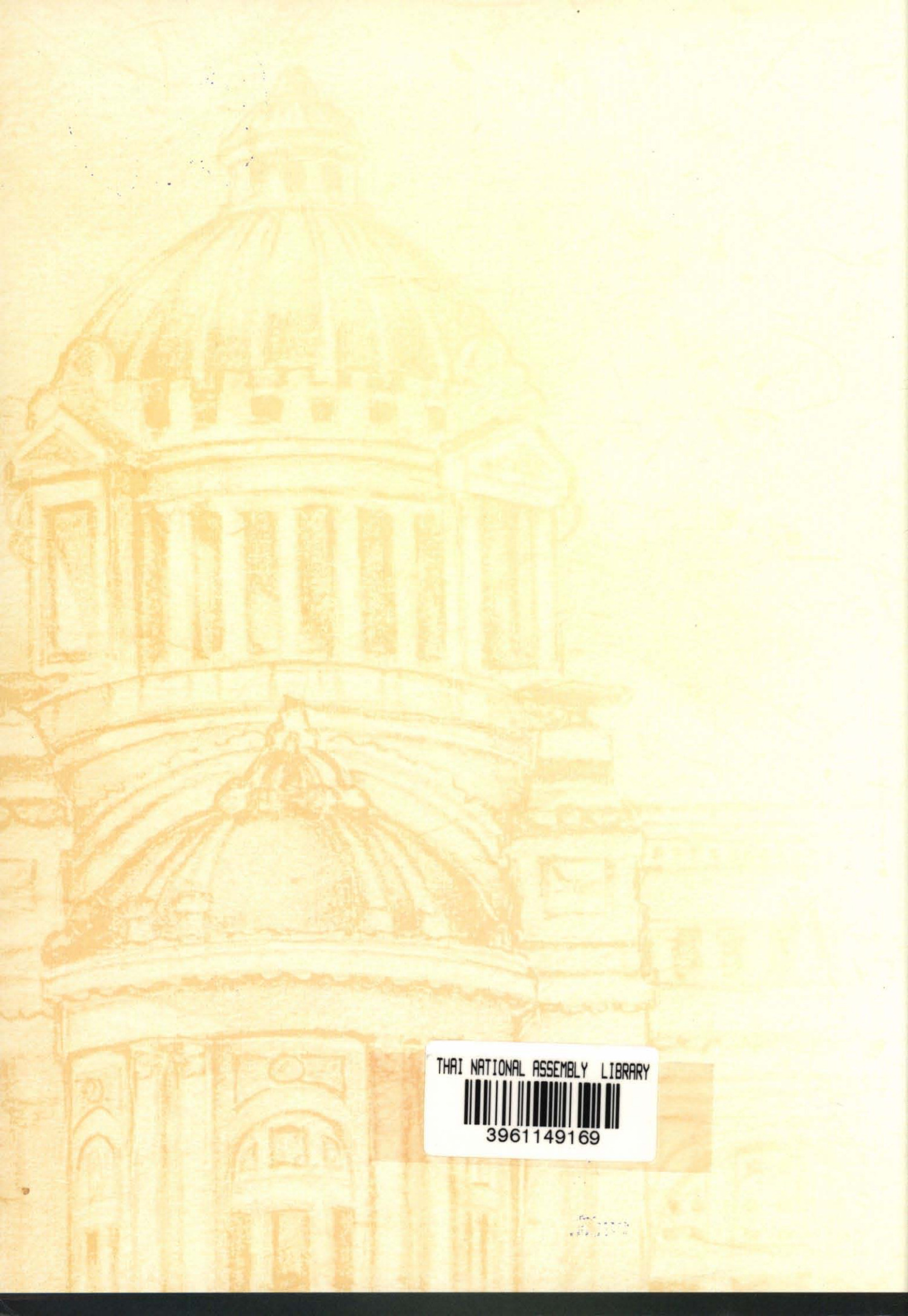




รายงานผลงานของคณะกรรมการจัดการสาธารณสุข วุฒิสภา

สิงหาคม ๒๕๔๓ - สิงหาคม ๒๕๔๖



THAI NATIONAL ASSEMBLY LIBRARY



3961149169

04



ร.๗  
64  
1.2  
2546

รายงานผลงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

สิงหาคม ๒๕๔๓ - สิงหาคม ๒๕๔๖



สังพิมพ์รัฐบาล  
สมบัติห้องสมุดรัฐสภา

# คำนำ



รายงานแสดงผลการดำเนินการของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ฉบับนี้ เป็นรายงานที่คณะกรรมการการสาธารณสุขจัดทำขึ้นเพื่อเสนอผลงานต่อวุฒิสภา ภายใต้ภารกิจอันอยู่ในอำนาจหน้าที่ของวุฒิสภา ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ มาตรา ๑๘๙ และตามนัยแห่งข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๕๔ ข้อ ๗๕ ตามกรอบบัญญัติอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการสามัญประจำวุฒิสภามาครบสองปีในวันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๕๖ ทั้งนี้ คณะกรรมการสามัญประจำวุฒิสภามีวาระคราวละ ๒ ปี นับแต่วันที่วุฒิสภามีมติเลือกตั้งเมื่อวันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๕๔ โดยรวบรวมผลงานตั้งแต่วาระเริ่มแรกเมื่อเดือนสิงหาคม ๒๕๕๓ - เดือนสิงหาคม ๒๕๕๖

รายงานฉบับนี้มีสาระสำคัญ ๓ ส่วน คือ ประการที่ ๑ พิจารณากลับกรองกฎหมาย เสนอญัตติและตั้งกระทู้ถาม ประการที่ ๒ วิเคราะห์นโยบายของรัฐ รวมทั้งติดตามตรวจสอบผลการดำเนินการตามนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และการสาธารณสุข ประการที่ ๓ รับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะของประชาชน และประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในด้านการแพทย์และการสาธารณสุข โดยได้มีการรวบรวมผลงานที่สำคัญทั้งหมดไว้ในรายงานฉบับนี้ และหวังว่าสรุปผลงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ที่เกี่ยวข้องในกิจกรรมด้านการสาธารณสุข



## สาร พลตรี มนูญกฤต รูปขจร ประธานวุฒิสภา

โดยที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ ได้บัญญัติให้สมาชิกวุฒิสภามาจากการเลือกตั้ง โดยตรงเป็นครั้งแรก อีกทั้งยังได้กำหนดบทบาทอำนาจหน้าที่ของวุฒิสภาเพิ่มขึ้นหลายประการ โดยครอบคลุมทั้งในด้าน นิติบัญญัติการควบคุมการบริหารราชการแผ่นดิน การตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐ การให้คำแนะนำหรือความเห็นชอบให้ บุคคลดำรงตำแหน่งในองค์กรอิสระตามรัฐธรรมนูญและกฎหมายอื่น ๆ เป็นต้น ยังผลให้บทบาทของวุฒิสภาในปัจจุบัน มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากขึ้น

กระบวนการในการปฏิบัติภารกิจตามบทบาท อำนาจ และหน้าที่ของวุฒิสภา ดังกล่าวข้างต้นนั้น ขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญ คือ งานในชั้นกรรมวิธีการของวุฒิสภา ทั้งกรรมวิธีการสามัญ และวิสามัญ ซึ่งได้กระทำกิจการ พิจารณาสอบสวน หรือศึกษาเรื่องใด ๆ อันอยู่ในอำนาจหน้าที่ของวุฒิสภา แล้วรายงานต่อวุฒิสภา

คณะกรรมการการสาธารณสุข เป็นคณะกรรมการสามัญประจำวุฒิสภาคณะหนึ่งในจำนวนทั้งสิ้น ๒๑ คณะ ที่ได้ยึดหลักการตามบทบัญญัติรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ที่ได้บัญญัติเกี่ยวกับสิทธิความเสมอภาคกันของประชาชน ในการได้รับการบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และเท่าเทียมกันโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ไว้ในหมวดว่าด้วยสิทธิและ เสรีภาพของชนชาวไทย และการกำหนดให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับการบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ไว้ในหมวดว่าด้วยแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ เป็นกรอบและแนวทางในการปฏิบัติหน้าที่ โดยเคร่งครัดเสมอมา ทั้งนี้ จากเหตุผลที่ว่า หากประเทศมีระบบการแพทย์และการสาธารณสุขที่ดี ย่อมเป็นหลักประกันได้ถึง การมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ และคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนซึ่งเป็นหลักสำคัญ อันจะนำมาซึ่งความเจริญก้าวหน้า รุ่งเรืองของประเทศ ประกอบกับการที่คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญในฐานะบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนผู้มีความรู้ความสามารถในสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ยังผลให้การปฏิบัติงานตาม ภารกิจตามที่ได้รับมอบหมายจากวุฒิสภา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการพิจารณากลับกรอกฎหมายต่าง ๆ และการควบคุม การบริหารราชการแผ่นดินที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ และการสาธารณสุขประสบผลสำเร็จตามที่คาดหมายไว้ทุกประการ นอกจากนั้นแล้ว คณะกรรมการการสาธารณสุขยังมีบทบาทหน้าที่ในด้านประสานความร่วมมือ และสร้างความสัมพันธ์ อันดีทั้งด้านการแพทย์ และการสาธารณสุข กับองค์กรทางด้านสาธารณสุขทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับ สากล ส่งผลให้นานาประเทศได้ตระหนักถึงบทบาท และความสำคัญของประเทศไทยในด้านการแพทย์เพิ่มมากขึ้นอีกด้วย

ในนามของวุฒิสภา ผมขอขอบคุณคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ข้าราชการ และเจ้าหน้าที่ประจำ คณะกรรมการฯ ตลอดจนหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้ร่วมมือร่วมใจกันเสียสละ ท่วมเท่างลังกาย กำลังใจ และกำลังความคิด สติปัญญา เพื่อประโยชน์ของประชาชนและประเทศชาติ จนปรากฏเป็นผลงาน ดังที่เห็นอยู่ ซึ่งผมหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือสรุปผลงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ฉบับนี้ จะยัง ประโยชน์ และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการแพทย์และงานสาธารณสุขของประเทศไทยเราให้เจริญก้าวหน้า ทัดเทียม นานาอารยประเทศได้ในอนาคตอันใกล้

พลตรี

(มนูญกฤต รูปขจร)

ประธานวุฒิสภา



## สาร นายสุชน ชาลีเครือ รองประธานวุฒิสภา คนที่หนึ่ง

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา มีบทบาทหน้าที่ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา ทั้งในด้านการกลั่นกรองพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ การพิจารณาเรื่องหรือกิจการอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข รวมทั้งการให้ข้อคิดเห็น ข้อสังเกต การติดตามการดำเนินการตามนโยบายด้านสาธารณสุข ซึ่งรวมไปถึงเรื่องที่จะเกิดผลกระทบต่อประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม นอกจากนี้ยังมีบทบาทภารกิจในการรับฟังข้อคิดเห็น ข้อร้องเรียนจากประชาชน อันส่งผลให้เกิดการติดตามการบังคับใช้กฎหมาย การสอบสวนการทุจริตและประพฤติมิชอบที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข

การปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการดังกล่าวนับแต่วาระเริ่มแรก เดือนสิงหาคม 2543 ถึงเดือนสิงหาคม 2546 นับว่าเป็นคณะกรรมการที่มีความตั้งใจในการปฏิบัติหน้าที่ได้สอดคล้อง กับบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และข้อบังคับการประชุมวุฒิสภาทุกประการ โดยมีความเป็นอิสระเที่ยงธรรม น่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับจากสมาชิกวุฒิสภาและสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่ง บทบาทหน้าที่ที่สำคัญในการพิจารณากลับกรอง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อประชาชนชาวไทยเป็นอย่างยิ่ง

ในโอกาสนี้ ผมขอขอบคุณคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงานหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เจ้าหน้าที่ประจำคณะกรรมการ ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนร่วมในคณะกรรมการชุดนี้ ผมหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคณะกรรมการชุดนี้จะดำเนินกิจการอันนำไปสู่ประโยชน์สุข ความมั่นคง และความสงบสุข ของประเทศไทยและประชาชน ต้องตามบทบาทและหน้าที่ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และข้อบังคับการประชุมวุฒิสภาสืบไป

(นายสุชน ชาลีเครือ)

รองประธานวุฒิสภา คนที่หนึ่ง



**สาร นายสหัส พินทุเสนีย์**  
**รองประธานวุฒิสภา คนที่สอง**

การจัดทำสรุปผลงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2543 ถึงสิงหาคม 2546 เป็นการรวบรวมผลการดำเนินการที่ทรงคุณค่าและแสดงถึงความมุ่งมั่นที่จะศึกษาและแก้ไขปัญหาการแพทย์และการสาธารณสุขซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง หากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะได้นำข้อเสนอแนะของคณะกรรมการฯ ไปศึกษาและพิจารณาปรับปรุงแก้ไข

ขอขอบคุณคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ทั้งสมัยที่ นายแพทย์ประสิทธิ์ พิฑูรกิจจา เป็นประธานคณะกรรมการ แพทย์หญิงมาลินี สุขเวชชวรกิจ เป็นประธานคณะกรรมการและสมัยที่ นายแพทย์วีรพงศ์ สกลกิติวัฒน์ เป็นประธานคณะกรรมการ รวมตลอดถึงสมาชิกวุฒิสภาที่ร่วมเป็นคณะกรรมการทั้ง 3 ชุดนี้ทุกท่าน ที่ได้ทุ่มเทสติปัญญา ความรู้ความสามารถ และอุทิศเวลาทำงานจนเกิดผลงานอันจะเป็นประโยชน์อย่างมากครั้งนี้

(นายสหัส พินทุเสนีย์)  
รองประธานวุฒิสภา คนที่สอง



**สาร นายแพทย์ประสิทธิ์ พิฑูรกิจจา**  
**ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา**  
**(สิงหาคม ๒๕๔๓ - สิงหาคม ๒๕๔๔)**

ในการทำงานการเมืองที่ผ่านมา ผมมีความภาคภูมิใจมากที่ได้รับควมไว้วางใจจากประชาชนโดยได้รับการเลือกตั้งเข้ามาปฏิบัติหน้าที่ในฐานะสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ถึง ๔ สมัย และปัจจุบันดำรงตำแหน่งสมาชิกวุฒิสภา ซึ่งมาจากการเลือกตั้งเป็นครั้งแรก ผมตระหนักอยู่เสมอว่าจะทุ่มเทกำลังความสามารถในการสร้างผลงานด้านการแพทย์และการสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนและประเทศชาติมากที่สุด

นับแต่วาระเริ่มแรกของการแต่งตั้งคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ผมได้รับมอบหมายจากเพื่อนสมาชิกวุฒิสภาในคณะกรรมการการสาธารณสุข ให้ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งประธานคณะกรรมการฯ ซึ่งนับเป็นเกียรติอย่างยิ่งและถือเป็นแรงสนับสนุนสำคัญในการปฏิบัติงานรวมทั้งมีความมุ่งมั่นที่จะขจัดปัญหาความเดือดร้อนและทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบการบริการสาธารณสุขและการบริการทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึง โดยได้กำหนดภารกิจหลักที่จะต้องดำเนินการทันที คือ การแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรส่วนท้องถิ่น รวมทั้งการช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากสารพิษตะกั่ว หน่วยคลิตี้ ทั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพ โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ตลอดจนการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน

อย่างไรก็ตาม ผมขอแสดงความชื่นชมในผลงานของประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข คือ แพทย์หญิงมาลินี สุขเวชชวรกิจ และนายแพทย์วีรพงศ์ สกลกิติวัฒน์ ที่ได้สืบสานนโยบายการดำเนินการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ผมขอกราบขอบคุณประธานวุฒิสภา รองประธานวุฒิสภา คนที่หนึ่ง รองประธานวุฒิสภา คนที่สอง ที่ได้ให้การสนับสนุนการปฏิบัติงานของคณะกรรมการการสาธารณสุขด้วยดีตลอดมาและขอขอบคุณกรรมการการสาธารณสุขทุกท่าน คณะทำงานจัดทำสรุปผลงานและทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งจนผลงานประสบความสำเร็จ ผมหวังว่าหนังสือแสดงผลงานเล่มนี้จะมีคุณประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี

(นายแพทย์ประสิทธิ์ พิฑูรกิจจา)  
ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา



## ศาสตราจารย์หญิงมาลินี สุขเวชชวรกิจ

### ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

(สิงหาคม ๒๕๔๔ - กุมภาพันธ์ ๒๕๔๖)

ปัจจุบันการแพทย์และการสาธารณสุข มีความก้าวหน้าทั้งด้านวิชาการและเทคโนโลยี จึงเกิดแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงไปสู่ระบบสังคมเปิดกว้างมากขึ้น ขณะที่ปัญหาการเข้าถึงระบบสุขภาพของประชาชนผู้ด้อยโอกาสในสังคมและชนบทกลับมีแนวโน้มสูงขึ้น อาทิ ความไม่เท่าเทียมในการกระจายทรัพยากร คุณภาพและประสิทธิภาพของการบริการ ค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพ เป็นต้น

ในฐานะกรรมการ ในคณะกรรมการการสาธารณสุข และสมาชิกวุฒิสภา ตระหนักถึงบทบาทหน้าที่และภารกิจในการวิเคราะห์นโยบายของรัฐ รวมทั้งติดตามผลการดำเนินการตามนโยบายที่เกี่ยวกับการแพทย์และการสาธารณสุข การพิจารณากลับกรองกฎหมาย เสนอญัตติ และตั้งกระทู้ถามตลอดจนการรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะของประชาชน และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

อย่างไรก็ตามการสร้างระบบด้านสุขภาพแบบบูรณาการจะต้องคำนึงมิติสุขภาพในแนวคิด และแนวราบ กล่าวคือ ประชาชนในระดับรากหญ้า จะต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพภูมิปัญญาและการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ ขณะเดียวกันรัฐบาลหรือฝ่ายบริหารต้องปรับบทบาทภารกิจ และโครงสร้างองค์กร ตลอดจนกลไกของรัฐในการพัฒนาสุขภาพและสร้างความเสมอภาคทางสาธารณสุขโดยจัดให้มีหลักประกันความมั่นคงทางสุขภาพที่เป็นธรรมและเหมาะสมกับฐานะการคลังของประเทศ

ในส่วนรัฐสภาซึ่งเป็นองค์กรทางนิติบัญญัติก็จะต้องสนับสนุนให้มีการกระจายอำนาจแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งจะต้องสร้างความร่วมมือกับองค์กรต่างประเทศที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข เพื่อผลักดันให้ประเทศไทยเป็นผู้นำในด้านการแพทย์ การสาธารณสุข เป็นศูนย์กลางการประชุมและแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ด้านการแพทย์ และการสาธารณสุขในระดับนิติบัญญัติ

ในช่วงเวลาที่ดำรงตำแหน่งประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้พยายามทำหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้การทำงานมีความราบรื่นและมีประสิทธิภาพ โดยถือเอาผลประโยชน์ของประชาชนและประเทศชาติเป็นสำคัญ ทั้งนี้การที่ผลงานประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี ก็ด้วยความร่วมมือร่วมใจของคณะกรรมการการสาธารณสุข ที่ปรึกษาที่ติดมติดัด ที่ปรึกษา ผู้ชำนาญการ นักวิชาการ และเลขานุการประจำคณะกรรมการ ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่ได้ปฏิบัติงานจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ในโอกาสนี้จึงขอขอบคุณไว้ ณ ที่นี้ ซึ่งรวมทั้งเพื่อนสมาชิกวุฒิสภาทุกท่านที่ได้ให้เกียรติและให้ความร่วมมือในการประสานงานด้านอื่น ๆ ด้วยดีเสมอมา

(แพทย์หญิงมาลินี สุขเวชชวรกิจ)

ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา



**สาร นายแพทย์วีรพงศ์ สกลกิติวัฒน์**  
**ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา**  
**(กุมภาพันธ์ ๒๕๔๖ - สิงหาคม ๒๕๔๖)**

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เป็นคณะกรรมการสามัญประจำวุฒิสภาคณะหนึ่ง ประกอบด้วยสมาชิกวุฒิสภาที่มีความรู้ ความสามารถหลายสาขา รวมทั้งผู้ที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ต่างระดมความคิดและแสวงหาแนวทางที่จะพัฒนาให้การแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศไทยมีความเจริญก้าวหน้าทั้งด้านวิชาการและบริการทางการแพทย์ที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพตลอดจนมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาบทบาทของคณะกรรมการการสาธารณสุขในฐานะตัวแทนฝ่ายนิติบัญญัติให้เป็นที่ยอมรับในเวทีระดับภูมิภาคและระดับโลก โดยจะดำเนินการในภารกิจนี้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนสืบไป

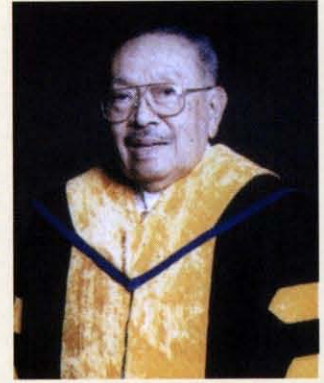
การทำงานของคณะกรรมการจะคำนึงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนอย่างครอบคลุมและทั่วถึง ทั้งนี้ ภายใต้กรอบการทำงานที่สอดคล้องกับภาครัฐคือกระทรวงสาธารณสุขที่มีนโยบายมุ่งเน้น การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยคณะกรรมการได้ให้การสนับสนุนและติดตามผลการดำเนินงานอย่างใกล้ชิดตลอดมา ในด้านการพิจารณากลับกรองกฎหมายที่สำคัญหลายฉบับ กรรมการทุกท่านได้ทุ่มเทกำลังกาย กำลังความคิดอย่างเต็มความสามารถ จนผลงานประสบความสำเร็จสมตามเจตนารมณ์ทุกประการ

อย่างไรก็ตาม ในการพิจารณาสอบสวนหรือศึกษาเรื่องใด ๆ อันอยู่ในอำนาจหน้าที่ของวุฒิสภา คณะกรรมการได้ยึดมั่นในหลักการแห่งความเป็นกลางและความถูกต้องเที่ยงธรรม บนพื้นฐานอันเป็นประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนและประเทศชาติโดยรวม

ข้าพเจ้าขอกราบขอบคุณประธานวุฒิสภา รองประธานวุฒิสภา คนที่หนึ่ง รองประธานวุฒิสภา คนที่สอง ที่ได้กรุณาอุปการะแสดงความคิดเห็นต่อผลงานของคณะกรรมการการสาธารณสุขและขอขอบคุณกรรมการการสาธารณสุขทุกท่าน คณะทำงานจัดทำสรุปผลงานและทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งจนผลงานประสบความสำเร็จ และหวังว่าหนังสือแสดงสรุปผลงานของคณะกรรมการการสาธารณสุขเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจ และสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้อย่างสูงสุด

(นายแพทย์วีรพงศ์ สกลกิติวัฒน์)

ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา



**สาร ศ.นพ.ประสพ รัตนากร**  
**ประธานคณะที่ปรึกษากิตติมศักดิ์**  
**คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา**

มีคำกล่าวตั้งแต่โบราณว่า “เวลาและวารี มิได้มีจะคอยใคร” เป็นข้อเท็จจริงของสังคมมนุษย์ ซึ่งจะใช้ได้ในทุกหมู่คณะ โดยเฉพาะคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เริ่มตั้งแต่สิงหาคม ๒๕๔๓ จนจะครบ ๒ ปี ในยกแรก

สำหรับในส่วนของคณะที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ มาจากหลายฝ่าย หลายอาชีพ ที่จะมีส่วนร่วมในเรื่องพัฒนาสุขภาพ ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพใจ สุขภาพสังคม โดยได้เน้นในเรื่องทางวิชาการ ที่มีผลงานสืบเนื่องจากคณะกรรมการชุดก่อนๆ และชุด สว.๓๙๔๓

คณะที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ชุดแรกนี้ ได้มีโอกาสให้นำเสนอและแนะนำใน ๔ เรื่อง คือ

๑. ผลักดันให้มีการปฏิบัติใช้กฎหมาย ปฏิบัติการและบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับสาธารณสุขให้กว้างขวางจากผลงานที่ต่อเนื่องจาก ๒๐ ปีที่ผ่านมา

๒. นำผลงานวิจัยอันมีค่าทางด้านทรัพยากรมนุษย์และบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่นำเสนอองค์กรรัฐสภาอาเซียน AIPO รับรองแล้วเพื่อประเทศสมาชิกได้ปฏิบัติการร่วมกันให้สมบูรณ์ขึ้น งานสาธารณสุขต้องทันโลก

๓. งานที่เกี่ยวข้องกับองค์กรระหว่างประเทศ เช่น องค์กรสมาชิกรัฐสภาด้านประชากรและการพัฒนา AFPPD ซึ่งสำนักงานเลขาธิการอยู่ที่กรุงเทพฯ ให้ผู้แทนไทยในคณะกรรมการ ได้ร่วมเป็นกรรมการระหว่างประเทศ จนกระทั่งเป็นเลขาธิการบริหารงานร่วมกับองค์กรสมาชิกรัฐสภาฝ่ายสาธารณสุขนานาชาติ IMPO ซึ่งมีบทบาทไปทั่วโลก

๔. ร่วมพิจารณาในกรณีวิกฤติทางสาธารณสุข ซึ่งมีผลกระทบไปถึงภาวะสังคมเศรษฐกิจ เช่น การท่องเที่ยวและนานาชาติด้วย

ทั้งให้คำแนะนำในการพิจารณาร่างกฎหมายจนลุล่วงไปด้วยดี

การทำงานร่วมกันระหว่างคณะที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ กับคณะที่ปรึกษาวิชาการ รวมทั้งคณะกรรมการ เป็นไปด้วยดีอย่างยิ่ง สมดังคำว่า “รู้รักสามัคคี” ย่อมเป็นผลดีต่อประชาชนสมกับที่คณะสมาชิกวุฒิสภาชุดนี้มาจากการเลือกตั้งและจากทุกจังหวัดทั่วไทย

ขออำนาจพรให้เจริญสุขสวัสดิ์จงทั่วกัน ชั่วกาลนานด้วยเทอญ.

(ศ.นพ.ประสพ รัตนากร)

ประธานคณะที่ปรึกษากิตติมศักดิ์



## สาร นายแพทย์ชิต เจริญประเสริฐ ประธานคณะกรรมการ

ตามที่ที่ประชุมคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้มีมติแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำสรุปผลงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เมื่อวันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๔๖ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมผลงานที่สำคัญด้านต่าง ๆ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม ๒๕๔๓ ถึงเดือน สิงหาคม ๒๕๔๖ อาทิ ผลงานด้านกฎหมาย ผลงานด้านการติดตามและตรวจสอบผลการดำเนินงานตามนโยบายของรัฐที่เกี่ยวกับการแพทย์และการสาธารณสุข รวมทั้งผลงานเกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนและสังคม เมื่อจัดทำเป็นรูปเล่มเสร็จเรียบร้อยแล้วจะได้รายงานต่อวุฒิสภา และนำเรียนสมาชิกวุฒิสภาทุกท่าน ตลอดจนหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องได้รับทราบอย่างทั่วถึง

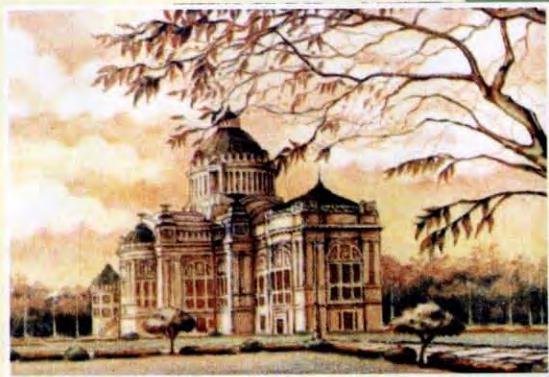
ในการจัดทำหนังสือสรุปผลงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภาครั้งนี้ คณะทำงานได้ดำเนินการรวบรวมเนื้อหาของผลงานอย่างครบถ้วน รวมทั้งรวบรวมข้อสังเกตและข้อเสนอแนะที่เป็นมติของคณะกรรมการ การศึกษาดูงานทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ การจัดสัมมนา การพิจารณาเรื่องร้องเรียน ตลอดจนภาพกิจกรรมต่าง ๆ ของคณะกรรมการประกอบไว้ภายในรูปเล่ม หนังสือสรุปผลงานเล่มนี้ถือเป็นบันทึกประวัติการทำงานของคณะกรรมการในช่วงเวลาดังกล่าว ซึ่งเป็นผลงานอันมีคุณประโยชน์ต่อส่วนรวมและสามารถใช้เป็นข้อมูลกรณีศึกษาได้ต่อไป

ผมขอถือโอกาสนี้ขอบคุณผู้ร่วมปฏิบัติงานทุกท่าน ที่ปรึกษาคณะกรรมการ และทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการให้ความสนับสนุนและความร่วมมืออย่างดียิ่งจนผลงานประสบความสำเร็จ และหวังว่าหนังสือสรุปผลงานเล่มนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจ และสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้อย่างแท้จริง

(นายแพทย์ชิต เจริญประเสริฐ)  
ประธานคณะกรรมการ

# บทสรุปผู้บริหาร

สืบเนื่องจากการปฏิรูปทางการเมืองและการแก้ไขรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐ เป็นต้นมา ส่งผลให้กระบวนการทางนิติบัญญัติได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น รวมทั้งมีการกระจายโอกาสและการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะมาตรา ๕๒ ของรัฐธรรมนูญบัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ...” และมาตรา ๘๒ บัญญัติว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริม



การสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง”

คณะกรรมการการสาธารณสุข ซึ่งเป็นคณะกรรมการสามัญประจำวุฒิสภา ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จึงได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานให้มีการพัฒนาทั้งในระดับมหภาคและจุลภาค โดยพิจารณามิติทั้งภายในประเทศและภายนอกประเทศ เพื่อให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาทางการแพทย์และการสาธารณสุขในภูมิภาค บนฐานของการประสานประโยชน์กับนานาชาติในการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และความร่วมมือ เพื่อนำมาซึ่งการเจริญเติบโตทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ การสาธารณสุข ความมั่นคงและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นร่วมกัน ในฐานะเป็นสถาบันนิติบัญญัติจะทำหน้าที่เชื่อมโยงกับองค์การอนามัยโลก และองค์การอื่นที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการออกกฎหมายคุ้มครองประชากรด้านสุขภาพอนามัย รวมทั้งส่งเสริมการเปิดเสรีทางการค้าด้านบริการทางการแพทย์กับองค์การการค้าโลก ทั้งนี้ โดยยึดถือประโยชน์ของประชาชนและประเทศชาติเป็นสำคัญ

สรุปผลการดำเนินงาน ตั้งแต่เดือนสิงหาคม ๒๕๔๓ ถึงเดือนสิงหาคม ๒๕๔๖ ดังนี้

- การประชุมคณะกรรมการ จำนวน ๒๒๕ ครั้ง เป็นการพิจารณาตามหัวข้อเรื่องต่อไปนี้
  - พิจารณากฎหมาย
  - พิจารณาศึกษาและติดตามการดำเนินงานด้านสาธารณสุข โดยแต่งตั้งคณะกรรมการ จำนวน ๙ คณะ เพื่อพิจารณาศึกษาแล้วรายงานต่อคณะกรรมการ
- จัดสัมมนา จำนวน ๕ ครั้ง
- ศึกษาดูงานภายในประเทศ ๒๘ ครั้ง จำนวน ๒๐ จังหวัด
- ศึกษาดูงานต่างประเทศ ๕ ครั้ง จำนวน ๗ ประเทศ

จากการดำเนินการที่ผ่านมา พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคบางประการ คณะกรรมการจึงได้วางแนวทางการพัฒนาระบบงานในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- ด้านสารสนเทศ และสื่อสารมวลชน
- ด้านการวางแผนนโยบายและยุทธศาสตร์
- ด้านวิเคราะห์กฎหมาย
- ด้านวิชาการและการวิจัยเพื่อการพัฒนา
- ด้านประสานงานและกิจการต่างประเทศ

# คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา (สิงหาคม ๒๕๔๓ - สิงหาคม ๒๕๔๔)



นายประสิทธิ์ พิฑูรกิจจา  
ประธานคณะกรรมการ



นางมาลินี สุขเวชชวรกิจ  
รองประธานคณะกรรมการ คนที่ ๑



นายวีรพงศ์ สกลกิติวัฒน์  
รองประธานคณะกรรมการ คนที่ ๒



นางมลิวลย์ เงินหมื่น  
รองประธานคณะกรรมการ คนที่ ๓



นายจอน อึ้งภากรณ์  
รองประธานคณะกรรมการ คนที่ ๔



นายถาวร เกียรติไชยากร  
โฆษกคณะกรรมการ



พลโท โกวิท พัฒมายน  
กรรมการ



นายจำเอน จิตรธร  
กรรมการ



นายเด่น ไต่มีนา  
กรรมการ



นายประศักดิ์ ณ กาฬสินธุ์  
กรรมการ



พลโท ปัญญา อยู่ประเสริฐ  
กรรมการ



นางระเบียบรัตน์ พงษ์พานิช  
กรรมการ



นายวิจิตร มโนสิทธิศักดิ์  
กรรมการ



นายสวัสดิ์ ทรัพย์เจริญ  
กรรมการ



นายสุนทร จินดาอินทร์  
กรรมการ



นายนิรันดร์ พิทักษ์วัชระ  
กรรมการ



นางจิตรา อยู่ประเสริฐ  
เลขานุการคณะกรรมการ

# คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา (สิงหาคม ๒๕๔๔ - กุมภาพันธ์ ๒๕๔๖)



นางมาลินี สุขเวชชวรกิจ  
รองประธานคณะกรรมการ



นายสวัสดิ์ ทรัพย์เจริญ  
รองประธานคณะกรรมการ คนที่ ๑



นายวิรพงศ์ สกลกิติวัฒน์  
รองประธานคณะกรรมการ คนที่ ๒



นางมลิวัดย์ เงินหมื่น  
รองประธานคณะกรรมการ คนที่ ๓



นายนิรันดร์ พิทักษ์วัชระ  
รองประธานคณะกรรมการ คนที่ ๔



นายชิต เจริญประเสริฐ  
โฆษกคณะกรรมการ



นายเด่น โต๊ะมีนา  
ที่ปรึกษาคณะกรรมการ



พลโท โกวิท พัฒนฆาน  
ที่ปรึกษาคณะกรรมการ



พลโท ปัญญา อยู่ประเสริฐ  
ที่ปรึกษาคณะกรรมการ



นายประสิทธิ์ พิฑูรกิจจา  
ที่ปรึกษาคณะกรรมการ



นายสมบัติ วรามิตร  
ที่ปรึกษาคณะกรรมการ



นายจอน อึ้งภากรณ์  
กรรมการ



นายนิคม เชาว์กิตติโสภณ  
กรรมการ



นายวิจิตร มโนสิทธิศักดิ์  
กรรมการ



นายประศักดิ์ ณ กาพดินธุ์  
กรรมการ

# คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา (กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖ - สิงหาคม ๒๕๕๖)



**นายวิรพงศ์ สกลกิติวัฒน์**  
ประธานคณะกรรมการ



**พลโท ปัญญา อยู่ประเสริฐ**  
รองประธานคณะกรรมการ คนที่ ๑



**นายเด่น ไตะมีนา**  
รองประธานคณะกรรมการ คนที่ ๒



**นายนิรันดร์ พิทักษ์วัชระ**  
รองประธานคณะกรรมการ คนที่ ๓



**นายนิคม เชาว์กิติโสภณ**  
รองประธานคณะกรรมการ คนที่ ๔



**นายประสิทธิ์ พิฑูรกิจจา**  
โฆษกคณะกรรมการ



**นางมาลินี สุขเวชชวรกิจ**  
ประธานที่ปรึกษาคณะกรรมการ



**นายจอน อึ้งภากรณ์**  
กรรมการ



**นายจำเริญ จิตรธร**  
กรรมการ



**นายชิต เจริญประเสริฐ**  
กรรมการ



**นายประศักดิ์ ณ กาฬสินธุ์**  
กรรมการ



**นางมลิวลีย์ เงินหมื่น**  
กรรมการ



**นายวิจิตร มโนสิทธิศักดิ์**  
กรรมการ



**นายสมบัติ วรามิตร**  
กรรมการ



**นายสวัสดิ์ ทรัพย์เจริญ**  
เลขานุการคณะกรรมการ

**คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา**  
**(สิงหาคม ๒๕๕๓ - สิงหาคม ๒๕๕๔)**

- |                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| ๑. นายประสิทธิ์ พิฑูรกิจจ่า   | ประธานคณะกรรมการ            |
| ๒. นางมาลินี สุขเวชชวรกิจ     | รองประธานคณะกรรมการ คนที่ ๑ |
| ๓. นายวีรพงศ์ สกลกิติวัฒน์    | รองประธานคณะกรรมการ คนที่ ๒ |
| ๔. นางมลิวลัย เงินหมื่น       | รองประธานคณะกรรมการ คนที่ ๓ |
| ๕. นายจอน อึ้งภากรณ์          | รองประธานคณะกรรมการ คนที่ ๔ |
| ๖. นายถาวร เกียรติไชยากร      | โฆษกคณะกรรมการ              |
| ๗. พลโท โกวิท พัทฒมขายน       | กรรมการ                     |
| ๘. นายจำเริญ จิตรธร           | กรรมการ                     |
| ๙. นายเด่น ไต๊ะมีนา           | กรรมการ                     |
| ๑๐. นายประศักดิ์ ณ กาฬสินธุ์  | กรรมการ                     |
| ๑๑. พลโท ปัญญา อยู่ประเสริฐ   | กรรมการ                     |
| ๑๒. นางระเบียบรัตน์ พงษ์พานิช | กรรมการ                     |
| ๑๓. นายวิจิตร มโนสิทธิศักดิ์  | กรรมการ                     |
| ๑๔. นายสวัสดิ์ ทรัพย์เจริญ    | กรรมการ                     |
| ๑๕. นายสุนทร จินดาอินทร์      | กรรมการ                     |
| ๑๖. นายนิรันดร์ พิทักษ์วัชร   | กรรมการ                     |
| ๑๗. นางจิตรา อยู่ประเสริฐ     | เลขานุการคณะกรรมการ         |



