอบวิชาชีพที่ไม่ปฏิบัติตาม หรือละเมิดสิทธิ ไม่ได้มีการพูดถึงกรณีสถานบริการอื่น ๆ ที่นอกเหนือไปจากโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนต่าง ๆ เป็นต้น แต่วันหนึ่งอาจจะปรับแก้ให้สอดคล้องกันได้

อย่างที่สองคือ ตั้งกระทู้ถาม ผมมีกระทู้ถามต่อนายกรัฐมนตรี เพราะว่าเป็นกฎหมายอาญา ต้องถามนายกฯ เนื่องจากว่าไม่ใช่แค่ระดับกระทรวงสาธารณสุข ปีนี้ผมถามมีอยู่ 2 ข้อคือ ข้อแรกคือรัฐบาลมีนโยบายในการปฏิบัติหรือมีความคืบหน้าหลังมีการแก้ไขกฎหมายอาญาดังที่ 28 อย่างไรบ้าง ข้อสอง รัฐบาลได้ดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการออกข้อบังคับแพทยสภาและหลักเกณฑ์และวิธีการของกระทรวงสาธารณสุขอย่างไรบ้าง

เสียดายว่า จังหวะไม่ได้จริง ๆ เพราะว่า ผมมีสิทธิเลือกกระทู้ถามด้วยวาจาในสภาแค่ 1 กระทู้ต่อ 1 สมัยประชุมเท่านั้น ในท้ายที่สุดผมตัดสินใจเลือกกระทู้ถามประเด็นเรื่องระบบคุ้มครองเด็กในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หลังกรณีที่มีข่าวนักร้องคนหนึ่งที่จะละเมิดหรือคุกคามทางเพศบุตรตนเอง ผมจึงไม่สามารถที่จะถามเรื่องกฎหมายทำแท้งที่แก้ไขใหม่ในสภาได้โดยตรง จึงเป็นกระทู้ที่ต้องถามแท่ง นายกรัฐมนตรีได้ตอบมาเมื่อวันที่ 24 มกราคมปี 2565 เป็นกระทู้ที่ลงประกาศในราชกิจจานุเบกษา

นายกฯ ตอบไม่ต่างกับที่ท่านหลาย ๆ ท่านพูดไป คือ เรื่องการตั้งคณะกรรมการ การทำหลักสูตรแบบออนไลน์ on site การทำหนังสือรับรองต่าง ๆ พูดถึงการปรับปรุงข้อมูล และพูดถึงระยะยาวที่เกี่ยวข้องกับการออกกฎหมายกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการให้คำปรึกษา การจัดทำ application ต่าง ๆ เรื่องการผลักดันสิทธิประโยชน์ และอีกข้อตอนท้าย ๆ คือ เขาใช้คำว่าจะมีการประเมินผลว่า ในท้ายที่สุดการแก้ไขกฎหมายอาญามาตราครั้งนี้ จะมีผลสัมฤทธิ์เป็นอย่างไร ปกติการประเมินผลสัมฤทธิ์ คือ 5 ปีหลังการบังคับใช้ เราคงไม่สามารถที่จะรอแบบนั้นได้

คุณหมอพรเพชรพูดถึง เรื่องการบังคับใช้ อาจจะต้องย้อนไปดูว่า หลังศาลรัฐธรรมนูญมีคำสั่งภายใน 360 วัน ระบบสาธารณสุขทำอะไรไปบ้าง ในช่วงกฎหมายผ่านมาแล้วมาถึงปัจจุบันอีก 14 เดือนเกิดอะไรขึ้น? จริงๆ เท่ากับ 2 ปีครึ่งแล้ว ควรจะเป็นความคืบหน้ามากกว่านี้ ไม่ใช่ต้องไปรอ 5 ปีในแง่ของการประเมินผลสัมฤทธิ์ เป็นประเด็นที่สองในแง่ของความคืบหน้า

อย่างที่สาม ผมคิดว่าการออกกฎหมายที่ครอบคลุมเฉพาะหมวดที่ 1 เป็นสิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องทำ คงต้องใช้ช่องทางพิเศษ ในการคุยกับท่านรัฐมนตรีว่าการฯ คุณอนุทินหรือคุณรัฐมนตรีช่วยว่าการคุณสาธิต ปิตุเตชะ ซึ่งก็เจอกันบ่อย เพราะเป็นกรรมาธิการกฎหมายลูกด้วยกัน ว่า ท่านติดขัดอะไรแน่

กรณีหมวด 2 และหมวด 3 ของร่างกฎหมายกระทรวง ผมมาอ่านรายละเอียดที่คุณหมอบุญฤทธิ์ท่านตั้งข้อกังวล ในความเป็นจริงหมวด 2 เรื่อง แนวทางการดูแลช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องตั้งครรภ์ต่อ อาจจะไม่จำเป็นต้องอยู่ใน



โครงการ “การติดตามผลระบบบริการยุติการตั้งครรภ์
และพัฒนาวัดกรรมบริการนวัตกรรม
ในบริบทกฎหมายยุติการตั้งครรภ์ฉบับใหม่”



สมาคมพัฒนาเครือข่ายอาสา RSA
WWW.RSATHAI.ORG

กฎกระทรวง เพราะว่าไม่ได้ใช้อำนาจเป็นพิเศษ เป็นบริการที่สามารถทำเป็นข้อตกลงหรือ MOU ระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ อยู่แล้ว หมวดที่ 3 ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดำเนินการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ด้านการกำกับและประสานงาน ผมคิดว่า ยิ่งเป็นอำนาจของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยกฎหมายภายในอยู่แล้ว หาก 2 ประเด็นเป็นข้อจำกัดที่จะนำไปสู่การยังไม่มีประกาศกระทรวง ผมว่าก็ไม่ยาก แต่ว่าระยะเวลาของการทำความเข้าใจหรือการแก้ไขที่ดูนานเกินไป อาจจะต้องมีระบบที่ช่วยในแง่ของการติดตามต่อ

ประเด็นที่ 4 ผมเคยได้คุยกับคุณสุมาลีไปเบื้องต้นว่าจะนำเสนอประธานคณะกรรมการกิจการ เด็ก เยาวชน สตรีฯ ซึ่งท่านนั่งเป็นกรรมการตอนพิจารณาร่างแก้ไขกฎหมายอาญาอยู่ด้วย คือคุณมุกดา พงษ์สมบัติไปแล้วว่า จะขอเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมารับทราบปัญหา และความคืบหน้าของการดำเนินการ หลังมีกฎหมายมีผลบังคับใช้ว่าตกลงวันนี้ความคืบหน้าเป็นอย่างไร ปัญหาเป็นอย่างไร ติดขัดอะไร วันนี้คิดว่า เป็นประโยชน์ในแง่ของการใช้ช่องทางของกรรมการ เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ กลุ่มชาติพันธุ์และผู้มีความหลากหลายทางเพศอีกครั้งหนึ่ง ถ้าได้โอกาสตั้งกระทู้ ให้ถูกถามในสภาด้วยวาจา ด้วยการขับเคลื่อนในเชิงพันธสัญญาต่าง ๆ อาจจะเร็วขึ้นกว่านี้

ประเด็นสุดท้ายเป็นความตั้งใจส่วนตัว ผมถือว่าเป็นหนึ่งในเครือข่ายต้องไม่พร้อม ผมคิดว่ามันมีคุณภาพความเปลี่ยนแปลงใน 5 – 6 ปีที่ผ่านมา ในระบบทางสังคม มี 5 คุณภาพด้วยกัน