## ที่ปรึกษา ผู้อำนวยการ นักวิชาการ และเลขานุการประจำคณะกรรมาธิการ

- |   |                               |
|---|-------------------------------|
| ๑. พลเรือตรี นายแพทย์วิฑูร แสงสิงแก้ว             | ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมาธิการ   |
| ๒. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพรพันธุ์ บุณยรัตพันธุ์ | ผู้อำนวยการประจำคณะกรรมาธิการ |
| ๓. นางสาวนันทนา เครือหงส์                         | นักวิชาการประจำคณะกรรมาธิการ  |
| ๔. นางสาวจินตนา ศิริสมบูรณ์พัฒนา                  | เลขานุการประจำคณะกรรมาธิการ   |

## ที่ปรึกษาภคิตศักดิ์

๑. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสพ รัตนากร
๒. นายอร่าม อามระดิษ
๓. ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์วิจิตร บุญยะโหดระ
๔. นายแพทย์ยุทธ โพธารามิก
๕. ดร.นายแพทย์ประยงค์ เต็มขวาลา
๖. รองศาสตราจารย์ หม่อมราชวงศ์วุฒิเลิศ เทวกุล
๗. นายแพทย์ดำรง โรจนเสถียร
๘. ร้อยตรี บำเรอ ธาระเขตต์
๙. นายศราวุธ ภาสุวณิชย์พงศ์
๑๐. นายพรเทพ พัวพรพงษ์
๑๑. นายมานิตย์ ชัยมงคล
๑๒. พันตำรวจเอกหญิง บุปผาชาติ อักษรนันท์
๑๓. นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

## นักวิชาการภคิตติมศักดิ์

นายวีรพงษ์ เกรียงสินยศ



## คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา (สิงหาคม ๒๕๔๔ - กุมภาพันธ์ ๒๕๔๖)

๑. นางมาลินี สุขเวชชวรกิจ	ประธานคณะกรรมการ
๒. นายสวัสดิ์ ทรัพย์เจริญ	รองประธานคณะกรรมการ คนที่ ๑
๓. นายวีรพงศ์ สกลกิติวัฒน์	รองประธานคณะกรรมการ คนที่ ๒
๔. นางมลิวัดย์ เงินหมื่น	รองประธานคณะกรรมการ คนที่ ๓
๕. นายนิรันดร์ พิทักษ์วัชรระ	รองประธานคณะกรรมการ คนที่ ๔
๖. นายชิต เจริญประเสริฐ	โฆษกคณะกรรมการ
๗. นายเด่น ไต๊ะมีนา	ที่ปรึกษาคณะกรรมการ
๘. พลโท โกวิท พัทฒฆายน	ที่ปรึกษาคณะกรรมการ
๙. พลโท ปัญญา อยู่ประเสริฐ	ที่ปรึกษาคณะกรรมการ
๑๐. นายประสิทธิ์ พิฑูรกิจจา	ที่ปรึกษาคณะกรรมการ
๑๑. นายสมบัติ วรามิตร	ที่ปรึกษาคณะกรรมการ
๑๒. นายจอน อึ้งภากรณ์	กรรมการ
๑๓. นายนิคม เซาว์กิตติโสภณ	กรรมการ
๑๔. นายวิจิตร มโนสิทธิศักดิ์	กรรมการ
๑๕. นายประศักดิ์ ณ กาฬสินธุ์	กรรมการ



### ที่ปรึกษา ผู้อำนวยการ นักวิชาการ และเลขานุการ

๑. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสพ รัตนากร	ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ
๒. นายแพทย์ดำรงสโรจนะเสถียร	ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ
๓. นายประยูร ฟองสถิตย์กุล	ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ
๔. นายแพทย์พินัย ไกษรพิเชตร	ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ
๕. นายแพทย์วิชัย สติมัย	ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ
๖. นายชฤทธิ์ มีสิทธิ์	ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ
๗. นายสุพจน์ สุร่ายคิมหันต์	ผู้อำนวยการประจำคณะกรรมการ
๘. นางธิตติมา นาคผจญ	ผู้อำนวยการประจำคณะกรรมการ
๙. แพทย์หญิงเพชรดาว ไต๊ะมีนา	ผู้อำนวยการประจำคณะกรรมการ
๑๐. นายจักรกฤษณ์ ประสิทธิ์เมตต์	ผู้อำนวยการประจำคณะกรรมการ
๑๑. ร้อยตรี บำเรอ ธาระเขตต์	นักวิชาการประจำคณะกรรมการ
๑๒. นางสาวนันทนา เครือหงส์	นักวิชาการประจำคณะกรรมการ
๑๓. นายสิทธิศักดิ์ เทียนทอง	นักวิชาการประจำคณะกรรมการ
๑๔. นางณัฐนรี ยมะสมิต	เลขานุการประจำคณะกรรมการ

## ที่ปรึกษาภคิตติมศักดิ์

๑. ศาสตราจารย์ นายแพทย์จอมจักร จันทรสกุล
๒. นายจำเริญ จิตรธร
๓. นายแพทย์เฉลิม หาญพานิชย์
๔. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ชายวิช งามอุโฆษ
๕. นายแพทย์ชัยพร ทองประเสริฐ
๖. นายถาวร เกียรติไชยากร
๗. นายนิยม สาระวิถี
๘. นายนิเวศ พันธุ์เจริญวรกุล
๙. ดร. นายแพทย์ประยงค์ เต็มชวาลา
๑๐. นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร
๑๑. นางพนิดา ปัญญางาม
๑๒. นายแพทย์พงษ์ศักดิ์ วิทยากร
๑๓. นายมานิตย์ ชัยมงคล
๑๔. นางระเบียบรัตน์ พงษ์พานิช
๑๕. ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจิตร บุญยะโหดระ
๑๖. ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิวัฒน์ วิสุทธิโกศล
๑๗. นายวิญญู อุฬารกุล
๑๘. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ศุภชัย ไชยธีระพันธ์
๑๙. นายเศกสรรค์ บางสมบุญ
๒๐. ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา
๒๑. นายสามารถ รัตนประทีปพร
๒๒. นางสาวสารี อ๋องสมหวัง
๒๓. นายสุทธิพงศ์ ทดพิทักษ์กุล
๒๔. นายสุนทร จินดาอินทร์
๒๕. นายแพทย์สุรพงศ์ อำพันวงษ์
๒๖. นายอนันต์ ผลอำนวย
๒๗. นาวาอากาศเอก นายแพทย์อิทธิพร คณะเจริญ
๒๘. นายเสมอ กาทิภักดี
๒๙. นายวิจักร อากัปกรณ์
๓๐. นายแพทย์เจก ธนะศิริ



## คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา (กุมภาพันธ์ ๒๕๔๖ - สิงหาคม ๒๕๔๖)

๑. นายวีรพงศ์ สกลกิติวัฒน์	ประธานคณะกรรมการ
๒. พลโท ปัญญา อยู่ประเสริฐ	รองประธานคณะกรรมการ คนที่ ๑
๓. นายเด่น โต๊ะมีนา	รองประธานคณะกรรมการ คนที่ ๒
๔. นายนิรันดร์ พิทักษ์วัชระ	รองประธานคณะกรรมการ คนที่ ๓
๕. นายนิคม เซาว์กิตติโสภณ	รองประธานคณะกรรมการ คนที่ ๔
๖. นายประสิทธิ์ พิฑูรกิจจา	โฆษกคณะกรรมการ
๗. นางมาลินี สุขเวชชวรกิจ	ประธานที่ปรึกษาคณะกรรมการ
๘. นายจอน อึ้งภากรณ์	กรรมการ
๙. นายจำเริญ จิตรธร	กรรมการ
๑๐. นายชิต เจริญประเสริฐ	กรรมการ
๑๑. นายประศักดิ์ ณ กาฬสินธุ์	กรรมการ
๑๒. นางมลิวลัย เงินหมื่น	กรรมการ
๑๓. นายวิจิตร มโนสิทธิศักดิ์	กรรมการ
๑๔. นายสมบัติ วรามิตร	กรรมการ
๑๕. นายสวัสดิ์ ทรัพย์เจริญ	เลขานุการคณะกรรมการ



### ที่ปรึกษา ผู้ชำนาญการ นักวิชาการ และเลขานุการ

๑. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสพ รัตนากร	ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ (ประธานที่ปรึกษาอดีตติมศักดิ์)
๒. นายแพทย์ดำรงส โรจนเสถียร	ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ
๓. นายแพทย์วิชัย สติมัย	ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ
๔. นายชฤทธิ์ มีสิทธิ์	ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ
๕. นายมานิตย์ ชัยมงคล	ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ
๖. นายแพทย์พินัย โภษะฐ์เพชร	ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ
๗. นายสุพจน์ สุหรัยคิมหันต์	ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ
๘. แพทย์หญิงเพชรดาว โต๊ะมีนา	ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ
๙. นายจักรกฤษณ์ ประสิทธิ์เมตต์	ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ
๑๐. ร้อยตรี บำเรอ ธาระเขตต์	นักวิชาการประจำคณะกรรมการ
๑๑. นางสาวนันทนา เครือหงส์	นักวิชาการประจำคณะกรรมการ
๑๒. นายสิทธิศักดิ์ เทียนทอง	นักวิชาการประจำคณะกรรมการ
๑๓. นางฉติมา นาคผจญ	เลขานุการประจำคณะกรรมการ

## ที่ปรึกษาากิตติมศักดิ์

๑. ศาสตราจารย์ นายแพทย์จอมจักร จันทรสกุล
๒. นายแพทย์เฉลิม หาญพานิชย์
๓. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ชายธวัช งามอุโฆษ
๔. นายแพทย์ชัยพร ทองประเสริฐ
๕. นายถาวร เกียรติไชยากร
๖. นายนิยม สาระวิณี
๗. นายนิเวศ พันธุ์เจริญวรกุล
๘. ดร. นายแพทย์ประยงค์ เต็มชวาลา
๙. นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร
๑๐. นางพนิดา ปัญญางาม
๑๑. นายแพทย์พงษ์ศักดิ์ วิทยากร
๑๒. นายมานิตย์ ชัยมงคล
๑๓. นางระเบียบรัตน์ พงษ์พานิช
๑๔. ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจิตร บุญยะโหดระ
๑๕. ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิวัฒน์ วิสุทธิโกศล
๑๖. นายวิญญู อุฬารกุล
๑๗. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ศุภชัย ไชยธีรพันธ์
๑๘. นายเศกสรรค์ บางสมบุญ
๑๙. ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา
๒๐. นายสามารถ รัตนประทีปพร
๒๑. นางสาวสารี อ๋องสมหวัง
๒๒. นายสุทธิพงศ์ ทัดพิทักษ์กุล
๒๓. นายสุนทร จินดาอินทร์
๒๔. นายแพทย์สุรพงษ์ อัมพันวงษ์
๒๕. นายอนันต์ ผลอำนวย
๒๖. นาวาอากาศเอก นายแพทย์อิทธิพร คณะเจริญ
๒๗. นายเสมอ กาทักดี
๒๘. นายวิจักร อากัปกฤษยา
๒๙. นายแพทย์แจก ธนะศิริ
๓๐. นางเพลินจันทร์ เลิศวิทยากร
๓๑. นางสาวอุษณีย์ ชิดชอบ
๓๒. พลเอก พนม จีระวิจารณ์
๓๓. พลตำรวจเอก มีชัย นุกูลกิจ
๓๔. นายดำรง พุฒตาล
๓๕. นางจิตรา อยู่ประเสริฐ



# สารบัญ

เรื่อง

หน้า

- สารประธานวุฒิสภา พลตรี มนูญกฤต รูปขจร
- สารรองประธานวุฒิสภา คนที่หนึ่ง นายสุชน ชาลีเครือ
- สารรองประธานวุฒิสภา คนที่สอง นายสหัส พินทุเสนีย์
- สารประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา  
สิงหาคม ๒๕๔๓ - สิงหาคม ๒๕๔๔ นายแพทย์ประสิทธิ์ พิฑูรกิจจ่า
- สิงหาคม ๒๕๔๔ - กุมภาพันธ์ ๒๕๔๖ แพทย์หญิงมาลินี สุขเวชชวรกิจ
- กุมภาพันธ์ ๒๕๔๖ - สิงหาคม ๒๕๔๖ นายแพทย์วีรพงศ์ สกลกิติวัฒน์
- สารประธานที่ปรึกษาภคิตติมศักดิ์ ศ.นพ.ประสพ รัตนากร
- สารประธานคณะทำงาน นายแพทย์ชิต เจริญประเสริฐ
- บทสรุปผู้บริหาร
- โครงสร้างคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

## ๑. การพิจารณากฎหมาย

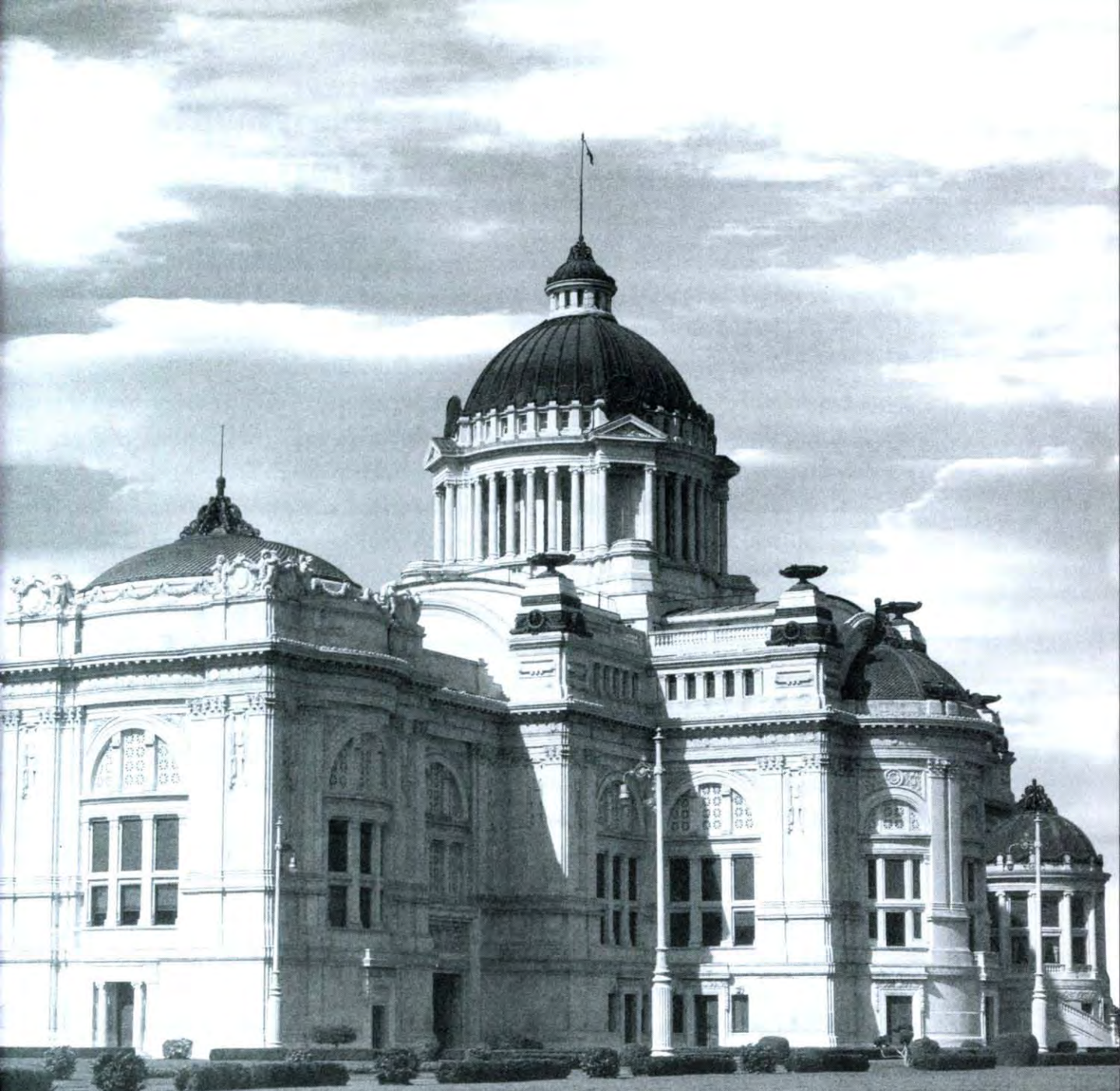
- |     |  |    |
|-----|--|----|
| ๑.๑ | พิจารณาศึกษาแนวทางในการขอแก้ไขประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๓๐๕ | ๑  |
| ๑.๒ | ร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ....   | ๒  |
| ๑.๓ | ร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. ....         | ๓  |
| ๑.๔ | ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ....      | ๗  |
| ๑.๕ | ร่างพระราชบัญญัติการสาธารณสุข (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ....     | ๙  |
| ๑.๖ | ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ....                | ๑๐ |
|     |  | ๑๒ |

## ๒. การพิจารณาศึกษาและติดตามการดำเนินงานด้านสาธารณสุข

- |      |  |    |
|------|--|----|
| ๒.๑  | พิจารณาติดตามกรณีทุจริตจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ในกระทรวงสาธารณสุข  | ๑๕ |
| ๒.๒  | พิจารณาศึกษาการบริหาร การป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์  | ๑๖ |
| ๒.๓  | พิจารณาศึกษากรณีการโยกย้ายข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุข  | ๑๗ |
| ๒.๔  | พิจารณาศึกษาการป้องกันอุบัติเหตุจากรถทางบกในประเทศไทย  | ๒๔ |
| ๒.๕  | พิจารณาศึกษาการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก  | ๒๕ |
| ๒.๖  | พิจารณาศึกษาปรับปรุงการปฐมพยาบาลฟื้นคืนชีวิตและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นในรัฐสภา  | ๒๙ |
| ๒.๗  | พิจารณาศึกษาปัญหาการใช้ยา  | ๓๔ |
| ๒.๘  | พิจารณาติดตามผลการปฏิบัติงานโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๓๐ บาท<br>รักษาทุกโรค และการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕     | ๓๕ |
| ๒.๙  | พิจารณาศึกษาการลดภาวะที่เป็นอันตรายจากการใช้ยาเสพติด   | ๔๕ |
| ๒.๑๐ | พิจารณาศึกษาเกี่ยวกับเครื่องดื่มและผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของ<br>กาเฟอีนจากเดิม ๕๐ มิลลิกรัมเป็น ๘๐ มิลลิกรัม ต่อหน่วยบรรจุ<br>จากผู้ประกอบการผลิตเพื่อจำหน่าย | ๔๖ |
| ๒.๑๑ | พิจารณาศึกษาเรื่องโรคซาร์ส   | ๔๗ |



<b>๓. การพิจารณาเรื่องร้องเรียนและการตรวจสอบงานด้านสาธารณสุขที่มีผลกระทบต่อประชาชน</b>	<b>๔๙</b>
๓.๑ พิจารณาเรื่องร้องเรียนทางด้านการบริหารในทางการแพทย์และการสาธารณสุข	๕๐
๓.๒ พิจารณากรณีผลกระทบจากการปนเปื้อนของสารตะกั่วบริเวณ ลุ่มแม่น้ำแม่กลองตอนบนลำห้วยคลิตี	๕๖
๓.๓ พิจารณากรณีผลกระทบจากเสียงรบกวนของเรือหางยาว ในคลองบางกอกน้อย	๕๗
๓.๔ พิจารณากรณีการป้องกันและแก้ปัญหาจากการทำศัลยกรรมตกแต่งที่ไม่ได้มาตรฐาน	๕๗
๓.๕ พิจารณากรณีเด็กตกเตียงเสียชีวิต ณ โรงพยาบาลลาดพร้าว	๕๘
<b>๔. การพิจารณาศึกษาเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุข</b>	<b>๕๙</b>
๔.๑ การดำเนินงานโครงการฝึกอบรมด้านโรคเอดส์และสุขอนามัยวัยเจริญพันธุ์ ในองค์การบริหาร ส่วนตำบลให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใน ๑๑ จังหวัด และบทบาทภารกิจของ AFPPD รวมทั้ง การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับรัฐสภาไทย	๖๐
๔.๒ พิจารณาศึกษากรณีสงครามชีวภาพ	๖๒
๔.๓ พิจารณาศึกษากรณีการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	๖๒
๔.๔ พิจารณาศึกษาบทบาทหน้าที่ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)	๖๓
๔.๕ พิจารณาศึกษาการแปรรูปโรงงานยาสูบ	๖๓
๔.๖ พิจารณาศึกษาโครงสร้างของกรมสุขภาพจิตและปัญหายาเสพติด	๖๕
๔.๗ พิจารณาศึกษาโครงการการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ (CME)	๖๕
๔.๘ พิจารณาศึกษาการเปิดเสรีทางการค้าด้านการบริการขององค์การการค้าโลก (WTO)	๖๖
๔.๙ พิจารณาศึกษากรณีพนักงานของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	๖๗
<b>๕. การจัดการสัมมนาของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา</b>	<b>๖๙</b>
๕.๑ เรื่อง “ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” วันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๔๕	๗๐
๕.๒ เรื่อง “เงื่อนไขและความเป็นไปได้ในการใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิในประเทศไทย” วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๔๕	๗๑
๕.๓ เรื่อง “รัฐบาลควรแปรรูปโรงงานยาสูบหรือไม่” วันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๔๕	๗๒
๕.๔ เรื่อง “พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ” วันที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๔๕	๗๓
<b>๖. การเดินทางไปศึกษาดูงาน ณ ต่างประเทศ</b>	<b>๗๕</b>
๖.๑ สาธารณรัฐเกาหลี วันที่ ๑๑ - ๑๕ สิงหาคม ๒๕๔๔	๗๖
๖.๒ สาธารณรัฐประชาชนจีน วันที่ ๑๒ - ๑๗ มิถุนายน ๒๕๔๕	๗๙
๖.๓ สาธารณรัฐแอฟริกาใต้ วันที่ ๒๑ - ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๔๕	๘๑
๖.๔ สาธารณรัฐเช็ก / ออสเตรเลีย / ฮังการี วันที่ ๒๑ - ๒๘ มกราคม ๒๕๔๖	๘๒
๖.๕ สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ วันที่ ๑๖ - ๒๑ มิถุนายน ๒๕๔๖	๘๕
<b>๗. รายงานผู้ชี้แจง</b>	<b>๘๙</b>



# การพิจารณากฎหมาย

# การพิจารณาศึกษาแนวทางในการขอแก้ไข ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๓๐๕

คณะกรรมการการฯ ได้พิจารณาศึกษาเกี่ยวกับการขอแก้ไขประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๓๐๕ ในประเด็นเกี่ยวกับการทำแท้งเสรี โดยเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องมาชี้แจง สรุปผลการประชุมได้ ดังนี้

ความเป็นมาในการพิจารณาขอแก้ไขประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๓๐๕ ว่า ในอดีตการทำแท้ง (เดิมเรียกว่าริดลูก) ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา ๓๐๕ ถือเป็นความผิดทางอาญาโดยไม่มีข้อยกเว้น ต่อมาเมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๐ ยกเว้นให้ทำแท้งได้ในกรณีเดียวคือ เพื่อสุขภาพของหญิงนั้น

ต่อมาปี พ.ศ. ๒๕๑๐ มีการเพิ่มเงื่อนไขในกรณีที่ ๒ คือ กรณีที่มีการตั้งครรภ์เนื่องจากการถูกข่มขืน

ในปี พ.ศ. ๒๕๑๗ ได้มีการเสนอให้มีเงื่อนไขที่ ๓ คือ เมื่อทารกในครรภ์มีปัญหาสุขภาพ และเงื่อนไขที่ ๔ คือ เมื่อตั้งครรภ์เนื่องจากการคุมกำเนิดถาวรล้มเหลว แต่เงื่อนไขดังกล่าวนี้ไม่ผ่านการพิจารณา

ในปี พ.ศ. ๒๕๓๒ - ๒๕๓๓ ได้มีความพยายามผลักดันให้มีการแก้ไขเฉพาะเงื่อนไขที่ ๓ เนื่องจากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ สามารถตรวจได้ว่าทารกจะพิการหรือไม่

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๒ กระทรวงสาธารณสุข โดยกองวางแผนครอบครัวและประชากรกรมอนามัย ได้ทำการสำรวจสถานการณ์การทำแท้งในประเทศไทย และได้มีการจัดประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาทำแท้ง โดยมีการใช้ข้อมูลจากการวิจัยเพื่อประกอบการพิจารณา กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอมติและข้อเสนอแนะจากการประชุมต่อแพทยสภาให้พิจารณาเสนอขอปรับปรุงแก้ไขประมวลกฎหมายอาญามาตรา ๓๐๕ ซึ่งใช้บังคับมานานถึง ๔๐ ปี และมีข้อจำกัดบางประการที่ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ทางสังคมและความเจริญของเทคโนโลยีทางการแพทย์

ซึ่งประมวลกฎหมายอาญามาตรา ๓๐๕ ปัจจุบันอนุญาตให้ทำแท้งโดยผู้ทำไม่มีความผิดเมื่อ

๑. การตั้งครรภ์นั้นเป็นอันตรายต่อสุขภาพของหญิง
๒. การตั้งครรภ์นั้นเกิดจากการถูกข่มขืน

อย่างไรก็ตาม การเสนอขอแก้ไขประมวลกฎหมายฯ ในครั้งนี้ ควรสื่อทำความเข้าใจให้ตรงกันทุกฝ่ายว่าเป็นการเสนอให้มีการยุติการตั้งครรภ์โดยมีเงื่อนไขที่เหมาะสม ไม่ใช่การทำแท้งเสรี

นอกจากนี้ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำวิจัยในเรื่องนี้พบปัญหาของสตรีที่จะแต่งงาน และแต่งงานแล้วเกิดปัญหาขึ้นมากมาย นักสังคมศาสตร์ บุคลากรสาธารณสุข นักกฎหมาย นักวิชาการสาขาต่างๆ และผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพหญิงและสิทธิสตรีจากองค์กรต่างๆ ให้ความเห็นสรุปว่า ประเด็นนี้ควรนำเสนอแพทยสภาพิจารณาอย่างจริงจังเสียที ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีหนังสือถึงแพทยสภาเพื่อดำเนินการ โดยที่ประชุมแพทยสภามีมติตั้งคณะอนุกรรมการศึกษาแนวทางการแก้ไขประมวลกฎหมายอาญามาตรา ๓๐๕ ซึ่งคณะอนุกรรมการได้ประชุม ๒ ครั้ง และได้ข้อสรุปร่างกฎหมายอาญา มาตรา ๓๐๕ ใหม่ ดังนี้

“ถ้าการกระทำดังกล่าวในมาตรา ๓๐๑ และมาตรา ๓๐๒ นั้น เป็นการกระทำของแพทย์ และ

๑. จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตของหญิงนั้น หรือ
  ๒. หญิงมีครรภ์เนื่องจากการกระทำผิดอาญาตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๒๗๖ มาตรา ๒๗๗ มาตรา ๒๘๒ มาตรา ๒๘๓ หรือมาตรา ๒๘๔ หรือ
  ๓. จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากสุขภาพของทารกในครรภ์
- ผู้กระทำไม่มีความผิด”

โดยร่างมาตรา ๓๐๕ ใหม่ มีการแก้ไขโดยใช้คำว่า “แพทย์” แทน “นายแพทย์” เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาการตีความ และเพิ่มความในข้อ ๑ โดยใช้ คำว่า “สุขภาพกายหรือสุขภาพจิต” และเพิ่มความในข้อ ๓ ทั้งนี้ มีประเด็นคำถามเกิดขึ้นว่า คำว่า “สุขภาพ” ควรหมายความว่าอย่างไร ซึ่งทางราชบัณฑิตยสถานได้ให้คำจำกัดความว่าหมายถึงกายและใจ

ทั้งนี้คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้พิจารณาร่างประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๓๐๕ ใหม่ และได้แสดงความคิดเห็นโดยให้ข้อสรุปว่า เห็นชอบด้วยกับร่างมาตรา ๓๐๕ ใหม่ที่เป็นการเปิดกว้าง แต่ควรมีกรรมการ



แพทย์ให้ความเห็นก่อนทำแท้ง ทั้งนี้ ต้องระวังไม่ให้สังคมเข้าใจว่า เป็นการเปิดทำแท้งเสรี โดยกระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรทำการประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวาง และชี้ให้เห็นว่า ไม่ได้เสนอกฎหมายเพื่อเป็นการ ทำแท้งเสรี

## ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ขณะนี้ เทคโนโลยีทางพันธุศาสตร์สามารถตรวจได้ว่าเด็กในครรภ์จะเป็นโรคหรือไม่ หรือตรวจดูโครงสร้าง ภายนอกของเด็กว่าพิการหรือไม่ ด้วยความแม่นยำมากขึ้น รวมทั้ง การตรวจโครงสร้างโครโมโซมที่ผิดปกติที่จะทำให้ เกิดผลกระทบต่อเด็กว่าจะรุนแรงมากน้อยแค่ไหน ซึ่งเทคโนโลยีดังกล่าวต้องทำอย่างมีมาตรฐานถูกต้อง ได้แก่ ความ สามารถของบุคลากรและห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐาน และการทำกรณีวินัจฉัยก่อนคลอดซึ่งกรณีวินัจฉัยดังกล่าวจะต้อง ให้ข้อมูลทางพันธุศาสตร์เพื่อให้สามีภรรยาตัดสินใจว่าจะทำแท้งหรือไม่ ซึ่งการทำแท้งกรณีเด็กพิการจะแตกต่างกับ กรณีการคุมกำเนิดล้มเหลวหรือการไม่ต้องดูแลเด็ก ซึ่งการทำแท้งดังกล่าวเห็นได้ชัดว่าไม่ใช่การทำแท้งเสรีอย่างแน่นอน นอกจากนี้ การแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายตามร่างดังกล่าว จะเป็นการกระตุ้นหรือส่งเสริมให้มีการใช้เทคโนโลยีทาง พันธุศาสตร์มาใช้ในทางการแพทย์ได้กว้างขวางยิ่งขึ้น

ปัญหาการทำแท้งเป็นปัญหาที่มีรากเหง้ามาจากหลายส่วน ส่วนหนึ่งมาจากหญิงที่ไม่พร้อมจะตั้งครรภ์ ขณะนี้ มีการอ้างอิงงานวิจัยประกอบกับมีเหตุผลจริงที่ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันนี้จะต้องได้รับการแก้ไข ซึ่ง หากกฎหมายได้รับการแก้ไขตามร่างดังกล่าวก็จะเป็นการเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันอย่างยิ่ง เนื่องจากขณะนี้ตาม โรงพยาบาลใหญ่ๆ จะมีการตั้งคณะกรรมการแพทย์พิจารณาการทำแท้งในกรณีที่สำคัญ ซึ่งไม่แน่ใจว่าการตั้งคณะกรรมการดังกล่าว จะเป็นการหลีกเลี่ยงกฎหมายหรือไม่ นอกจากนี้ ในด้านของสภาพจิตใจ มีงานวิจัยชัดเจนแล้วว่า เด็กที่มีปัญหาพ่อแม่แยกทางกัน มีโอกาสที่จะเกิดปัญหาโรคซึมเศร้าต่อไปในอนาคตได้ ซึ่งองค์การอนามัยโลกชี้ว่า ใน ๒๐ ปีข้างหน้า โรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่ปรากฏชัดในประชากรโลกเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจ ดังนั้น จึงควร หาทางป้องกันเหตุที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตในอนาคต

จากนั้น คณะกรรมาธิการได้แสดงความเป็นห่วงเกี่ยวกับการทำประชามติว่าจะต้องทำอย่างเป็นระบบ ด้วยความรอบคอบ และรัดกุมในเรื่องเอกสารข้อมูลต่างๆ ควรแยกแยะให้ชัดเจนว่า การทำแท้งเสรีเป็นอย่างไร การ ทำแท้งภายใต้กฎหมายที่จะแก้ไขใหม่เป็นอย่างไร ผลจะเป็นอย่างไร โดยอาจทำเป็นแผนภูมิเปรียบเทียบเพื่อให้ ประชาชนเกิดความเข้าใจที่ชัดเจนและถูกต้อง ทั้งนี้ ก่อนที่จะมีการทำประชามติ อาจมีการรณรงค์ให้ข้อมูลอย่าง ต่อเนื่องกับสาธารณชนทั่วประเทศ รวมทั้งการนำสภาพปัญหาที่แท้จริงออกสู่สาธารณะได้รับทราบด้วย

ภายหลังการอภิปรายและแสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวางแล้ว ทางสำนักเลขาธิการแพทยสภา เห็นควร ให้ตั้งคณะทำงานเพื่อศึกษาในเรื่อง คำว่า “สุขภาพกาย” ว่ามีประเด็นใดบ้างเพื่อประกอบการออกข้อบังคับของ แพทยสภา รวมทั้งในเรื่องของปัญหาทางจิต และทางด้านพันธุกรรม เพื่อตอบคำถามของสังคม

## ร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ....

ในการพิจารณาศึกษาพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... คณะกรรมาธิการการ สาธารณสุข วุฒิสภา ได้ตระหนักถึงสภาพปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในปัจจุบัน ซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น และมีผลกระทบต่อประชาชนทุกเพศ ทุกวัย ทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ใช้แรงงาน กลุ่มเด็กวัยรุ่นและเยาวชนที่อาจ ถูกมิชฉาชีพหลอกล่อใช้เป็นเครื่องมือในการจำหน่ายยาเสพติดภายในโรงเรียนและชุมชน ดังนั้น คณะกรรมาธิการ การสาธารณสุข วุฒิสภา จึงได้ยึดยกร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ขึ้นมาพิจารณา ศึกษาล่วงหน้าโดยดำเนินการตามบัญชีอำนาจหน้าที่ท้ายข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๔๔

อนึ่ง ในการพิจารณาศึกษาพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่..) พ.ศ. .... ยังมีกฎหมายที่เกี่ยวข้อง อีก ๒ ฉบับ คือ ร่างพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... และร่างพระราชบัญญัติ ฟันฟุสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. .... สรุปสาระสำคัญ ดังนี้



## ๑. ร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่..) พ.ศ. ....

### หลักการและเหตุผล

เนื่องจากสภาพปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในปัจจุบันนับวันจะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้นสมควรปรับปรุงพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยแก้ไขโทษในความผิดเกี่ยวกับการมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อเสพและเพื่อจำหน่าย การให้บุคคลซึ่งต้องหาว่าเสพ เข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพตามกฎหมายว่าด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด การให้อำนาจศาล สามารถใช้มาตรการกำหนดโทษได้กว้างขวางขึ้น การกำหนดมาตรการให้ทางราชการสามารถดำเนินการในการป้องกันและปราบปรามการกระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษได้กว้างขวางขึ้น อาทิ ให้มีการค้นได้โดยไม่ต้องมีหมายค้น การให้มีอำนาจสั่งตรวจหรือทดสอบว่าบุคคลใดมียาเสพติดอยู่ในร่างกายหรือไม่รวมทั้งปรับปรุงบทกำหนดโทษให้ลดหลั่นกันตามความร้ายแรงของการกระทำผิด ตลอดจนกำหนดมาตรการควบคุมการครอบครองเพื่อจำหน่ายยาทั่วไป ซึ่งมีส่วนผสมของยาเสพติดให้โทษและควบคุมการโฆษณาเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ การบำบัดรักษา สถานพยาบาลและผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล เพื่อให้อยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

## ๒. ร่างพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ....

### หลักการและเหตุผล

เนื่องจากมาตรา ๒๓๘ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐ บัญญัติให้ในคดีอาญา การค้นในที่รโหฐานจะกระทำมิได้ เว้นแต่จะมีคำสั่งหรือหมายของศาลหรือมีเหตุให้ค้นได้โดยไม่ต้องมีคำสั่งหรือหมายของศาล ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ ดังนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย จึงสมควรกำหนดเหตุให้ค้นได้โดยไม่ต้องมีหมายค้นไว้ให้ชัดเจน รวมทั้งมีการแก้ไของค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดสามารถกำหนดให้คณะกรรมการที่ปรึกษา หรือคณะอนุกรรมการมีอำนาจทำการใดๆ แทนคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดได้ และให้ผู้ซึ่งเจ้าพนักงานได้ขอให้ช่วยเหลือในการปฏิบัติหน้าที่มีอำนาจดำเนินการตรวจค้น จับกุม หรือตรวจหรือทดสอบหรือสั่งให้รับการตรวจหรือทดสอบว่าบุคคล หรือกลุ่มบุคคลใด ๆ มีสารเสพติดในร่างกายหรือไม่ รวมทั้งสมควรกำหนดมาตรการพิเศษให้เจ้าพนักงานสามารถได้มาซึ่งข้อมูลข่าวสารในสิ่งสื่อสารที่ถูกใช้เพื่อประโยชน์ในการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

## ๓. ร่างพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. ....

### หลักการและเหตุผล

โดยหลักการแล้วผู้เสพยาเสพติดมีสถานภาพเป็นผู้ป่วยประเภทหนึ่งมิใช่อาชญากรปกติ ดังนั้น จึงควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างละเอียดและต่อเนื่อง รวมทั้งมีการขยายขอบเขตของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้ครอบคลุมถึงผู้เสพและมีไว้ในครอบครอง ผู้เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย และผู้เสพและจำหน่ายยาเสพติดจำนวนเล็กน้อยเข้าไปได้ด้วย และเพื่อผลดีในการบำบัดจึงจำเป็นที่ควรขยายสถานที่ทำการตรวจพิสูจน์การเสพหรือติดยาเสพติด และสถานที่เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานให้มากยิ่งขึ้น

## แนวทางการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่..) พ.ศ. ....

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เชิญผู้แทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องมาร่วมประชุมเพื่อให้ข้อมูล ข้อเท็จจริงและความเห็น ดังนี้

### สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

นายวิโรจน์ สุ่มใหญ่ ผู้ช่วยเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

### สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

นายกิตติ ลิ้มชัยกิจ เลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด



## ผู้ชี้แจงได้เสนอข้อมูลต่อที่ประชุมสรุปได้ ดังนี้

ทางกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอให้มีการแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยแก้ไขโทษในความผิดเกี่ยวกับการมีไว้ในครอบครองและมีไว้เพื่อจำหน่าย ซึ่งยาเสพติดให้โทษจำนวนเล็กน้อยให้โทษขั้นสูงสุดลง เพื่อให้เหมาะสมกับความผิดและให้บุคคลดังกล่าวเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพตามกฎหมายว่าด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและให้ศาลสามารถลงโทษได้ เมื่อมีคำรับสารภาพโดยพนักงานอัยการไม่ต้องสืบพยานประกอบเสมอไป และในปัจจุบันการตรวจหาสารเสพติดในตัวผู้เสพจะเห็นได้ว่ากฎหมายที่ใช้กันอยู่ยังไม่มีความชัดเจน เพราะเมื่อมีการตรวจหาสารเสพติดแล้วต้องเก็บข้อมูลของคนที่ถูกตรวจ ในเบื้องต้นไม่เปิดเผยให้สาธารณชนได้รับรู้และในการตรวจปัสสาวะในผู้ติดยาเสพติดที่เห็นเป็นสีม่วงนั้น จะเห็นได้ว่าไม่ถูกต้องแม่นยำชัดเจน ดังนั้น ในกฎหมายจึงกำหนดไว้อย่างชัดเจนว่า ผลการตรวจเบื้องต้นห้ามมิให้เปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ เพื่อเป็นการป้องกันสิทธิของประชาชน สิ่งที่สำคัญคือ ในการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะของผู้เสพจะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ตรวจก่อนถึงจะทำเรื่องต่างๆ เป็นขั้นตอนตามกฎหมายต่อไป

ในร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้จะมีลักษณะพิเศษคือ นำมาใช้เพื่อเสริมในการปราบปรามด้วย และในกรณีผู้ค้ายาเสพติดมีความมุ่งหมายเพื่อธุรกิจ แต่เดิมโทษจำคุก ๑ ปี ปรับ ๒๐,๐๐๐ บาท แต่โทษในร่างพระราชบัญญัติฉบับใหม่จะให้ศาลใช้ดุลยพินิจ สำหรับผู้ที่จงใจค้ายาเสพติดเพื่อประโยชน์ทางธุรกิจ โดยให้ศาลลงโทษจำคุกและปรับด้วยเสมอ จำคุก ๑ ปี ปรับ ๑๐๐,๐๐๐ บาท และในกรณีที่มีบัญชีรายชื่อผู้ค้ายาเสพติด ๖๖ และเกี่ยวเนื่องมาตรา ๖๗ ปรับแก้ไขไว้ในมาตรา ๑๕ เป็นข้อสันนิษฐานเด็ดขาดและได้อภิปรายหลายครั้ง โดยเสียงส่วนใหญ่ของคณะกรรมการสิทธิและที่ประชุมสภาผู้แทนราษฎรมติเห็นชอบที่จำนวน ๑๕ เม็ด

ในเรื่องของการสันนิษฐานเด็ดขาดมีไว้เพื่อการเพิ่มโทษกับผู้ขาย แต่ส่วนใหญ่จะอ้างว่ามีไว้เพื่อ จึงมีกฎหมายเรื่องการสันนิษฐานเด็ดขาดเพื่อแยกผู้ขายและผู้เสพออก เพื่อลงโทษได้อย่างเหมาะสม ซึ่งกฎหมายเดิมได้กำหนดไว้ ๒๐ กรัม ขณะนั้นยาบ้ายังไม่ถือว่าเป็นยาเสพติดประเภท ๑ เพราะฉะนั้นคำว่า ๒๐ กรัม คงหมายถึงเฮโรอีนเป็นหลัก ในปี พ.ศ. ๒๕๓๙ หลักการเดิมยังไม่มีการปรับปรุงแก้ไข ซึ่งทางคณะกรรมการสภาผู้แทนราษฎรเห็นว่า ควรปรับแก้ไขให้เหมาะสมและตามมติของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรขอให้เป็น ๑๕ เม็ด นั้น ในทางปฏิบัติอาจมีปัญหาทางกฎหมาย กรณีการมีบทสันนิษฐานเด็ดขาดเช่นนี้จะเป็นการขัดกับรัฐธรรมนูญตามมาตรา ๓๓ หรือไม่ ซึ่งให้ถือว่าทุกคนเป็นผู้บริสุทธิ์

ในกรณี ๒๐ กรัม ถ้าเป็นยาบ้าประมาณ ๗๐๐ - ๘๐๐ เม็ด แต่ในประเทศเราความบริสุทธิ์จะอยู่ที่ ๒๕ - ๓๐% ฉะนั้น ๒๕% จะอยู่ที่ ๘๐๐ เม็ด

สำหรับชาวที่ปรากฏออกไปตามสื่อมวลชนต่างๆ ที่บอกว่าทางรัฐบาลได้กำหนดบทสันนิษฐานเด็ดขาดในมาตรา ๑๕ ของร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ว่า ถ้ามียาเสพติดไว้ในครอบครองเกินกว่า ๑๕ เม็ด ถือว่าเป็นผู้ค้ารายใหญ่ โทษจำคุกตลอดชีวิตหรือประหารชีวิต ถ้ามีสารเสพติดน้อยกว่า ๑๕ เม็ด รัฐบาลไม่ลงโทษเลย จะเห็นได้ว่าการที่สื่อมวลชนเสนอข่าวไปนั้นไม่ถูกต้อง เพราะร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้โทษจะแบ่งตามบทสันนิษฐานเด็ดขาด คือ ถ้ามียาเสพติดเกินกว่า ๑๕ เม็ดขึ้นไปโทษจะรุนแรงมากถึงขั้นประหารชีวิต แต่ถ้ามียาเสพติดน้อยกว่า ๑๕ เม็ด ถือว่ามีความผิดฐานครอบครอง

## ผลการพิจารณา

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้แสดงความคิดเห็นและซักถามผู้ชี้แจงเกี่ยวกับการศึกษา ร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่...) พ.ศ. .... ในการตรวจหาสารเสพติดและการมีไว้ในครอบครองเพื่อเสพ และผู้ชี้แจงได้ตอบข้อซักถามของคณะกรรมการ สรุปสาระสำคัญ ดังนี้

๑. การกำหนดจำนวนยาเสพติด ๑๕ เม็ด นั้น หมายถึง ยาบ้า
๒. การแยกประเภทของยาเสพติดเท่ากับสารออกฤทธิ์ที่มีลิกรัมหรือกิโลกรัม โดยจะแบ่งไว้ ๓ ประเภท คือ
  - ๒.๑ แอมเฟตามีน ๖๐๐ มิลลิกรัม จะมีประมาณ ๒๕ เม็ด
  - ๒.๒ เด็กซ์ไทรโลเซอรีไนด์ หรือ แอล เอส ดี มีปริมาณคำนวณเป็นสารบริสุทธิ์ ตั้งแต่ ๐.๗๕ มิลลิกรัมขึ้นไป หรือมียาเสพติดที่มีสารดังกล่าวผสมอยู่จำนวน ๑๕ หน่วยการใช้ขึ้นไป หรือมีน้ำหนักสุทธิ ตั้งแต่ ๓๐๐ มิลลิกรัมขึ้นไป



๒.๓ เฮโรอินจะมี ๕ กรัม

๓. ในการตรวจของเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้ คือ มีอำนาจตรวจสอบในโรงพยาบาลและร้านขายยา ส่วนการที่จะไปตรวจสถานประกอบการอื่น ถ้าทางเจ้าหน้าที่ตำรวจไม่มีผู้เชี่ยวชาญด้านตัวยาก็อาจขอความร่วมมือได้ แต่การที่จะให้เจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขไปตรวจเองนั้น ตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ไม่ได้ให้อำนาจไว้

๔. ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้เป็นกฎหมายใหม่ ซึ่งในการตรวจปัสสาวะจะมีเจ้าหน้าที่ ๒ กลุ่ม คือ

๔.๑ พนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายนี้

๔.๒ พนักงานเจ้าหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

๕. ส่วนเจ้าพนักงานสาธารณสุขมีอำนาจตรวจได้หรือไม่นั้น เนื่องจากมีการแก้กฎหมายป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ให้มีอำนาจตรวจปัสสาวะได้จึงให้อำนาจเจ้าพนักงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ด้วยเช่นกัน ถ้าผู้ใดขัดขืนก็จะมีบทลงโทษ ในกรณีนักเรียนเสพยา นั้น เจ้าหน้าที่ของรัฐที่ได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการก็สามารถเข้าไปได้ ในปัจจุบันยาเสพติดให้โทษประเภท ๑ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ มี ๓๒ ชนิด ถ้าแบ่งเป็น ๓ กลุ่ม ในผลการออกฤทธิ์ จะแบ่งได้ดังนี้

๕.๑ สารออกฤทธิ์ ฮารูซินโนเจน ทำให้เกิดประสาทหลอนอย่างรุนแรง

๕.๒ สารออกฤทธิ์ กระตุ้นประสาทส่วนกลางอย่างรุนแรง ได้แก่ แอมเฟตามีน และอนุพันธ์ของแอมเฟตามีน

๕.๓ ยาที่ทำให้ปราศจากความเจ็บปวดและทำให้เคลิบเคลิ้ม เช่น เฮโรอินและอนุพันธ์ของเฮโรอิน ในการออกกฎหมายไว้ ๒๐ กรัม นั้น เป็นการใช้กับเฮโรอิน

๖. ในกรณีจังหวัดภาคใต้ ได้มีการใช้ยาแก้ไอผสมโคเคอินซึ่งเป็นสารเสพติดประเภท ๓ ใช้ดื่มแทนสุราทางคณะกรรมการอาหารและยาได้เชิญผู้ผลิตยาเหล่านั้นมาทำ M-O-U คือ การอบรมในการขายยาและมีลูกค้า ๒ กลุ่มเป้าหมายคือ

๖.๑ แพทย์ตามคลินิก โรงพยาบาล จะหาซื้อยาได้จากบริษัทขายยา โดยให้แพทย์เซ็นชื่อรับรองในการสั่งซื้อยา เพื่อการบำบัดรักษาว่าเป็นจำนวนเท่าใด

๖.๒ บริษัทขายยาต้องทำรายงานตามแบบฟอร์มที่กฎหมายกำหนด ว่าได้จำหน่ายยาให้ร้านขายยาที่ได้รับใบอนุญาตเป็นจำนวนเท่าใด

ซึ่งจากทั้ง ๒ ทาง ทำให้ทราบถึงการเคลื่อนไหวของยาที่ไปตามภูมิภาคต่างๆ และจากการติดตามทำให้ทราบว่า ได้มีการนำไปขายในสถานบริการที่มีวัยรุ่นเข้ามาเกี่ยวข้อง ตามกฎหมายฉบับนี้จะไม่สามารถลงโทษผู้ครอบครองได้ จึงใช้วิธีการล่อซื้อ เพื่อลงโทษผู้ที่ครอบครองเกินปริมาณที่กำหนดจะมีโทษปรับและจำคุกด้วยสำหรับกรณียาแก้ไอ

สำหรับกรณีแพทย์ที่ครอบครองสารเสพติดประเภทยานอนหลับและยาลดความอ้วน ซึ่งเป็นยาเสพติดประเภท ๒ เป็นปัญหาของผู้ประกอบอาชีพโดยไม่สุจริต คือ แพทย์ที่ครอบครองยาเพื่อรักษาผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสม โดยไม่ต้องขออนุญาต แต่ถ้าจะขอเกินกว่านั้น ต้องขออนุญาตก็จะมียาไว้ในครอบครองได้ไม่จำกัด ปัญหาที่เห็นในปัจจุบันคือ แพทย์ที่มียากักตุนไว้จะจำหน่ายให้กับแพทย์ที่ไม่ต้องการเข้ามาติดต่อขออนุญาตอย่างเป็นทางการและเมื่อได้ยาไปก็จะจำหน่ายยาโดยให้ลูกจ้างจัดการโดยไม่ตรวจสอบดูอาการเสียก่อน ซึ่งเรื่องนี้กำลังรณรงค์เข้มงวดกันอยู่

๗. ในกรณีพนักงานเจ้าหน้าที่ที่ออกไปตรวจยาเสพติดนั้น พนักงานเจ้าหน้าที่จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ออกไปตรวจยาเสพติดได้รับการแต่งตั้งให้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่แล้วตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ปี พ.ศ. ๒๕๒๒ ตามประกาศฉบับที่ ๑๔๘ / ๒๕๔๑ และในกรณีว่ากฎหมายนี้มีการคิดไปถึงยาเสพติดตัวใหม่ที่เกิดขึ้นหรือไม่ ในบรรดาประเทศที่มีปัญหาของเมทแอมเฟตามีน จะมีปัญหาเสพติดตัวใหม่ซ้อนเข้ามา ซึ่งในประเทศไทยจะพบสารเสพติดชนิด MDMA ซึ่งคนส่วนใหญ่จะรู้จักในชื่อ ยา E ซึ่งเป็นอนุพันธ์ของเมทแอมเฟตามีน

ทั้งนี้ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้นำผลการพิจารณาเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณากลับกรอกร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ของวุฒิสภาต่อไป

\*\*\* **หมายเหตุ** (พระราชบัญญัติทั้ง ๓ ฉบับ ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษามีผลบังคับใช้ เมื่อวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๔๕ เล่ม ๑๑๙ ตอนที่ ๙๖ก)



# ร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. ....

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้พิจารณาศึกษาร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. .... ซึ่งมีเนื้อหาของร่างพระราชบัญญัติอยู่ ๕๘ มาตรา แบ่งออกเป็น ๗ หมวด และบทเฉพาะกาล โดยมีเหตุผลในการให้มีกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ สรุปสาระสำคัญ ดังนี้

โดยที่การประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันสาขาเทคนิคการแพทย์ อยู่ในความควบคุมตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ซึ่งมีคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ทำหน้าที่ควบคุมการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ ทั้งแผนปัจจุบันและแผนโบราณ ในปัจจุบันวิทยาการและเทคโนโลยีทางด้านเทคนิคการแพทย์ได้เจริญก้าวหน้าขึ้นเป็นอันมาก ส่งผลให้มีการพัฒนาการทดสอบใหม่ๆ เพื่อใช้ในการประกอบโรคศิลปะในสาขาเทคนิคการแพทย์ขึ้นจำนวนมากมาย ประกอบกับจำนวนผู้ประกอบการโรคศิลปะในสาขาดังกล่าวมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นเพื่อให้การประกอบโรคศิลปะสาขาเทคนิคการแพทย์ ดำเนินการได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และสามารถควบคุมและส่งเสริมการดำเนินงานได้อย่างอิสระ คล่องตัว ปกป้องผู้บริโภคจากการแสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบจากบุคคลซึ่งไม่มีความรู้ อันเป็นภัยและเกิดความเสียหายแก่ประชาชนซึ่งรู้เท่าไม่ถึงการณ์ที่มารับบริการ จึงสมควรแยกการควบคุมการประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ออกจากอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ โดยจัดตั้ง “สภาเทคนิคการแพทย์” ขึ้น เพื่อทำหน้าที่ควบคุมและส่งเสริมการประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์แทนคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ

## แนวทางการพิจารณา

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เชิญ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ทวี เลหาพันธ์ ประธานราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย และนายแพทย์สุธี รุจิวนิชย์กุล หัวหน้าฝ่ายพยาธิวิทยา โรงพยาบาลมหาราชนครคีรีธรรมราช มาชี้แจงข้อมูล ข้อเท็จจริง และความเห็นเกี่ยวกับร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. .... สรุปสาระสำคัญ ดังนี้

ตามร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. .... มีข้อความและเจตนารมณ์ที่มีผลกระทบต่อระบบการแพทย์ การสาธารณสุข และประชาชนโดยรวม สรุปได้ ๒ ประเด็นหลัก ดังนี้

**ประเด็นข้อที่ ๑** กำหนดอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบ เกินขอบเขตความรู้แห่งวิชาชีพ ดังนี้

๑.๑ มาตรา ๔ ความหมายของคำนิยามคำว่า “วิชาชีพเทคนิคการแพทย์” หมายความว่า “วิชาชีพที่กระทำต่อร่างกายมนุษย์เพื่อให้ได้สิ่งตัวอย่าง .....”

**ข้อเท็จจริง** การกระทำต่อร่างกายมนุษย์เพื่อให้ได้สิ่งตัวอย่างส่งตรวจ เป็นหน้าที่โดยตรงของแพทย์ ทั้งนี้ จะให้บุคลากรอื่นที่มีความรู้พอทำแทนได้ในบางเรื่องเพื่อความคล่องตัวในการบริการ โดยต้องอยู่ในความดูแลและรับผิดชอบของแพทย์

การกระทำต่อร่างกายมนุษย์ที่ต้องทำโดยแพทย์และไม่อนุญาตให้เทคนิคการแพทย์ทำ ได้แก่

- (๑) การเจาะเลือดจากหลอดเลือดแดง
- (๒) การเจาะน้ำจากช่องท้อง ช่องปอด ฯลฯ
- (๓) การป้ายเซลล์จากมดลูกสตรี (อาจให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรมทำแทนได้ภายใต้ความรับผิดชอบของแพทย์)
- (๔) การใช้ท่อสวนเพื่อเก็บปัสสาวะส่งตรวจ (อาจให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรมทำแทนได้)
- (๕) การส่องกล้องเข้าไปในร่างกายเพื่อตรวจพยาธิสภาพ และตัดตัวอย่างเนื้อเยื่อ เพื่อการตรวจวินิจฉัยโรคทางพยาธิวิทยา
- (๖) การเจาะดูดเซลล์จากก้อนเนื้อออก เพื่อช่วยวินิจฉัยโรคทางเซลล์พยาธิวิทยา
- (๗) การเจาะไขกระดูกเพื่อวินิจฉัยโรคเลือด เช่น มะเร็งเม็ดโลหิตขาว เป็นต้น
- (๘) การตัดตัวอย่างชิ้นเนื้อเพื่อการวินิจฉัยโรคทางพยาธิวิทยา เช่น โรคมะเร็ง เป็นต้น
- (๙) การผ่าศพ



๑.๒ มาตรา ๔ ความหมายของคำนิยามคำว่า “วิชาชีพเทคนิคการแพทย์” หมายความว่า “วิชาชีพที่... และการดำเนินการรายงานผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค...”

**ข้อเท็จจริง** ความหมายมีความคลุมเครือซึ่งอาจหมายถึงการรายงานผลและให้การวินิจฉัยโดยเทคนิคการแพทย์โดยไม่มีขีดจำกัด หรือโดยความเห็นชอบของแพทย์

๑.๓ มาตรา ๓ บรรดากฎหมาย กฎ และข้อบังคับอื่นในส่วนที่มีบัญญัติไว้แล้วในพระราชบัญญัตินี้ หรือขัดหรือแย้งกับบทแห่งพระราชบัญญัตินี้ ให้ใช้พระราชบัญญัตินี้แทน

**ข้อเท็จจริง** ตามนัยแห่งมาตรา ๓ ร่วมกับมาตรา ๔ การกระทำใดๆ บนร่างกายมนุษย์โดยแพทย์ ผิดกฎหมาย ซึ่งแพทย์และพยาบาลอาจต้องอยู่ภายใต้การกำกับควบคุมดูแลโดยเทคนิคการแพทย์ในการตัด เจาะ ส่วนต่างๆ ของร่างกายมนุษย์เพื่อการตรวจ และให้การวินิจฉัยโรค

**ประเด็นข้อที่ ๒** ร่างพระราชบัญญัติเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. .... อาจมีผลปิดกั้นวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องซึ่งขัดกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๔๙ ดังนี้

หมวด ๕ การควบคุมการประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ มาตรา ๒๘ ที่ห้ามบุคคลอื่นประกอบวิชาชีพนี้ โดยมีข้อยกเว้นตาม (๕) “ผู้ประกอบโรคศิลปะตามข้อจำกัดและเงื่อนไข ตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ” เป็นข้อความที่มีความคลุมเครือ ทำให้วิชาชีพอื่นที่ปฏิบัติงานในลักษณะคล้ายคลึง หรือใกล้เคียง หรือคาบเกี่ยวกัน เช่น พยาธิแพทย์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักวิทยาศาสตร์สาขาที่เกี่ยวข้องถูกจำกัดการปฏิบัติงานตามสายวิชาชีพของตน หากขัดแย้งกับพระราชบัญญัตินี้

**ข้อเท็จจริง** สำหรับพยาธิแพทย์สาขาพยาธิวิทยาคลินิกและพยาธิวิทยาทั่วไป เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการใช้ห้องปฏิบัติการ เพื่อการตรวจวินิจฉัยโรคผู้ป่วย รวมถึงการศึกษาค้นคว้าโรคใหม่ การวิจัยทางวิทยาศาสตร์ และการแพทย์ งานส่วนใหญ่คาบเกี่ยวกับงานเทคนิคการแพทย์ รวมทั้งการทำงานร่วมกับนักวิทยาศาสตร์สาขาต่างๆ เกสซิกเกอร์ เทคนิคการแพทย์ และบุคลากรที่เหมาะสมเพื่อพัฒนาการให้บริการทางห้องปฏิบัติการ และงานวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมหาวิทยาลัย และโรงเรียนแพทย์ ทั้งนี้ โดยอยู่ในความดูแลรับผิดชอบของนายแพทย์ในกรณีที่ทำต่อร่างกายมนุษย์ หรือสิ่งที่ได้มาจากร่างกายมนุษย์

## ผลการพิจารณา

**คณะกรรมการการมีมติเห็นด้วยในหลักการ และมีข้อสังเกต ดังนี้**

เนื้อหาของร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. .... มีอยู่ ๕๘ มาตรา และแบ่งออกได้เป็น ๗ หมวด และบทเฉพาะกาล ซึ่งมีมาตราที่เป็นหัวใจสำคัญหรือเป็นมาตราหลักอยู่เพียง ๔ มาตรา จึงสมควรได้รับการพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้ชัดเจนก่อน ได้แก่ มาตรา ๓ มาตรา ๔ มาตรา ๘ และมาตรา ๒๘ ซึ่งความในร่างพระราชบัญญัตินี้คลุมเครือ ไม่ชัดเจน ต้องตีความ และที่สำคัญ วิชาชีพเทคนิคการแพทย์เป็นวิชาชีพที่การปฏิบัติงานขั้นตอนที่สำคัญบางขั้นตอน จำเป็นต้องอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ดังนั้น การกำหนดบทบาทหน้าที่บางอย่างไม่ชัดเจน หากปฏิบัติจริงอาจเกิดความเสียหายหรือเป็นอันตรายกับผู้ป่วย รวมทั้งจะไม่มีระบบควบคุมการใช้การทดสอบทางห้องปฏิบัติการให้ถูกต้องตามหลักวิชาการทางการแพทย์ นอกจากนี้งานในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ มีบุคลากรอีกหลายสาขาวิชาชีพร่วมปฏิบัติงานอยู่ด้วย บางสาขามีพระราชบัญญัติวิชาชีพตลอดจนองค์การวิชาชีพควบคุมกำกับดูแลการปฏิบัติงานแพทย์อยู่แล้ว เช่น แพทย์สภา ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์ กำกับดูแลพยาธิแพทย์ แพทย์ผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางห้องปฏิบัติการสาขาต่างๆ ดังนั้น ข้อความในร่างพระราชบัญญัตินี้ซึ่งกำหนดให้การปฏิบัติงานทางห้องปฏิบัติการจะต้องขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตจากสภาเทคนิคการแพทย์ก่อน จึงเป็นการจำกัดสิทธิและบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสาขาวิชาชีพอื่น ๆ

**\*\*\*หมายเหตุ** (ขณะนี้ร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. .... ยังไม่ผ่านการพิจารณาของรัฐบาล และยังไม่เข้าสู่กระบวนการพิจารณาทางนิติบัญญัติ)



# ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ....

ตามที่คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้มีการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... (คณะรัฐมนตรีและสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรเป็นผู้เสนอ) ซึ่งสภาผู้แทนราษฎรมีมติรับหลักการร่างพระราชบัญญัตินี้ตั้งแต่วันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๔๔ ที่ประชุมคณะกรรมการวิสามัญฯ ได้มอบหมายให้คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ศึกษา ร่างพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา ข้อ ๑๐๙ ในการดำเนินการพิจารณาศึกษา ร่างพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว คณะกรรมการได้มีมติตั้งคณะอนุกรรมการติดตามโครงการ ๓๐ บาท รักษาทุกโรค และร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... และได้เดินทางไปศึกษาดูงานและติดตามโครงการ ๓๐ บาท รักษาทุกโรค ณ โรงพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน รวมทั้งหน่วยบริการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน ๑๖ จังหวัด ในทุกภาคของประเทศ ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโครงการนี้ อย่างสอดคล้องต้องกันว่ายังมีสิ่งที่ต้องปรับเปลี่ยนอีกหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านบริหารจัดการ ซึ่งเป็นปัญหาที่จะทำให้โครงการดังกล่าวไม่บรรลุวัตถุประสงค์ที่ติดตามนโยบายของรัฐบาล

ในการนี้ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้มีการจัดสัมมนาเชิงวิชาการ ๒ เรื่อง คือ

๑. เรื่อง **“ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”** โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจในเรื่องระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระดมความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในการสร้างระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เกิดขึ้นในสังคมรวมทั้งหาข้อสรุปที่เป็นประโยชน์ต่อการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... ให้มีความละเอียดรอบคอบเป็นธรรมและเอื้อประโยชน์ต่อประชาชนทุกฝ่ายมากที่สุด

## สรุปผลการสัมมนา

เห็นว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังมีเนื้อหาสาระสำคัญที่ต้องแก้ไขหลายประการ และเพื่อเป็นการปรับกระบวนทัศน์ของผู้ปฏิบัติงานให้มีความคิดที่จะรักษาคนจริงๆ ไม่ใช่หวังผลในเชิงกำไรขาดทุนตลอดจนทำอย่างไรให้บริการสุขภาพไม่ใช่บริการธุรกิจ

๒. เรื่อง **“ความคาดหวังของประชาชนต่อพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ....”** โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมนำเสนอข้อมูลและความคิดเห็น ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับประชาชนโดยตรง และเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในทางการเมือง รวมทั้งระบบความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากประชาชนทั่วไป

## สรุปผลการสัมมนา

**หลักการของระบบหลักประกัน** ทำอย่างไรให้ระบบหลักประกัน ทำให้ประชาชนเกิดความมั่นคงในการดำรงชีวิตของตนเอง การทำเรื่องหลักประกันสุขภาพที่ทำให้ประชาชนเกิดความเข้มแข็งด้านสุขภาพในชุมชนเพิ่มขึ้น

**สิทธิประชาชน** สิทธิที่จะเข้าถึงบริการต้องไม่ยกเว้นกลุ่มใด ไรใด แม้แต่ผลจากสิ่งแวดล้อมหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ บัตรเดียวแสดงสิทธิ ไม่ต้องมีบัตรทอง ไม่เลือกปฏิบัติกับบัตรประกันในระบบต่างๆ ควรเท่าเทียมในการรับบริการ จากสถานบริการภายใต้บัตรต่างๆ ในปัจจุบันขณะที่กฎหมายยังไม่มีสิทธิในการเลือกสถานพยาบาล และใช้บริการที่ได้ก็ไม่ได้ แต่ควรมีระบบที่ป้องกันการให้บริการที่เกินความจำเป็น และให้มีบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน และทำอย่างไรให้มีบริการใกล้บ้าน ตลอดจนการพัฒนาคุณภาพบริการในระดับต่างๆ ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่กระจายความเป็นธรรม

จากการดำเนินการพิจารณาศึกษามีข้อสังเกตของคณะกรรมการ ดังนี้

๑. ผู้ให้บริการ หรือสถานพยาบาลที่จะต้องมีความชัดเจนในการพัฒนาคุณภาพการบริการ และการจัดองค์กรเพื่อสามารถให้บริการที่ดีทั้งคุณภาพและปริมาณอย่างครบถ้วน โดยจะต้องมีการพัฒนาคุณภาพให้มีขีดความสามารถอย่างเท่าเทียมกันทั่วประเทศ ตามระดับของการให้บริการทั้งระดับปฐมภูมิทุติยภูมิ และตติยภูมิ

๒. ผู้ซื้อบริการ หรือกองทุน ซึ่งได้งบประมาณมาจากภาษีอากรของประชาชนที่จะถูกนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชน รวมทั้งองค์ประกอบและการปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จะมาทำหน้าที่ในการบริหารกองทุน จะต้องเป็นไปในแนวทางที่สนองตอบนโยบายดังกล่าวอย่างแท้จริง ความชัดเจน



ในรูปแบบของกองทุนว่าสมควรเป็นรูปแบบ “กองทุนเดี่ยว” หรือ รูปแบบ “หลายกองทุน” ซึ่งแต่ละรูปแบบต่างก็มีข้อดี และข้อเสียที่ต่างกัน คือ

“กองทุนเดี่ยว” หมายถึง การยุบกองทุนที่เกี่ยวกับสวัสดิการในการรักษาพยาบาลระบบอื่น ๆ เช่น กองทุนประกันสังคม กองทุนในการรักษาพยาบาลข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจต่างๆ ซึ่งผลดีของกองทุนในรูปแบบนี้คือ ประกันความเท่าเทียมกันในระดับพื้นฐานได้ง่าย ลดความซ้ำซ้อน และมีเอกภาพแต่ก็อาจมีข้อเสีย คือ หากมีการบริหารจัดการที่ไม่ดี จะนำไปสู่ความไม่เท่าเทียมกันในการรับบริการที่มีคุณภาพ ทำให้เกิดการรวมศูนย์อำนาจที่ใหญ่เกินไป ไม่มีการแข่งขันหรือเปรียบเทียบในระหว่างกองทุน

“หลายกองทุน” หมายถึง การมีกองทุนดังกล่าวหลายกองทุน ซึ่งมีข้อดี คือ การกระจายความเสี่ยง ทำให้เกิดการแข่งขันในการให้บริการ ป้องกันการผูกขาดและทำให้เกิดการเปรียบเทียบ

๓. ประชาชนผู้รับบริการสิทธิประโยชน์จากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องมีความเข้าใจถึงข้อจำกัดและเงื่อนไขของการให้บริการของสถานพยาบาลที่ยังมีความไม่เท่าเทียมกันในแต่ละภูมิภาคของประเทศทั้ง ๓ ระดับคือ ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อให้เกิดความรู้สึที่ดีในการให้บริการระหว่างผู้ให้บริการกับประชาชนผู้รับบริการ มิฉะนั้นจะส่งผลให้การดำเนินการตามนโยบายดังกล่าวไม่ประสบผลสำเร็จอย่างที่คาดหวังไว้

**\*\*\*หมายเหตุ** พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา มีผลบังคับใช้เมื่อ วันที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๔๕ เล่ม ๑๑๙ ตอนที่ ๑๑๖ก)

## ร่างพระราชบัญญัติการสาธารณสุข (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ....

ตามที่คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้มีการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติการสาธารณสุข (ฉบับที่..) พ.ศ. .... (คณะรัฐมนตรีและสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรเป็นผู้เสนอ) ซึ่งสภาผู้แทนราษฎรมีมติรับหลักการในวาระที่หนึ่ง และที่ประชุมคณะกรรมการวิสามัญกิจการวุฒิสภา ได้มอบหมายให้คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ศึกษาร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวตามข้อบังคับการประชุม ข้อ ๑๐๙ โดยเชิญผู้แทนกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นและสำนักนายกรัฐมนตรี มาชี้แจงต่อที่ประชุม ซึ่งมีการแก้ไขเพิ่มเติมจำนวน ๗ - ๘ มาตรา โดยมีเหตุผลในการแก้ไขเพิ่มเติมร่างพระราชบัญญัตินี้ พอสรุปสาระสำคัญ ดังนี้

### เหตุผลในการแก้ไขร่างพระราชบัญญัติ

๑. เนื่องจากบทนิยามได้ให้คำนิยามคำว่า **มูลฝอย** ยังไม่ชัดเจนโดยเฉพาะเรื่องมูลฝอยติดเชื้อและมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชนในส่วนของคำนิยาม **ราชการส่วนท้องถิ่นและเจ้าพนักงานส่วนท้องถิ่น** ไม่สอดคล้องกับกฎหมายที่เปลี่ยนแปลงไป จึงกำหนดให้มีการปรับปรุงแก้ไขให้เกิดความชัดเจนเป็นปัจจุบันและข้อความ **วัสดุที่ไม่ใช้แล้วของโรงงาน** ซึ่งเดิมมีการตราไว้ในกฎหมายโรงงานทำให้อำนาจหน้าที่ในการจัดการเกิดการซ้ำซ้อนระหว่างหน่วยงานของกรมโรงงานอุตสาหกรรมกับราชการส่วนท้องถิ่น

๒. ให้อำนาจรัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการสาธารณสุขออกประกาศเรื่องที่เป็นรายละเอียดทางเทคนิควิชาการ หรือเรื่องที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วตามสภาพสังคมซึ่งการออกเป็นกฎกระทรวงอาจไม่ทันต่อเหตุการณ์จึงแก้ไขเพิ่มเติมให้มีความคล่องตัวและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น

๓. การจัดการสิ่งปฏิกูล และมูลฝอยของราชการส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่งมีศักยภาพและความพร้อมไม่เท่ากันจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นของรัฐ โดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติให้ราชการส่วนท้องถิ่นร่วมมือกับราชการส่วนท้องถิ่นอื่นหรือหน่วยงานของรัฐอื่นได้ตามความจำเป็นเพื่อประโยชน์สาธารณะโดยส่วนรวม และให้รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการดำเนินการร่วมกันได้เพื่อเป็นมาตรฐานกลางให้ส่วนราชการท้องถิ่นต่างๆ



๔. ปัจจุบันราชการส่วนท้องถิ่นต้องจัดให้มีระบบการกำจัดสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยที่ถูกต้องเหมาะสม จึงจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ฉะนั้น เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ราชการส่วนท้องถิ่น มีระบบการกำจัดสิ่งปฏิกูล และมูลฝอยที่ถูกต้องและสอดคล้องกับท้องถิ่น จึงเห็นควรให้อำนาจราชการส่วนท้องถิ่นจัดเก็บค่าธรรมเนียมการให้บริการกำจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย

๕. กำหนดบทลงโทษ กรณีฝ่าฝืนข้อกำหนดของท้องถิ่น หรือกฎกระทรวงว่าด้วยมูลฝอยติดเชื้อและมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชนให้สูงกว่ากรณีมูลฝอยทั่วไป เพื่อให้สอดคล้องกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสาธารณสุขกรณีฝ่าฝืน ซึ่งบทบัญญัติเดิมมิได้แยกโทษเรื่องมูลฝอยติดเชื้อและมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชนไว้เป็นการเฉพาะทำให้มีบทกำหนดโทษอย่างเดียวกัน