ด้านแรก การเมือง เป็นประเด็นที่อาจารย์กฤตยาตั้งคำถามว่า “เป็นที่กฎหมายหรือการเมือง” ผมยังไม่มั่นใจด้วยซ้ำว่า ระหว่างประกาศกระทรวงสาธารณสุข กับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ใครจะไปก่อนกัน แต่จับประเด็นเชิงบวกได้ว่า วันนี้พรรคการเมืองไหนไม่พ้นเรื่องนี้ เรื่องที่พรรคให้ความสำคัญ มีคะแนนเสียงอยู่ เจตจำนงอย่างไรไม่รู้ แต่ถ้ามีฐานคะแนนเสียง มันสร้างพันธสัญญาในเงื่อนไขนโยบายพรรคการเมืองในรอบหน้าได้

คุณภาพที่สอง กลุ่มข้าราชการ อาจจะต้องทบทวนไม่ว่าจะเป็นกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาสังคมฯ หรือหน่วยงานอื่น ๆ คุณภาพที่สามที่ถูกกดทับอยู่คือ ภาควิชาการและภาคประชาสังคม เสียงพวกเขายังมีพลังอยู่ แต่ก็ต้องช่วยกันดูในโครงสร้างใหญ่ เช่น การต่อต้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมภาคประชาสังคม ร่วมด้วย คุณภาพที่สี่คือประชาชน และคุณภาพที่ห้าคือ สื่อสารมวลชนต่าง ๆ ซึ่งอาจจะมียุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนเรื่องเหล่านี้ต่อไป

ผมสะดุดใจและเห็นด้วยอย่างยิ่งในว่า คนยังเข้าใจว่าวันนี้กฎหมายที่แก้เปิดช่องทำแท้งได้แค่ไม่เกิน 12 สัปดาห์ อันนี้ผมคิดว่ามันเป็นสิ่งที่สารที่ถูกสื่อไปแล้วคนฟังเข้าใจง่าย ๆ ทั้งที่จริงตัวกฎหมายไปไกลกว่านั้น ผมคิดว่าจำเป็นต้องผลักดันต่อแต่ในท้ายที่สุด ไม่ว่ากฎหมายหรือกฎหมายจะเป็นอย่างไร ถ้าเปลี่ยนวิธีคิดว่า เป็นสิทธิของผู้ที่ตั้งครรภ์หรือสิทธิของผู้รับบริการ ส่วนที่เหลือจะหาช่องได้ว่าจะใช้ช่องกฎหมาย จะส่งต่อ จะมีบริการแบบใดประการใด จะเข้าถึงงบประมาณอย่างไร

ถ้าเราเริ่มจากการเคารพและมองว่าเรื่องทำแท้งปลอดภัย คือสิทธิของผู้ที่ตั้งครรภ์ที่สามารถที่จะยุติการตั้งครรภ์ และการยุติการตั้งครรภ์ของเขานั้นต้องปลอดภัย อยู่ในระบบดูแล ถ้าเข้าใจกันแบบนี้ กฎหมาย ข้อจำกัด เงื่อนไขใด ๆ ก็จะไม่เป็นเงื่อนไขหรือข้อจำกัดที่ผูกมัดพันธนาการจนเกินไป และจะเป็นช่องทางให้มีบริการและความช่วยเหลือ

รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล

ฟังแล้วทำให้เห็นอีกช่องทางในการร้องเรียนปัญหานี้ในภาพรวม หรือทั้งว่าในรายบุคคล ก็คือ คณะกรรมการ
เด็ก เยาวชน สตรี ฯ

ศยามล ไกรยูรวงศ์ - กรรมการในคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ

เนื่องจากเป็นกรรมการสิทธิฯ ต้องพูดเรื่องสิทธิ อันดับแรกคือ การยุติการตั้งครรภ์
มุมมองทัศนคติมีความสำคัญที่ต้องการความเข้าใจ โดยเฉพาะผู้ที่อาจจะมีความเคร่งครัดใน
ศาสนา คิดว่าเป็นอุปสรรคอันหนึ่ง กรณีศาสนาอิสลาม มีความเชื่อว่ามนุษย์เกิดมาจากพระ
เจ้า ต้องให้ความเคารพในความเป็นมนุษย์ ความจริงทุกศาสนาให้ความเคารพความเป็น
มนุษย์ แต่ว่าเหตุผลการยุติการตั้งครรภ์ทุกศาสนาคือ มีข้อยกเว้นอยู่ หลักสากลที่ว่า ถ้ามี
เรื่องกระทำคามผิดทางเพศ หรือมีปัญหาทางสุขภาพควรจะให้ยุติการตั้งครรภ์ และกฎหมายที่แก้ไขใหม่ในมาตรา 305 ป.
อาญา ก็มีความก้าวหน้าที่สุดคล้อยกับสถานการณ์ปัญหาสังคมที่มีความซับซ้อนเกินกว่าที่ผู้หญิงโดยเฉพาะเยาวชนจะ
รับภาระในการเลี้ยงดูเด็ก กรณีท้องไม่พร้อม



ในมิติมุมมองเรื่องสิทธิผู้หญิงและสิทธิทางสุขภาพที่เป็นสิทธิสากล นอกเหนือจากการรับรองโดยรัฐธรรมนูญไทย
ยังมีการรับรองโดยอนุสัญญาจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรี ข้อ 12 เขียนชัดว่า การจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในการรักษา
สุขภาพ เพื่อประกันการมีโอกาสได้รับการบริการในการรักษาสุขภาพ การวางแผนครอบครัวบนพื้นฐานของความเสมอ
ภาคของเด็กและสตรี การวางแผนครอบครัวจึงมีความสำคัญ กรณีผู้หญิงคนหนึ่งมีการตั้งครรภ์ ไม่ใช่เป็นเรื่องของผู้หญิง
แต่เป็นเรื่องทั้งหญิงและชาย พ่อแม่ ครอบครัว เพราะฉะนั้น ในมิติการวางแผนครอบครัวมีความเชื่อมโยงตั้งแต่จะอยากให้
มีคนหนึ่งเกิดหรือไม่ เชื่อมโยงกับเรื่องปัญหาความรุนแรงในครอบครัวด้วย

มีงานวิจัยในสหรัฐอเมริกา บอกว่าคนส่วนใหญ่ก็มีความเชื่อว่า เราไม่ควรจะให้ยุติการตั้งครรภ์ เพราะว่า
เหมือนไปกำจัดมนุษย์ ผิดศาสนา แต่ถ้าในแง่การแก้ปัญหาสังคม พบงานวิจัยว่าถ้าบุคคลไม่พร้อม เราสามารถที่จะให้เขา
ยุติการตั้งครรภ์โดยขอด้วยกฎหมาย สามารถแก้ปัญหาสังคม ปัญหาอาชญากรรม ปัญหากรณีที่เกิดเกิดมาอย่างไม่มี
คุณภาพได้จริง แต่ดิฉันคิดว่าทัศนคติในลักษณะแบบนี้ ถ้าไม่มีสติให้เห็น จะอยู่บนฐานข้อสงสัยตลอดมา

ในช่วง 3-5 ปี หลังแก้กฎหมาย ควรออกแบบวางระบบสามารถทำงานสื่อสารให้สังคมเข้าใจได้ ในลักษณะ
ปัญหาสังคมผู้หญิงต้องรับภาระไปพร้อมกัน ถึงแม้จะมี OSCC ที่มีศูนย์พึ่งได้หรือศูนย์ช่วยเหลือสังคม คิดว่าหน่วยงาน
ราชการก็ต้องทำไป แต่ก็ยังมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ ถ้าภาคเอกชนทำได้จะช่วยให้เรื่องนี้ ระหว่างที่ระบบของการดูแล
การยุติการตั้งครรภ์ยังต้องใช้ระยะเวลา

ในส่วนของกฎหมายซึ่งมีข้อถกเถียงกันในเรื่องของหลักเกณฑ์ วิธีการที่ต้องมีประกาศกระทรวงกำหนด ดิฉันก็ยัง
งงกับที่ทางปลัดกระทรวงสาธารณสุขตีความแบบนั้น เพราะโดยหลักกฎหมาย ไม่สามารถจะเขียนกฎหมายในรายละเอียด
ได้ เข้าใจว่าผู้ร่างเขียนให้เฉพาะว่าการให้คำปรึกษาทางเลือกให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงสาธารณสุข
กำหนด หมายความว่าในแง่การทำกฎหมายเพื่อยืดหยุ่นให้แก่ฝ่ายบริหาร สามารถที่จะไปออกแบบ ระบบการจัดการได้
เป็นเทคนิคการเขียนกฎหมายอยู่แล้ว เพราะว่าถ้าเราออกแบบที่ fix ทุกอย่าง ในขั้นปฏิบัติจะไปแก้ในระดับกฎหมายแก้
ยาก เพราะฉะนั้น วิธีปฏิบัติจะออกแบบระบบบริการสุขภาพอย่างไร ต้องไปออกเป็นกฎหมายลำดับรอง เช่น ประกาศ

กฎกระทรวงหรือระเบียบแบบ ในระดับพระราชบัญญัติจะบัญญัติในเชิงของหลักการนั้นก็เพื่อให้รู้ว่าถ้าผู้หญิงที่มีอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์แต่ไม่เกิน 20 สัปดาห์ ต้องได้รับการบริการ ภายหลังจากการตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบวิชาชีพอื่น

ในความเห็นส่วนตัว คิดว่าในหลักเกณฑ์เหล่านี้เป็นเรื่องการออกแบบระบบบริการสุขภาพ ต้องไปออกแบบ ซึ่งทำได้โดยไม่ขัดกับกฎหมาย โดยประสบการณ์ที่สมัยทำงานที่สำนักงานปฏิรูปกฎหมาย เวลาทำกฎหมาย จะเจอสภาวะแบบนี้มาตลอด นิติกรจะตีความเคร่งครัดในทางกฎหมาย การตีความบางอย่างสามารถเกิดการแก้ปัญหาในทางปฏิบัติที่เกิดขึ้น โดยองค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพ มีระบบการส่งต่อ มีขั้นตอนมากมาย ไม่สามารถจะกำหนดได้อย่างละเอียดในระดับประมวลอาญาหรือระดับพระราชบัญญัติ ต้องถามคุณหมอหรือผู้ปฏิบัติงานว่าสามารถลดขั้นตอนได้อย่างไร

ข้อบังคับแพทยสภาล่าสุด ว่าด้วยหลักเกณฑ์การยุติการตั้งครรภ์ ค่อนข้างมีความละเอียด เข้าใจว่าคุณหมอคิดระบบและขั้นตอนมีรายละเอียด เช่นข้อ 5 การยุติการตั้งครรภ์ต้องมีเอกสารแสดงว่า ได้รับการตรวจรับคำปรึกษาจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกระทรวงกำหนดและส่งต่อโดยไม่ชักช้า ถ้าโดยภาพรวมของข้อบังคับแพทยสภา จะต้องมีความเห็นของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอย่างน้อย 1 คน ให้ความเห็นต่อเรื่องนี้ แต่สิ่งที่เรียกว่าอาจจะครอบคลุมถึงผู้ประกอบวิชาชีพอื่นและผู้ประกอบวิชาชีพอื่นดิฉันไม่มีความรู้ จะถามคุณหมอว่าผู้ประกอบวิชาชีพอื่น คือผู้ประกอบวิชาชีพอะไรบ้าง ที่ต้องเป็นไปตามที่รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด จะคล้ายว่า การตัดสินใจยุติตั้งครรภ์ 12-20 สัปดาห์ ต้องฟังคนที่เห็นชอบในการให้ความเห็นอย่างน้อย 1 คนขั้นต่ำ ถ้าเกิดคุณหมอดกเถียงกันจะมีวิธีการจัดการอย่างไรในการตัดสินใจ กรณีคนนี้ใครจะเป็นผู้ตัดสินใจ สามารถที่จะจัดการอย่างไรลดขั้นตอนได้อย่างไร ก็คงจะเป็นแบบบันทึกผลการตรวจและความเห็นชอบของผู้ประกอบการ ซึ่งระยะเวลาที่ล่าช้าก็มักจะเกิดข้อถกเถียงระหว่างหมอกับหมอไม่ตรงกัน คิดว่านี่ต้องคำนึงถึงขั้นตอนที่ไม่ยุ่งยาก

ดิฉันเห็นด้วยกับระบบเรียกว่าโทรเวชกรรมออนไลน์ ระบบเครือข่ายการส่งต่อ แต่มีคำถามมาก โดยเฉพาะกรณีของคนที่อยู่ในภาคชนบท เรามีวิธีการส่งต่ออย่างไร เพราะมีเรื่องร้องเรียนที่กรรมการสิทธิตรวจสอบ เรื่องกรณีความรุนแรงในครอบครัวที่มีการเสนอว่าใช้ระบบ OSCC มีศูนย์พึ่งได้ กับศูนย์ช่วยเหลือทางสังคม ที่ผมเป็นเลขา พบว่า มีปัญหาเรื่องงบประมาณ เพราะศูนย์พึ่งได้ของ ผมเอง กำลังพลเป็นแค่อาสาสมัคร การดำเนินการค่อนข้างช้ามาก งบประมาณไม่ค่อยมี คนไม่มี ถ้าจะเปรียบเทียบกับระบบของ OSCC อาจจะมีประสิทธิภาพมากกว่า นอกเหนือจากระบบที่ภาคเอกชนจะดำเนินการแล้ว ระบบของภาครัฐซึ่งมีกระทรวงสาธารณสุขหรือ กระทรวงพัฒนาสังคมฯ เข้ามาเกี่ยวข้อง ในแง่ของระบบส่งต่อในภาคที่ถิ่นทุรกันดาร ระบบนี้เชื่อมโยงไปที่ท้องถิ่นอย่างไร รพสต.อย่างไร งบประมาณอย่างไร จะมีปัญหาเรื่องของวัฒนธรรม ความเชื่อ กรณีผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์ แต่วัฒนธรรมยังไม่เห็นด้วย จะมีวิธีการให้คำปรึกษาให้เข้าถึงกับคนกลุ่มเหล่านี้ได้อย่างไร ต้องไปที่กลไกของท้องถิ่นที่จะเข้ามาจัดการ คิดว่าช่องว่างนี้น่าจะต้องให้ความสำคัญ ถ้าเข้าไม่ถึงระบบโทรศัพท์หรือสมาร์ตโฟน ถ้าเราสร้างกลไกนี้ด้วยจะไม่ก่อให้เกิดปัญหาของการเลือกปฏิบัติ