## ความเห็นและข้อสังเกตของผู้มาชี้แจง

๑. คณะกรรมการวิชาการวิสามัญของสภาผู้แทนราษฎร พิจารณาร่างพระราชบัญญัติการสาธารณสุข (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ได้พิจารณาและมีมติให้ตัดคำว่า “ยกเว้นวัสดุที่ไม่ใช่แล้วของโรงงาน ซึ่งมีลักษณะและคุณสมบัติที่กำหนดไว้ตามกฎหมายแรงงาน” ซึ่งหากตัดข้อความนี้ไปจะเกิดปัญหาในเรื่องการดำเนินการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์การบริหารส่วนตำบลบางแห่งไม่มีศักยภาพในเรื่องมูลฝอยติดเชื้อ ดังนั้น ผู้ชี้แจงเห็นว่า ควรคงไว้แต่เปลี่ยนเป็น “ยกเว้นวัสดุที่ไม่ใช่แล้วของโรงงาน ซึ่งมีลักษณะหรือคุณสมบัติที่เป็นพิษหรืออันตรายจากโรงงาน” ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการแบ่งอำนาจหน้าที่ระหว่างกรมโรงงานอุตสาหกรรมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องของการจัดการมูลฝอย ส่วนขยะปนเปื้อนหรือเป็นพิษที่เป็นอันตรายเป็นเรื่องของกระทรวงอุตสาหกรรมที่จะดำเนินการ

๒. การตัดข้อความ “ยกเว้นวัสดุที่ไม่ใช่แล้วของโรงงาน” จะทำให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติเนื่องจากท้องถิ่นเอง จะอ้างถึงกฎหมายที่ให้อำนาจหน้าที่ไว้ เป็นเหตุให้เกิดความซ้ำซ้อนเพราะร่างพระราชบัญญัติการสาธารณสุข (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... สามารถไปดำเนินการจัดเก็บขยะมูลฝอยมีพิษได้ รวมทั้งกระทรวงอุตสาหกรรมเองก็มีประกาศของกระทรวง ฉบับปี พ.ศ. ๒๕๔๑ ที่ได้ให้อำนาจไว้ แต่ยังไม่ได้มีการยกเลิกอาจส่งผลกระทบในทางปฏิบัติเนื่องจากอำนาจที่ซ้ำซ้อน

๓. ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม ฉบับที่.. พ.ศ. ๒๕๓๗ มีการกำหนดค่านิยามเรื่อง เศษวัสดุไว้ซึ่งส่วนนี้อาจเกิดความซ้ำซ้อนของค่านิยามร่างพระราชบัญญัติการสาธารณสุข (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ที่ได้ให้อำนาจหน้าที่ไว้ซึ่งในส่วนนี้อาจมีปัญหาในการดำเนินการขยะมูลฝอยทั่วไป และขยะที่เป็นพิษได้ จากเดิมเป็นอำนาจของกรมโรงงานอุตสาหกรรมที่จะอนุญาตให้เอกชนเข้าไปดำเนินการจัดเก็บได้

๔. การเก็บอัตราค่าธรรมเนียม ในส่วนท้องถิ่นเองไม่กล้าที่จะเก็บค่าธรรมเนียม โดยเห็นว่าน่าจะกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมไว้ในกฎหมายฉบับอื่นมากกว่ากฎหมายท้องถิ่น เพราะอาจส่งผลกระทบต่อคะแนนเสียงและความร่วมมือของท้องถิ่นได้

๕. การหาพื้นที่ศูนย์กำจัดขยะรวมหรือ แลนด์ฟิลล์ ประเทศไทยมีภาพลักษณ์ที่ไม่ดีต่อสถานที่ทิ้งขยะ โดยมองว่าเป็นเรื่องของกองขยะและกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และขาดการบริหารจัดการที่ดีด้วยเหตุนี้ การนำขยะไปทิ้งที่ใดที่หนึ่งจะมีการต่อต้านและขาดการมีส่วนร่วมของประชาชน

๖. การกำหนดอัตราโทษควรอยู่ที่ลักษณะและชนิดของขยะ เพราะถ้าขยะบางชนิดมีพิษร้ายแรงมาก ถ้ามีการเก็บในอัตราเดียวหรืออัตราที่ต่ำผู้ประกอบการยินดีที่จะจ่ายค่าเบี่ยงปรับเพราะอัตราผลตอบแทนสูง

## ผลการพิจารณา

คณะกรรมการมีมติเห็นด้วยในหลักการแต่มีข้อสังเกตและข้อเสนอแนะบางประการ ดังนี้

๑. ควรให้ท้องถิ่นที่มีขีดความสามารถได้บริหารจัดการระบบขยะ ที่ตกค้างโดยให้การสนับสนุนให้แก่บางจังหวัดที่มีศักยภาพและใกล้เคียงนิคมอุตสาหกรรม ซึ่งมีโรงงานอยู่ค่อนข้างมาก อาทิ ปทุมธานี สมุทรปราการ ชลบุรี เพราะมีทรัพยากรมากและคุ้มค่ากับการลงทุน

๒. การแก้ไขประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม ฉบับปี พ.ศ. ๒๕๔๑ นั้น มีความสะดวกกว่าการแก้ไขร่าง



พระราชบัญญัติฉบับนี้ เนื่องจากกรมโรงงานอุตสาหกรรมพร้อมให้ความช่วยเหลือสนับสนุนด้านการเทคนิค ด้านกำจัด สิ่งปฏิกูลวัสดุที่ไม่ใช้แล้วกับราชการส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีลักษณะการดำเนินการคล้ายกับกรุงเทพมหานครที่ขยะมูลฝอย ทั่วไปในท้องถิ่นสามารถดำเนินการได้ในส่วนขยะมีพิษทางกรมโรงงานอุตสาหกรรมจะเป็นผู้ดำเนินการ

๓. คณะกรรมาธิการเห็นด้วยกับกระทรวงสาธารณสุขที่ขอปรับปรุงคำนิยามคำว่า “มูลฝอย” ในร่างมาตรา ๓ เป็นต้นี้ “มูลฝอย หมายความว่า เศษกระดาษ เศษผ้า เศษอาหาร เศษสินค้า เศษวัตถุ ถุงพลาสติก ภาชนะที่ใส่อาหาร เถ้า มูลสัตว์ ชากสัตว์ หรือสิ่งอื่นใดที่เก็บกวาดจากถนน ตลาด ที่เลี้ยงสัตว์หรือที่อื่น หมายความรวมถึง มูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน ยกเว้นวัสดุที่ไม่ใช้แล้วที่เป็นพิษหรืออันตรายจาก โรงงาน”

๔. การขาดจิตสำนึกของหน่วยงานต่างๆ ที่มีหน้าที่ดูแลกำจัดขยะ ต้องการลดต้นทุนการกำจัดขยะจึงมี การดำเนินการไม่ถูกตามขั้นตอนของมาตรฐาน ดังนั้น จึงอยากให้กรมโรงงานอุตสาหกรรมกำหนดเป็นมาตรการ เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปอย่างมีคุณภาพ

๕. การกำหนดโทษปรับหรือจำคุก ถ้ามีการลดอัตราโทษลงจะทำให้มีการฝ่าฝืนมากขึ้น

๖. การให้อำนาจแก่ราชการส่วนท้องถิ่น ในการจัดการกำจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยของราชการส่วนท้องถิ่น บางแห่งไม่มีศักยภาพในการกำจัดขยะที่เป็นพิษหรืออันตราย (Hazardous Waste) เนื่องจากมีข้อจำกัดด้าน งบประมาณในการสร้างระบบการเก็บ ขน ข้าย และกำจัดขยะที่เป็นพิษหรืออันตราย

๗. การจัดระบบการควบคุมและการป้องกันให้มีมาตรฐาน กรณีเมื่อเกิดอุบัติเหตุในขณะขนส่งขยะที่ เป็นพิษหรืออันตราย รวมทั้งการทิ้งหรือเก็บขยะไว้ใกล้แหล่งชุมชน หากไม่มีระบบที่ดีพออาจจะส่งผลกระทบต่อชุมชน และสภาพแวดล้อมให้เกิดอันตรายได้

๘. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเรื่องขยะมูลฝอย มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และกรมโรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม การออก กฎหมายเพื่อบังคับใช้ของแต่ละหน่วยงานอาจมีความซ้ำซ้อนกัน ควรกำหนดให้มีพระราชบัญญัติที่เป็นกฎหมายหลัก เพื่อใช้เป็นบรรทัดฐานในการออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องของแต่ละหน่วยงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและไม่ซ้ำซ้อนกัน

**\*\*\* หมายเหตุ (ขณะนี้ร่างพระราชบัญญัติการสาธารณสุข (ฉบับที่..) พ.ศ. .... อยู่ในชั้นการพิจารณา ของคณะกรรมาธิการวิสามัญสภาผู้แทนราษฎร)**

## ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ....

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้ตระหนักและห่วงใยสุขภาพของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง จึงได้หยิบยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... ขึ้นพิจารณาศึกษาก่อนร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้จะเข้าสู่ กระบวนการทางนิติบัญญัติ

ในการนี้ คณะกรรมาธิการได้เชิญ นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ แห่งชาติ มาให้ข้อมูลต่อที่ประชุมสรุปสาระสำคัญ ดังนี้

ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติหรือธรรมนูญสุขภาพคนไทย แบ่งออกเป็น ๖ หมวด รวม ๙๓ มาตรา ซึ่งวางไว้ว่าสุขภาพหรือสุขภาพจะจะต้องเป็นอุดมการณ์ของชาติที่มุ่งเน้นทิศทางการสร้างนำซ่อม การดำเนินการไม่ว่า เรื่องใด ๆ จึงต้องคำนึงถึงสุขภาพหรือสุขภาพจะเป็นตัวตั้ง ที่ผ่านมาระบบสุขภาพจะเน้นความสำคัญที่การจับบริการ สาธารณสุขแบบตั้งรับเพื่อการซ่อมสุขภาพเป็นหลัก มีการขยายและพัฒนาบริการอย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่าสุขภาพ มิใช่มีความหมายแค่เรื่องของกรป่วย แต่สุขภาพหมายถึง สุขภาวะทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ซึ่งมีผลมาจากปัจจัยด้านการบริการสาธารณสุขด้วย เมื่อกล่าวถึงระบบสุขภาพจึงเป็นระบบที่เชื่อมโยงอย่างกว้างขวาง มีระบบย่อยต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องเป็นจำนวนมาก จึงต้องมีการวางระบบและกำหนดทิศทางกันใหม่เพื่อมุ่งที่การ สร้างสุขภาพหรือสุขภาพจะเป็นสำคัญ





ในส่วนของกลไกนโยบายสุขภาพ กำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีองค์ประกอบมาจาก ๓ ส่วน คือ จากภาคการเมืองและราชการ จากภาควิชาการวิชาชีพและจากภาคประชาชน ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ทำหน้าที่กำหนด เสนอแนะและผลักดันนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ แต่ไม่ได้ทำหน้าที่ปฏิบัติเอง และไม่มีอำนาจในเชิงบริหาร เพราะอำนาจนั้นเป็นของรัฐบาลโดยตรงอยู่แล้วกลไกนี้เป็นการทำงานเชื่อมโยง ภาคการเมืองที่มีอำนาจบริหารประเทศเข้ากับภาควิชาการที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างความรู้ และภาคประชาชนที่มี ส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง โดยมีสำนักงานเลขานุการทำหน้าที่ประสาน ๓ ฝ่ายเข้าด้วยกัน กลไกนี้จึงมิใช่เครื่องมือของ ฝ่ายการเมืองหรือรัฐบาลโดยลำพัง แต่เป็นเครื่องมือทำงานร่วมกันของคนไทยทุกภาคทุกส่วน

สำหรับการทำงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมิใช่เป็นการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ แบบที่ ลอยจากฐานความจริง ตรงกันข้ามจะต้องมีกระบวนการทำงานร่วมกันทั้ง ๓ ฝ่าย โดยผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพที่ หลากหลาย อันได้แก่สมัชชาสุขภาพพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นและสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจะเป็นเวทีที่คนไทย ได้ใช้ปัญญาและความสมัครสมานสามัคคีร่วมกันทำงานเพื่อสะท้อนปัญหา ช่วยกันกำหนดและผลักดันนโยบายสุขภาพ ตลอดจนถึงติดตามตรวจสอบการปฏิบัติงานของภาคส่วนต่างๆ ในขณะที่เดียวกันก็ทำหน้าที่ร่วมกันสร้างสุขภาพไป พร้อมๆ กันด้วย

บุคลากรด้านสาธารณสุข และการเงินการคลังเพื่อการบริการสาธารณสุข เป็นการวางหลักการ และ มาตรการต่างๆ ซึ่งเป็นปัจจัยหนุนระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างสุขภาพโดยความเป็นธรรม มุ่งให้เกิดการใช้จ่ายอย่าง คู้มค่าบนหลักการของการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขหรือร่วมทุกข์ร่วมสุขของคนในสังคม

แนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในหมวดที่ ๖ จะมีแนวนโยบายทั้งหมด ๘ กลุ่มจะมีผลต่อเมื่อ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาตินำหลักการแนวทางเหล่านั้นไปกำหนดเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์เสนอให้กับคณะรัฐมนตรี ถ้าคณะรัฐมนตรีเห็นชอบกับนโยบายยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพเรื่องนั้นก็จะถูกนำไปปฏิบัติ แต่ถ้าคณะรัฐมนตรีไม่เห็นชอบ ต้องมีกระบวนการไปกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์ใหม่ให้ชัดเจนขึ้น

ระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ เรื่องนี้มีความสำคัญต่อสังคมอย่างมาก เพราะต้องม ีการเขียนให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ หลังจากที่มีการประชุมร่วมกับหน่วยราชการต่างๆ แล้ว ก็มี ข้อคิดเห็นจากแพทยสภา แพทยสมาคม กลุ่มสถาบันฝึกอบรมแพทย์ รวมทั้งข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุขก็มี ข้อยุติว่าให้เติมคำว่า ไม่เป็นไปเพื่อแสวงกำไรเชิงธุรกิจในมาตรา ๗๑ และที่ประชุมได้มอบหมายให้กฤษฎีกาไปทำ คำนิยามเพื่อให้เกิดความชัดเจนแล้วนำเสนอต่อคณะกรรมการกลั่นกรองที่จะนำเข้าคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาต่อไป

เรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ มาตรา ๗๕ เป็นการเขียนเพื่อให้ความสำคัญต่อการพึ่งตนเองด้าน สุขภาพ และเป็นการเพิ่มทางเลือกให้กับประชาชน

สำหรับเรื่องการเงินการคลังด้านสุขภาพก็มีความสำคัญมาก เพราะเป็นปัจจัยพื้นฐานของระบบสุขภาพ ดังนั้นการเขียนทิศทางไว้ว่าระบบบริการหลักควรจะต้องใช้การเงินการคลังรวมหมู่ แล้วเขียนเป็นมาตรา ๘๘ ไว้ว่า ให้มี กฎหมายกำหนดโดยเฉพาะเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตและเพื่อให้คนในสังคม ได้อยู่ร่วมกันอย่างเฉลี่ยสุขเฉลี่ยทุกข์ เพิ่มความเป็นธรรมในสังคม

## ผลการพิจารณา

คณะกรรมการได้แสดงความคิดเห็นและซักถามผู้มาชี้แจง สรุปสาระสำคัญ ดังนี้

๑. ควรมีคำว่าอาสาสมัครสาธารณสุข ในกฎหมายฉบับนี้ เพื่อจะได้ประสานงานระหว่างประชาชนกับ หน่วยงานของรัฐให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

๒. ทำไมภาคประชาชนมีคณะกรรมการมากกว่าภาคอื่นๆ ได้รับคำตอบว่าคณะอนุกรรมการ ยกเว้น พระราชบัญญัติเห็นว่าเรื่องนี้ยังไม่สมดุลจึงมีความเห็นร่วมกันระหว่าง ๑๐ ส่วนราชการว่าต้องปรับให้เป็น ๓ ฝ่าย เท่าๆ กัน และขณะนี้อยู่ในขั้นตอนเสนอกลั่นกรองเพื่อเข้าสู่ที่ประชุมคณะรัฐมนตรี

๓. มีแนวทางดูแลทรัพยากรบุคคลทางด้านสาธารณสุขอย่างไรบ้าง ได้รับคำตอบว่า ปัญหากำลังคน นับเป็นปัญหาที่ใหญ่มาก แม้กระทั่งขณะนี้ประเทศเราต้องเปิดให้ต่างชาติเข้ามาให้บริการซึ่งเป็นทิศทางที่ประเทศเรา จำเป็นต้องทำเพื่อให้ได้เงินเข้าประเทศจะเห็นว่าแพทย์ไม่ได้ขาดแคลนแต่จะเข้าทำงานที่กรุงเทพฯ ทั้งหมดก็หมายความว่า

ว่าจะไปกระทบกับกำลังคนที่อยู่ในภูมิภาคที่ขาดอยู่แล้ว ดังนั้น มาตรการบางเรื่อง เช่น คณะอนุกรรมการได้หาแนวทางที่ควรใช้ในการกำหนดนโยบายเรื่องกำลังคน มาตรา ๘๓ (๓) ส่งเสริมสนับสนุนระบบการผลิตให้บุคลากรจากชุมชนท้องถิ่นต่างๆ มีโอกาสเข้าศึกษาและพัฒนาความเป็นบุคลากรสาธารณสุขกลับไปทำงานในท้องถิ่นของตน ซึ่งเป็นทิศทางที่ยังไม่เกิดผลในทางปฏิบัติ

๔. ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... (๒๕๔๓) สอดคล้องหรือแตกต่างกับร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... (๒๕๔๕) อย่างไรบ้าง ซึ่งได้รับคำตอบว่าเท่าที่ตรวจสอบรายงานปี ๒๕๔๓ เราจะมองสุขภาพเป็นระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งเป็นหลักการอุดมคติสูงเกินไป ดูแล้วจะไปกระทบกับการปฏิบัติจะต้องปรับให้มาสู่โลกแห่งความเป็นจริงมากขึ้น และต้องไม่สนับสนุนเรื่องของสถานบริการ ไม่มุ่งทำอะไรต่างๆ คิดว่ากระบวนการเขียนกฎหมายพอเข้าไปสู่ขั้นตอนพิจารณาของรัฐบาล กฎศกาก็ต้องมีการปรับถ้อยคำหรือปรับข้อความให้กระชับขึ้น

๕. คำว่าสมัชชามีความหมายอย่างไร ถ้าใช้ชื่อสมัชชาเกรงว่าจะเป็นองค์กรที่จะมากดดันรัฐบาลมากกว่าได้รับคำตอบว่า สมัชชาหรือ ASSEMBLE ในองค์การอนามัยโลกยังจัดประชุมสมัชชาทุกปี แล้วสมัชชาขององค์การอนามัยโลกเป็นสมัชชาสร้างสรรค์คือใช้ปัญญาใช้เหตุผล แต่ประเทศเรานำคำว่าสมัชชาไปใช้เป็นเสียงของกลุ่มการเรียกร้อง แต่ในที่สุดทางอนุกรรมการบอกว่าคำนี้เป็นคำที่ดี ก็เลยกำหนดคำจำกัดความว่าเป็นกระบวนการจัดประชุมที่ให้ทุกฝ่ายได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้ปัญญาและสมานฉันท์โดยมีการจัดการอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วมเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดีคือการคุมประเด็น ไม่ใช่เป็นเวทีเรียกร้อง

ทั้งนี้ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้นำผลการพิจารณาเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณากลับกรอกร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ของวุฒิสภาต่อไป

**\*\*\*หมายเหตุ** (ขณะนี้ ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... ยังไม่ผ่านการพิจารณาของรัฐสภา และยังไม่เข้าสู่กระบวนการพิจารณาทางนิติบัญญัติ)





# การพิจารณาศึกษาและติดตาม การดำเนินงานด้านสาธารณสุข

# การพิจารณาติดตามกรณีทุจริตจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ ในกระทรวงสาธารณสุข

โดย คณะอนุกรรมการติดตามกรณีทุจริตจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ในกระทรวงสาธารณสุข

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการติดตามกรณีทุจริตจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ในกระทรวงสาธารณสุขขึ้น เมื่อวันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๔๔ เพื่อพิจารณาศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับกรณีทุจริตจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ในกระทรวงสาธารณสุข คณะอนุกรรมการคณะนี้ ประกอบด้วย

- |                            |                        |
|----------------------------|------------------------|
| ๑. นายจอน อึ้งภากรณ์       | ประธานคณะอนุกรรมการ    |
| ๒. นางมาลินี สุขเวชชวรกิจ  | รองประธานคณะอนุกรรมการ |
| ๓. นายวีรพงษ์ เกรียงสินยศ  | โฆษกคณะอนุกรรมการ      |
| ๔. ร้อยตรี บำเรอ ธาระเขตต์ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๕. นางสาวรสนา โตสิตระกูล   | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๖. นายสหพรช เพ็ชรจำรัส     | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๗. นายนิรันดร์ พิทักษ์วัชร | เลขานุการคณะอนุกรรมการ |

## การดำเนินงานของคณะอนุกรรมการ

ระยะเวลาดำเนินการ	ตุลาคม ๒๕๔๓ - กรกฎาคม ๒๕๔๖
ขั้นตอนการทำงาน	ศึกษาจากเอกสาร เชิญผู้เกี่ยวข้องมาชี้แจงและให้ข้อมูล

## แนวทางการพิจารณาติดตาม

๑. คณะอนุกรรมการฯ ได้กำหนดแนวทางการศึกษา เพื่อตอบคำถามที่ว่า เหตุใดนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจึงยอมรับการสั่งการด้วยวาจาจากนักการเมือง และข้าราชการระดับ ๙ ให้ทำตามคำสั่งอันมิชอบ
๒. เพื่อสำรวจองค์ประกอบที่เป็นปัจจัยให้เกิดการทุจริตอย่างกว้างขวาง
๓. เพื่อติดตามผลของคณะกรรมการสอบสวนชุดต่าง ๆ ที่ได้จัดทำรายงานการสอบสวน ออกมาจำนวนหลายคณะที่เป็นเหตุเป็นผลกัน และมีความขัดแย้งกันในบางเรื่องด้วย

## ผลการดำเนินการ

คณะอนุกรรมการฯ ได้จัดการประชุมอย่างเป็นทางการรวม ๗ ครั้ง (การประชุมอย่างไม่เป็นทางการรวม ๔ ครั้ง และการประชุมโดยทางลับรวม ๒ ครั้ง) และได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งประเภทของเอกสารเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่

- ๑) เอกสารเกี่ยวกับสำนวนการสอบสวน จำนวน ๒๓ รายการ
- ๒) เอกสารเกี่ยวกับ กฎ ระเบียบต่าง ๆ ทางราชการ จำนวน ๑๐ รายการ
- ๓) เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น หนังสือส่วนราชการ งานวิจัย คำพิพากษาศาล หนังสือพิมพ์ ฯลฯ จำนวน ๕๙ รายการ

มีพยานบุคคลมาชี้แจงให้ข้อเท็จจริงอย่างเป็นทางการทั้งสิ้น ๒๑ คน และบุคคลมาให้ข้อมูลอย่างไม่เป็นทางการ ๕ คน และบุคคลมาให้ข้อมูลโดยทางลับ ๒ คน มีการชี้แจงให้ข้อมูลในระหว่างวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๔๓ ถึง ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๔๔

ได้ดำเนินการจัดทำรายงานผลการพิจารณาฉบับร่างขึ้นเรียบร้อยแล้ว



## สรุปผลการดำเนินการในปัจจุบัน

อยู่ในระหว่างการตรวจสอบเอกสารรายงานสรุปผลการพิจารณา เพื่อความถูกต้องตามข้อมูลที่ได้รับและเพื่อพิจารณาข้อความที่อาจมีผลก่อให้เกิดการฟ้องร้องทางกฎหมายได้ โดยให้นักกฎหมายร่วมตรวจสอบด้วย

## การพิจารณาศึกษาการบริหาร การป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอตส์

โดย คณะอนุกรรมการศึกษาการบริหารการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการศึกษาการบริหารการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์ขึ้น เพื่อติดตามผลการปฏิบัติงานตามนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์ คณะอนุกรรมการคณะนี้ ประกอบด้วย

๑. นางระเบียบรัตน์ พงษ์พานิช	ประธานคณะอนุกรรมการ
๒. นายจอน อึ้งภากรณ์	รองประธานคณะอนุกรรมการ
๓. นายคำนวณ เหมาะประสิทธิ์	รองประธานคณะอนุกรรมการ
๔. นายจำเริญ จิตรธร	อนุกรรมการ
๕. นางสาวบุษรินทร์ ดิยะไพรัช	อนุกรรมการ
๖. นายประยุทธ ศรีมีชัย	อนุกรรมการ
๗. นายไพบุลย์ อุบัติศฤงค์	อนุกรรมการ
๘. นายวงศ์พันธุ์ ณ ตะกั่วทุ่ง	อนุกรรมการ
๙. นายสมเกียรติ ศรีลัมพ์	อนุกรรมการ
๑๐. นายอดุลย์ วันไชยธนวงศ์	อนุกรรมการ
๑๑. นายอมร นิลเปรม	อนุกรรมการ
๑๒. นายอุบล เชื้อศรี	อนุกรรมการ
๑๓. พลโท ไอภาส รัตนบุรี	อนุกรรมการ
๑๔. นายมานิตย์ ชัยมงคล	อนุกรรมการ
๑๕. นายอธิปัตย์ คลี่สุนทร	อนุกรรมการ
๑๖. นายสมชัย ภิญโญพรพาณิชย์	อนุกรรมการ
๑๗. นายชัยพร โรจนวัฒน์ศิริเวช	อนุกรรมการ
๑๘. นายเมธี จันท์จากรุภรณ์	อนุกรรมการ
๑๙. นายเรืองศิลป์ เตือนนาดี	อนุกรรมการ
๒๐. นางพวงเพชร นาคชาติ	อนุกรรมการ
๒๑. นางสุภัคศิริ หฤษฏางค์กูร	อนุกรรมการ
๒๒. นายประยงค์ เต็มชวลา	อนุกรรมการและเลขานุการ

### ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ

๑. พลตรี อินทรัตน์ ยอดบางเตย
๒. นายชัชวาลย์ คงอุดม
๓. ศาสตราจารย์ชวชนม กนธวัฒน์
๔. ศาสตราจารย์ประพันธ์ ภาณุภาค
๕. นางสายสม วงศาสุลักษณ์



## ก) สรุปผลการศึกษา

๑) ความทุกข์ทรมานของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์นั้นวันจะทวีจำนวนและความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้น จึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นที่องค์กรภาคีรัฐพึงจกัต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ โดยสถิติข้อมูลปี ๒๕๔๓ พบว่ามีผู้ติดเชื้อไม่ต่ำกว่า ๑ ล้านราย และทุก ๆ ๑๕ นาที จะมีผู้ป่วยเอดส์ไทยเสียชีวิต ๑ ราย ขณะที่ ปี ๒๕๔๔ พบว่ามีผู้ติดเชื้อ ๑.๓ ล้านราย โดยทุก ๆ ๗ นาที จะมีผู้ป่วยเอดส์ไทยเสียชีวิต ๑ ราย

๒) โดยที่บทบาทของวุฒิสภานอกเหนือจากจะทำหน้าที่พิจารณาถ้อยแถลงของกรรมาธิการแล้ว ยังมีภาระหน้าที่ที่จะต้องทำการตรวจสอบและติดตามผลการปฏิบัติงานตามนโยบาย ซึ่งเอดส์เป็นเรื่องสำคัญเรื่องหนึ่งที่คณะกรรมการการศึกษาธิการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้ให้ความสนใจและมอบหมายให้คณะอนุกรรมการศึกษาการบริหาร การป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ ทำการศึกษาวิเคราะห์

๓) รูปแบบและวิธีการศึกษามีทั้งการศึกษาจากเอกสาร การเชิญบุคคลในแวดวงที่เกี่ยวข้องมาชี้แจง รวมทั้งการศึกษาดูงานในพื้นที่ (ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดภูเก็ต จังหวัดระนอง จังหวัดลพบุรี จังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดระยอง และจังหวัดชลบุรี) ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน ๒๕๔๔ โดยมีการประชุม คณะกรรมาธิการฯ และคณะอนุกรรมการฯ รวมทั้งสิ้น ๑๑ ครั้ง

๔) ผลการศึกษาของคณะอนุกรรมการฯ มีหลักการและสาระสำคัญพอสรุปได้ ดังนี้

๔.๑ แม้เอดส์จะเป็นโรคที่ยังไม่มียาที่จะบำบัดรักษาให้หายขาด แต่ผู้ป่วยเอดส์ก็ยังมีสิทธิที่จะเลือกมีชีวิตอยู่เฉกเช่นผู้ป่วยอื่นโดยทั่วไปได้ และสามารถที่จะประกอบกิจกรรมต่าง ๆ เช่นคนปกติได้ด้วยเช่นกัน ฉะนั้น คำนึงทางสังคม รวมทั้งกฎหมายและระเบียบข้อบังคับใดที่ไม่สอดคล้องหรือเห็นแย้งหรือละเมิดสิทธิต่อผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์พึงได้รับการปรับปรุงแก้ไขหรือยกเลิกไปในที่สุด

๔.๒ ขณะที่เอดส์ยังไม่มียาที่ป้องกันและยาด้านไวรัสเอดส์ รวมทั้งยาที่ใช้รักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสยังมีราคาแพง รัฐพึงหามาตรการในอันที่จะผลักดันสนับสนุนหรือเปิดโอกาสให้มีการค้นคว้าวิจัย (ทั้งในเรื่องวัคซีน และเทคโนโลยีด้านการบำบัดรักษา) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการค้นคว้าวิจัยจากภูมิปัญญาชาวบ้านและสมุนไพรไทย

๔.๓ แม้ว่าเอดส์จะยังไม่มียาที่จะบำบัดรักษาให้หายขาด มีเพียงยาด้านไวรัสและยารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พอจะช่วยยืดอายุของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ แต่ยาดังกล่าวก็มีราคาสูง ฉะนั้นนโยบายเร่งด่วนที่พึงได้รับการกำหนด คือ การผลักดันให้ยาด้านไวรัสเอดส์และยารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส รวมตลอดจนการตรวจเลือดหาค่า CD<sub>4</sub>, CD<sub>8</sub> และ Viral load มีราคาลดต่ำลงมากพอที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์สามารถที่จะเข้าถึงได้โดยถ้วนหน้า รวมทั้งควรมีการกระจายยา (ราคาถูก) ดังกล่าวในสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนอย่างทั่วถึงด้วย

๔.๔ ปัจจุบันหน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาเอดส์กระจายอยู่ถึง ๑๐ กระทรวง ๔๒ หน่วยงาน การจัดสรรทรัพยากร (โดยเฉพาะงบประมาณ) ก็เป็นไปแบบแยกส่วน ขาดการบูรณาการซึ่งกันและกัน ขณะเดียวกันโครงสร้างและกระบวนการทำงานมีลักษณะของการบริหารจัดการในแนวดิ่ง (Vertical Management) การประสานการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับพื้นที่จึงไม่เป็นปึกแผ่นและมีเอกภาพเท่าที่ควร

๔.๕ แม้ว่ารัฐจะต้องรับผิดชอบในพันธกิจด้านการดูแลป้องกันและบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ แต่องค์การภาคีรัฐมักจะมีข้อจำกัดในด้านทรัพยากร งบประมาณ กำลังคน เทคโนโลยี และโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านเวลา ฉะนั้นรัฐพึงเปิดโอกาสให้องค์กรชุมชน และองค์กรภาคเอกชน (รวมทั้งองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์) รวมตลอดจนองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นได้มีบทบาทร่วมในพันธกิจดังกล่าวด้วย

ขณะเดียวกันองค์การภาครัฐเอง ควรมีการปฏิรูปโครงสร้างและระบบบริหารเพื่อให้มีขนาดเล็ก กะทัดรัด และมีความคล่องตัวในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผลอย่างชัดเจน ซึ่งการปรับปรุงสำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการเอดส์แห่งชาติ ไปเป็นองค์การมหาชนอิสระ จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่ควรได้รับการพิจารณา ขณะที่คณะกรรมการเอดส์แห่งชาติก็พึงได้รับการปรับปรุงไปเป็นกรมการบอर्ड เพื่อทำหน้าที่เชิงนโยบายขององค์การมหาชนดังกล่าวด้วย ขณะเดียวกันก็มีการกระจายอำนาจการบริหารงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ไปสู่ส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น รวมตลอดจนองค์กรชุมชนด้วย

๔.๖ การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ของประชาชนถือว่าเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการบริหาร การป้องกัน และการแก้ไขปัญหาเอดส์ ขณะเดียวกันชุมชนพึงได้รับการผลักดันและสนับสนุนให้มียุทธศาสตร์



ทักษะ และประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับเอ็ดส์อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง จนสามารถพัฒนาเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ (Learning Society) เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหายอดส์ และมีการเอื้ออาทรให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์สามารถอยู่ร่วมในชุมชนได้อย่างปกติสุข

## ข) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

นโยบายและมาตรการที่พึงได้รับการกำหนดโดยเร่งด่วน ที่สำคัญ ๆ มีดังนี้

๑) กระตุ้นให้รัฐบาลเอาจริงเอาจังในการป้องกันและแก้ไขปัญหายอดส์ ด้วยการกำหนดเป็นนโยบายที่มีลำดับความสำคัญเร่งด่วน ทั้งนี้ นายกรัฐมนตรีควรมาเป็นประธานเพื่อควบคุมกำกับนโยบายด้วยตนเอง

๒) เร่งรัดให้มีการปฏิรูปโครงสร้างองค์การบริหารเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหายอดส์ โดยดำเนินงานด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้

๒.๑ ปรับบทบาทของคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายอดส์ ให้เป็นองค์กรที่เข้มแข็งมีสมรรถนะในการทำหน้าที่กำหนดนโยบายและติดตามผลการปฏิบัติตามนโยบายให้เกิดประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลที่ชัดเจนมากขึ้น

๒.๒ ปรับปรุงโครงสร้างสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการเอ็ดส์แห่งชาติ ให้เป็นองค์กรมหาชนซึ่งมีขนาดเล็กกระทัดรัด มีอิสระและคล่องตัวในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการบริหารงบประมาณและทรัพยากร ขณะที่กรรมการเอ็ดส์แห่งชาติก็ควรได้รับการปรับปรุงไปเป็นบอร์ดขององค์การมหาชนดังกล่าวด้วย

๒.๓ ออกแบบโครงสร้างระบบและกระบวนการทำงานขององค์การมหาชน ด้วยการกระจายอำนาจและกระจายทรัพยากรสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น รวมทั้งเปิดโอกาสให้ชุมชนและภาคเอกชนได้มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดำเนินงานด้วย ทั้งนี้ โดยให้ความสำคัญกับความเป็นเอกภาพ บูรณาการ ความคล่องตัว และมีประสิทธิภาพในการบริหารในระดับพื้นที่ให้มากที่สุด

๓) เสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรชุมชน และเสริมพลังอำนาจของประชาชน (Empowerment) ให้มีองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่องยาวนานเพื่อให้สามารถดูแลและเสริมสร้างสุขภาพตนเอง รวมทั้งมีความเอื้ออาทรต่อผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอ็ดส์ให้สามารถอยู่ในชุมชนอย่างปกติสุขได้

๔) ปรับปรุงระบบการจัดสรรทรัพยากร โดยเฉพาะงบประมาณให้มีเอกภาพและบูรณาการ (ไม่แยกส่วน) โดยจำเป็นต้องเอื้อต่อการกระจายอำนาจสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น รวมทั้งตอบสนองต่อหลักการพึ่งตนเองของประชาชน

๕) ผลักดันและสนับสนุนให้มีการศึกษา ค้นคว้า วิจัย และพัฒนาเกี่ยวกับเอ็ดส์อย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการค้นคว้าวิจัยด้านวัคซีนและเทคโนโลยีด้านยา การบำบัดรักษาพยาบาล และอื่น ๆ ทั้งนี้ จำต้องเปิดโอกาสและให้ความสำคัญต่อภูมิปัญญาชาวบ้านและสมุนไพรไทย รวมทั้งพัฒนาเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และประสบการณ์จากต่างประเทศด้วย

๖) ผลักดันให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์ สามารถเข้าถึงยาราคาถูก (ทั้งยาต้านไวรัสและยารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส) และสามารถติดตามผลการรักษาได้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดย

๖.๑ กำหนดนโยบายให้องค์การเภสัชกรรม และโรงงานผลิตยาภายในประเทศ สามารถผลิตยาได้ราคาถูก และมีการกระจายอย่างพอเพียงทั้งในสถานพยาบาลภาครัฐ (ในกระทรวงสาธารณสุขและนอกกระทรวงสาธารณสุข) และภาคเอกชน และอื่น ๆ เช่น เครือข่ายผู้ติดเชื้อ เป็นต้น ทั้งนี้ โดยลดเงื่อนไขหรือข้อจำกัดเกี่ยวกับสิทธิบัตรยาด้วย

๖.๒ แสวงหามาตรการที่จะทำให้ค่าตรวจเลือดเพื่อติดตามผลการรักษา (ทั้ง CD<sub>4</sub>, CD<sub>8</sub> และ Viral load) มีราคาถูก

๗) ปรับปรุงระบบกฎหมายที่เป็นข้อจำกัดหรือขัดต่อสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์ (เช่น สิทธิบัตรยา) ขณะเดียวกันก็ริเริ่มที่จะกำหนดให้มีกฎหมายคุ้มครองสิทธิประโยชน์ทั้งของผู้ติดเชื้อและประชาชน