ดิฉันอยากสนับสนุนว่าระบบนี้ต้องไปร่วมกับหลายเครือข่าย ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลรัฐ เอกชน สถานพยาบาล ดิฉันค่อนข้างให้ความสำคัญกับกลไกท้องถิ่นที่จะทำให้มีศักยภาพในการที่จะเป็นระบบพึ่งพาได้ องค์กรเอกชน องค์กร



โครงการ “การติดตามผลระบบบริการยุติการตั้งครรภ์
และพัฒนาวัดกรรมบริการนวัตกรรม
ในบริบทกฎหมายยุติการตั้งครรภ์ฉบับใหม่”



สมาคมพัฒนาเครือข่ายอาสา RSA
WWW.RSATHAI.ORG

ประชาสังคมหรือโครงการฯ สามารถเข้าถึงในการช่วยในกลไกและก่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างระบบของรัฐกับระบบของอาสาสมัคร

ในแง่ของการให้บริการ พม.ก็ได้เล่าให้ฟังว่า ในกรณีนี้เขาก็ค่อนข้างมีงบประมาณจำกัดมาก และไม่สามารถทำงานเชิงรุกได้จริงๆ ถ้าจะใช้ระบบการให้การยุติการตั้งครรภ์ มีระบบการดูแลตั้งแต่ที่คำปรึกษา เพื่อยุติฯ จนกระทั่งอยู่ระหว่างภายหลังตั้งครรภ์ ต้องดูแลสุขภาพ ระบบการส่งต่อหรือระบบการรักษาสุขภาพมีความจำเป็นต้องออกแบบไปพร้อม ๆ กัน ก็ต้องอยู่ในประกาศกระทรวงที่สามารถจะทำความเข้าใจกับแพทย์ในทุกโรงพยาบาล ถ้าไม่มีประกาศหรือไม่ มีระบบที่ลงตัว การทำความเข้าใจกับผู้ให้บริการไม่ว่าเอกชนหรือท้องถิ่น หรือแม้แต่รัฐจะเกิดความสับสน ทำให้เกิดปัญหาการดูแล

การแก้ปัญหาเรื่องนี้จะต้องมี 2 ระยะ ระยะแรกที่ยังไม่มีประกาศน่าจะมีการคุยร่วมกัน อาจจะต้องใช้ระบบขององค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรภาคสังคมมาร่วมกับภาครัฐ ทำระบบเพื่อสร้างทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจและส่งต่อภายใต้ที่ประกาศกระทรวงที่ยังไม่มีกำหนดวิธีการ เมื่อประกาศแล้วจะทำให้เกิดการบริหารงานไปยังหน่วยงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นระบบได้อย่างรวดเร็ว เจ้าหน้าที่รัฐต้องดำเนินการตามกฎหมาย นโยบายสั่งการลงมาในการดำเนินการ เวลาออกแบบระบบ ไม่สามารถจัดการทันทีทันใดภายในปี 2 ปี ต้องออกแบบระบบช่วงเปลี่ยนผ่าน ที่กฎหมายยังไม่ครอบคลุมจะออกแบบระบบนี้อย่างไร

ในบทบาทของของ คณะกรรมการสิทธิฯ (กสม.) ทำได้ในเชิงข้อเสนอทางนโยบาย ให้เกิดความเข้าใจต่อสิทธิทางสุขภาพหรือสิทธิของผู้หญิงที่ต้องรับภาระในเรื่องการตั้งครรภ์ เพื่อมีข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานภาครัฐ ในเชิงการปกป้องสิทธิ การคุ้มครองสิทธิที่จะเป็นตัวอย่างของการดำเนินการ องค์ความรู้ ของ กสม.ก็มาจากตัวภาคประชาชนที่ทำงานมายาวนาน และมีประสบการณ์ มีความรู้ว่าจะสามารถช่วยให้มีการออกแบบระบบช่วงที่ประกาศยังไม่ออกมา กสม.ช่วยผลักดันได้ หรือจะมีข้อเสนอแนะให้ประกาศกระทรวงจะออกมาอย่างไร ที่จะเป็นระบบการส่งต่อ ต้องเป็นองค์ความรู้ที่มาจากทุกท่านที่ช่วยขับเคลื่อน ผลักดันให้เกิดการทำงานรวดเร็วขึ้นของระดับรัฐบาล

รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล

ทางคณะกรรมการสิทธิฯ (กสม.) มีระบบให้ประชาชนมาร้องเรียนได้ใช่ไหม? ในกรณีที่ประชาชนรู้สึกว่าจะได้รับความไม่เป็นธรรมจากรัฐ ไม่ว่าจะเรื่องจากรัฐหรือว่าตัวบุคคลกันเอง ถ้าเกิดเข้าไม่ถึงสิทธิ สมมุติว่าการเข้าไม่ถึงระบบตามสิทธิในการยุติการตั้งครรภ์ที่ควรจะได้รับและไม่ส่งต่อด้วยถูกไหม?

ศยามล ไกรยูรวงศ์

ได้หมดค่ะ เช่น มีกรณีถูกระทำความรุนแรง ก็มาร้องเรียนกับ กสม. เป็นกรณีที่มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์เป็นผู้ร้องให้ตรวจสอบ ไม่ว่าจะเป็นตัวบุคคลร้องเรียน หรือว่าเป็นมูลนิธิ เป็นองค์กรมาร้องเรียน

รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล

จะเห็นได้ว่าขณะนี้ มี 3 ช่องทางในการร้องเรียน (1) ช่องทางจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน (2) ช่องทางจากสภาผู้แทนราษฎร ผ่านกรรมาธิการ และ (3) ช่องทางในกลไกระบบหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) กรณีที่สถานพยาบาลไม่ได้ทำตามมาตรฐานผิดมาตรา 57 ของ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ขอไปที่ข้อมูลของคุณสุพิชาเรื่องตัวเลขของ สปสช. ตั้งแต่ปี 2563 ที่ตั้งเป้าหมายการให้บริการไว้ 2 หมื่นกว่าราย แต่บริการได้ประมาณ 3-4 พันราย ในปี 2564 ก็เลยตั้งเป้าไว้แค่ 12,000 ราย มีคนมารับบริการ 5,000 ราย ตัวเลขที่สูงขึ้นในช่วงสัปดาห์ที่สูงขึ้น ตัวเลขพวกนี้คือตัวเลขที่ตั้งเป้าของ สปสช. ที่ตัวเองเข้าใจในฐานะที่เคยถาม สปสช. มา คือ สปสช. มีนโยบายตั้งเป้าว่าปีนี้จะให้บริการจำนวนเท่านี้คน โรงพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งสามารถจะศักยภาพได้ แต่ปรากฏว่าโรงพยาบาลศักยภาพได้แค่หลักพัน ขณะที่ สปสช. ตั้งเป้าเพื่อจะให้สิทธิในจำนวนหลักหมื่น คือ ตั้งไว้ 2-3 หมื่นแต่ตัวเลขยังไม่เคยถึง ทำให้เห็นว่าปัญหาไม่ได้อยู่ที่ สปสช. เพราะ สปสช. ตั้งใจอยากจะให้อยู่แล้ว สมมติว่ามีตัวเลขที่เกินในปีต่อไป สปสช. ต้องขยายสิทธิประโยชน์ แต่ที่ผ่านมาตัวเลขไม่เคยถึง 50% จากที่ตั้งเป้าไว้ ปัญหาหลักมาที่สถานพยาบาลว่า เราไม่มีสถานพยาบาลที่จะให้บริการเรื่องนี้มากพอ ตัวเลขที่คุณชมพู่ให้คือปัจจุบันมี 38 แห่ง ตัวเลขล่าสุดจากสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เพิ่งประชุมกันไปเพิ่มขึ้นเป็น 40 แห่ง เพราะฉะนั้นปัญหาหลักคือ ผู้หญิงท้องไม่พร้อมเข้าไม่ถึงบริการ เรามีสถานบริการยังไม่เพียงพอ