๘) เร่งรัดนโยบายด้านการป้องกันปัญหายอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ทั้งนี้ โดยเน้นการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งได้แก่ ผู้ติดยาเสพติด นักโทษในเรือนจำ และแรงงานต่างด้าว



**หมายเหตุ :** คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้นำเสนอรายงานสรุปผลการพิจารณาศึกษาต่อคณะกรรมการเอดส์แห่งชาติเรียบร้อยแล้ว

## รายงานการตรวจสอบความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ด้านการบริหารการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

คณะกรรมการการฯ ได้เดินทางไปศึกษาดูงานด้านการบริหาร การป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ จำนวน ๕ ครั้ง คือ

- จังหวัดขอนแก่น
- จังหวัดภูเก็ต
- จังหวัดระนอง
- จังหวัดชลบุรี
- จังหวัดระยอง

โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

๑. เพื่อศึกษา วิเคราะห์ และติดตามผลการปฏิบัติตามนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
๒. เพื่อแสวงหารูปแบบการบริหารการพัฒนาในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
๓. เพื่อเสนอแนะและผลักดันกลยุทธ์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

### ๑. วันที่ ๒๖ - ๒๗ มีนาคม ๒๕๔๔ ณ จังหวัดขอนแก่น

การศึกษาดูงานของคณะกรรมการฯ สามารถสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

#### สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการ จังหวัดขอนแก่น

สถานการณ์ปัญหาด้านเอดส์ของจังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่เริ่มแรกเมื่อปี ๒๕๓๑ จนถึงปัจจุบัน รวมเป็นระยะเวลา ๑๓ ปี ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันเผชิญและร่วมกันหาทางแก้ไขเพื่อลดความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้นมาตลอด ดังนั้น เพื่อเป็นการให้ข้อมูลและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการทำงานในพื้นที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จึงได้สรุปสาระสำคัญไว้ดังนี้

จากการเฝ้าระวังโดยการรายงานผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการ พบว่ามีรายงานผู้ป่วยรายแรกของจังหวัดขอนแก่น เมื่อปี พ.ศ.๒๕๓๑ ซึ่งสถานการณ์โรคเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการ จังหวัดขอนแก่น รวมสะสมตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๓๑ ถึงวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๔ คือ ผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดขอนแก่นมีจำนวน ๓,๔๐๙ ราย เป็นชาย ๒,๖๔๕ ราย หญิง ๗๖๔ ราย ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ จังหวัดขอนแก่นมีจำนวน ๑,๕๓๓ ราย เสียชีวิตแล้ว ๖๐ ราย ยังมีชีวิตอยู่ ๑,๔๗๓ ราย เป็นชาย ๑,๐๒๐ ราย หญิง ๕๑๓ ราย

#### การดำเนินงานแก้ไขปัญห ในปี ๒๕๔๔

๑. สนับสนุนการรวมกลุ่มและสร้างกิจกรรมที่พัฒนาศักยภาพของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน
๒. สนับสนุนให้องค์กรชุมชน และผู้นำชุมชนมีความเข้มแข็ง มีบทบาทในการป้องกันโรคเอดส์ และดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน
๓. สนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่รัฐเป็นผู้จัด
๔. ขยายบริการด้านการดูแลสุขภาพ และการรักษาพยาบาล ตลอดจนงานบริการทางสังคมด้านต่างๆ ให้ครอบคลุมผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัวที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้เป็นลำดับแรก
๕. สนับสนุนให้มีการตรวจหาการติดเชื้อเอดส์ก่อนการใช้ชีวิตคู่ หรือก่อนสมรส
๖. สนับสนุนการกระจาย และการให้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคให้แพร่หลาย
๗. ส่งเสริมการป้องกันการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารกอย่างเป็นระบบและมีความครอบคลุม



# สมบัติห้องสมุดรัฐสภา

๘. ส่งเสริมให้มีอาสาสมัครเพื่อช่วยเหลือครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ เด็ก และผู้สูงอายุ
๙. สนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยเอดส์ได้มีการวางแผนการดูแลสุขภาพพร้อมกัน
๑๐. สนับสนุนให้ท้องถิ่นมีบทบาท และมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทาง การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในท้องถิ่น เช่น การดำเนินงานในรูปแบบของศูนย์ช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาในระดับอำเภอ เป็นต้น

## ๒. วันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๔๔ ณ จังหวัดภูเก็ต

การศึกษาดูงานของคณะกรรมาธิการฯ สามารถสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

### สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดภูเก็ต

จากการเฝ้าระวังโรคเอดส์จังหวัดภูเก็ต พบว่าจำนวนผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๒ ถึงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๔ มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น ๑,๕๖๗ ราย เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลกับจังหวัดอื่นพบว่า จังหวัดภูเก็ตมีอัตราป่วย ๑๐๗.๕ ต่อประชากรแสนคน สูงเป็นอันดับที่ ๓ ของประเทศ (กองระบาดวิทยา : ก.พ. ๒๕๔๔) ทั้งนี้ จากการเปรียบเทียบผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละปี พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

### ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข

๑. เด็กวัยรุ่น วัยเรียนมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการแก้ไขปัญหาจึงควรปลูกฝังพฤติกรรมที่ต้องดูแลเยาวชนตั้งแต่เด็กที่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่น ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจในการสอนทักษะชีวิตแก่เด็ก ด้วยการบรรจุเข้าในกิจกรรมการเรียนการสอน ทั้งในและนอกสถานศึกษา

๒. หญิงมีครรภ์ติดเชื้อ HIV ในครรภ์แรกมากที่สุด และอยู่ในกลุ่มอายุ ๒๕ - ๒๙ ปี มากที่สุด ดังนั้นควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ในกลุ่มหญิงมีครรภ์ เพื่อเป็นข้อมูลในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ต่อไป

๓. อัตราการติดเชื้อในกลุ่มชาย หญิงบริการทางเพศยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น การดำเนินโครงการรณรงค์ให้มีการใช้ถุงยางอนามัย ๑๐๐% การอบรมทักษะชีวิตเพื่อนท่งเพื่อนในกลุ่มชายบริการทางเพศ จะยังคงดำเนินอย่างต่อเนื่อง และติดตามสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายการให้ความรู้ ความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

๔. การสอนทักษะชีวิตเรื่องเอดส์ในสถานศึกษาซึ่งมีค่อนข้างน้อยมาก ดังนั้นควรมีการผลักดันให้มีการนำมาใช้ปรับเป็นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยมีการบรรจุเข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอนอย่างจริงจังและเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง

๕. เอดส์ได้แพร่ระบาดไปทุกหมู่บ้าน ทุกชุมชน ประชาชนมีปัญหาด้านต่างๆ มากมาย จึงควรส่งเสริมพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับเอดส์

## ๓. วันที่ ๒๔ - ๒๕ เมษายน ๒๕๔๔ ณ จังหวัดระนอง

การศึกษาดูงานของคณะกรรมาธิการฯ สามารถสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

### สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดระนอง

จำนวนผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่ปี ๒๕๓๙ - ๒๕๔๔ มีจำนวน ๒๔๙, ๑๗๙, ๑๘๑, ๑๖๕, ๑๐๕ และ ๗ ตามลำดับ ทั้งนี้ หากจำแนกตามปัจจัยเสี่ยง พบว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์สูงสุด ร้อยละ ๗๖.๖๕ รองลงมาคือ ยาเสพติด ร้อยละ ๑๒.๕๓

### ปัญหาและอุปสรรค

๑. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของหญิงบริการ ทำให้ยากต่อการควบคุมโรค
๒. มีการเคลื่อนย้ายบ่อย ทำให้ติดตามยาก และสื่อภาษาไม่เข้าใจกัน
๓. การควบคุมตามกฎหมายยังไม่ได้ผล ทำให้มีการแพร่โรคได้สูง
๔. งบประมาณที่ได้รับขาดความต่อเนื่อง



## แนวทางการดำเนินงานของจังหวัดระนอง มีดังนี้

๑. ฝ้าระวังการติดเชื้อในกลุ่มหญิงบริการ กลุ่มชาวประมง กลุ่มแรงงานในโรงงาน และหญิงตั้งครรภ์
๒. ปรับปรุงคลินิกควบคุมกามโรคสำหรับชาวต่างด้าว
๓. ประชุมเจ้าของสถานบริการทางเพศที่มีหญิงบริการชาวต่างด้าว ทุก ๓ เดือน
๔. จัดเวทีประชาคมแก่องค์กรท้องถิ่น เพื่อหาแนวทางในการร่วมแก้ปัญหาเอดส์ในพื้นที่
๕. ออกหน่วยสุขศึกษาเคลื่อนที่ในกลุ่มเป้าหมาย ทุก ๓ เดือน
๖. ตรวจเยี่ยมแหล่งแพร่เชื้อ โดยสนับสนุนการใช้ถุงยางอนามัย ๑๐๐% ในหญิงบริการทางเพศ
๗. หญิงบริการทางเพศได้รับการตรวจร่างกายทุกเดือน

นอกจากนี้จังหวัดระนอง ยังมีโครงการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (Day Care) โดยมีกิจกรรมหลัก ดังนี้

### ก) มิติด้านการแพทย์

- บริการสมุนไพรรักษา
- ให้อาเภอบกกันการติดเชื้อฉวยโอกาส / ยาต้านไวรัส
- ให้คำปรึกษาและแนะแนวด้านการแพทย์
- ให้ความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ เช่น อาหาร การออกกำลังกาย
- ตรวจสุขภาพทั่วไป

### ข) มิติด้านสังคม

- จัดหางานและฝึกอาชีพ
- ร่วมกับประชาสงเคราะห์ให้การช่วยเหลือ

### ค) มิติด้านจิตใจ

- รวมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์
- ให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหา
- ให้การดูแลเยี่ยมบ้าน
- ให้ความรู้เรื่องการฝึกจิต การทำสมาธิ ศึกษาธรรมะ

## ๔. วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๔ ณ จังหวัดชลบุรี

การศึกษาฐานของคณะกรรมการฯ สามารถสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

### สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดชลบุรี

จำนวนผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่ปี ๒๕๒๙ ถึงปัจจุบัน คาดประมาณว่ามีผู้ติดเชื้อ ๔๐,๐๐๐ คน อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ ๓๘.๕๔ จัดอยู่ในอันดับที่ ๒๙ ของประเทศ

แนวโน้มของผู้ป่วยเอดส์ / ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ จำแนกเป็นรายปี พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในปี ๒๕๓๙ และปี ๒๕๔๑ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อที่มีอาการ ร้อยละ ๑๘.๒๓ และ ๑๓.๔๗ ตามลำดับ

### ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา

จากการประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่ผ่านมาพบว่า ทุกหน่วยงานได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ แม้ว่าบางหน่วยงานจะไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ แต่ก็ดำเนินงานสอดแทรกไปกับงานประจำที่ทำอยู่ หรือได้รับงบประมาณไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย / ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาขอรับบริการ บางครั้งการดำเนินงานมีกลุ่มเป้าหมายที่ซ้ำซ้อนกัน หรือต้องจัดร่วมกับกิจกรรมอื่นๆ ซึ่งทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการให้ความสนใจในเรื่องนี้น้อย และพบว่าบางโครงการยังขาดการประเมินผลโครงการ

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น จังหวัดชลบุรีได้จัดทำ SWOT ANALYSIS เพื่อหายุทธศาสตร์ และยุทธวิธีเพื่อทำโครงการแก้ไขปัญหาในปี ๒๕๔๔ ดังนี้

๑. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริหารจัดการให้เอื้อต่อการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ มียุทธวิธีดังนี้



- บูรณาการแผนงาน / โครงการ
- กระจายงบประมาณให้เหมาะสม โดยคำนึงถึงความต่อเนื่องในการดำเนินโครงการ
- มีการประเมินผล

๒. ยุทธศาสตร์การส่งเสริมให้ประชาชนได้ตระหนักถึงภัยของโรคเอดส์ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการพัฒนาระบบบริการให้ผู้ป่วย / ผู้ติดเชื้อทราบ และเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสังคมอย่างต่อเนื่องเท่าเทียมกันตลอดจนชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ มียุทธวิธีดังนี้

- เสริมสร้างการรณรงค์ให้ศึกษาแก่ประชาชนทั่วไป และในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น กลุ่มชาวประมง พนักงานโรงงานอุตสาหกรรม และกลุ่มทหารเกณฑ์
- พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเอดส์ / ผู้ติดเชื้อ โดยใช้สมุนไพร สมุนไพร การออกกำลังกาย และโภชนาการ
- สนับสนุนท้องถิ่นให้มีบทบาทและมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางในการแก้ไขปัญหา

จากยุทธวิธีดังกล่าว คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดชลบุรี จะต้องมีการประสานการดำเนินงาน บูรณาการและงบประมาณ กำหนดแผนงาน / โครงการ ร่วมกันอย่างจริงจัง พร้อมมีแนวคิดร่วมกันว่าเอดส์เป็นปัญหาของทุกหน่วยงาน จึงจะสามารถชะลอการติดเชื้อรายใหม่ และผู้ป่วยเอดส์ / ผู้ติดเชื้อ ที่มีอาการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสังคมได้อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง

## ๕. วันที่ ๒๑ - ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๔๔ ณ จังหวัดระยอง

การศึกษาดูงานของคณะกรรมการฯ สามารถสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

### สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการ จังหวัดระยอง

จังหวัดระยองได้รับรายงานผู้ติดเชื้อเอดส์รายแรกในปี ๒๕๓๐ และได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกในเดือนกรกฎาคม ๒๕๓๑ ในระยะแรก จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย และเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วในปี ๒๕๓๖ เป็นต้นมา ปี ๒๕๓๙ - ๒๕๔๒ มีผู้ป่วยเอดส์ได้รับรายงานเพิ่มขึ้นปีละ ๑,๑๐๐ ราย ณ วันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๔๑ งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง รายงานผู้ป่วยเอดส์รวม ๗,๒๔๒ ราย แยกเป็นผู้ป่วยเอดส์ ๕,๐๙๐ ราย ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ ๒,๑๕๒ ราย เสียชีวิต ๑,๔๙๑ ราย

จังหวัดระยองเป็นจังหวัดที่พบผู้ป่วยสูงเป็นอันดับ ๓ ของประเทศ เมื่อเปรียบเทียบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน เท่ากับ ๑๑๖.๖ รองจากจังหวัดพะเยาและจังหวัดเชียงราย (จากรายงานของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๔๔)

### อุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์

๑. ทักษะและความเข้าใจของหน่วยงานต่าง ๆ ยังคงเข้าใจว่าเอดส์เป็นปัญหาของสาธารณสุขมากกว่าเป็นปัญหาทางสังคม จึงขาดการเชื่อมโยงและการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง

๒. ประชาชนยังมองเรื่องเอดส์เป็นปัญหาไกลตัว ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ขาดความเข้าใจและความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง

๓. การสนับสนุนงบประมาณในการแก้ไขปัญหาเอดส์ มิได้สนับสนุนงบประมาณตามลักษณะการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ งบประมาณไม่สนองตอบให้เกิดการแก้ไขปัญหาเอดส์

๔. สิ่งแวดล้อมในสังคมไม่เอื้อต่อการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ สถานบริการและสื่อวิทยุทางกามารมณ์มีจำนวนมาก

๕. จังหวัดระยองเป็นจังหวัดที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ วิถีชีวิตแบบเกษตรกรรมเป็นแบบอุตสาหกรรม วิถีชีวิตประชาชนพึ่งพาทางวัตถุ ดันรนแสวงหา ห้างไกลธรรมชาติ ห้างไกลครอบครัว ชุมชนขาดการยึดเหนี่ยวจากครอบครัว ชุมชนก่อให้เกิดพฤติกรรมความเสี่ยงต่อโรคเอดส์และยาเสพติด



๖. ความเข้มแข็งขององค์กรชุมชนยังไม่ได้รับการพัฒนาให้เกิดศักยภาพที่จะดำเนินการแก้ปัญหาเอดส์ในชุมชนอย่างแท้จริง องค์กรชุมชนยังสนองตอบต่อเรื่องถนน สิ่งปลูกสร้างมากกว่าคุณค่าแห่งจิตใจ คุณภาพชีวิต สุขภาพ
๗. ยาที่ใช้รักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และยาหยุดยั้งการแบ่งตัวของ HIV ยังมีราคาแพง ไม่เอื้อที่จะให้ประชาชนเข้าถึงโอกาสและทางเลือกในการรักษาตามที่ควร รวมทั้งยังไม่มีวัคซีนในการป้องกันโรคเอดส์
๘. เรื่องเพศยังเป็นสิ่งต้องห้ามในสังคมไทย จึงไม่มีการสอนและเตรียมความพร้อมในเด็กที่จะเข้าสู่วัยรุ่น โดยเฉพาะด้านการควบคุมอารมณ์ จิตใจ ซึ่งต้องอาศัยครอบครัวเป็นฐานสำคัญ ในการสร้างความรู้ความเข้าใจในเบื้องต้น และต่อมายังโรงเรียน
๙. แรงงานต่างด้าวมีการติดเชื้อและป่วยด้วยโรคเอดส์เพิ่มมากขึ้น
๑๐. การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในวงกว้างผ่านสื่อโทรทัศน์ลดลง การให้การสงเคราะห์ผู้ป่วย / ผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้ได้รับผลกระทบ โดยเฉพาะกลุ่มนักเรียนมีน้อยมาก เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่เท่ากับภาคเหนือตอนบน

## การพิจารณาศึกษากรณีการโยกย้ายข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุข

โดย คณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษากรณีการโยกย้ายข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุข

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษากรณีการโยกย้ายข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุขขึ้น เมื่อวันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๔๕ เพื่อพิจารณาศึกษากรณีการโยกย้ายข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งส่งผลกระทบต่อขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ของข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุข และเป็นการทำหน้าที่ตามอำนาจหน้าที่ของวุฒิสภามาตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ มาตรา ๑๘๙ ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ของประชาชนโดยรวม คณะอนุกรรมการคณะนี้ ประกอบด้วย

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ๑. นายจอน อึ้งภากรณ์        | ประธานคณะอนุกรรมการ           |
| ๒. นายนิรันดร์ พิทักษ์วัชระ | รองประธานและเลขานุการ         |
| ๓. ร้อยตรี บำเรอ ธาระเขตต์  | อนุกรรมการ                    |
| ๔. นายวิเชียร คุตวัช        | อนุกรรมการ                    |
| ๕. นายวิระ ไชยธรรม          | อนุกรรมการ                    |
| ๖. นายสมหมาย ปาริจัตต       | อนุกรรมการ                    |
| ๗. นายหทัย ชิตานนท์         | อนุกรรมการ                    |
| ๘. นายสุพจน์ เวชมุข         | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

### การดำเนินงาน

สืบเนื่องจากกรณีปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคำสั่งโยกย้ายแต่งตั้งข้าราชการระดับสูง กระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๗๐ ตำแหน่ง เมื่อวันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๔๔ จนเกิดการวิจารณ์กันอย่างกว้างขวางในหมู่ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป ก่อให้เกิดผลกระทบต่อขวัญและกำลังใจของข้าราชการผู้ที่ตั้งใจปฏิบัติหน้าที่ และอันจะนำมาซึ่งผลกระทบต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนโดยรวม

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้พิจารณาศึกษาประเด็นดังต่อไปนี้

๑. กรณีการแต่งตั้งโยกย้ายข้าราชการที่ไม่เหมาะสมและไม่เป็นธรรม
๒. การแต่งตั้งโยกย้ายข้าราชการให้ปฏิบัติหน้าที่ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการ ๑๒ ตำแหน่ง คณะอนุกรรมการพบว่ามีความไม่เหมาะสม ไม่เป็นธรรม และหรือไม่ชอบด้วยกฎหมาย
๓. กระบวนการแต่งตั้ง โยกย้าย และเลื่อนชั้นข้าราชการ มีความไม่เหมาะสมและไม่โปร่งใส
๔. กระบวนการเลื่อนตำแหน่ง แต่งตั้งและโยกย้ายข้าราชการไม่ชอบด้วยกฎหมาย และหรือกฎระเบียบของคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.)



## ข้อสังเกตเกี่ยวกับผลการแต่งตั้งโยกย้ายและเลื่อนชั้นข้าราชการ

๑. การออกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกลั่นกรองฯ การกำหนดหลักเกณฑ์ และการพิจารณาบุคคลที่เหมาะสมตามหลักเกณฑ์ของคณะกรรมการกลั่นกรองฯ กระทำเสร็จภายในวันเดียว เสมือนหนึ่งมีการกำหนดตัวบุคคลไว้ล่วงหน้าแล้ว

๒. การพิจารณาคุณสมบัติของบุคคลในการโยกย้ายข้าราชการและกระบวนการพิจารณาเลื่อนตำแหน่งข้าราชการเป็นการพิจารณาอย่างรวบรัด ผิดแผกแตกต่างไปจากธรรมเนียมและวิธีปฏิบัติของกระทรวงที่ผ่านๆ มา

๓. องค์ประกอบของคณะกรรมการกลั่นกรองฯ ขาดความหลากหลาย

๔. การโยกย้ายกระทบต่อโครงการ ๓๐ บาททุกวิชาทุกโรค

๕. การโยกย้ายโดยใช้ดุลพินิจที่ไม่เหมาะสม กระทบต่อขวัญและกำลังใจของข้าราชการที่ดี

๖. จากการรวบรวมข้อเท็จจริงและพยานหลักฐานมีพฤติการณ์ที่บ่งชี้ว่ามีนักการเมืองและผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข เข้ามาเกี่ยวข้องในการแต่งตั้งโยกย้ายข้าราชการ

## สรุปผลการพิจารณา

คณะกรรมการการฯ มีความเห็นว่า การแต่งตั้งโยกย้ายข้าราชการไม่ถูกต้องตามระเบียบแบบแผนที่เคยปฏิบัติ กระบวนการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ กพ. กำหนด การพิจารณาคุณสมบัติและความเหมาะสมในการแต่งตั้งโยกย้ายมิได้พิจารณาให้รอบด้าน เหตุผลในการโยกย้ายไม่ชัดเจนและขัดแย้งกับข้อเท็จจริงในการแต่งตั้งโยกย้าย ในการนี้ คณะกรรมการการฯ มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

๑. เห็นควรพิจารณาทบทวนคำสั่งการแต่งตั้งโยกย้ายข้าราชการในส่วนที่ไม่ชอบธรรมและไม่เหมาะสม

๒. เห็นควรทบทวนหลักเกณฑ์การแต่งตั้งโยกย้ายข้าราชการและนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง โดยยึดหลักคุณธรรม (Merit System) เพื่อป้องกันการใช้อำนาจแทรกแซงทั้งจากบุคคลภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข

\*\*\* **หมายเหตุ** คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้ส่งข้อเสนอแนะในกรณีดังกล่าว ไปยังกระทรวงสาธารณสุข เรียบร้อยแล้ว



## การพิจารณาศึกษาการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางบกในประเทศไทย

โดย คณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางบก

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางบกขึ้น เมื่อวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๔๕ เพื่อพิจารณาศึกษาปัญหาและสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางบก และเพื่อกำหนดแนวทาง มาตรการ และนโยบายในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางบก ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนโดยรวม คณะอนุกรรมการคณะนี้ ประกอบด้วย

- |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| ๑. นายวีรพงศ์ สกลกิติวัฒน์     | ประธานคณะอนุกรรมการ            |
| ๒. นายสวัสดิ์ ทรัพย์เจริญ      | รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่ ๑ |
| ๓. นายชิต เจริญประเสริฐ        | รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่ ๒ |
| ๔. นายหทัย ชิตานนท์            | อนุกรรมการ                     |
| ๕. นางสาวชไมพันธุ์ สันติกาญจน์ | อนุกรรมการ                     |
| ๖. นางจิรฐา พัฒโนทัย           | อนุกรรมการ                     |
| ๗. นางสาวอลิสา อุดมวิระเกษม    | อนุกรรมการ                     |
| ๘. นายทศพร ศิริสัมพันธ์        | อนุกรรมการ                     |
| ๙. นายพินัย โภษะสุ์เพชร        | เลขานุการคณะอนุกรรมการ         |
| ๑๐. นายสมบัติ ทรัพย์เจริญ      | ผู้ช่วยเลขานุการคณะอนุกรรมการ  |

## ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ

๑. พลโท ปัญญา อยู่ประเสริฐ
๒. นางมลิลวัลย์ เงินหมื่น
๓. ศาสตราจารย์วีระ กสานติกุล
๔. นายแท้จริง ศิริพานิช
๕. นายปรีชา ออประเสริฐ
๖. นายสุวัช เขยศิริวัฒนา
๗. นายมานิตย์ ชัยมงคล
๘. นายวิจิตร อากัปกรณ์

### สรุปผลการพิจารณาศึกษา ดังนี้

อุบัติเหตุจากรถทางบกในประเทศไทยได้ทวีความรุนแรงมากขึ้น เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความสูญเสียต่อทรัพยากรมนุษย์ทั้งการบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิต รวมทั้งการก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจมูลค่ามากกว่า ๖-๙ หมื่นล้านบาทต่อปี หรือกว่าร้อยละ ๑ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ และยังต้องสูญเสียงบประมาณในด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นตลอด

คณะอนุกรรมการฯ จึงได้ดำเนินการตรวจสอบจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาปัจจัยที่ทำให้การแก้ไขอุบัติเหตุจากรถทางบกไม่ได้ผลตามที่ควร สรุปได้ดังนี้

๑. ขาดองค์การที่รับผิดชอบโดยตรง เนื่องจากในสถานการณ์ปัจจุบันมีหลายหน่วยงานที่รับผิดชอบอุบัติเหตุ อาทิเช่น กปอ. สจร. กรมตำรวจ กรมขนส่ง กรมทางหลวง ฯลฯ ทำให้ไม่มีระบบข้อมูลพื้นฐานด้านอุบัติเหตุจากรถทางบกที่น่าเชื่อถือ

๒. งบประมาณในการดำเนินการที่เป็นอยู่ ในแต่ละหน่วยงานจะนำงบประมาณปกติมาใช้ในการดำเนินการ ทำให้งานป้องกันอุบัติเหตุที่ผ่านมาไม่ได้ผลเท่าที่ควร ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีแผนแม่บทที่ได้จัดทำขึ้น แต่ขาดการสนับสนุนด้านกิจกรรมที่จะนำมาซึ่งความปลอดภัยทางถนน ทำให้การดำเนินงานไม่ได้ผลเท่าที่ควร

๓. ปัจจัยในการเกิดอุบัติเหตุจากรถทางบก ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ ๘๐ ของอุบัติเหตุจากรถทางบกเกิดจากรถจักรยานยนต์ รถปิกอัพ รถยนต์นั่ง และรถบรรทุก ตามลำดับ โดยแบ่งเป็นสาเหตุหลักได้ดังนี้

๓.๑ ผู้ขับขี่ยานพาหนะ ดื่มสุราหรือเสพสารกระตุ้น (กว่าร้อยละ ๔๐) รวมทั้งมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ขับรถเร็วกว่ากฎหมายกำหนด ฝ่าฝืนสัญญาณไฟจราจรหรือเครื่องหมายจราจร ขับตามในระยะกระชั้นชิด แซงในที่คับขัน ฯลฯ นอกจากนี้ยังพบว่ากว่าร้อยละ ๕๐ ของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ไม่มีใบอนุญาตขับขี่ยานพาหนะและไม่รู้หลักขับขี่ปลอดภัย

๓.๒ ปัจจัยด้านยานพาหนะ มักเกิดจากการบำรุงรักษาโดยเฉพาะระบบเบรค ไฟหน้า ไฟท้าย และไฟเลี้ยว

๓.๓ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและถนน ซึ่งมีส่วนร่วมในอุบัติเหตุจากรถกว่า ร้อยละ ๑๖

๓.๔ เครื่องป้องกันโดยเฉพาะหมวกนิรภัยสำหรับผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ซึ่งผู้ขับขี่ไม่ได้สวมหมวกนิรภัยพบมากกว่าร้อยละ ๕๐ โดยเฉพาะในส่วนภูมิภาค และผู้สวมหมวกยังขาดความรู้ความเข้าใจในการสวมอย่างถูกต้อง สำหรับรถยนต์ รถปิกอัพ ยังมีผู้ไม่ใช้เข็มขัดนิรภัยเป็นจำนวนมากถึงแม้เครื่องป้องกันดังกล่าวไม่มีส่วนในการเกิดอุบัติเหตุแต่เป็นสิ่งที่ป้องกันหรือลดความรุนแรงของการบาดเจ็บได้

๔. การบังคับใช้กฎหมาย ถึงแม้กฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันจะครอบคลุมสาระส่วนใหญ่ แต่การบังคับใช้ยังไม่ทั่วถึงและเป็นจุดอ่อนที่สำคัญ ทำให้ไม่สามารถลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุลงได้



## ข้อเสนอแนะ

๑. จัดตั้งองค์กรที่รับผิดชอบชัดเจน เพื่อทำหน้าที่ประสานระหว่างหน่วยงานต่างๆ โดยมีนโยบายและงบประมาณที่ต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น ศูนย์ปลอดภัยคมนาคมที่เป็นหน่วยงานหนึ่งในปัจจุบัน เป็นองค์กรหลักในการป้องกันและลดจำนวนอุบัติเหตุลง และให้การสนับสนุนวิจัยศึกษาด้านความปลอดภัย
๒. งบประมาณ ควรนำมาจากแหล่งเงินที่ได้รับประโยชน์หรือผู้ผลิตสินค้าที่ทำให้รัฐบาลต้องแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น อาทิเช่น ภาษีจากยานพาหนะ และภาษีจากเครื่องตีเหล็กแอลกอฮอล์ เงินสนับสนุนจากกองทุนผู้ประสบภัย และจากบริษัทประกันภัย เป็นต้น
๓. จัดตั้งระบบการจัดเก็บข้อมูลอุบัติเหตุจราจรทางบก เพื่อใช้ในการวางแผนเกี่ยวกับความปลอดภัย และการออกแบบถนนให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้น
๔. การบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง ให้ประชาชนปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด แก่ระบบการออกใบอนุญาตขับขี่ยานพาหนะควบคู่กับการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องกฎจราจร ความรู้ในการขับขี่ปลอดภัย การใช้เครื่องป้องกัน เช่น หมวกนิรภัย เข็มขัดนิรภัย ควรหลีกเลี่ยงสิ่งมีเมาหรือสารกระตุ้น ฯลฯ

**หมายเหตุ :** ผลการศึกษาของคณะกรรมการฯ อยู่ในระหว่างการนำเสนอต่อคณะกรรมการการสาธารณสุข ภูมิสถา และเตรียมการจัดทำแผนการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

## รายงานการตรวจสอบความก้าวหน้าของการดำเนินงาน เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางบก

คณะกรรมการฯ ได้เดินทางไปศึกษาดูงานด้านการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางบก จำนวน ๒ ครั้ง คือ จังหวัดภูเก็ตและจังหวัดขอนแก่น โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

๑. เพื่อศึกษาวิเคราะห์และประเมินความก้าวหน้าการดำเนินงานตามนโยบายการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางบก
๒. เพื่อเป็นการระดมสมองให้ได้ข้อคิดเห็นมุมมองต่างๆ ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางบก
๓. เพื่อให้ได้แนวทางในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางบกที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัจจุบัน

### ๑. วันที่ ๑๙ - ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๔๕ ณ จังหวัดภูเก็ต

การศึกษาดูงานของคณะกรรมการฯ สามารถสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

#### สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุในจังหวัดภูเก็ต

สาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดอุบัติเหตุในภูเก็ต เกิดจากความประมาท และไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร ความผิดคະນອງ การดื่มสุรา ซึ่งสาเหตุของการบาดเจ็บ ส่วนใหญ่เกิดจากการไม่สวมหมวกนิรภัย นอกจากนี้จากสถิติตั้งแต่ปี ๒๕๓๗ เป็นต้นมา พบว่า ประเภทของรถที่ประสบอุบัติเหตุในจังหวัดภูเก็ตสูงที่สุดคือ รถจักรยานยนต์ รองลงมาคือรถยนต์ และรถอื่นๆ ส่วนการเสียชีวิต พบว่าเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์สูงที่สุด

ทั้งนี้ อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นนั้น เป็นเรื่องที่สามารถป้องกันได้ ไม่ว่าจะในส่วนของตัวรถหรือถนน แต่ปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือพฤติกรรมของผู้ใช้รถใช้ถนน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ขับขี่นั่นเอง แนวทางที่สำคัญที่สุดคือ การสร้างเสริมวินัยจราจรให้กับผู้ใช้รถใช้ถนน โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐต้องเคร่งครัด ไม่ละเลยต่อการเข้มงวดกวดขัน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่เคยชินในสิ่งที่ถูกต้อง

#### การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรแบบบูรณาการของจังหวัดภูเก็ต

ผู้ว่าราชการจังหวัดภูเก็ต (ผู้ว่า CEO) ได้กำหนดหน่วยงานหลักที่เป็นเจ้าภาพในการดำเนินการป้องกัน และแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรทางบก ในจังหวัดภูเก็ตดังนี้ คือ



- ประชาสัมพันธ์จังหวัด ดำเนินการในด้านการประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างวินัยจราจร การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์
- ตำรวจภูธรและตำรวจท่องเที่ยวดำเนินการกวดขันจับกุม และให้การอบรมแก่ประชาชนผู้ไม่เคารพกฎจราจร
- ขนส่งจังหวัด เป็นเจ้าภาพ ในด้านการออกใบขับขี่ และการตรวจสภาพรถที่เข้มงวด
- อำเภอและท้องถิ่น เป็นเจ้าภาพในด้านการรายงานและจัดบในการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจร จัดอาสาสมัครร่วมกับตำรวจ และขนส่งจังหวัด
- ผู้อำนวยการเขตการศึกษาจังหวัด เป็นเจ้าภาพในเรื่อง การกวดขันนักเรียนให้ปฏิบัติตามกฎจราจร โดยใช้มาตรการทั้งทางบวกและทางลบ
- แขวงทางหลวง เป็นเจ้าภาพในเรื่องการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจร
- ฝ่ายปกครอง เป็นเจ้าภาพในการเป็นศูนย์ประสานและติดตามการดำเนินการ
- สาธารณสุขจังหวัด เป็นเจ้าภาพในด้านการวิเคราะห์ประเมินสถานการณ์อุบัติเหตุ จัดระบบ EMS รวมทั้งพัฒนามาตรฐานการส่งต่อ

## ปัญหาและอุปสรรค

๑. เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานยังไม่เพียงพอและบางอย่างขาดแคลน เช่น ยานพาหนะน้ำมันเชื้อเพลิง เครื่องมือตรวจจับความเร็ว เครื่องชั่งน้ำหนักแบบเคลื่อนที่
๒. ระบบการออกใบอนุญาตขับขี่ยังไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ขับขี่ยังมีความรู้ด้านกฎหมายจราจร และทักษะในการขับขี่ไม่ดีพอ
๓. กำลังพลที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านจราจร ยังมีไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติหน้าที่
๔. เนื่องจากจังหวัดภูเก็ตเป็นเมืองท่องเที่ยว จึงทำให้มีบุคคลสำคัญ คณะบุคคลต่างๆ ทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศเดินทางเข้ามาในพื้นที่เป็นจำนวนมาก ทำให้การทำงานของเจ้าหน้าที่ต้องใช้กำลังส่วนหนึ่งไปกับการอำนวยความสะดวกในด้านจราจร ให้แก่คณะต่างๆ ซึ่งมีเป็นจำนวนมากในแต่ละเดือน

## ๒. วันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๔๖ ณ จังหวัดขอนแก่น

การศึกษาดูงานของคณะกรรมการฯ สามารถสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

อุบัติเหตุจราจรเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นทุกปี และจังหวัดขอนแก่นได้มีการรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุจราจรมาอย่างต่อเนื่อง โดยคณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจังหวัด ได้จัดรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุจราจรขึ้น ตั้งแต่วันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๔๕ - ๑๕ มกราคม ๒๕๔๖ โดยทีมงานประกอบด้วย พหุภาคีทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้ใช้กลวิธีด้านการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อมวลชนทุกแขนง และการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด พร้อมทั้งการมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับการประเมินผลสถิติผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรในจังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่วันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๔๕ - ๒ มกราคม ๒๕๔๖ จากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลอำเภอทุกแห่ง และสถานีตำรวจภูธรอำเภอทุกแห่งในจังหวัดขอนแก่น พบว่า มีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรในจังหวัดขอนแก่นทั้งหมด จำนวน ๑,๐๐๔ คน เสียชีวิต จำนวน ๑๗ คน คิดเป็นอัตราร้อยละ ๑.๗ ของผู้บาดเจ็บทั้งหมด ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นคนในจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ ๘๓ มีอายุระหว่าง ๒๕ - ๓๔ ปี

เมื่อเปรียบเทียบผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตในระหว่างวันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๔๕ - ๒ มกราคม ๒๕๔๖ พบว่าจำนวนผู้บาดเจ็บในปี ๒๕๔๖ เพิ่มขึ้น ๔๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๔.๖ ของผู้บาดเจ็บปี ๒๕๔๕ ผู้เสียชีวิตลดลง ๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๒ ของผู้เสียชีวิตในปี ๒๕๔๕

อย่างไรก็ตามจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตยังคงอยู่ในอัตราที่สูงมาก จำเป็นที่จะต้องดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เพื่อลดการสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนชาวขอนแก่นต่อไป



## ข้อเสนอแนะของจังหวัด

1. งานป้องกันอุบัติเหตุ ควรได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลางในด้านต่อไปนี้
  - ด้านนโยบาย ควรมีความชัดเจน
  - ด้านงบประมาณ โดยเฉพาะในส่วนของผู้บังคับใช้กฎหมาย
2. ควรเน้นการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ควบคู่ไปกับการบังคับใช้กฎหมาย
3. ควรปรับปรุงและมีการผลักดันระบบขนส่งมวลชนให้ดีและเป็นที่ยึดหลักของประชาชน
4. ควรมีองค์กรระดับชาติขึ้นมาดูแลด้านอุบัติเหตุจราจรทางบกโดยเฉพาะ

# การพิจารณาศึกษาการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก

โดย คณะอนุกรรมการศึกษาการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

คณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการศึกษาการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้น เมื่อวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๕ เพื่อพิจารณาศึกษาการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก คณะอนุกรรมการคณะนี้ ประกอบด้วย

- |                                     |                                |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| ๑. พลโท ปัญญา อยู่ประเสริฐ          | ประธานคณะอนุกรรมการ            |
| ๒. นายสวัสดิ์ ทรัพย์เจริญ           | รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่ ๑ |
| ๓. นายประศักดิ์ ณ กาฬสินธุ์         | รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่ ๒ |
| ๔. นางมลวิทย์ เงินหมื่น             | อนุกรรมการ                     |
| ๕. นายจำเริญ จิตรธร                 | อนุกรรมการ                     |
| ๖. นายวิชัย สติมัย                  | อนุกรรมการ                     |
| ๗. พันตรี เรวัตพร พรหมหล่อ          | อนุกรรมการ                     |
| ๘. นายชฤทธิ์ มีสิทธิ์               | โฆษกคณะอนุกรรมการ              |
| ๙. นางสาวนันทนา เครือหงส์           | เลขานุการคณะอนุกรรมการ         |
| ๑๐. นางสาวเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์ | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ  |

## ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ

๑. นายเด่น ไต่ะมีนา
๒. นายแจก ธนะศิริ

## ผลการพิจารณาศึกษา

จากการศึกษาข้อมูลการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งในการที่ได้เชิญผู้มีความรู้และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง มาให้ข้อมูลกับคณะอนุกรรมการฯ ซึ่งได้มีการประชุมทั้งหมด ๗ ครั้ง คณะอนุกรรมการฯ ได้รับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสถานการณ์ของการแพทย์แผนไทย ทำให้ตระหนักและเข้าใจถึงคุณค่าและความสำคัญของการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นการแพทย์หลักแผนเดิมที่อยู่คู่บ้านคู่เมืองคนไทยมาช้านาน จวบจนเมื่อ ๑๐๐ ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยได้เปิดรับการแพทย์แผนตะวันตกเข้ามาและส่งเสริมสนับสนุนอย่างเป็นทางการ ทำให้การแพทย์แผนไทยด้อยลงจนกลายเป็นการแพทย์ที่มีสถานะเป็นเพียงทางเลือกหนึ่งของประชาชนเท่านั้น ซึ่งแตกต่างจากความหมายของวิธินำบำบัดรักษาหรือการแพทย์ทางเลือกอื่นจากนานาประเทศที่กำลังหลั่งไหลเข้าสู่ประเทศไทยตามกระแสเทคโนโลยี โลกาภิวัตน์และการแข่งขันทางการค้า



ด้วยวิจรรณญาณและประสบการณ์ที่ได้ศึกษาจากนโยบายการฟื้นฟู บูรณาการ การแพทย์พื้นบ้านของ ประเทศต่างๆ เช่น ประเทศจีน อินเดีย เป็นต้นนั้น ล้วนแต่มุ่งเน้นที่จะพัฒนาการแพทย์แผนเดิมของชาติตนเอง เป็นหลัก เพื่อให้มีศักยภาพเข้มแข็งจนสามารถเผยแพร่สู่ประเทศอื่นๆ และสร้างรายได้ให้กับประเทศและได้รับความ นิยมทั่วโลกได้ คณะอนุกรรมการฯ มีความเห็นว่า ศาสตร์ความรู้ของการแพทย์แผนไทยนั้นมีวิทยาศาสตร์ที่พิสูจน์ เชื่อถือได้ และควรได้รับการพัฒนาศักยภาพให้เต็มที่ เพื่อนำมาใช้เป็นการแพทย์หลักคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบัน จะทำให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับครรลองวัฒนธรรม ของชาติได้ และสามารถลดการขาดดุลการค้าทางด้านเวชภัณฑ์และสินค้าเพื่อสุขภาพที่จะนำเข้ามาจากต่างประเทศ เหมาะสมกับสถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังจะเป็นการพัฒนาเศรษฐกิจในระดับรากหญ้าอีกทาง หนึ่งด้วย ดังนั้น รัฐบาลจึงไม่ควรวางนโยบายส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนาการแพทย์ทางเลือกจากประเทศอื่นควบคู่ ไปพร้อมๆ กันกับการแพทย์แผนไทย โดยการเปิดกว้างให้มีการแข่งขันในทุกๆ ด้าน แต่ควรมีการพิจารณาอย่าง รอบคอบและระมัดระวังผลเสียที่จะเกิดขึ้นกับประเทศไทยในระยะยาวด้วย ดังนั้น คณะอนุกรรมการฯ จึงมีมติร่วมกัน ว่าควรมีการพิจารณาทบทวนการตั้งชื่อหน่วยงานระดับกรมของกระทรวงสาธารณสุข จากเดิมชื่อ “กรมพัฒนาการ แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก” เป็น “กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย” โดยบรรจุภารกิจของการศึกษา วิจัย ค้นคว้าศาสตร์การแพทย์ทางเลือกของชาติอื่นๆ ไว้เป็นหน่วยงานภายในกรม ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของ รัฐบาลในการส่งเสริมให้ประชาชนมีทางเลือกในการใช้วิธีบำบัดรักษาสุขภาพของตนเองและครอบครัว โดยไม่มี ผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของประเทศ

## รายงานการตรวจสอบความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

คณะกรรมาธิการฯ ได้เดินทางไปศึกษาดูงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน ๔ ครั้ง คือ

- ชีวาศรมรีสอร์ต จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
- ศูนย์ธรรมชาติบำบัดบับลิว และศูนย์พลังกายทิพย์เพื่อสุขภาพ
- จังหวัดอุบลราชธานี
- จังหวัดเชียงใหม่

โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

๑. เพื่อศึกษาวิเคราะห์และประเมินความก้าวหน้าการดำเนินงานตามนโยบายด้านการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก
๒. เพื่อพิทักษ์สิทธิประโยชน์แก่ผู้บริโภค
๓. เพื่อศึกษาถึงมาตรการและแนวทางการพัฒนาทักษะชีวิต และเสริมสร้างศักยภาพของการดูแลสุขภาพ ด้วยตนเองแบบยั่งยืน
๔. เพื่อเป็นแนวทางให้รัฐบาลประกอบการพิจารณากำหนดเป็นนโยบายต่อไป

### ๑. วันที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๕๖ ณ ชีวาศรมรีสอร์ต จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

คณะกรรมาธิการฯ ได้เดินทางไปศึกษาดูงานทางด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยได้ เยี่ยมชมวิธีการนวดแบบไทย การอบตัวด้วยสมุนไพร และการเสริมสุขภาพด้วยน้ำ สามารถสรุปได้ ดังนี้

ชีวาศรมเป็นสถานเสริมสุขภาพซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างวัฒนธรรม วิธีการดำรงชีวิต สีสันและอาหาร เข้าด้วยกัน โดยมีจุดมุ่งหมาย ๓ ประการ คือ ได้ผลที่ชัดเจนและเรียนรู้วิถีที่จะผสมผสานสิ่งดี ๆ ที่ได้รับกับแนวทางการ ดำรงชีวิต และได้รับความสนุกสนานที่เน้นการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บมากกว่ามุ่งในทางรักษา รวมทั้งเน้นการสร้างสรรค สิ่งแปลกใหม่มากกว่าการปฏิบัติ



## กิจกรรมต่างๆ ของชีวาศรม ประกอบด้วย

- **สปา** หัวใจของชีวาศรม คือ สปาซึ่งมีรูปแบบที่ทันสมัย มีเครื่องอำนวยความสะดวกมากมายหลายประเภท และได้รับการออกแบบให้มีความรู้สึกกว้างใหญ่เพื่อให้กลมกลืนกับสภาพแวดล้อมของชีวาศรม
- **กิจกรรมทางน้ำ** เป็นการเสริมสุขภาพด้วยน้ำ ประกอบด้วย สระสำหรับออกกำลังกาย สระน้ำเย็น อ่างขนาดใหญ่สำหรับบริหารฝ่าเท้า และห้องอบไอน้ำ
- **เวชกรรม** บริการตรวจสุขภาพ เพื่อเช็คสภาพร่างกายพร้อมทั้งให้คำแนะนำและจัดรายการด้านการบำบัดรักษา และกำหนดกิจกรรมต่างๆ ที่เหมาะสม
- **การออกกำลังกาย** ในแต่ละวันจะเริ่มต้นด้วยการปฏิบัติไทชิหรือการยืดตัว และจบลงด้วยการเดินออกกำลังกายบนชายหาด

## ๒. วันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๕๖ ณ ศูนย์ธรรมชาติบำบัดบิลลี่ และ ศูนย์พลังกายทิพย์เพื่อสุขภาพ

### □ ศูนย์ธรรมชาติบำบัดบิลลี่

คณะกรรมการได้เดินทางไปศึกษาดูงานและเยี่ยมชมการดำเนินงานด้านธรรมชาติบำบัด สรุปได้ ดังนี้

**ศูนย์ธรรมชาติบำบัดบิลลี่** มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเน้นการบำบัดรักษาทางธรรมชาติ สำหรับพัฒนาการของการแพทย์แผนไทยนั้น ได้รับอิทธิพลจากการแพทย์ชมพูทวีปมาประยุกต์ใช้สำหรับสังคมไทย ซึ่งเชื่อว่าร่างกายของเราประกอบด้วยธาตุทั้ง ๔ ได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟ หากทั้งหมดนี้อยู่ในความสมดุลก็จะมีอาการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยเป็นไปตามธรรมชาติ เนื่องจากอิทธิพลของฤดูกาล และอิทธิพลของการรักษาที่มุ่งบำบัดสมดุลของธาตุทั้ง ๔ โดยการใช้พืช สมุนไพร การอบไอน้ำ การประคบ รวมทั้งมีพิธีกรรมเพื่อปรับสมดุล

ทั้งนี้ศูนย์ธรรมชาติบำบัดบิลลี่ ได้จัดทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อล้างพิษ โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย และออกกำลังกาย เช่น การทำโยคะ การออกกำลังกายในน้ำ การนวด การประคบ การอบไอน้ำ และการบริโภคพืชผักที่ปลอดสารพิษ เพื่อปรับสมดุลของร่างกาย

### □ ศูนย์พลังกายทิพย์เพื่อสุขภาพ

การดำเนินงานของศูนย์พลังกายทิพย์เพื่อสุขภาพนั้น ขณะนี้มีประชาชนได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับการใช้พลังจักรวาลมากและมีผู้ป่วยเข้ามารักษาที่ศูนย์ประมาณ ๕๐,๐๐๐ กว่าราย โดยมีวิธีการคือ ให้ผู้ป่วยกำหันทิ้งมือและจะมีลูกศิษย์ของศูนย์ที่ได้รับการฝึกมาอย่างดีทำการรักษาให้ โดยการจับและถ่ายทอดพลังให้กับผู้ป่วย จะใช้เวลาในการรักษาประมาณ ๕ - ๑๐ นาที โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

ศูนย์พลังกายทิพย์ จะทำการบำบัดรักษาโดยวิธีการแบบการแพทย์ทางเลือก เพื่อส่งเสริมระบอบประชาธิปไตยในส่วนที่ต้องการให้สิทธิเสรีภาพแก่ประชาชนในการใช้บริการ ซึ่งรวมทั้งการบริการด้านการแพทย์ การบำบัดรักษาโรค และเพื่อปกป้องประชาชนไม่ให้ตกเป็นเหยื่อของผู้ฉ้อฉล หลอกลวง

## ๓. วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๕๖ ณ จังหวัดอุบลราชธานี

การศึกษาดูงานของคณะกรรมการฯ สามารถสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

การดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานีนั้น เป็นการพัฒนาการบริการการแพทย์ทางเลือกแบบผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบันโดยมีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปได้รับประโยชน์สูงสุด ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ มุ่งเน้นให้มีความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ บริการการแพทย์ทางเลือกที่เปิดให้บริการ ได้แก่

๑. การรักษาโดยการฝังเข็ม
๒. การตีตแผ่นอิเลคโตรดกระตุ้นไฟฟ้า



๓. โปรแกรมการรักษาโรคมะเร็ง
๔. การนัดตัว
๕. การนัดจุดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า
๖. ระบบบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า
๗. สมมติจิตบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง
๘. พลังจักรวาล

## อุปสรรคและข้อจำกัดในการดำเนินงาน

### ๑. ด้านการจัดบริการ

- การเปิดบริการโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในช่วงที่มีวันหยุดราชการติดต่อกันหลายวันอุปสรรค คือ ไม่สามารถส่งตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ ได้ เช่น การตรวจตา เอกซเรย์ ฯลฯ
- บุคลากรแพทย์ไม่เพียงพอ เนื่องจากปัจจุบันแพทย์ที่ทำงานการแพทย์ทางเลือกเต็มเวลา ๑ คน ต้องตรวจผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตามหอพิเศษต่างๆ ปฏิบัติงานที่ PCU และหน่วยตรวจสุขภาพ / ประกันสังคม ส่วนแพทย์ท่านอื่นเป็นแพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำในแผนกอื่น มีเวลาปฏิบัติงานแพทย์ทางเลือกเพียงสัปดาห์ละ ๑ วัน
- สถานที่คลินิกทางเลือกคับแคบมาก

### ๒. ด้านองค์ความรู้และทักษะบุคลากร ส่วนที่ขาด ได้แก่

- องค์ความรู้ในด้านการให้การพยาบาลผู้ป่วยขณะรับการรักษาฝังเข็ม และกระตุ้นไฟฟ้า
- การเพิ่มพูน พื้นฟูความรู้ด้านเทคนิค และทักษะการนัดประเภทต่างๆ ยังไม่สามารถทำได้อย่างสม่ำเสมอ
- การฝึกทักษะด้านการออกกำลังกายประเภทต่างๆ เพื่อให้มีความหลากหลายในการพัฒนาบริการ

## ๔. วันที่ ๒๘ - ๒๙ เมษายน ๒๕๕๖ ณ จังหวัดเชียงใหม่

การศึกษาดูงานของคณะกรรมการฯ สามารถสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เป็นศูนย์ประสานงานเครือข่ายแพทย์แผนไทย มีบทบาทในการสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่มชมรม ประสานงานเครือข่าย และสนับสนุนงานวิชาการ

### ๑. นโยบายด้านการอนุรักษ์คุ้มครองภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย

- การรวบรวมองค์ความรู้ แปลตำรายาแพทย์แผนไทย จำนวน ๑๐ เล่ม
- จัดทำทำเนียบหมอฟันบ้านโดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันการแพทย์แผนไทยจำนวน ๓๐,๐๐๐ บาท (ปีงบประมาณ ๒๕๕๖)
- สสำรวจความหลากหลายทางชีวภาพ จำนวน ๖ แห่ง

### ๒. นโยบายด้านการพัฒนาและส่งเสริมระบบบริการแพทย์แผนไทย

๒.๑ ได้รับงบประมาณสนับสนุนศูนย์ส่งเสริมบริการการแพทย์แผนไทย จำนวน ๒ แห่ง แห่งละ ๕๐๐,๐๐๐ บาท ได้แก่

- โรงพยาบาลนครพิงค์ ในปี ๒๕๕๕
- โรงพยาบาลเชียงดาว ในปี ๒๕๕๖

๒.๒ ให้บริการในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ

๒.๓ ให้บริการในสถานบริการเอกชน ๒ แห่ง

### ๓. นโยบายด้านการสนับสนุนการผลิตยาไทย และสมุนไพร

สนับสนุนการผลิตยาไทยและสมุนไพร ให้มีใช้และจำหน่ายในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๗ แห่ง



#### ๔. นโยบายด้านการแพทย์พื้นบ้าน

- ๔.๑ สนับสนุนเครือข่ายหมอพื้นบ้าน (หมอเมือง) การจัดตั้งคายนาแปลตำรายา
- ๔.๒ สนับสนุนให้ปลูกพืชสมุนไพรกับชมรมหมอเมือง
- ๔.๓ พื้นฟู / อนุรักษ์ภูมิปัญญาด้านการแพทย์พื้นบ้าน

#### ๕. นโยบายด้านการแพทย์ทางเลือก

- ให้บริการการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลชุมชน ๓ แห่ง

#### ๖. นโยบายด้านการพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย

- ๖.๑ จัดการเรียนการสอน ๓ หลักสูตร
  - หลักสูตรเภสัชกรรม เรียน ๑ ปี
  - หลักสูตรเวชกรรม เรียน ๓ ปี
  - หลักสูตรนวดไทย ๓๗๒ ชั่วโมง เรียนภาคทฤษฎี ๑ เดือน และภาคปฏิบัติ ๑ เดือน
- ๖.๒ จัดการเรียนการสอน โดยภาคเอกชน
- ๖.๓ เผยแพร่ความรู้ทางด้านการแพทย์แก่อาสาสมัครสาธารณสุขและกลุ่มผู้สนใจ
- ๖.๔ สนับสนุนวิทยากรฝึกอบรมหลักสูตรการนวดแผนไทยร่วมกับศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงาน จังหวัด

เชียงใหม่ ตามนโยบายรัฐบาล และหน่วยงานราชการอื่น ๆ

#### ๖.๕ พัฒนามาตรฐานวิชาชีพ

- สถานประกอบการในการพัฒนามาตรฐานการบริการด้านการนวดแผนไทย และ นวดสปา ในสถานบริการทุกระดับ
- จัดมาตรฐานหลักสูตรการนวดแผนไทย สปา ระดับต่างๆ และสนับสนุนการจัดตั้ง ชมรม สมาคมผู้ประกอบการด้านการแพทย์แผนไทยทุกระดับ
- สนับสนุนนโยบายการท่องเที่ยวด้านการแพทย์แผนไทย (ทัวร์สุขภาพ) และเป็นศูนย์อำนวยความสะดวกประสานงานทางด้านเครือข่าย ข้อมูลข่าวสาร การประชาสัมพันธ์
- สนับสนุนด้านวิชาการร่วมกับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (คณะเภสัชศาสตร์)

#### ๗. นโยบายด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

- ๗.๑ ตรวจสอบ ควบคุม กำกับ สถานบริการ / สถานประกอบการ ให้ได้มาตรฐานวิชาชีพตามกฎหมาย
- ๗.๒ ตรวจสอบมาตรฐานผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อขออนุญาตจดทะเบียน อย.
- ๗.๓ ตรวจสอบ ควบคุม คุณภาพผลิตภัณฑ์สมุนไพร

เครือข่าย และองค์กร ทางด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่

- ศูนย์ประสานงานการแพทย์แผนไทย ภาคเหนือ
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
- มูลนิธิชีววิถีโกมารภักดิ์
- สมาคมผู้ประกอบการโรคศิลปะแผนโบราณภาคเหนือ
- สมาคมผู้ประกอบการโรคศิลปะแผนไทย
- เครือข่ายหมอพื้นบ้าน
- ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนามืออาชีพแรงงาน
- คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



# การพิจารณาศึกษาปรับปรุงการปฐมพยาบาลพื้นถิ่นชีวิต และดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นในรัฐสภา

โดย คณะอนุกรรมการพิจารณาการศึกษาปรับปรุงการปฐมพยาบาลพื้นถิ่นชีวิตและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นในรัฐสภา

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาการศึกษาปรับปรุงการปฐมพยาบาลพื้นถิ่นชีวิตและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นในรัฐสภาขึ้น เมื่อวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๔๕ เพื่อพิจารณาศึกษาในการปรับปรุงการปฐมพยาบาลพื้นถิ่นชีวิต และดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นในรัฐสภา ให้มีประสิทธิภาพ และสามารถอำนวยความสะดวกในการให้ความช่วยเหลือด้านการปฐมพยาบาลแก่สมาชิกวุฒิสภา บุคคลสำคัญที่มาชี้แจงต่อที่ประชุมวุฒิสภา รวมทั้งบุคลากรของรัฐสภา คณะอนุกรรมการคณะนี้ ประกอบด้วย

- |  |                     |
|--|---------------------|
| ๑. นายนิรันดร์ พิทักษ์วัชระ              | ประธานคณะอนุกรรมการ |
| ๒. พลโท โกวิท พัฒน์ขาน                   | อนุกรรมการ          |
| ๓. ศาสตราจารย์นายแพทย์ศุภชัย ไชยธีรพันธ์ | อนุกรรมการ          |
| ๔. ศาสตราจารย์นายแพทย์สันต์ หัตถิรัตน์   | อนุกรรมการ          |
| ๕. นายวินัย สวัสดิ์ดิวิ                  | อนุกรรมการ          |
| ๖. นายศุภชัย ผุดผ่อง                     | อนุกรรมการ          |
| ๗. นางนรรัตน์ พิมพ์เสน                   | อนุกรรมการ          |
| ๘. นายทวีเกียรติ เชาวลิตถวิล             | อนุกรรมการ          |
| ๙. นายวิระพันธ์ มุขสมบัติถวิล            | อนุกรรมการ          |
| ๑๐. นายศุภพงศ์ ขจรศิลป์                  | อนุกรรมการ          |
| ๑๑. นางชุลีพร ณ ลำพูน                    | อนุกรรมการ          |



๓๔

## ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ

๑. นางมาลินี สุขเวชชวรกิจ
๒. นายสวัสดิ์ ทรัพย์เจริญ

## สรุปผลการดำเนินการของคณะอนุกรรมการ

จากการประชุมคณะอนุกรรมการพิจารณาการศึกษาปรับปรุงการปฐมพยาบาลพื้นถิ่นชีวิตและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นในรัฐสภา ที่ประชุมมีมติให้ดำเนินการ ดังนี้

๑. ควรปรับปรุงห้องพยาบาล ชั้น ๑ อาคารรัฐสภา ๒
๒. ควรจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นไว้ในห้องปฐมพยาบาล
๓. กรมการแพทย์จะให้ความอนุเคราะห์ในการเปิดบริการคลินิกเฉพาะโรค
๔. ควรมีโครงการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือพื้นถิ่นชีวิตและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น
๕. ดำเนินการจัดหาพยาบาลวิสัญญี เพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในรัฐสภา
๖. เห็นควรให้มีแพทย์เฉพาะทางประจำห้องพยาบาล เพื่อดูแลรักษาและช่วยเหลือผู้ป่วยในรัฐสภา

ในระหว่างเวลาราชการ และระหว่างที่มีการประชุมของรัฐสภา

## ผลความคืบหน้าในการดำเนินการจัดทำห้องพยาบาลประจำอาคารรัฐสภา ๒

### สิ่งที่ได้ดำเนินการแล้ว

๑. ปรับปรุงห้องพยาบาลเสร็จเรียบร้อยแล้ว สามารถให้บริการได้ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๕
๒. มีอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์เบื้องต้น และมียาสามัญประจำห้องพยาบาล

๓. มีพยาบาลวิสัญญี เพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในรัฐสภา

๔. มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ของสำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา ในการช่วยเหลือฟื้นคืนชีวิตและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น จำนวน ๒ รุ่น ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย และข้าราชการของสำนักงานฯ ที่ปฏิบัติงานหน้าที่ใกล้ชิดกับสมาชิกวุฒิสภา

### สิ่งที่กำลังดำเนินการ

๑. จัดหาอุปกรณ์การฟื้นคืนชีวิตแบบเฉียบพลัน ซึ่งมีราคาแพงมาก ขณะนี้ยังมีงบประมาณไม่เพียงพอ

๒. จัดหายาที่มีประสิทธิภาพสูงในการช่วยฟื้นคืนชีวิต

๓. จัดหาแพทย์เฉพาะทางประจำห้องพยาบาล

๔. จัดหาสถานที่ห้องพยาบาลเพื่อขยายให้มีขนาดกว้างขวางขึ้น เพิ่มจำนวนเตียงผู้ป่วยให้มีจำนวนมากขึ้นกว่าเดิม

๕. จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการประสานงานกับสถานพยาบาลภายนอก อาทิ รถพยาบาล โทรศัพท์สายด่วน สัญญาณขอความช่วยเหลือ

ในการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการฯ ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ในครั้งนี้ได้รับอนุมัติโครงการจากประธานวุฒิสภา เมื่อวันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๕ และได้รับความร่วมมือจากสำนักงานเลขาธิการวุฒิสภาเป็นอย่างดี โดยเฉพาะอดีตเลขาธิการวุฒิสภา นายจำนงค์ สวมประคำ ซึ่งเป็นผู้ริเริ่มโครงการร่วมกับคณะกรรมการการสาธารณสุข รวมทั้งผู้บริหารระดับสูงของสำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา ทุกท่าน ตลอดจนได้รับการสนับสนุนจากอธิบดีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในการให้ยืมเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นในเบื้องต้น บัดนี้โครงการดังกล่าวได้ดำเนินการมาแล้วตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๕ โดยได้รับความสำเร็จตามเป้าหมายในระดับหนึ่ง และคณะกรรมการจะได้พัฒนาให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้นต่อไป



## การพิจารณาศึกษาปัญหาการใช้ยา

โดย คณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาปัญหาการใช้ยา

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาปัญหาการใช้ยาขึ้นเมื่อวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๔๕ เพื่อพิจารณาศึกษาปัญหาการใช้ยา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนโดยรวม คณะอนุกรรมการคณะนี้ ประกอบด้วย

- |   |                        |
|---|------------------------|
| ๑. นายนิรันดร์ พิทักษ์วัชระ             | ประธานคณะอนุกรรมการ    |
| ๒. นายจอน อึ้งภากรณ์                    | รองประธานคณะอนุกรรมการ |
| ๓. นายเด่น โต๊ะมีนา                     | อนุกรรมการ             |
| ๔. นางสาวยุวดี พัฒนวงศ์                 | อนุกรรมการ             |
| ๕. นายวิฑูรย์ เลี่ยนจำรูญ               | อนุกรรมการ             |
| ๖. ว่าที่ร้อยตรี วิศิษฐ์ ประวีณวงศ์วุฒิ | อนุกรรมการ             |
| ๗. นางสาวสารี อ๋องสมหวัง                | อนุกรรมการ             |
| ๘. นางสาวสุนทรี วิทยานารถไพศาล          | อนุกรรมการ             |
| ๙. นางอัจฉรา เอกแสงศรี                  | อนุกรรมการ             |
| ๑๐. นางสาวเพชรดาว โต๊ะมีนา              | อนุกรรมการและเลขานุการ |

### ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ

๑. รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์
๒. รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ ควรพจน์
๓. นายนคร ชมพูชาติ

## ผลการพิจารณาศึกษาสรุปได้ ดังนี้

### ข้อสรุป

ปัญหาการเข้าถึงยาของประชาชน เป็นผลมาจากข้อตกลงทริปส์ ที่มุ่งคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา โดยเฉพาะสิทธิบัตรในผลิตภัณฑ์ยา ในทางการค้าระหว่างประเทศมากขึ้น มีความพยายามของประเทศพัฒนาแล้ว อาศัยเงื่อนไขและผลประโยชน์ในทางการค้าระหว่างประเทศ กดดันให้ประเทศไทย ต้องปรับปรุงแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องหลายฉบับในทางที่จะเอื้อประโยชน์ต่อกลุ่มประเทศดังกล่าว

เกี่ยวกับระบบสิทธิบัตร มีปัญหาทั้งในด้านบริหารและปัญหาข้อกฎหมายในส่วนที่เกี่ยวกับการบริหาร พบว่า กระทรวงสำคัญ ๔ กระทรวงขาดการประสานงานกัน กลไกการควบคุมราคายา ยังไม่มีประสิทธิภาพเพราะกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงพาณิชย์ ยังไม่มีการประสานงานกันอย่างจริงจัง และไม่มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดฐานข้อมูลสิทธิบัตร และกลไกที่จะร่วมกันตรวจสอบคำขอสิทธิบัตรยังไม่มีประสิทธิภาพ

ในส่วนที่เกี่ยวกับกฎหมายสิทธิบัตร พบว่า มีปัญหาตั้งแต่ประสิทธิภาพในการออกสิทธิบัตร การควบคุมผู้ทรงสิทธิบัตร และกลไกการเพิกถอนสิทธิบัตร รวมทั้งกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้สิทธิ ซึ่งจำเป็นต้องทบทวนทั้งระบบ

เกี่ยวกับราคายา พบว่า บริษัทยาข้ามชาติใช้มาตรการราคาเดียว ผู้ขาดตลาดยาในประเทศไทย กลไกการควบคุมราคายาในความรับผิดชอบของกรมการค้าภายในขาดประสิทธิภาพ ไม่บังคับใช้กฎหมายโดยเข้มงวด

นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัญหาการเข้าถึงยาที่ไม่เกี่ยวข้องกับข้อตกลงทริปส์ แต่เป็นเพราะระบบการบริหารจัดการของหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องและปัญหาทัศนคติของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข เช่น การนำยาต้านไวรัส เอชไอวี เข้าโครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกคน เงื่อนไขการจำหน่ายยาต้านไวรัส เอชไอวี แก่ประชาชน และมาตรการติดตามความปลอดภัยของยาใหม่ที่ทำให้เกิดการผูกขาดตลาด

### ข้อเสนอแนะ

ในการแก้ไขปัญหามาเพื่อให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงยา แบ่งออกเป็น ๒ ระยะ คือ มาตรการระยะสั้น กับ มาตรการระยะยาวมีสาระสำคัญ ดังนี้

### มาตรการระยะสั้น

#### ๑. มาตรการในทางบริหาร

##### ๑.๑ การพัฒนาฐานข้อมูลสิทธิบัตรยา

เห็นควรให้มีการประสานงานระหว่างกรมทรัพย์สินทางปัญญาและสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในการพัฒนาฐานข้อมูลสิทธิบัตรยา เพื่อประโยชน์ในการสืบค้นข้อมูล การพัฒนายาใหม่ การขอลดสิทธิบัตรยา และการตรวจสอบสิทธิบัตรยา

##### ๑.๒ การพัฒนากลไกการตรวจสอบสิทธิบัตรยา

(๑) เห็นควรให้มีผู้ทรงคุณวุฒิด้านเภสัชศาสตร์ในคณะกรรมการสิทธิบัตร และให้มีอนุกรรมการด้านยาประกอบด้วยผู้มีความรู้และประสบการณ์ในด้านเภสัชศาสตร์และเคมี เพื่อทำหน้าที่ตรวจสอบคำขอสิทธิบัตรยาเป็นการถาวร

(๒) เห็นควรให้มีระบบประสานงานระหว่างหน่วยงานของรัฐ หรือส่วนราชการที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับสิทธิบัตรยา กับภาคเอกชน ภาคประชาชน หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลสิทธิบัตรยา เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบสิทธิบัตรยา

๑.๓ การพัฒนากลไกการควบคุมราคายา เห็นควรให้มีการประสานความร่วมมือระหว่างกระทรวงพาณิชย์และกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพัฒนากลไกในการควบคุมราคายาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จำเป็นต้องจัดระบบฐานข้อมูลราคายาทั้งในประเทศและต่างประเทศเพื่อประโยชน์ในการใช้สิทธินำเข้าข้อมูลตามพระราชบัญญัติสิทธิบัตรฯ

##### ๑.๔ มาตรการเร่งด่วนสำหรับกระทรวงสาธารณสุข

(๑) การส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานในสังกัดใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิตามพระราชบัญญัติสิทธิบัตรฯ มาตรา ๕๑ อย่างจริงจังและมีประสิทธิภาพ



(๒) การจัดให้ยาที่สำคัญโดยเฉพาะยาต้านไวรัส เอชไอวี ยาในกลุ่มยาต้านโรค และกลุ่มยาโรคไต อยู่ในบัญชียาหลักและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๓) เร่งรัดให้มีการพัฒนาต่อต้านไวรัส เอชไอวี เพราะมีความพร้อมอยู่แล้ว โดยเฉพาะองค์การเภสัชกรรม คงติดขัดในเรื่องสิทธิบัตรและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

(๔) ให้ผู้ป่วยได้รับยาป้องกันและรักษาโรคติดเชื้ออวยโอกาสบางชนิดโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

(๕) กระทรวงสาธารณสุขควรเป็นหน่วยงานกลางเพื่อประสานความร่วมมือในการแก้ปัญหาการเข้าถึงยาของประชาชน

## ๒. มาตรการในการบังคับใช้กฎหมาย

(๑) กรมทรัพย์สินทางปัญญา ควรเป็นผู้ริเริ่มหรือมีท่าทีที่ชัดเจนในการบังคับใช้สิทธิโดยเอกชนหรือรัฐตามพระราชบัญญัติสิทธิบัตรฯ มาตรา ๔๖ และมาตรา ๕๑ รวมทั้งการทบทวนกฎกระทรวงหรือระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมและประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชนทราบ

(๒) เห็นควรให้กรมการค้าภายใน กระทรวงพาณิชย์ เร่งรัดให้มีการบังคับใช้พระราชบัญญัติการแข่งขันทางการค้า พ.ศ.๒๕๔๒ มาตรา ๒๕ และพระราชบัญญัติว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ พ.ศ.๒๕๔๒ มาตรา ๒๔ และมาตรา ๒๕

## มาตรการระยะยาว

### ๑. การเจรจาต่อรองในระดับระหว่างประเทศ มีข้อเสนอแนะดังนี้

(๑) คณะผู้แทนไทยในการเจรจาระหว่างประเทศ ควรมีองค์ประกอบที่หลากหลาย ทั้งภาครัฐและเอกชน ในส่วนของภาครัฐจำเป็นต้องมีตัวแทนของ ๔ กระทรวงสำคัญ คือ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกระทรวงต่างประเทศ โดยมีภาคเอกชน ภาคประชาชน และนักวิชาการเป็นส่วนสนับสนุนที่สำคัญ

(๒) ท่าทีหรือจุดยืนของประเทศไทย

- ร่วมกับประเทศกำลังพัฒนาและด้อยพัฒนา เจรจาทอรองให้ยาไม่อยู่ภายใต้ข้อตกลงทริปส์ หากไม่บรรลุผลให้ยกเว้นยาที่จำเป็นต่อชีวิต
- คัดค้านการขอยายระยะเวลาคุ้มครองสิทธิบัตรของประเทศพัฒนาแล้วจาก ๒๐ ปี เป็น ๒๕ ปี
- การจดทะเบียนสิทธิบัตรจะต้องแจ้งแหล่งที่มา
- การตรากฎหมายเพื่อคุ้มครองพันธุ์พืช จะต้องเป็นหลักประกันในด้านพันธุ์พืชท้องถิ่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น สิทธิชุมชน และสิทธิมนุษยชน และมีลักษณะเฉพาะแต่ละประเทศ ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับข้อตกลงขององค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ และอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ มิใช่รูปแบบของสหภาพเพื่อคุ้มครองพันธุ์พืช เพียงรูปแบบเดียว
- ไม่ให้การคุ้มครองการจดทะเบียนสิทธิบัตรในสิ่งมีชีวิต โดยขอให้คงหลักการตามข้อตกลงทริปส์ มาตรา ๒๗ ข้อ ๓ (บี)

### ๒. การแก้ไขปัญหาในระดับประเทศ

๒.๑ การปรับนโยบายของรัฐบาล

(๑) ควรเรียกร้องให้คณะรัฐมนตรีมีมติให้ชัดเจนในด้านนโยบายยา และการเข้าถึงยาของประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัส เอชไอวี

(๒) จัดตั้งคณะกรรมการประกอบด้วยผู้แทนกระทรวงพาณิชย์ ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนบริษัทยา และผู้เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนการผลิตยา การพัฒนาระบบสิทธิบัตรยา และการแก้ปัญหาแบบครบวงจร

๒.๒ การปรับนโยบายการบริหารและบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข

(๑) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงยาอย่างทั่วถึงตามความจำเป็นและได้รับยาที่มีคุณภาพและความปลอดภัย



- (๒) ปรับปรุงมาตรการติดตามความปลอดภัยของยาใหม่ โดยเปิดโอกาสให้มีการขึ้นทะเบียนยาตัวเดียวกันได้ในระหว่างใช้มาตรการดังกล่าวเพื่อให้มีการแข่งขันทางการค้า ราคาขายจะลดลง
- (๓) การปรับปรุงบัญชียาหลัก และบัญชียาสามัญประจำบ้านให้มีรายการเพิ่มขึ้น
- (๔) การส่งเสริมและสนับสนุนให้มีกองทุนวิจัยและพัฒนายาในประเทศเนื่องจากต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมาก
- (๕) ให้กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทในการกำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อควบคุมราคาขายร่วมกับกระทรวงพาณิชย์