ประเด็นที่สอง ยังไม่มีการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลอย่างกว้างขวางเพียงพอให้เป็นที่รับรู้ ทำให้คนเข้าใจผิดเกี่ยวกับเรื่องกฎหมาย คนยังเข้าใจผิดว่ากฎหมายอนุญาตให้ทำแท้งได้แค่ 12 สัปดาห์เท่านั้นจริง ๆ แล้ว สามารถใช้ภาษาที่กลุ่มทำทางใช้ได้คือ ยุติการตั้งครรภ์ได้โดยไม่มีอายุครรภ์ ถ้าเข้าเงื่อนไข

ช่วงคำถามและแลกเปลี่ยน

พรเพชร บุญปิยะกุล

ประเด็นสถิติสปสช. มีข้อสังเกตว่า อาจจะได้มีเรื่องเบิกจ่ายอย่างเดียว เป็นเรื่องการให้บริการด้วย ในปี 2563 เป็นปีที่มีการระบาดโควิด ทำให้คนที่เข้าโรงพยาบาลลดลง และยังเป็นการใช้กฎหมายเก่า ยังไม่ได้มีกฎหมายใหม่ออกมา ปี 2564 ถึงแม้ว่าจะมีกฎหมายออกมา กฎหมายก็ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ เพราะว่าประกาศต่าง ๆ ยังไม่ออก ฉะนั้นเรื่องตัวเลข มันอธิบายในเรื่องตัวระบบถ้าไปเทียบบริการอื่น ๆ จะตกไปเหมือนกัน เพราะบริการของโรงพยาบาลหลายแห่งปิดหรือลดบริการ ถูกมองว่าไม่ใช่ Emergency เพื่อไปรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินของโควิด เป็นการพยายามลดโอกาสของคนเข้ามาติดต่อมารับบริการจากโรงพยาบาล

มีความเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องกฎหมาย ถ้าตีความอย่างแคบ เฉพาะประเด็นเรื่องของกฎหมายที่ ป. อาญาเขียนไว้ว่าให้เฉพาะประเด็นทำแท้ง เรื่องท้องต่อไม่พุดอะไร เรื่องระบบบริหารจัดการก็ให้ไปออกกฎหมายแยกต่างหาก ความยากในมุมของผม ในฐานะที่เป็นผู้เกี่ยวข้องกับการออกแบบระบบอยู่หลาย ๆ ระบบ เวลาเราอ้างอิงตัวกฎหมาย และต้องประสานงานข้ามเครือข่าย ข้ามกระทรวงนั้นยาก ถ้าไม่ได้ผูกอยู่กับตัวกฎหมายอาญา ต้องฝ่าด่านเรื่องทัศนคติก็เรื่องหนึ่ง จะมีคนบอกว่ากฎหมายเขียนไว้แค่นี้ แต่ต้องประสานข้ามกระทรวงที่ต้องทำงานร่วมกันนั้นไม่ง่าย ถ้าตีความแบบมาก ระบบจะเดินไปด้วยในสภาพที่เขียนไว้ เวลาประสานงานข้ามกระทรวง กระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถสั่งการได้ เช่น การสั่งการไปยังคณะแพทย์ต่าง ๆ หน่วยงานวิทยาลัย โรงเรียนแพทย์ที่เป็นคนสอนทัศนคติ สอนบุคลากรทางการแพทย์ ถ้าท่านบอกไม่เห็นด้วย ท่านก็ไม่ทำ เป็นต้น



โครงการ “การติดตามผลระบบบริการยุติการตั้งครรภ์
และพัฒนาวัดกรรมบริการนวัตกรรม
ในบริบทกฎหมายยุติการตั้งครรภ์ฉบับใหม่”



สมาคมพัฒนาเครือข่ายอาสา RSA
WWW.RSATHAI.ORG

รศ.ดร. กฤตยา อาชวนิจกุล

ความเห็นจากบุคลากรในโรงพยาบาลมะเร็ง เขียนบอกว่ากังวลว่าต้องมีผู้ประกอบการวิชาชีพให้คำปรึกษา ที่ทำงานอยู่ นักสังคมฯ หลายคนที่ยังไม่ผ่านใบประกอบวิชาชีพ นักสังคมฯ ต้องไปผ่านใบประกอบวิชาชีพนักสังคมฯ ถึงจะไปอบรมเอาใบประกอบผู้ให้คำปรึกษา ทำให้ต้องทำ 2 ขั้ว มีความซับซ้อน

สุพิชา เบาทิพย์

ประเด็นที่เป็นข้อสังเกตคือ มีการอ้างอิงแล้วอ้างอิง บอกว่า 3 แสนคน และมีคนมาขอคำปรึกษาจากบริการสายด่วนท้องไม่พร้อมปีละราวห้าหมื่นคน แต่เข้าไปในสปสช.แค่ห้าพันคน เราทำอะไรพลาดไป? เราส่งต่อแล้ว อีกสี่หมื่นกว่าคนหายไปไหน? เป็นสิ่งที่ทำให้ตกใจ

รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล

ก่อนอื่นในฐานะที่ตามเรื่องตัวเลขการคาดประมาณมานาน ตัวเลข 300,000 คนปีนั้น ไม่มีที่มา ขอยืนยันซ้ำว่าไม่มีที่มาว่าเป็นตัวเลขมาจากการวิจัยที่ไหน ไทยเคยมีงานวิจัยไว้มีตั้งแต่ค.ศ. 1976 เมื่อ 40-50 ปีมาแล้ว เป็นตัวเลขของสถาบันวิจัยประชากรเองพูดว่า มีประมาณปีละประมาณ 200,000 กว่าคน หลังจากนั้นไม่มีเคยมีตัวเลขอีก เมื่อพูดถึงเรื่องทำแท้งต้องพูดเรื่องจำนวนคนกับจำนวนครั้งด้วย เพราะว่าจำนวนคนจะน้อยกว่าจำนวนครั้ง เพราะว่าบางคนทำแท้งมากกว่า 1 ครั้ง

นพ.บุญฤทธิ์ สุจริต

ผมเคยพยายามหาว่าตัวเลข 300,000 มาจากไหน ประมาณจากอะไรก็ยังไม่เจอเหมือนกัน ตัวเลข 300,000 คนน่าจะเป็นการคาดการณ์จากผู้เชี่ยวชาญหรือนักวิจัยสักคน เป็นใครก็ไม่ทราบได้ อาจมีการพูดต่อกันเรื่อย ๆ จนเป็นตัวเลขที่มักจะอ้างถึงถึง ส่วนประเด็นเป้าหมายของ สปสช.ตามที่พี่ชมพูน้าเสนอ คือเป้าหมายของ สปสช. ส่วนมากจะตั้งจากการได้รับบริการในปีก่อนหน้า สมมติปีก่อนหน้าได้รับบริการไป 10,000 คน ปีถัดไปเขาจะตั้งเผื่อไว้หน่อยว่า 12,000-15,000 คน ถ้ามารับบริการน้อยลง การตั้งเป้าก็ลดลง เป็นการบริหารจัดการเชิงงบประมาณ ที่จะต้องกันเงินไว้ อาจจะไม่ได้สะท้อนตัวเลขการทำแท้งทั้งหมดในบ้านเรา เป็นส่วนหนึ่งที่มารับบริการในระบบของ สปสช.

ประเด็นว่า ทำไมคนมารับบริการในระบบของสปสช.น้อย อย่างที่ทราบดีว่า หน่วยบริการเรามีทั้งรัฐ ทั้งเอกชน เอาเข้าจริงข้อมูลของรายงานของ สปสช.เป็นหลัก ข้อมูลของเครือข่ายที่ทำในภาคเอกชน ทางกรมอนามัย หรือกระทรวงฯ ยังไม่เคยไปตรวจสอบหรือว่าขอตัวเลขจริงแต่ละปี กับแต่ละหน่วยบริการว่าให้บริการไปมากน้อยแค่ไหน คือเขาเป็นหน่วยของเอกชนก็ไม่ได้สังกัดของภาครัฐ กรมฯ ยังไม่มีนโยบายที่จะไปให้หน่วยบริการของเอกชนต้องส่งข้อมูลการให้บริการทั้งหมดมายังภาครัฐ ทำให้ผู้ใช้บริการอยู่ในสัดส่วนของ สปสช.น้อย ก็เคยคุยกันว่า ตอนที่ตกลงค่าบริการเหมาจ่ายในภาครัฐ จะมองว่า 3,000 บาทต่อเคส ถือว่าค่อนข้างเยอะ เพราะว่าค่ายาจริงไม่ถึง 500 บาท บวกค่าบริการต่าง ๆ ในโรงพยาบาลรัฐ อีกไม่เท่าไหร่ รวมค่าบริการจัดการ 3,000 ต่อเคสน่าจะพอ แต่ว่าค่าบริการที่หน่วยบริการเอกชนที่เก็บอยู่ที่ประมาณ 4,500 - 5,000 บาท ในกรณีที่อายุครรภ์ต่ำกว่า 12 สัปดาห์ เขาจะอธิบายว่าต้องจ้างคนเอง ค่าเช่าอาคาร สถานที่ ค่าน้ำ ค่าไฟต่าง ๆ ฉะนั้น 3,000 บาทไม่คุ้มทุน เขาพยายามเสนอว่าให้ สปสช.จ่ายเพิ่มอีกได้ไหม จะได้เข้าร่วม แต่ สปสช.เคาะที่ 3,000 บาท เป็นที่มาว่า ถ้าที่ไหนยอมรับก็เข้าในระบบ สปสช.ได้ เป็นที่มาของสถานการณ์และตัวเลขที่เห็นกัน



โครงการ “การติดตามผลระบบบริการยุติการตั้งครรภ์
และพัฒนาวัดกรรมบริการนวัตกรรม
ในบริบทกฎหมายยุติการตั้งครรภ์ฉบับใหม่”



สมาคมพัฒนาเครือข่ายอาสา RSA
WWW.RSATHAI.ORG

โดยภาพรวมสถานการณ์บ้านเราจนบัดนี้ ก็ยังไม่มีตัวเลขเป็นเรื่องเป็นราวที่จะอ้างอิงและเชื่อถือได้ว่าเท่าไร อาจจะน้อยกว่าหรืออาจจะมากกว่า 3 แสนคน เราอาจจะยังไม่มีเก็บได้อย่างถูกต้อง ตัวเลขที่มาให้บริการในระบบส่วนหนึ่งคือตัวเลขที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ช่วงหลังก็ลดลงเรื่อย ๆ แต่ก็อธิบายยาก เพราะว่าพอมีสถานการณ์โควิด การแปลผลตัวเลขบริการสาธารณสุขในช่วงโควิดอาจจะยุ่งยากกว่าตัวเลขที่ลดมาจากอะไร

รศ.ดร.กฤษฎา อาชวนิจกุล

มีคำถามจากไลฟ์ว่า ในช่วงสถานการณ์โควิด เศรษฐกิจแย่แบบนี้ เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้การยุติการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นไหม

สมวงศ์ อุไรวัฒนา

ตัวเลขของ 1663 ช่วงสถานการณ์โควิด มีอัตราส่วนเพิ่มขึ้น 44 % โดยส่วนตัวคิดว่าน่าจะมีผลทำให้คนต้องการยุติการตั้งครรภ์มากขึ้น

รศ.ดร.กฤษฎา อาชวนิจกุล

มีความเห็นจาก chat ว่า มีกรณีอายุครรภ์ 16 สัปดาห์ ตามกฎหมาย สถานพยาบาล ไม่รับทำ การส่งต่อค่อนข้างยากไม่ทราบว่าสามารถดำเนินการได้อย่างไร ทาง 1663 บอกว่า ขอให้โทรติดต่อประสานมาที่ 1663 เลยเพื่อให้ทราบว่าเขาอยู่พื้นที่ไหน

คนที่ปรึกษา 1663 บอกว่า ไม่สามารถติดต่อได้เลย คือ 1663 ยังเผชิญปัญหาความยากลำบากเรื่องงบประมาณจากเคยมี 10 สาย เหลือแค่ 4 สาย

คุณกรวิมล วรรณสุข จากบ้านพักฉุกเฉิน ดอนเมือง บอกว่ากรณี ผู้หญิงต้องการทางเลือกท้องต่อและท้องอย่างมีคุณภาพ บ้านพักฉุกเฉินดอนเมืองยินดีรับช่วยเหลือให้การปรึกษาอย่างมีคุณภาพ มีกระบวนการฟื้นฟูจิตใจและเคารพสิทธิของผู้หญิง

เอมอร คงศรี

หรือขอให้ส่งมาที่ส้ม (บริการสายด่วน 1663) ก็ได้ เราจะให้เจ้าหน้าที่ รับเป็นเคสส่งต่อประสานงานให้

ณัฐวุฒิ บัวประทุม

กลไกของสภาผู้แทน มีเจตจำนงทางการเมือง ไม่มั่นใจว่า สถานการณ์ทางการเมืองจะเปลี่ยนอย่างไร อาจจะปัญหาของเราส่วนหนึ่ง ณ วันนี้ สภาฯ เหลือเวลาอีก 1 ปี ครม. ถ้าจะทำอะไรอาจจะต้องขับเคลื่อนหลาย ๆ เรื่อง เพราะไม่รู้อนาคตว่า สภาชุดใหม่จะเป็นแบบไหน บางเรื่องที่มีหลักตันอาจจะไม่สำเร็จ โดยเฉพาะกรณีของประกาศกระทรวงสาธารณสุข ถ้าเกิดเปลี่ยนรัฐมนตรี อาจจะต้องมีขั้นตอนกระบวนการใหม่

พรเพชร ปัญจะปิยกุล

ถ้าประกาศกระทรวงฯ ออกมาแล้ว สิ่งที่จะออกแบบจะเป็นการออกคู่มือการปฏิบัติงาน ในเชิงปฏิบัติคู่มือบางอย่างใช้งานในเขตของกระทรวงสาธารณสุข แต่ว่าคู่มือบางอย่างใช้งานในขอบเขตที่ก้าวข้ามไปถึงกระทรวงอื่นที่ต้องไป

ปฏิบัติงานด้วย ถ้าคู่มือที่กระทรวงสาธารณสุขออกโดยส่วนใหญ่คณะแพทย์ไม่ค่อยเอาไปปรับในระบบเท่าไร เป็นความยากของการออกแบบเชิงระบบ

วรภัทร วีระพัฒนคุปต์ - คณะกรรมการรณรงค์เพื่อประชาธิปไตย (ครป.)