๒.๓ การปรับปรุงแก้ไขกฎหมายสิทธิบัตรและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

(๑) พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ.๒๕๒๒ และฉบับแก้ไข

เห็นควรให้ปรับปรุงแก้ไขกฎหมายสิทธิบัตรทั้งระบบนับตั้งแต่การสืบค้นข้อมูลสิทธิบัตร การพิจารณาตรวจสอบคำขอสิทธิบัตรการคุ้มครองผู้ยื่นคำขอ ระยะเวลาในการตรวจสอบก่อนมีประกาศโฆษณาการควบคุมการใช้สิทธิบัตร มาตรการการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น การบังคับใช้สิทธิ การนำเข้าซ้อน และคณะกรรมการสิทธิบัตรยา ตลอดจนการเพิกถอนสิทธิบัตร มีประเด็นเร่งด่วนที่ควรพิจารณาเพื่อดำเนินการดังนี้

- มาตรการทางกฎหมาย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการออกสิทธิบัตร
- ขั้นตอนในการพิจารณาออกสิทธิบัตร
- การปรับปรุงกฎหมายหรือกฎกระทรวงเพื่อให้การบังคับใช้สิทธิโดยรัฐ และเอกชนมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นโดยเฉพาะขั้นตอนการอุทธรณ์และการดำเนินคดีในประเด็นดังกล่าว
- การเพิกถอนสิทธิบัตร ควรมีการพิจารณากลไกและขั้นตอนในการเพิกถอนสิทธิบัตร และให้อำนาจคณะกรรมการสิทธิบัตรมีอำนาจดำเนินคดีในการเพิกถอนสิทธิบัตร เช่นเดียวกับที่หลาย ๆ ประเทศกำหนดไว้

(๒) ควรศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายสิทธิบัตรของประเทศต่างๆ ที่ประสบปัญหาทำนองเดียวกับประเทศไทย เช่น บราซิล และอาฟริกาใต้

(๓) กฎหมายอื่นๆ

- เห็นควรให้มีการพิจารณาปรับปรุงพระราชบัญญัติฯฯ
- ให้มีมาตรการในการควบคุมราคาขาย
- ให้มีมาตรการกองทุน เพื่อส่งเสริมพัฒนาการวิจัยยา และการชดเชยความเสียหายแก่ประชาชนอันเนื่องมาจากการใช้ยา



## การพิจารณาติดตามผลการปฏิบัติงานโครงการ สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๓๐ บาท รักษาทุกโรค และการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

โดย คณะอนุกรรมการติดตามผลการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการติดตามการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ขึ้น เมื่อวันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๔๖ เพื่อติดตามผลการปฏิบัติงานโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๓๐ บาทรักษาทุกโรค และการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ โดยเชิญหน่วยงานต่างๆ มาให้ข้อมูล พร้อมทั้งเดินทางไปศึกษาดูงาน ณ สถานที่ต่างๆ ซึ่งคณะอนุกรรมการคณะนี้ ประกอบด้วย

๑. นายสวัสดิ์ ทรัพย์เจริญ	ประธานคณะอนุกรรมการ
๒. พลโท ปัญญา อยู่ประเสริฐ	รองประธานคณะอนุกรรมการ
๓. นายแก้วสรร อติโพธิ	อนุกรรมการ
๔. นายศักดิ์ กอแสงเรือง	อนุกรรมการ
๕. นาวาอากาศเอก อิศพร คณะเจริญ	อนุกรรมการ
๖. นางมลิวลัย เงินหมื่น	อนุกรรมการ
๗. นายชิต เจริญประเสริฐ	อนุกรรมการ
๘. นายเฉลิม หาญพาณิชย์	อนุกรรมการ
๙. นายวิชัย สติมัย	อนุกรรมการ
๑๐. นางสาวเพชรดาว โต๊ะมีนา	อนุกรรมการและเลขานุการ

### ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ

๑. นายวีรพงศ์ สกลกิติวัฒน์
๒. นายเด่น โต๊ะมีนา
๓. นายวิจิตร มโนสิทธิศักดิ์
๔. นายสมบัติ วรามิตร

### ผลการพิจารณาศึกษาสรุปได้ ดังนี้

๑. นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๓๐ บาทรักษาทุกโรค เป็นนโยบายที่ดีได้รับความพึงพอใจเป็นอย่างมากจากประชาชนส่วนใหญ่ โดยครอบคลุมทั้งเรื่องการรักษาโรค รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ และได้รับความร่วมมือจากสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน เป็นการนำทรัพยากรด้านสาธารณสุขที่มีอยู่มาใช้อย่างคุ้มค่า เป็นการประหยัดงบประมาณทั้งภาครัฐและประชาชน ซึ่งในส่วนของผู้ให้บริการต้องมีการเพิ่มขึ้นกว่าเดิม ควรที่รัฐบาลจะต้องสร้างขวัญกำลังใจในรูปแบบต่างๆ เช่น การเพิ่มเงินเดือน ค่าตอบแทน รวมทั้งระดับตำแหน่งที่สูงขึ้น เป็นต้น

๒. งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากรัฐบาลปัจจุบันจะเพียงพอหรือไม่ยังไม่มีความชัดเจน ปัญหาที่เห็นเด่นชัดในขณะนี้ได้แก่ การเบิกจ่ายงบประมาณล่าช้า ทั้งในส่วนของตนเองและส่วนของสถานพยาบาลที่มีการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งอาจแก้ไขโดยการจ่ายเงินล่วงหน้าจำนวนหนึ่งเมื่อทวงถาม และมีการจ่ายเพิ่มเมื่อการตรวจสอบเอกสารแล้วเสร็จ

ด้านการร่วมจ่าย (Co-payment) ควรจัดตั้งคณะทำงานเพื่อศึกษาระดับความเป็นไปได้ในส่วนของระบบการร่วมจ่าย

รัฐบาลควรจัดสรรงบประมาณในส่วนที่เกี่ยวกับการลงทุนเพื่อพัฒนาสถานพยาบาลของหน่วยงานที่มีภารกิจเฉพาะ เช่น โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เป็นต้น เพื่อให้สามารถปฏิบัติภารกิจเฉพาะได้อย่างสำเร็จลุล่วง

๓. เครือข่ายบริการในขณะนี้มีจำนวนมากเกินไป แต่ละเครือข่ายอาจไม่ครอบคลุมบริการทุกระดับ ควรจัดเครือข่ายให้มีจำนวนน้อยลง แต่ละเครือข่ายสามารถให้บริการได้ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ และให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำสัญญาซื้อบริการจากเครือข่ายโดยตรง โดยมีวงเงินงบประมาณที่แน่นอนในแต่ละปี เพื่อให้เครือข่ายบริการจัดทำแผนบริหารงบประมาณเองได้

๔. ปัจจุบันหน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชนที่ตั้งอยู่นอกโรงพยาบาล ซึ่งพัฒนามาจากสถานีอนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุข ยังขาดแคลนบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และพยาบาลวิชาชีพ รัฐบาลควรมีแผนที่ชัดเจนในการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยอาจคัดเลือกบุคลากรที่มีเงินเดือนประจำ เช่น เกษตรกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เทคนิคการแพทย์ เข้ารับการศึกษาดูต่อเนื่องเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และควรส่งเสริมให้มีการผลิตพยาบาลเวชปฏิบัติมาใช้ในพื้นที่ที่ขาดแคลนแพทย์ รวมทั้งควรกำหนดตำแหน่งให้มีแพทย์และพยาบาลวิชาชีพในสถานีอนามัยที่พัฒนาเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน



อีกหนึ่งหน่วยบริการในระดับปฐมภูมียังมีคุณภาพและมาตรฐานที่ไม่เท่าเทียมกันทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ควรพัฒนาหน่วยบริการให้มีมาตรฐานเดียวกัน ตลอดจนแก้ไขปัญหาประสิทธิภาพของระบบส่งต่อ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน ให้ไปใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นด่านแรก

ในส่วนของการบริการระดับตติยภูมิ กรณีให้บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง ควรมีการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการในระดับเครือข่ายบริการและการส่งต่อ เพื่ออำนวยความสะดวกและลดค่าใช้จ่ายของประชาชน

๕. ปัจจุบันยังมีประชาชนจำนวนมากได้รับสิทธิในการประกันสุขภาพซ้ำซ้อน และมีประชากรบางพื้นที่ที่ได้รับสิทธิแต่ไม่สะดวกในการไปใช้บริการ เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาในการเดินทางค่อนข้างมาก นอกจากนี้ยังมีประชาชนอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้รับบัตรประกันสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรเร่งรัดให้มีการปฏิบัติตามมาตรา ๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ ซึ่งกำหนดให้ประชาชนที่ประสงค์จะใช้สิทธิต้องยื่นคำขอลงทะเบียน โดยจะแตกต่างจากโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๓๐ บาท รักษาทุกโรค ที่รัฐบาลจัดทำบัตรและแจกจ่ายให้โดยประชาชนไม่ได้ยื่นคำขอลงทะเบียน

ในขณะเดียวกัน ควรจัดการระบบฐานข้อมูลให้ถูกต้องทันสมัย เพื่อประโยชน์ของการใช้สิทธิของประชาชน และเพื่อการตรวจสอบสิทธิของสถานพยาบาลให้เป็นศูนย์กลางเดียวกัน โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศให้สามารถตรวจสอบได้โดยสะดวกตลอด ๒๔ ชั่วโมง เช่นเดียวกับโครงการประกันสังคม

๖. ปัจจุบันมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมในการให้บริการสาธารณสุขผสมผสาน โดยการจัดตั้งศูนย์บริการสาธารณสุข และเข้าร่วมโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รัฐบาลควรพิจารณากระจายอำนาจการกำกับดูแลสถานเอนามัยบางแห่งที่ตั้งอยู่ในเขตเทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล โดยมีเงื่อนไขในการที่ต้องกำหนดตำแหน่ง และงบประมาณในการรับโอนบุคลากร และมีงบประมาณประจำในการบริหารงาน ส่วนงบประมาณบริการสาธารณสุขให้อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๗. ปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมากมีความพร้อมในการเข้าร่วมโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรเปิดโอกาสให้เอกชนเข้าร่วมโครงการมากขึ้น เพื่อภาครัฐและภาคเอกชนจะได้ร่วมใช้ทรัพยากรและอุปกรณ์การแพทย์ที่มีราคาสูงร่วมกัน เพื่อประหยัดเงินตราของประเทศและเป็นการใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่อยู่อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

## รายงานการตรวจสอบความก้าวหน้าของการปฏิบัติงานโครงการ สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๓๐ บาท รักษาทุกโรค และการดำเนินงาน ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

คณะกรรมการฯ ได้เดินทางไปศึกษาดูงานเกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๓๐ บาท รักษาทุกโรค และการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ จำนวน ๔ ครั้ง คือ

- จังหวัดขอนแก่น
- จังหวัดอุบลราชธานี
- จังหวัดเชียงใหม่
- โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น และศูนย์บริการสาธารณสุขในเครือข่าย โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

๑. เพื่อศึกษาผลกระทบของโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๓๐ บาท รักษาทุกโรค ที่มีต่อผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ

๒. เพื่อศึกษาผลของการบังคับใช้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ต่อสถานพยาบาลผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ

๓. เพื่อเป็นข้อสังเกตแก่รัฐบาล ในการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนต่อไป



## ๑. วันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๕๖ ณ จังหวัดขอนแก่น

การศึกษาดูงานของคณะกรรมการฯ สามารถสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

คณะกรรมการฯ ได้รับฟังการบรรยายสรุปเกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค จาก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้แทนจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และผู้แทนจากโรงพยาบาลราชพฤกษ์ สรุปได้ ดังนี้

จังหวัดขอนแก่นได้เข้าร่วมดำเนินโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๔ โดยแบ่งพื้นที่เครือข่ายบริการเป็น พื้นที่เขตเทศบาลและอำเภอเมือง ประกอบด้วย หน่วยบริการคู่สัญญาหลัก ๓ แห่ง คือโรงพยาบาลขอนแก่น มี PCU ๙ แห่ง ครอบคลุมประชากร ๑๘๑,๗๐๗ คน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มี PCU ๓ แห่ง ครอบคลุมประชากร ๒๒,๒๖๖ คน และโรงพยาบาลราชพฤกษ์ (เอกชน) มี PCU ๓ แห่ง ครอบคลุมประชากร ๒๗,๐๘๘ คน

พื้นที่รอบนอกอำเภอเมือง ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน ๒๐ แห่ง มี PCU ๑๓๖ แห่ง ครอบคลุมประชากร ๑,๐๔๓,๙๐๑ คน และโรงพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือจังหวัดขอนแก่น มี PCU ๔ แห่ง ครอบคลุมประชากร ๓๙,๓๗๕ คน

ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพจังหวัดขอนแก่น เท่ากับร้อยละ ๙๔.๙๘ โดยเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุดคือ ร้อยละ ๗๖.๘๙

การประเมินความพึงพอใจในการรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิภาพของกลุ่มผู้มาใช้บริการพบว่า ร้อยละ ๘๗.๑๐ มีความพึงพอใจในการมารับบริการ

## ปัญหาและอุปสรรค

### ด้านการบริหารจัดการ

๑. หลักเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณต่อหัวประชากร ของปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ไม่มีความชัดเจน
๒. จำนวนงบประมาณต่อหัวประชากรลดลงจากปีงบประมาณ ๒๕๕๕
- ๓.ฐานข้อมูลไม่มีความทันสมัย และโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงยังไม่ครอบคลุม

### ด้านผู้รับบริการ

ผู้รับบริการไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนการใช้สิทธิและการมารับบริการ เช่น มารับการรักษาพยาบาลโดยไม่ผ่านระบบการส่งต่อตามขั้นตอน เมื่อเจ็บป่วย ก็ย้ายทะเบียนบ้านมาเพื่อขอขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลที่ตนเองต้องการรักษา ทำให้โรงพยาบาลนั้น ๆ รับภาระเพิ่มขึ้น

### ด้านผู้ให้บริการ

๑. เจ้าหน้าที่ขาดขวัญกำลังใจในการทำงาน มีการเปลี่ยนหน้าที่รับผิดชอบบ่อย ขาดความรู้ ความเข้าใจในขั้นตอนการดำเนินงาน

๒. อัตรากำลังไม่เพียงพอให้บริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน

## ๒. วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๕๖ ณ จังหวัดอุบลราชธานี

การศึกษาดูงานของคณะกรรมการฯ สามารถสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

คณะกรรมการฯ ได้เดินทางไปศึกษาดูงานและรับฟังการบรรยายสรุปจากหน่วยงานต่างๆ ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลม่วงสามสิบ ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลอุบลรักษ์ สรุปได้ ดังนี้

### □ การบริหารงบประมาณ

#### ● งบประมาณที่ได้รับ

- |           |       |                 |
|-----------|-------|-----------------|
| - ปี ๒๕๕๕ | จำนวน | ๗๘๖,๔๐๖,๗๘๗ บาท |
| - ปี ๒๕๕๖ | จำนวน | ๒๓๔,๐๐๓,๕๓๑ บาท |



## ● หมวดเงินเดือน

- ปี ๒๕๔๕ จำนวน ๕๕๑,๒๘๔,๖๑๘ บาท (เฉลี่ย ๓๖๕ บาท / คน (UC))
- ปี ๒๕๔๖ จำนวน ๕๘๔,๓๖๑,๖๙๔ บาท (เฉลี่ย ๓๙๑ บาท / คน (UC))

ในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ จังหวัดอุบลราชธานี ได้จัดสรรงบประมาณให้แก่เครือข่ายบริการต่างๆ แบบ Exclusive Capitation คือ งบประมาณผู้ป่วยนอก และงบสร้างเสริมสุขภาพ จะจัดสรรให้แก่สถานบริการตามจำนวนผู้ขึ้นทะเบียน ส่วนงบผู้ป่วยในจะจัดสรรแบบกองทุนรวมตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG with global budget)

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและไม่เกิดปัญหาในการตามจ่ายด้านบริการทางการแพทย์ซึ่งกันและกัน และเป็นการกระจายความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยหนักที่จำเป็นต้องส่งต่อไปรักษาในสถานบริการที่มีศักยภาพสูง ดังนั้น จังหวัดอุบลราชธานี จึงได้กั้นเงินด้านบริการจากงบหมวดผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในไว้เป็นกองทุนกลางสำหรับจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีใช้บริการต่างจังหวัด เป็นเงิน ๒.๕% (๒๑.๘๖ บาท / บัตร / ปี) ไว้สำหรับจ่ายให้แก่สถานบริการต่างจังหวัด หากมีเงินเหลือจะจัดสรรคืนให้แก่หน่วยบริการหลักตามสัดส่วนที่หักไว้ ส่วนงบสร้างเสริมสุขภาพจะจัดสรรให้แก่เครือข่ายบริการก่อน ๕๐% อีก ๕๐% ที่เหลือจะจัดสรรให้หลังจากที่ได้ประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพตามตัวชี้วัดแล้ว

นอกจากนี้จังหวัดอุบลราชธานี ยังได้ตั้งกองทุนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และสนับสนุนเครือข่ายที่มีปัญหาด้านงบประมาณรายรับไม่เพียงพอต่อรายจ่ายซึ่งเป็นการช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในจังหวัด โดยได้รับงบประมาณจากเครือข่ายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๓ - ๔% ของงบที่ได้รับจัดสรรตามจำนวนบัตรที่ขึ้นทะเบียน

## ปัญหาและอุปสรรค

๑. การตรวจสอบการขึ้นทะเบียนและการออกบัตร จากส่วนกลาง (ทาง internet) มักมีปัญหาไม่สามารถให้บริการผู้มารับบริการได้ทันที เนื่องจาก server ของส่วนกลางล้าสมัย ไม่เพียงพอต่อปริมาณงานการให้บริการของแต่ละจังหวัด

๒. ปัญหาด้านบุคลากรขาดแคลน ได้แก่ แพทย์ผู้ให้บริการปฐมภูมิ

๓. ควรเปิดโอกาสให้ประชาชน สามารถเลือกขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการระดับต้นได้โดยสมัครใจ เนื่องจากมีเครือข่ายบริการหลายแห่งอยู่ใกล้กัน การคมนาคมสะดวกไม่เป็นอุปสรรคต่อการไปรับบริการ

๔. การจัดสรรงบประมาณที่ส่วนกลาง โอนให้จังหวัดมีระยะเวลาไม่แน่นอน ควรจะจัดสรรและโอนให้ทุกจังหวัดทุก ๑ - ๒ เดือน เพื่อให้หน่วยบริการมีงบประมาณอย่างสม่ำเสมอ

๕. การจัดสรรงบประมาณให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจากส่วนกลางไม่ชัดเจน และไม่มีความแน่นอน

๖. บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นบริการสำหรับชุมชนและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ โดยเฉพาะงานบริการอนามัยโรงเรียน ควรมีการแยกงบประมาณในส่วนนี้โดยเฉพาะ และกำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบให้ชัดเจน

๗. กลุ่มนักเรียนมัธยมปลาย และนักศึกษา ควรจัดให้อยู่ในกลุ่มที่ได้รับสิทธิประโยชน์บัตรทอง ยกเว้นค่าธรรมเนียม เพื่อไม่ให้เป็นการค่าใช้จ่ายในการชำระค่าธรรมเนียมของนักศึกษาหรือสถานศึกษา

๘. สิทธิประโยชน์ของบัตรไม่ควรคุ้มครองโรคหรืออาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากผู้มีสิทธิตั้งใจให้เกิดขึ้น

๙. ส่วนกลางควรจะเน้นเรื่องการประชาสัมพันธ์ในภาพรวม ให้ประชาชนได้ทราบถึงสิทธิความคุ้มครองของบัตร ทั้งในด้านการรักษาและการสร้างเสริมสุขภาพ

๑๐. ปัญหาการใช้บริการ

- การใช้สิทธิของผู้ป่วย มีการใช้สิทธิผิดขั้นตอนจำนวนมาก
- การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลกรณีผิดขั้นตอนผู้ป่วยไม่มีเงินชำระ โรงพยาบาลต้องรับภาระให้การสงเคราะห์

๑๑. ปัญหาการเรียกเก็บเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาล



- การไม่จ่ายตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- สถานพยาบาลเจ้าของบัตรทอง มีการออกกฎระเบียบการใช้สิทธิตามใบส่งตัวหลายรูปแบบ
- ผู้ป่วยมีบัตรทอง ซึ่งทางสำนักงานหลักประกันฯ ยังไม่รับรองสิทธิ ไม่สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสูง / อุบัติเหตุ / อุกฉินได้

### ๓. วันที่ ๒๘ - ๒๙ เมษายน ๒๕๕๖ ณ จังหวัดเชียงใหม่

การศึกษาดูงานของคณะกรรมการฯ สามารถสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

คณะกรรมการฯ ได้เดินทางไปศึกษาดูงานและรับฟังการบรรยายสรุปเกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการ ๓๐ บาท รักษาทุกโรค จากหน่วยงานต่างๆ ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลแม่วาง โรงพยาบาลแมคคอร์มิค และโรงพยาบาลจอมทอง สรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

จังหวัดเชียงใหม่ได้เริ่มดำเนินโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๔๔ มีสถานพยาบาลเข้าร่วมโครงการประกอบด้วยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ๑ แห่ง สังกัดกระทรวงกลาโหม ๒ แห่ง สังกัดเอกชน ๗ แห่ง (ต่อมาถอนตัว ๑ แห่ง) และสังกัดกระทรวงมหาดไทย ๒ แห่ง

มีการบริหารโดยคณะกรรมการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดเชียงใหม่ (ปสน.) โดยมีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสน.) เป็นที่ปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะ ส่วนระดับอำเภอ บริหารโดย ปสน.อำเภอ หรือ CUP Board ซึ่งแต่งตั้งตามมติคณะกรรมการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัด คณะกรรมการประกอบด้วย องค์การทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์การท้องถิ่น ประชาคมและประชาชน โดยมีคณะกรรมการสุขภาพระดับท้องถิ่น (กสท.) เป็นที่ปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะ ผลการออกบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี ๒๕๕๖ จังหวัดเชียงใหม่ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๖)



จำนวนบัตรทั้งจังหวัด	๑,๒๔๒,๖๕๕ บัตร	คิดเป็นร้อยละ
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	๑,๐๙๕,๑๙๙ บัตร	๘๘.๑๔
โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	๔๗,๔๘๔ บัตร	๓.๘๒
เอกชน	๙๙,๙๖๒ บัตร	๘.๐๔

### ปัญหาและอุปสรรค

#### ๑. ปัญหาด้านนโยบาย

- ปัญหาความไม่ชัดเจนและการเปลี่ยนแปลงนโยบายด้าน Exclusive
  - โรงพยาบาลมีการส่งผู้ป่วยมารับการบริการในโรงพยาบาลใหญ่เพิ่มมากขึ้น
  - สถิติผู้รับบริการมากขึ้นชัดเจนทั้งกรณีฉุกเฉินและทั่วไป
  - การส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อลำบากขึ้นเนื่องจากโรงพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมารับการรักษาไม่ต้องการรับผิดชอบค่าใช้จ่าย
- ปัญหาความไม่ชัดเจนในระบบที่จัดสร้างขึ้น
  - ภาระงานที่เพิ่มในการเรียกเก็บเงินทำให้ต้องเพิ่มบุคลากร
  - การส่งต่อผู้ป่วย OPD ที่เป็นระบบ Free for service ถูกขอหรือให้เป็นระบบ fixed price ที่ ๘๐๐ บาทต่อครั้งโดยเฉลี่ยราคาจริงสูงกว่านี้
  - การดำเนินงาน PP ถ้าให้เต็มรูปแบบต้นทุนอยู่ที่ ๓๐๐ กว่าบาท แต่มีการกำหนดเงิน ๑๗๕ บาท น่าจะพิจารณาใช้เงินส่วนนี้ให้เกิดผลในเฉพาะส่วนที่ได้ประโยชน์มากที่สุด (ถูกหักค่าแรงไว้ด้วย)

- ปัญหาความแตกต่างในด้านทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละจังหวัด
  - เชียงใหม่เป็นจังหวัดที่เทคโนโลยีในการให้การตรวจและการให้การรักษาระดับสูง อย่างครบถ้วน
  - การเข้าถึงการบริการของผู้ป่วยสูงกว่าจังหวัดอื่น ๆ ที่อยู่ใกล้เคียง

**๒. ปัญหาด้านผู้ปฏิบัติงาน (ผู้ให้บริการ)**

- จำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการเพิ่มขึ้นประมาณ ๓๐% ทำให้มีภาระงานที่เพิ่มขึ้น
- ความยุ่งยากในการดำเนินงาน
- ปัญหาด้านข้อร้องเรียนที่ผู้ป่วยร้องเรียน
- ปัญหาด้านผลกระทบต่อแรงจูงใจของผู้ให้บริการ
- ความร่วมมือของผู้ให้บริการในการให้บริการ

**๓. ข้อเสียด้านผู้รับบริการ**

- ความเข้าใจในสิทธิของผู้ป่วยที่ใช้บริการ
- การรู้คุณค่าของสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับ
- ความร่วมมือของผู้ป่วยในการใช้บริการ
- หน้าที่ของผู้ที่ต้องการรับการบริการ
- การมีส่วนร่วมจ่ายในการแบกรับค่าใช้จ่ายของประเทศ (Co-payment)

**๔. วันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๕๖ ณ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น และสถานบริการสาธารณสุขในเครือข่าย**

การศึกษาดูงานของคณะกรรมการฯ สามารถสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

คณะกรรมการฯ ได้เดินทางไปศึกษาดูงานเกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๓๐ บาทรักษาทุกโรค ณ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น และศูนย์บริการสาธารณสุขในเครือข่าย พร้อมทั้งรับฟังการบรรยายสรุปจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น และผู้แทนของศูนย์บริการสาธารณสุขสรุปได้ ดังนี้

**ผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี ๒๕๕๕-๒๕๕๖**

ปี ๒๕๕๕	จำนวน	๒๐,๓๘๖ คน
ปี ๒๕๕๖	จำนวน	๑๒๕,๔๔๓ คน

**PCU โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น**

- PCU ในโรงพยาบาล  
โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น
- PCU นอกโรงพยาบาล
  ๑. ศูนย์บริการสาธารณสุข ๓ บางซื่อ
  ๒. ศูนย์บริการสาธารณสุข ๑๗ จตุจักร
  ๓. ศูนย์บริการสาธารณสุข ๑๙ วงศ์สว่าง
  ๔. ศูนย์บริการสาธารณสุข ๕๑ จตุจักร
  ๕. ศูนย์บริการสาธารณสุข ๒๔ บางเขน

**ปัญหาและอุปสรรค**

**๑. การลงทะเบียน**

๑.๑ ยอดพิมพ์บัตรทั้งหมดประมาณ ๑๖๐,๐๐๐ ใบ การให้บริการยึดตามรายชื่อที่ให้มาพร้อมทั้งจำนวนบัตรเป็นหลัก ต่อมากระทรวงได้ verify ข้อมูลของการขึ้นทะเบียน ๑๒๐,๐๐๐ คน ซึ่งบัตรที่พิมพ์เกินประมาณ



๔๐,๐๐๐ ใบ ไม่มีการยึดบัตรคืน ทำให้ผู้ที่รับบัตรจากการพิมพ์ ๑๖๐,๐๐๐ ได้เข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย

๑.๒ กรณีสิทธิซ้ำซ้อน

๑.๓ กรณีบัตรตกหล่น

๑.๔ การให้ใช้สิทธิเด็กแรกเกิด

๑.๕ การรักษาผู้ป่วยนอกเครือข่ายที่ไม่มีหมายเลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก ทางโรงพยาบาลให้การรักษาแล้วไม่สามารถตั้งเบิกฉุกเฉิน ๗๒ ชั่วโมง ไปที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพได้

## ๒. ระบบการจ่ายเงิน

การจ่ายเงินจัดสรรล่าช้า และต้องผ่านแม่โชน ซึ่งมีขั้นตอนมากในการเบิกจ่ายคืนให้กับโรงพยาบาล รวมทั้งขั้นตอนของแต่ละแม่โชนแตกต่างกัน ทำให้โรงพยาบาลได้รับเงินช้ามากขึ้น

การจ่ายเงินกรณีค่าใช้จ่ายสูงล่าช้า รวมทั้งส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งคิดค่ารักษาตาม DRG ๑๔,๐๐๐ หรือ ๑๖,๐๐๐ บาท ถือว่าสูงกว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงหลายเท่าตัว

## ๓. ระบบสารสนเทศ (IT) ไม่สมบูรณ์

การทำงานของ Website ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพช้ามาก และเกิดปัญหาบ่อยๆ ทำให้เกิดความล่าช้าในการให้บริการตามมาเป็นลูกโซ่

## ๔. การให้บริการ

ผู้มารับบริการไม่ปฏิบัติตามระบบการส่งต่อตามระเบียบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ รวมทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนหายหรือทุเลา และแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้แล้ว แต่ผู้ป่วยไม่ยอมกลับบ้านตามคำสั่งแพทย์

## ศูนย์บริการสาธารณสุข

การดำเนินงาน ด้านการรักษา / ส่งเสริมสุขภาพ / ป้องกันโรค / ฟันฟูฯ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ค่าตอบแทน การรักษาพยาบาล : ๑๐๐ บาท / ครั้ง P&P : จ่ายตาม Unit Cost

## ปัญหาและอุปสรรคของศูนย์บริการสาธารณสุข

- การแบ่งพื้นที่เพื่อออกบัตร
- ระบบการตรวจสอบสิทธิ์
- การใช้สิทธิซ้ำซ้อน ทำให้ไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้
- ประชาชนที่ไม่มีทะเบียนบ้านในกรุงเทพมหานคร ไม่สามารถใช้สิทธิได้

## การพิจารณาศึกษาการลดภาวะที่เป็นอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

คณะกรรมการได้พิจารณาศึกษาเกี่ยวกับการลดภาวะที่เป็นอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยเชิญผู้แทนจากสถาบันยาเสพติดศูนย์รักษามาให้ข้อมูล สรุปผลการพิจารณาการศึกษาได้ ดังนี้

เรื่องของการลดภาวะที่เป็นอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (HARM Reduction) นั้น ไม่ได้เป็นเรื่องของยาเสพติดเพียงอย่างเดียว แต่เป็นเรื่องที่พยายามยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและให้บริการแบบครบวงจร ซึ่งเท่าที่พบแต่ละคนจะมีปัญหาที่แตกต่างกันออกไป และ HARM Reduction จะทำให้คนเข้าถึงบริการและเมื่อถึงจุดหนึ่งอันตรายจากการใช้ยาก็จะลดลง เรื่องการติดเชือก็จะลดลง จนถึงจุดหนึ่งจะพบว่าคนๆ นั้นต้องการที่จะหยุดยา แล้วก็จะสามารถเลิกได้ ซึ่งตรงจุดนี้มีหลายประเทศที่ประสบความสำเร็จเกี่ยวกับการลดจำนวนการติดเชื้อ HIV รวมถึงจำนวนผู้เสียชีวิตด้วย

ในเรื่องเกี่ยวกับยาเสพติดนั้น ทางสถาบันยาเสพติดศูนย์รักษาก็ได้ดำเนินการศึกษามานานแล้ว ซึ่งสถานการณ์ในขณะนี้ยังสามารถแก้ไขได้แต่ต้องปรับกระบวนการคิดแบบใหม่ โดยแยกเฮโรอีนและยาบ้าออกจากกัน ดังนี้



๑. ยาบ้าถูกผลิตขึ้นมาเป็นเวลา ๑๐ ปีแล้ว เพื่อใช้เป็นยารักษาโรคไม่ว่าจะเป็นโรคหอบหรือโรคอื่น ๆ ขนาดของยาที่ใช้ขนาดจะขึ้นอยู่กับแพทย์เป็นผู้สั่ง เพื่อใช้รักษาโรค หลังจากนั้นได้มีการเปลี่ยนโครงสร้างเป็นยาเสพติด และเปลี่ยนชื่อจากยาม้าเป็นยาบ้า เพื่อให้หน้ากลัวและต่อมาได้กลายเป็นยาเสพติดชนิดหนึ่ง ซึ่งในการแก้ไขปัญหา ควรนำยาเสพติดชนิดนี้กลับมาเป็นยารักษาโรคเหมือนเดิม มีการควบคุมการนำเข้า และตั้งผู้ที่แอบเสพยาอยู่ให้เข้ามา ลงทะเบียน และพบแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อเป็นการบำบัดและควบคุมการนำเข้าให้อยู่ในภาวะที่ไม่เป็นอันตราย เช่น ๑๐ - ๕๐ มิลลิกรัม ซึ่งถือเป็นแนวทางหนึ่งที่จะสามารถแก้ไขปัญหาการนำเข้ายาเสพติดได้

๒. เฮอร์อีน ใช้หลักการเดียวกับยาบ้า แล้วมาควบคุมให้ลดขนาดการนำเข้าลงอย่างถูกต้อง ซึ่งข้อดีของ HARM Reduction คือ เมื่อผู้ใช้ยาเกิดความรู้สึกไว้วางใจ ผู้ที่บำบัดรักษา คน ๆ นั้นก็จะให้ข้อมูลที่ถูกต้องและมีที่พึ่งพา ซึ่งถือเป็นการแก้ไขปัญหาได้อีกทางหนึ่ง

## การพิจารณาศึกษาเกี่ยวกับเครื่องดื่มและผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสม ของกาเฟอีนจากเดิม ๕๐ มิลลิกรัม เป็น ๘๐ มิลลิกรัมต่อ หน่วยบรรจุ จากผู้ประกอบการผลิตเพื่อจำหน่าย

คณะกรรมการอาหารฯ ได้พิจารณาศึกษาเกี่ยวกับเครื่องดื่มและผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกาเฟอีนจากเดิม ๕๐ มิลลิกรัม เป็น ๘๐ มิลลิกรัมต่อหน่วยบรรจุ จากผู้ประกอบการผลิตเพื่อจำหน่าย โดยเชิญผู้แทนจากสำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา มาให้ข้อมูล สรุปผลการพิจารณาศึกษาได้ ดังนี้

ตามที่บริษัท ทีซี ฟาร์มาซูติคอลล จำกัด ได้ขอให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาพิจารณาเพิ่ม ปริมาณกาเฟอีนในเครื่องดื่มที่ผสมกาเฟอีนจาก ๕๐ มิลลิกรัมต่อหน่วยบรรจุเป็น ๘๐ มิลลิกรัมต่อหน่วยบรรจุ และ คณะกรรมการอาหารฯ ได้มอบให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจัดตั้งคณะทำงานพิจารณาศึกษาวิจัยข้อมูล กาเฟอีนให้ครอบคลุมผลิตภัณฑ์ที่มีกาเฟอีน ตลอดจนประเมินความเสี่ยงในการบริโภคเพื่อเสนอให้คณะกรรมการ อาหารฯใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณามาตรการบริหารจัดการความเสี่ยง

ทั้งนี้ คณะกรรมการอาหารฯ ได้พิจารณาประเด็นดังกล่าวในการประชุมรวม ๒ ครั้ง ครั้งแรกมีมติให้เพิ่ม กาเฟอีนในเครื่องดื่มที่ผสมกาเฟอีนไม่เกิน ๘๐ มิลลิกรัมต่อหน่วยบรรจุได้ หากตรวจสอบข้อมูลแล้วสรุปได้ว่ากาเฟอีน ธรรมชาติไม่แตกต่างจากกาเฟอีนสังเคราะห์ ครั้งต่อมาได้มีมติสรุปว่ากาเฟอีนสังเคราะห์และกาเฟอีนธรรมชาตินั้น ให้ผลไม่แตกต่างกัน และให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยานำผลการประชุมเสนอรัฐมนตรีว่าการกระทรวง สาธารณสุขสั่งการตามแต่จะเห็นสมควร และเนื่องจากเรื่องนี้ไม่มีมติที่เกี่ยวข้องของหลายเรื่อง จึงให้รวบรวมมติที่เกี่ยวข้อง ทั้งหมด รวมทั้งความเห็นแย้งมาพิจารณาให้รอบคอบอีกครั้งหนึ่ง

ต่อมาคณะกรรมการอาหารฯ ได้พิจารณาข้อคิดเห็นของมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค บริษัท ทีซี ฟาร์มาซูติคอลล จำกัด และบริษัทไอสดอก จำกัด รวมทั้งนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งยังไม่เห็นสมควรที่จะให้มีการเพิ่มปริมาณกาเฟอีนในเครื่องดื่มผสมกาเฟอีน เนื่องจากรัฐบาลชุดปัจจุบันมีนโยบายที่จะส่งเสริมสุขภาพของ ประชาชน เพื่อป้องกันการเกิดโรคตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการคุ้มครองผู้บริโภค ฉะนั้นการ เพิ่มปริมาณกาเฟอีนในเครื่องดื่มดังกล่าวจึงนับเป็นการดำเนินงานที่สวนทางกับนโยบายด้านสุขภาพของรัฐบาล ตลอดจนอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้บริโภคได้