ต้องการยืนยันว่ารัฐธรรมนูญมาตรา 71 วรรค 4 ระบุให้การจัดสรรงบประมาณของรัฐต้องคำนึงถึงความจำเป็นและความต้องการที่แตกต่างของเพศ วัย และสภาพของบุคคลเพื่อความเสมอภาค ต้องยืนยันสิทธิตามรัฐธรรมนูญฉบับนี้ ในเรื่องความจำเป็นที่ต้องขยายสถานบริการทำแท้งให้ครอบคลุมมากขึ้น และต้องทำเรื่องเกี่ยวกับการรับรองสิทธิการมีคุณภาพชีวิตของผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ต่อด้วย เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ในกรุงเทพฯ เรามีบ้านพักฉุกเฉินแต่คิดว่ายังไม่พอ และถือว่าเป็นสถานบ้านพักโดยภาคเอกชน ภาครัฐอาจจะต้องขยายบริการของตัวเองให้มีครอบคลุมในระดับท้องถิ่นมากขึ้น หรือถ้าเกิดว่าทำไม่ได้ ให้รัฐสนับสนุนให้มีการบริการในลักษณะแบบเดียวกับบ้านพักฉุกเฉินให้มีมากขึ้น ต้องเชื่อมโยงไปถึงสิทธิการได้รับเงินอุดหนุนบุตรถ้วนหน้า 600 บาทด้วย คือว่าไปถึงสิทธิของผู้หญิงที่จะตั้งครรภ์ต่อ ผู้หญิงที่ประสงค์จะไม่ทำแท้งด้วย

รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล

คิดว่าควรจะต้องเป็นไปอย่างที่เราเสนอ มีความเห็นของคุณศิริวรรณ จากสำนักงานคณะกรรมการสิทธิฯ ถามว่าเงิน 3,000 บาทของสปสช. เป็นเฉพาะค่ายุติการตั้งครรภ์ รวมค่า Ultrasound ด้วยไหม แต่ไม่รวมค่าเดินทางไปสถานพยาบาล เป็นเฉพาะค่าบริการยุติการตั้งครรภ์ที่สถานพยาบาลจะได้รับ ตอบว่า ไม่รวมค่าเดินทางค่ะ

สุพิชา เบาทิพย์

ถ้าไปที่สถานพยาบาล ถ้าเป็นการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ ก็จะ ค่า Ultrasound ก่อน ค่า Ultrasound จะเป็นหนึ่งในนั้น โดยส่วนใหญ่จะเป็นอย่างนั้น แต่ว่าบางแห่งก็ต้องจ่ายเพิ่ม ปัญหาคือ บางทีก็ต้อง Ultrasound ก่อนแล้วค่อยไปอีกแห่งโดยมีผลการวินิจฉัย ก็จะไม่ชัดไม่ได้

นพ.บุญฤทธิ์ สุจริต

อัตรา 3,000 บาท เป็นส่วนที่ทางสปสช. จ่ายให้กับหน่วยบริการ ไม่ได้จ่ายให้คนไข้ จะรวมทั้งค่า Ultrasound ค่ายา ค่า follow up เป็นราคาเหมาจ่าย คือ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในขบวนการดูแลการยุติการตั้งครรภ์ สปสช. เหมาจ่ายให้ 3,000 บาทและเป็นเรื่องของสถานบริการที่จะไปบริหารจัดการว่าจะเป็นคนละอะไรบ้าง

นพ.เรืองกิตติ ศิริกาญจนกุล



เรื่องค่าใช้จ่ายของเอกชนส่วนใหญ่ไม่ได้เข้า สปสช. อาจจะได้รายงานเท่ากับจำนวนที่ทำจริง เพราะฉะนั้น จำนวนเคสจะเยอะกว่าที่รายงาน สปสช. เพราะว่าส่วนหนึ่งไม่ได้ใช้สิทธิ ไม่ได้เบิกจาก สปสช. เพราะมีปัญหาตามข้อจำกัดของเขาในการใช้สิทธิเบิกจาก สปสช. ทางเครือข่าย RSA มีผู้ให้บริการเพิ่มมากขึ้น มีหน่วยที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการเข้ายามากขึ้น และได้จัดทำเนียบผู้ให้บริการปลายทางในเขตสุขภาพ บางเขตครบทุกจังหวัดแล้ว ในการดูแลหลังทำแท้ง คิดว่ามีความปลอดภัยสูงถ้าอยู่ในเครือข่ายของจังหวัด เราจะให้ผู้ที่มีคำปรึกษาประสานกับ สสจ. โดยที่

สสจ. จะมีรายชื่อผู้ให้บริการหลังยุติการตั้งครรภ์ที่สอบถามได้ นอกจากติดต่อไปที่ 1663 ช่วงแรกนี้ยังดำเนินการอยู่ในเขต
อีสาน รว 15 จังหวัด หรือจะโทรศัพท์ ประสานถามไปที่ศูนย์อนามัยของกรมอนามัยก็มีผู้รับผิดชอบในศูนย์อนามัยจะรู้ว่า
หน่วยบริการอยู่ที่ไหนบ้าง

ในส่วน of เขตที่มีหน่วยบริการ ดูแลหลังยุติฯ ที่มีครบทุกจังหวัดแล้ว จะเป็นที่ศูนย์อนามัยเขต 6 ชลบุรีมีทำเนียบ
ให้บริการที่จะดูแลหลังยุติการตั้งครรภ์ครบทุกจังหวัดแล้ว เขตอื่น ๆ เช่น อีสานก็ให้มีทำเนียบที่จะดูแลผู้ให้บริการหลังยุติ
การตั้งครรภ์ ถ้ามีปัญหาเรื่องโรคแทรกซ้อนก็มีรายชื่อหน่วยบริการ ประสานไปได้ เราพยายามจะพัฒนาให้ก้าวหน้าในทุก
เขตครับ

รศ.ดร.กฤษฎา อาชนิจกุล

มีคำถามใน Chat ว่า กรณีอายุมากกว่า 17 ปี พรบ.ท้องวัยรุ่นให้อำนาจตัดสินใจกับตัวผู้หญิง และหากมี
ความผิดพลาดทางเพศร่วมด้วยต้องมีใบรับรองแพทย์ ต้องเป็นใบรับรองจากตำรวจไหม ก่อนให้บริการยุติการตั้งครรภ์ มีคนตอบ
ให้แล้วว่า ตามกฎหมายใหม่ไม่ต้องมีใบแจ้งความ คุณนิศารัตน์ตอบมาแล้วว่า ให้ผู้หญิงตัดสินใจตัวเอง

นิศารัตน์ จงวิศาล

ตาม พรบ.ป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ให้อำนาจวัยรุ่นที่อายุมากกว่า 15 ปีใน
การตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ ถ้าเป็นกรณีที่มีการกระทำผิดทางเพศร่วมด้วย จะหมายรวมไปถึงผู้ที่
อายุน้อยกว่า 15 ปีด้วย กรณีอายุน้อยกว่า 15 ปี เป็นการตั้งครรภ์จากการกระทำผิดทางเพศอยู่
แล้ว รายละเอียดกฎหมาย แพทย์มีสิทธิให้บริการได้เลย โดยไม่ต้องถามผู้ปกครองด้วยซ้ำ ถ้าหาก
ว่าเป็นไปเพื่อประโยชน์ของคนไข้ แต่ว่าในทางปฏิบัติ คือ ผู้ให้บริการยังต้องการหลังฟัง หากคนมาเห็นซึ่งเป็นคนละเรื่องกัน



ทัศนัย ชันทยาภรณ์



เรื่องของ สปสช. ถ้าหากว่า มีการเคียะเบิกระบบ สปสช. จะมีประวัติของคนไข้ที่ยุติการ
ตั้งครรภ์อยู่ในระบบ ดังนั้น เมื่อคนไข้เคยยุติการตั้งครรภ์ ไปใช้บริการที่อื่น ไม่ว่าจะให้บริการ
สุขภาพทั่วไป พอดีเลข 13 หลัก จะมีเขียนว่าเคยรับบริการยุติการตั้งครรภ์ เคยมีเคสเข้ามาถามว่า
ถ้าเป็นเช่นนั้น อย่าเคียะเบิกรายละเอียดตัวเองดีกว่า คิดว่าเป็นประเด็นที่โครงการฯ น่าจะติดตาม เพราะว่า
ทราบได้ที่เรื่องนี้ เป็นเรื่องที่ทัศนัย คนยังไม่ยอมรับ ใครที่ใช้ระบบสปสช. เหมือนกับเป็นแอสมปีไปตลอดชีวิต เพราะมี
ประวัติการรักษา

รศ.ดร.กฤษฎา อาชนิจกุล

ประเด็นน่าสนใจ น่าจะต้องเป็นประเด็นที่ไปคุยกับ สปสช. หรือว่า ต้องคุยทั้งสปสช. แล้วต้องคุยกับกระทรวงด้วย
เพราะเข้าใจว่าจะอยู่ในประวัติ เป็นระบบออนไลน์หรือเปล่าจะขึ้นมาเลยหรือไม่? เดาก่อนเอานะ ซึ่งไม่น่าจะเป็นแบบนี้
สปสช. ในขณะนี้ พยายามจะทำตามกฎหมายอย่างมาก กระบวนการ/วิธีการทำงานก็เปลี่ยน อาจดีขึ้นก็ได้ วันนี้คนที่
ประสานกับเรายังมีความร่วมมือกันอย่างดี คือ อติตรองเลขาธิการ นพ.กฤษณ์ ลิ้มทองอินทร์ ท่านเป็นที่ปรึกษา สปสช. ก็ให้
คำแนะนำในแต่ละเรื่องควรติดต่อไปทางไหน

สุภัทรา นาคะผิว

ยินดีที่จะช่วยประสานในส่วนขอ สปสช. เสนอว่าต้องไปคุยกับอีกคน คือรองเลขาธิการ ดร.ยุพดี ศิริสินสุข พวกเราต้องมีทีมที่จะต้องไปทำงานร่วมกับ สปสช.อย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่พบเป็นครั้งคราว ต้องมีการตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบบริการสำหรับการยุติการตั้งครรภ์ของ สปสช.ขึ้นมา คุยกันให้เป็นระบบทั้งหมด เพื่อหาทางออกร่วมกัน อย่างที่บอกว่าการเตรียมระบบที่ให้มีคุณภาพมาตรฐาน และเตรียมความพร้อมของหน่วยบริการ เตรียมความพร้อมของผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนทัศนคติเพื่อให้พร้อมที่จะให้บริการได้เป็นเรื่องที่สำคัญมาก เราตั้งทีมคณะทำงานไปคุยขอให้มีการเกิดขึ้นใน สปสช. เพื่อพัฒนาระบบไปด้วยกัน

พรเพชร ปัญญาปิยะกุล

เห็นด้วยครับ คือเนื่องจากเป็นระบบที่มีความซับซ้อน ถ้าอยู่ใน สปสช. จะเป็นการคุยทางฝั่งผู้จัดบริการ เครือข่ายเสนอปัญหาจะทำอย่างไรในเรื่องของปัญหาอุปสรรค กระบวนการในการจัดบริการที่ต้องจัดระบบบริการไม่ได้ง่ายตรงไปตรงมา ประเด็นนี้จะเป็นประเด็นที่ Controversy ค่อนข้างเยอะด้านทัศนคติ ฝั่งหนึ่งผู้ให้บริการบอกว่าเป็นสิทธิ แต่ว่าทางฝั่งผู้ให้บริการเขาก็บอกเขามีสิทธิที่จะตัดสินใจ ผมว่ากลไกน่าจะจะต้องไปดำเนินการให้ สปสช. เป็นแกนในแง่ช่วยเคลียร์ในระบบ เรื่องร่วมออกแบบ

การออกแบบนี้ หมายถึงรวมถึงกระบวนการในการจ่ายเงินต่าง ๆ ด้วยจะทำให้เกิดการพัฒนาร่วมกันอย่างต่อเนื่อง น่าจะลดระบบความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ให้บริการ เพราะว่าผู้ให้บริการจะมีปัญหาแบบของเขา คือ ถ้าอย่างแพทย์ผู้ให้บริการ เช่น หมอสูติในโรงพยาบาล มี 2-3 คน คนหนึ่งเห็นด้วย อีกคนบอกว่าหวั่นวิตกด้านจิตใจก็ยังไม่ยอมทำ เรื่องแบบนี้กลายเป็นอีกคนต้องแบกรับภาระให้บริการยุติการตั้งครรภ์คนเดียวในโรงพยาบาล อาจจะไม่มีความสุขก็ได้ ถ้ากระจาย ๆ กันยังพอยอมรับได้ ต้องคุยกัน ระบบบริการในแต่ละแห่งต้องคุยในภาพของปัญหา อุปสรรคของกระบวนการในการจัดบริการว่า มีปัญหาอย่างไร อยากให้มีทีมงานที่ประสานงานได้กับทุกฝ่าย

รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล

มีคำถามเรื่องอายุครรภ์ ถ้ามากกว่า 12 ทำได้ที่ไหนบ้าง (ตอบ อายุครรภ์มากกว่า 12 โรงพยาบาลรัฐมีทำรายละเอียดพวกนี้ ไปดูที่เว็บไซต์ RSA จะมีรายชื่อโรงพยาบาลแห่งที่ให้บริการอายุครรภ์เท่าไร อย่างไร เป็นการกำหนดปลอดภัยและถูกกฎหมายทั้งสิ้น)

วันนี้คิดว่าเหมาะสมแก่เวลา และได้ข้อสรุปที่เป็นประโยชน์ เรื่องวิธีการร้องเรียนต่อไป การทำงานกับ สปสช. รวมทั้งเราได้เข้าใจมากขึ้นว่า อันที่จริงแล้วกรมอนามัยเอง สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ก็ไม่ได้นิ่งนอนใจในเรื่องประกาศกระทรวงมาตรา 305(5) แต่เป็นข้อขัดข้องเหนือกำลังและความสามารถที่ทางกรมอนามัยและสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์จะทำได้ เป็นประเด็นเทคนิคทางกฎหมาย

เข้าใจว่าคงจะมีความพยายามของกรมอนามัยในฐานะเลขานุการเรื่องนี้ที่จะเร่งรัดเพื่อจะทำให้ประกาศนี้มีการบังคับใช้ให้เร็วที่สุด และน่าจะไม่เกิน 3 เดือนข้างหน้าเราจะประชุมกันอีกครั้ง ขอขอบคุณวิทยากรทุกท่านและขอปิดการประชุม สวัสดีค่ะ