คณะกรรมการอาหารฯ พิจารณาแล้วมีมติรับทราบนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขที่ไม่ให้ มีการเพิ่มปริมาณกาเฟอีนในเครื่องดื่มผสมกาเฟอีนตามเหตุผลข้างต้น ดังนั้นจึงไม่มีการพิจารณาเพิ่มปริมาณกาเฟอีน จาก ๕๐ มิลลิกรัมต่อหน่วยบรรจุ เป็น ๘๐ มิลลิกรัมต่อหน่วยบรรจุ และเห็นควรยุติการพิจารณาในเรื่องดังกล่าว



# การพิจารณาศึกษาเรื่องโรคซาร์ส

สืบเนื่องจากการระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (Severe Acute Respiratory Syndrome : SARS) คณะกรรมการฯ จึงเชิญผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข มาให้ข้อมูล โดยสรุปผลการพิจารณาศึกษาได้ ดังนี้

ตามข้อมูลการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตด้วยโรคดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๔๕ ถึงวันที่ ๗ เมษายน ๒๕๔๖ มีรายงานผู้ป่วยจาก ๑๘ ประเทศ จำนวน ๒,๖๐๑ ราย เสียชีวิต ๘๘ ราย เมืองและประเทศที่องค์การอนามัยโลกแจ้งเป็นพื้นที่ติดโรค (Affected area) ได้แก่ จีน เวียดนาม สิงคโปร์ แคนาดา โดยมีรายงานผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตที่พบมาก ดังนี้

จีน	มีผู้ป่วย	๑,๒๖๘	ราย	เสียชีวิต	๕๓	ราย
ฮ่องกง	มีผู้ป่วย	๘๘๓	ราย	เสียชีวิต	๒๓	ราย
เวียดนาม	มีผู้ป่วย	๖๒	ราย	เสียชีวิต	๔	ราย
สิงคโปร์	มีผู้ป่วย	๑๐๖	ราย	เสียชีวิต	๖	ราย
แคนาดา	มีผู้ป่วย	๘๐	ราย	เสียชีวิต	๙	ราย

ทั้งนี้ จากรายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงทั่วประเทศ ของกระทรวงสาธารณสุขพบว่ามีผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็นทั่วประเทศ จำนวน ๘๕ ราย และได้ติดตามสอบสวนพบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นโรคดังกล่าว จำนวน ๗ ราย เสียชีวิต ๒ ราย ทุกรายเป็นผู้เดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาดของโรคโดยเป็นชาวต่างชาติ ๓ ราย ชาวไทย ๔ ราย ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้มีมาตรการในการดำเนินงานต่างๆ ดังนี้

๑. จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง เพื่อประสานงานติดตามสถานการณ์และการดำเนินงานควบคุมโรคอย่างใกล้ชิด
๒. ติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์โรคทั้งในและต่างประเทศอย่างใกล้ชิด
๓. เร่งรัดการเฝ้าระวังโรคภายในประเทศ โดยแจ้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลทุกแห่ง ทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศดำเนินการเฝ้าระวัง
๔. ออกประกาศกฎกระทรวง
๕. เพิ่มมาตรการเฝ้าระวังโรคในกลุ่มผู้เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด
๖. จัดทำเอกสารแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไปและประชาชนกลุ่มต่างๆ
๗. ให้ข้อมูลเผยแพร่ความรู้สำหรับประชาชนผ่านสื่อต่างๆ
๘. เตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศทั้งภาครัฐและเอกชน
๙. ขอความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ในภาครัฐและเอกชนเพื่อดำเนินการมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันการเกิดโรคระบาด อาทิ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ โรงแรม สถานที่ท่องเที่ยว ฯลฯ เป็นต้น

## ข้อเสนอแนะสำหรับประชาชน ดังนี้

๑. หลีกเลี่ยงการเดินทางไปยังประเทศที่เป็นพื้นที่ที่เป็นเขตระบาดของโรค ได้แก่ สาธารณรัฐประชาชนจีน และฮ่องกง สาธารณรัฐสิงคโปร์ สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม และได้หวัน
๒. กรณีที่จำเป็นต้องเดินทางไปในพื้นที่ที่เป็นเขตระบาดของโรค ให้หลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้ที่มีการไอหรือจาม หลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีประชาชนแออัด
๓. หากมีอาการของไข้หวัด เช่น มีไข้สูง ๓๘ - ๔๐ องศาเซลเซียส ไอ ปวดเมื่อยตามตัว เจ็บคอ ให้รีบปรึกษาแพทย์
๔. สร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง เพื่อป้องกันเชื้อโรคไม่ให้เข้าสู่ร่างกายได้ง่าย



ข้อพึงระวัง การใช้หน้ากากอนามัยที่ทำจากกระดาษและผ้า จะป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคจากการไอหรือจามไม่ให้ไปสู่ผู้อื่น แต่ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อทางการหายใจหรือการสัมผัสใกล้ชิดกับตัวผู้ป่วยได้เด็ดขาด ต้องใช้หน้ากาก N ๙๕ หรือ N ๑๐๐ แทน

อนึ่ง จากสถานการณ์การระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงดังกล่าว คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ร่วมกับ คณะกรรมการการคลัง การธนาคารและสถาบันการเงิน วุฒิสภา, คณะกรรมการการต่างประเทศ วุฒิสภา, คณะกรรมการการท่องเที่ยว วุฒิสภา, คณะกรรมการการแรงงานและสวัสดิการสังคม วุฒิสภา และการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย ได้จัดการสัมมนาเรื่อง “ประเทศไทยปลอดซาร์ส : ยุทธศาสตร์ชาติสู่โลก” ขึ้นเมื่อวันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๔๖ ณ ห้องวิเทศสโมสร กระทรวงการต่างประเทศ สรุปผลการสัมมนาได้ ดังนี้

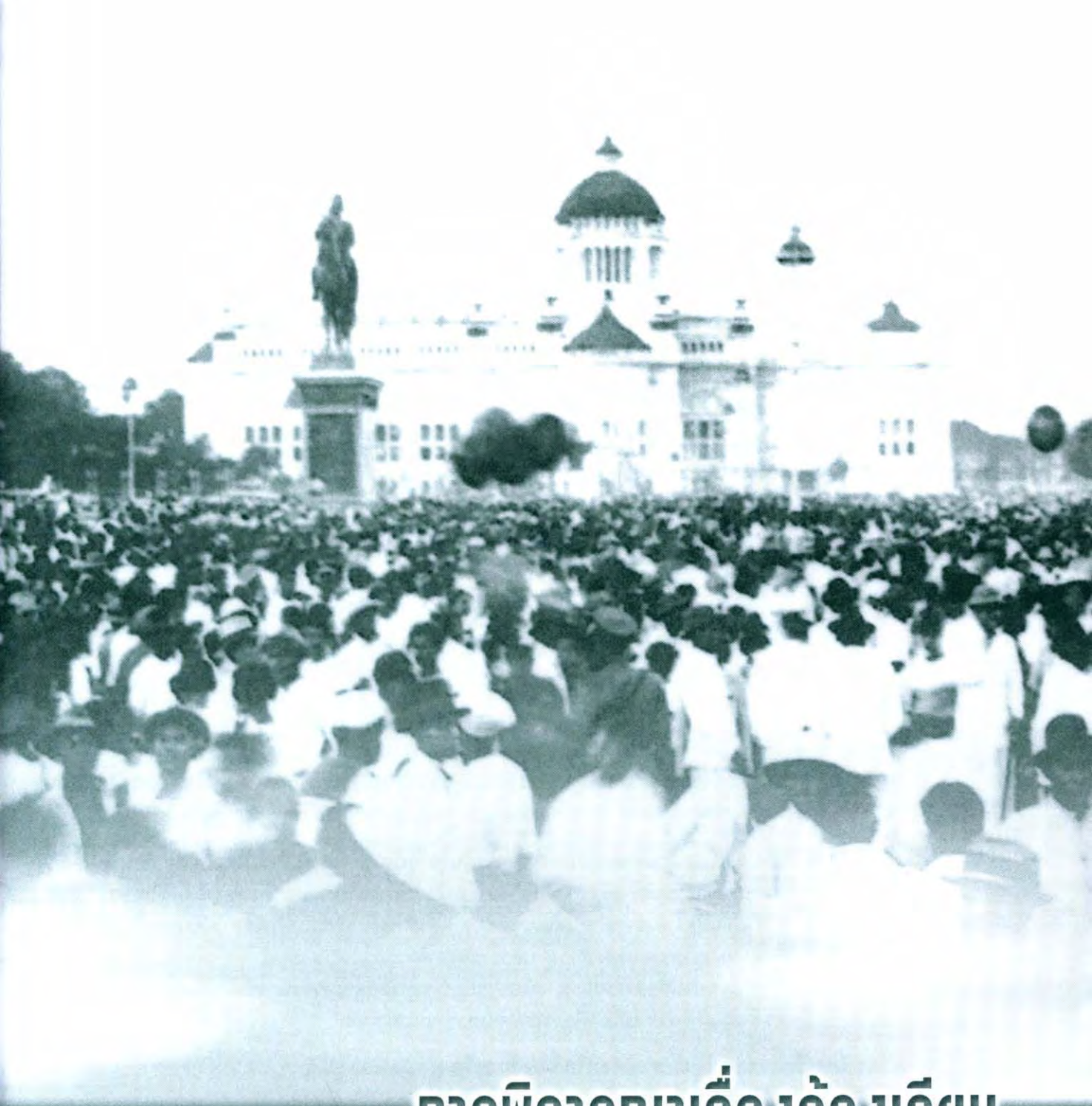
ความหวาดผวาดต่อโรคซาร์สในรอบ ๕ เดือนที่ผ่านมา ได้สร้างผลกระทบในวงกว้าง โดยเฉพาะการท่องเที่ยวไทยสูญเสียรายได้ถึง ๖๐ เปอร์เซ็นต์ การเกิดผลกระทบในวงกว้างเช่นนี้ ได้กลายมาเป็นบทเรียนที่สำคัญในการศึกษาและหามาตรการในการป้องกันวิกฤตการณ์ในวันข้างหน้าอย่างจริงจัง ในเบื้องต้นในวงสัมมนาได้มีความเห็นสอดคล้องกันดังนี้

ประการแรกคือ การสร้างค่านิยมใหม่ โดยเฉพาะส่วนที่ได้รับความเสียหายจากโรคซาร์ส เป็นต้นว่าการท่องเที่ยวและธุรกิจที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการท่องเที่ยว เดิมประเทศไทยมีความพยายามอย่างมากที่จะดึงดูดนักท่องเที่ยวให้เข้ามาเที่ยวและใช้จ่ายใช้สอยในประเทศให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยปราศจากการคัดกรองที่ดี นับจากนี้ไปการท่องเที่ยวในประเทศไทยจะไม่เน้นปริมาณอีกต่อไปแต่จะคัดกรองนักท่องเที่ยวที่มีคุณภาพให้มาท่องเที่ยวในแหล่งท่องเที่ยวที่มีคุณภาพ

ในยุคของความปลอดภัยสำคัญกว่าความสนุกสนาน เดิมความหมายของความปลอดภัยในชีวิตจำกัดความเพียงแค่อาชญากรรม การก่อการร้ายและภารกิจเสี่ยงภัยอื่น ๆ แต่ไม่ได้รวมความถึงเรื่องสุขอนามัยด้วย ภายหลังวิกฤติซาร์สทำให้หลายฝ่ายตระหนักและต้องการสร้างค่านิยมใหม่เพื่อคุ้มครองป้องกันมนุษย์มากขึ้น

ประการต่อมาคือการดำเนินการต่าง ๆ ควรมีการร่วมมือกันในระดับนานาชาติ การแปลแนวความคิดสู่ภาคปฏิบัติ ภายใต้ยุทธศาสตร์นี้ต้องมีองค์การระหว่างประเทศให้ความร่วมมืออย่างใกล้ชิด เนื่องจากวิกฤติการณ์หรือเหตุการณ์ใด ๆ ก็แล้วแต่ที่เกิดขึ้นในโลกย่อมส่งผลกระทบไม่ทางตรงก็ทางอ้อมต่อประเทศอื่นเสมอ เพื่อสร้างความปลอดภัยที่ยั่งยืนและขณะเดียวกันต้องสร้างความพร้อมในการรับมือกับเหตุการณ์ที่ไม่อาจคาดคิดที่จะเกิดขึ้นในอนาคตด้วย





**การพิจารณาเรื่องร้องเรียน  
และการตรวจสอบงานด้านสาธารณสุข  
ที่มีผลกระทบต่อประชาชน**

# การพิจารณาเรื่องร้องเรียนทางด้านการบริหาร ในทางการแพทย์และการสาธารณสุข

โดย คณะอนุกรรมการพิจารณาเรื่องร้องเรียนทางด้านการบริหารในทางการแพทย์และการสาธารณสุข

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๘๙ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐ ประกอบกับข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๔๔ ข้อ ๘๒ วรรคสี่ และข้อ ๘๓ วรรคหนึ่ง ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาเรื่องร้องเรียนทางด้านการบริหารในทางการแพทย์และการสาธารณสุขขึ้น เมื่อวันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๔๕ เพื่อพิจารณาเรื่องร้องเรียนทางด้านการบริหารในทางการแพทย์และการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ และสามารถอำนวยความสะดวกแก่ประชาชน โดยคณะอนุกรรมการคณะนี้ประกอบด้วย

- |                                |                                   |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| ๑. พลโท ปัญญา อยู่ประเสริฐ     | ประธานคณะอนุกรรมการ               |
| ๒. นายวิจิตร มโนสิทธิศักดิ์    | รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่หนึ่ง |
| ๓. นายประศักดิ์ ณ กาฬสินธุ์    | รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่สอง   |
| ๔. ร้อยตรี บำเรอ ธาระเขตต์     | อนุกรรมการ                        |
| ๕. นายพินัย โกษะสุเพชร         | อนุกรรมการ                        |
| ๖. นายวิชัย สติมัย             | อนุกรรมการ                        |
| ๗. นางสาวนันทนา เครือหงส์      | อนุกรรมการ                        |
| ๘. นายเสมอ กาฬภัคดี            | อนุกรรมการและเลขานุการ            |
| ๙. นางธิติมา นาคผจญ            | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ     |
| ๑๐. นายจักรกฤษณ์ ประสิทธิเมตต์ | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ     |

## หลักเกณฑ์ กระบวนการในการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ

### ที่มาของเรื่องร้องเรียน

๑. ร้องเรียนผ่านคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา คือ มีผู้ร้องเรียนเป็นหนังสือหรือด้วยวาจาไปที่คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา หรือประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยตรง
๒. ร้องเรียนผ่านวุฒิสภาหรือประธานวุฒิสภา คือ มีการร้องเรียนไปที่วุฒิสภาหรือประธานวุฒิสภา แล้วมีการส่งเรื่องหรือมอบหมายให้คณะกรรมการการสาธารณสุข พิจารณาเรื่องร้องเรียน
๓. ร้องเรียนผ่านสื่อสารมวลชน หรือปรากฏข่าวทางสื่อสารมวลชน เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ และวิทยุโทรทัศน์ ฯลฯ ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจ หรือกระทบต่อประชาชนและสังคม

### เรื่องร้องเรียนและผู้ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องร้องเรียน

๑. ผู้ร้องเรียน แบ่งเป็น
  - ร้องเรียนโดยมีตัวตนจริงและระบุชื่อผู้ร้องเรียน
  - ผู้ร้องเรียนโดยใช้ชื่อปลอมหรืออ้างชื่อผู้อื่นร้องเรียน
  - ผู้ร้องเรียนโดยไม่ระบุชื่อ (บัตรสนเท่ห์)
๒. ผู้ถูกร้องเรียน แบ่งเป็น
  - เจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือส่วนราชการหรือหน่วยงานของรัฐ
  - สภาวิชาชีพหรือหน่วยงานในกำกับของรัฐ
  - เอกชนซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุม กำกับดูแล ของหน่วยงานของรัฐหรือตามกฎหมาย หรือผู้ที่ต้องปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมายเกี่ยวกับการแพทย์และการสาธารณสุข เช่น สถานพยาบาลเอกชน ผู้ประกอบโรคศิลปะ ร้านขายยา ฯลฯ
๓. เรื่องร้องเรียน (เมื่อตรวจสอบแล้ว) แบ่งเป็น
  - เรื่องจริงทั้งหมด
  - เรื่องเท็จทั้งหมด หรือเป็นเรื่องใส่ร้ายป้ายสี
  - เรื่องจริงกับเรื่องไม่จริง ปนกัน



## กรอบและแนวทางการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการ

### ๑. หลักการในการสอบสวนหรือศึกษา เรื่องที่ร้องเรียน

๑.๑ พิจารณาตรวจสอบหรือศึกษาโดยให้อยู่ภายใต้อำนาจหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายจาก

คณะกรรมการการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่ทุกฝ่ายทั้งผู้ร้องเรียน ผู้ถูกร้องเรียน และเพื่อให้เกิดความ  
ผาสุกของประชาชน

๑.๒ พิจารณาตรวจสอบข้อมูลต่าง ๆ อย่างละเอียดรอบคอบ ทั้งนี้ อาจเชิญผู้ร้องเรียน ผู้ถูกร้องเรียน

ผู้เกี่ยวข้อง หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มาให้ข้อมูลหรือชี้แจงข้อเท็จจริงในเรื่องที่เกี่ยวข้องหรือในเรื่องที่ได้ดำเนินการไป  
แล้วหรือยังไม่ได้ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่

๑.๓ กระบวนการตรวจสอบนั้น ต้องพิจารณาตรวจสอบให้ได้ความจริงโดยต้องแก้ก่อนที่จะดำเนินการ

การต่อไป และไม่ควรมุ่งดำเนินการซ้ำซ้อนกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีการตรวจสอบแล้ว แต่ควรนำข้อมูลจากหน่วยงานอื่นที่  
ได้ตรวจสอบข้อเท็จจริงไว้แล้ว มาใช้ประกอบในการพิจารณาด้วย

๑.๔ กรณีใดที่ทำการตรวจสอบพิจารณาแล้วยังไม่มีความชัดเจนเพียงพอ อาจจะมีมอบหมายให้

คณะทำงาน ไปตรวจสอบข้อเท็จจริงหรือลงไปหาข้อมูลในพื้นที่ด้วยก็ได้

๑.๕ เรื่องร้องเรียนในลักษณะที่เป็นบัตรสนเท่ห์ หากเรื่องใดมีรายละเอียดของข้อมูลต่าง ๆ โดยระบุ

พยานหลักฐานกรณีแวดล้อมชัดเจน ตลอดจนระบุพยานบุคคลแน่นอน ควรจะรับไว้พิจารณา แต่หากไม่มีข้อมูลใด ๆ  
ก็ไม่ควรนำมาพิจารณา ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงขวัญและกำลังใจของผู้ถูกร้องเรียน กรณีที่เรื่องร้องเรียนไม่เป็นความจริงด้วย

### ๒. ขั้นตอนการดำเนินการสอบสวนหรือศึกษาเรื่องที่ร้องเรียน

#### ๒.๑ กลั่นกรองเรื่องและเตรียมข้อมูล

เมื่อได้รับเรื่องร้องเรียนมาแล้ว ให้ฝ่ายเลขานุการ คือ อนุกรรมการและเลขานุการ และ

อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ ประสานหาข้อมูลเป็นการภายในก่อน

หากเรื่องใดฝ่ายเลขานุการเห็นว่าสมควรจะขอข้อมูล เอกสารหลักฐาน หรือขอข้อเท็จจริง

จากผู้เกี่ยวข้อง หรือจากส่วนราชการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มารวบรวมไว้ก่อนที่จะเสนอเรื่องให้คณะอนุกรรมการ

พิจารณา ให้ฝ่ายเลขานุการปรึกษาหารือกับประธานคณะอนุกรรมการ เพื่อทำหนังสือเสนอให้ประธานคณะ

กรรมการการสาธารณสุขพิจารณาลงนามในหนังสือ ขอข้อมูล เอกสารหลักฐาน และข้อเท็จจริงดังกล่าว

#### ๒.๒ พิจารณาเรื่องร้องเรียน

ฝ่ายเลขานุการ นำเรื่องร้องเรียนและข้อมูลต่าง ๆ เสนอให้ที่ประชุมคณะอนุกรรมการ

พิจารณา กรณีที่เรื่องใดเป็นเรื่องที่ปรากฏเป็นข่าวทางสื่อสารมวลชนและเป็นเรื่องที่สำคัญ กระทั่งต่อส่วนรวม แม้จะ  
ยังไม่มีการร้องเรียน อนุกรรมการอาจหยิบยกนำมาปรึกษาหารือ หรือเสนอที่ประชุมว่าสมควรจะพิจารณาตรวจสอบ  
หรือไม่ก็ได้

คณะอนุกรรมการ พิจารณาว่าจะรับเรื่องที่ร้องเรียนไว้พิจารณาหรือไม่

● กรณีที่ผู้ร้องเรียนมีตัวตนจริง หรือเรื่องที่ร้องเรียนกรณีมีมูล และสามารถทำการตรวจสอบ  
ข้อมูลได้ ก็สมควรรับเรื่องไว้พิจารณาต่อไป

● กรณีที่เป็นบัตรสนเท่ห์ซึ่งไม่มีรายละเอียดของข้อมูล อาจให้ความสำคัญน้อยลงเนื่องจาก  
ไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลได้ แต่ถ้าหากเป็นบัตรสนเท่ห์ซึ่งมีรายละเอียดของข้อมูล

ต่าง ๆ โดยระบุพยานหลักฐานกรณีแวดล้อมชัดเจน ตลอดจนระบุพยานบุคคลแน่นอน  
ก็ควรรับไว้พิจารณา

พิจารณาเรื่องที่ได้รับไว้พิจารณา ว่าสมควรดำเนินการตรวจสอบอย่างไรบ้าง เช่น

● เชิญผู้ร้องเรียน ผู้ถูกร้องเรียน ผู้เกี่ยวข้อง หรือส่วนราชการ / หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มา  
ให้ข้อมูลหรือชี้แจงข้อเท็จจริง หรือให้ส่งเอกสารหลักฐาน

● เรื่องใด ที่มีหน่วยงานอื่นดำเนินการตรวจสอบอยู่แล้ว ให้ขอข้อเท็จจริงหรือขอเอกสาร  
หลักฐาน มาประกอบการพิจารณาด้วย

● หากพิจารณาแล้วเห็นว่าข้อมูลที่ได้รับมานั้นยังไม่เพียงพอ อาจเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องมาให้  
ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงเพิ่มเติม หรือมอบหมายให้คณะทำงานเพื่อไปดำเนินการหา  
ข้อมูลโดยตรงหรือลงไปตรวจสอบหรือหาข้อมูลในพื้นที่ด้วยก็ได้



## ๒.๓ สรุปและรายงานผลการสอบสวนหรือศึกษา

□ รับฟังข้อเท็จจริงจากผู้ร้องเรียน ผู้ถูกร้องเรียน ผู้เกี่ยวข้อง และส่วนราชการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับพยานหลักฐานต่าง ๆ

□ สรุปข้อเท็จจริง จากการสอบสวนหรือศึกษาในเรื่องที่ร้องเรียน พร้อมเสนอความเห็นข้อสังเกต และข้อเสนอแนะ ของคณะอนุกรรมการ แล้วรายงานผลการสอบสวนหรือศึกษา ให้คณะกรรมการการสาธารณสุขทราบและพิจารณาตามที่เห็นสมควร

### ผลการดำเนินงานเกี่ยวกับการพิจารณาเรื่องร้องเรียน

คณะอนุกรรมการพิจารณาเรื่องร้องเรียนทางด้านบริหารในทางการแพทย์และการสาธารณสุข ได้รับเรื่องร้องเรียนไว้พิจารณา จำนวน ๑๓ เรื่อง โดยมีการพิจารณาจากหนังสือร้องเรียนและโดยการเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องมาชี้แจงข้อเท็จจริงต่อที่ประชุมคณะอนุกรรมการฯ แล้วรายงานผลการพิจารณาต่อที่ประชุมคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เพื่อพิจารณาและดำเนินการต่อไป อนึ่ง กรณีเรื่องร้องเรียนซึ่งไม่มีความซับซ้อน คณะกรรมการการสาธารณสุขจะพิจารณาโดยตรง ซึ่งสามารถสรุปผลการดำเนินงานเกี่ยวกับการพิจารณาเรื่องร้องเรียนแต่ละเรื่องได้ดังนี้

#### ๑. เรื่องร้องเรียนขอความเป็นธรรมกรณีถูกกลั่นแกล้งจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ

ตามที่คณะกรรมการการมีส่วนร่วมของประชาชน วุฒิสภา ได้รับเรื่องร้องเรียนจากเจ้าของผู้ผลิตอาหารถูกกลั่นแกล้งจากเจ้าหน้าที่ของรัฐเกี่ยวกับการผลิตอาหารผิดมาตรฐาน และพิจารณาเห็นว่าเรื่องดังกล่าวอยู่ในอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ตามบัญชีอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการสามัญประจำวุฒิสภาท้ายข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๔๔ ที่จะพิจารณาศึกษาและสอบสวน จึงได้ส่งเรื่องมายังคณะกรรมการการสาธารณสุขเพื่อพิจารณาดำเนินการตามหนังสือที่ ๔๑๓๑ / ๒๕๔๕ วุฒิสภา ลงวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๔๕

**ผลการดำเนินการ** คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้พิจารณาเรื่องดังกล่าวแล้วเห็นว่า เป็นเรื่องเกี่ยวกับข้อกฎหมายระหว่างเจ้าของผู้ผลิตอาหารกับกระทรวงสาธารณสุข จึงได้ทำหนังสือถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ขอให้ตรวจสอบข้อเท็จจริง แล้วแจ้งผลการดำเนินการให้คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ทราบด้วย ผลการตรวจสอบปรากฏว่า พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ ปฏิบัติหน้าที่ตามขั้นตอนของกฎหมายเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคตามอำนาจหน้าที่อย่างถูกต้อง ไม่ปรากฏ หลักฐานว่ามีเจตนากลั่นแกล้งผู้ร้องเรียน ซึ่งเป็นเจ้าของผู้ผลิตอาหารรายนี้แต่อย่างใด

#### ๒. เรื่องร้องเรียนจากชมรมผู้ได้รับผลกระทบจากภัยเอชไอวีแห่งประเทศไทย

ตามหนังสือร้องเรียนลงวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๕ ขอให้ช่วยเหลือผู้ป่วยติดเชื้อ HIV และญาติที่ได้รับการละเมิดสิทธิมนุษยชนที่ประสงค์รักษาที่คลินิกบ้านบางปะกง เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์วี-๑

**ผลการดำเนินการ** คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้พิจารณาเรื่องร้องเรียนดังกล่าวแล้ว โดยได้ดำเนินการดังนี้

๑. ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ข้อมูลและข้อพิจารณาจากกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์วี-๑ ว่ามีคุณสมบัติประการใดในการบำบัดรักษาโรคเอชไอวี

๒. ได้รับหนังสือตอบชี้แจงจากกระทรวงสาธารณสุข ในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์วี-๑ ว่าได้รับการพิจารณาและอนุญาตเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ทั้งนี้ในกรณีผู้ประกอบการได้รับอนุญาตผลิตเพื่อจำหน่ายอาหาร จะไม่สามารถโฆษณาหรือกล่าวอ้างสรรพคุณในการบำบัดรักษาโรคได้

๓. คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้มีหนังสือถึงประธานชมรมผู้ได้รับผลกระทบจากภัยเอชไอวีแห่งประเทศไทย เพื่อชี้แจงข้อมูลและการพิจารณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์วี-๑ แล้ว

#### ๓. เรื่องร้องเรียน ขอความเป็นธรรมกรณีปิดโรงพยาบาลเอกชน

ตามหนังสือร้องเรียนลงวันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๔๕ ขอความเป็นธรรมเกี่ยวกับการออกข่าวปิดโรงพยาบาลเอกชน เมื่อวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๔๕ ซึ่งผู้ประกอบการเห็นว่าไม่เป็นธรรมกับชื่อเสียงของโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลได้ปิดทำการตั้งแต่เดือนกันยายน ๒๕๔๔ และไม่ได้ต่อใบอนุญาตจัดตั้งและดำเนินการ ดังนั้น จึงไม่สามารถดำเนินการได้อยู่แล้ว ซึ่งเห็นว่าไม่มีเหตุอันควรต้องออกข่าวปิดโรงพยาบาลดังกล่าว เนื่องจากเหตุการณ์ได้ผ่านมาเป็นเวลาเกือบ ๑ ปีแล้ว จึงได้ทำหนังสือร้องเรียน ขอความเป็นธรรมมายังคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เพื่อพิจารณารับทราบและหาแนวทาง ให้ความเป็นธรรมแก่โรงพยาบาลต่อไป



**ผลการดำเนินการ** คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าเรื่องร้องเรียนดังกล่าวอยู่ในอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง จึงได้ประสานเรื่องให้กระทรวงสาธารณสุขพิจารณาหาแนวทางดำเนินการต่อไป แล้วแจ้งผลการดำเนินการให้คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ทราบด้วย

#### ๔. เรื่องร้องเรียน ร้องขอความเป็นธรรมให้กับครอบครัว “ม่วยมา”

ตามหนังสือร้องเรียนลงวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๔๕ กล่าวถึงเหตุการณ์เสียชีวิตของนางสาว ศิริภรณ์ ม่วยมา อายุ ๑๗ ปี ณ ซาลิตคลินิก เลขที่ ๙๖ / ๖ ถนนราชเชียงใหม่ ตำบลหายยา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อวันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๔๕ เวลา ๐๓.๐๐ นาฬิกา และขอความเป็นธรรมให้ครอบครัว “ม่วยมา”

**ผลการดำเนินการ** คณะอนุกรรมการพิจารณาเรื่องร้องเรียนทางด้านบริหารในทางการแพทย์และการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้พิจารณาเรื่องร้องเรียนดังกล่าวแล้ว รายงานต่อคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ซึ่งได้สรุปประเด็นปัญหาต่างๆ ตั้งเป็นข้อสังเกตดังนี้

๑. ในประเด็นเกี่ยวกับระบบการช่วยชีวิต จะต้องมียุปกรณ์ทุกอย่างพร้อมที่จะใช้งานได้ และต้องมีบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำการผ่าตัดได้มากกว่า ๒ คน รวมทั้งคณะที่จะช่วยแพทย์ในห้องผ่าตัดนั้น ควรเป็นคณะที่มีความรู้ในเรื่องการใช้อายัด มีไม่ใช่เป็นเพียงผู้ช่วยพยาบาลที่คอยส่งเครื่องมือให้แพทย์เท่านั้น

๒. แพทย์ทุกคนควรมีจริยธรรม และสามัญสำนึกในฐานะเป็นแพทย์ ถือเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุดในการป้องกันและแก้ไขปัญหาต่างๆ ส่วนประเด็นในการออกคำสั่ง หรือกฎระเบียบต่างๆ ของหน่วยงานของรัฐที่มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบ ควรเป็นไปในลักษณะกว้างๆ ไม่ควรเข้มงวดในรายละเอียดมากเกินไป

๓. ในการดำเนินการตรวจพิสูจน์ศพนั้น แพทย์ที่ทำการตรวจพิสูจน์ควรมีการประสานความร่วมมือกันในลักษณะต่างๆ เพื่อให้การตรวจพิสูจน์ในแต่ละพื้นที่ไม่เกิดความซ้ำซ้อนกัน

๔. ในการดำเนินการขั้นตอนต่างๆ ของแต่ละหน่วยงาน ควรมีการแจ้งให้ฝ่ายผู้เสียหายทราบเป็นระยะๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ขณะนี้การดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนดังกล่าวอยู่ระหว่างกระบวนการพิจารณาในชั้นศาล ในส่วนข้อสังเกตของคณะกรรมการการสาธารณสุขจะได้ออกหมายเรียกผู้เสียหายที่เกี่ยวข้องทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป



#### ๕. เรื่องร้องเรียนขอให้พิจารณาศึกษาการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ .. (พ.ศ. ....) เรื่องมาตรฐานการให้บริการสัลยกรรมตกแต่งในสถานพยาบาล

ตามหนังสือร้องเรียนลงวันที่ ๙ มกราคม ๒๕๔๖ ขอให้คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา พิจารณาศึกษาและเสนอให้มีการทบทวนการจัดทำร่างประกาศฯ ดังกล่าว

**ผลการดำเนินการ** คณะอนุกรรมการพิจารณาเรื่องร้องเรียนทางด้านบริหารในทางการแพทย์และการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าควรดำเนินการศึกษาในเบื้องต้นก่อน โดยได้ดำเนินการดังนี้

๑. ทำหนังสือจากประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ถึงกระทรวงสาธารณสุข เพื่อขอให้ส่งร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ .. (พ.ศ. ....) พร้อมทั้งชี้แจงข้อเท็จจริงประกอบ

๒. ได้รับหนังสือตอบชี้แจงจากกระทรวงสาธารณสุข พร้อมทั้งสิ่งที่ส่งมาด้วยคือร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุข สรุปความได้ว่า ร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ .. (พ.ศ. ....) ซึ่งขอให้มีการทบทวนนั้น มีใช้เป็นการบังคับที่เสนอรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาให้ความเห็นชอบ และได้ส่งร่างประกาศฯ ฉบับที่ ถูกต้องมาให้ทราบด้วยแล้ว พร้อมทั้งชี้แจงว่า การออกประกาศกระทรวงดังกล่าวเป็นการดำเนินการอย่างเปิดเผย โดยมีตัวแทนผู้ประกอบการวิชาชีพทุกสาขาเข้าร่วมพิจารณา รวมทั้งจะได้เชิญผู้ร้องเรียนไปร่วมประชุมเพื่อพิจารณาเรื่องดังกล่าวอีกครั้งหนึ่ง

#### ๖. เรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบของผู้อำนวยการโรงพยาบาลของรัฐ

ตามหนังสือร้องเรียนลงวันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๖ ขอให้คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา พิจารณาตรวจสอบกรณีผู้อำนวยการโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งมีปัญหาเรื่องการบริหารและการจัดการซึ่งเป็นการประพฤติมิชอบในหน้าที่ราชการ

**ผลการดำเนินการ** คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าเรื่องร้องเรียนดังกล่าวอยู่ในอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง จึงได้ทำหนังสือถึงปลัดกระทรวงสาธารณสุขขอให้ตรวจสอบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ถูกร้องเรียน แล้วแจ้งผลการดำเนินการให้คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ทราบเพื่อจะได้ดำเนินการต่อไป

## ๗. เรื่องร้องขอการสนับสนุนทุนแพทย์เฉพาะทางผิวหนัง

ตามหนังสือร้องขอฯ ด่วนมากที่ ๑๐๔๔ / ๒๕๔๖ ลงวันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๖ ขอให้คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา พิจารณาดำเนินการประสานกับกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาหาแนวทางแก้ไข การขาดแคลน แพทย์เฉพาะทางผิวหนัง ของโรงพยาบาลจังหวัดราชบุรี ซึ่งในปัจจุบันมีแพทย์เฉพาะทางผิวหนังเพียง ๑ คน ไม่เพียงพอต่อการมารับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ซึ่งมีจำนวนประมาณวันละ ๗๐ - ๑๐๐ คน ส่งผลให้การบริการงานทำหัตถการด้านผิวหนังขาดประสิทธิภาพ และงานดังกล่าวเป็นงานที่มีความสำคัญต่อการศึกษา ภาควิชาของนักศึกษาแพทย์ด้วย

**ผลการดำเนินการ** คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้พิจารณาเรื่องดังกล่าวแล้วเห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญเร่งด่วนที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนผู้เจ็บป่วยจำนวนมาก และเป็นการสร้างบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางผิวหนังเพิ่มขึ้นเพื่อช่วยให้การบำบัดรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงได้ทำหนังสือถึงกระทรวงสาธารณสุข ขอให้พิจารณาหาแนวทางดำเนินการแก้ไขต่อไป

## ๘. เรื่องร้องเรียน กรณีผู้ให้บริการทางการแพทย์มีความประพฤติไม่เหมาะสมและไร้จรรยาบรรณแพทย์

ตามที่คณะกรรมการการมีส่วนร่วมของประชาชน วุฒิสภา ได้รับเรื่องร้องเรียนจากประธานกลุ่มพิทักษ์ผลประโยชน์ประชาชน กรณีผู้อำนวยการโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งมีพฤติกรรมรุนแรง และไม่เหมาะสมในการปฏิบัติหน้าที่และพิจารณาเห็นว่าเรื่องดังกล่าวอยู่ในอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ การสาธารณสุข วุฒิสภา ที่จะกระทำการพิจารณาสอบสวน ตามบัญชีอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการสามัญประจำวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๔๔ จึงได้ส่งเรื่องมายังคณะกรรมการการสาธารณสุข เพื่อพิจารณาดำเนินการตามหนังสือ ลงวันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๔๖

**ผลการดำเนินการ** คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้พิจารณาเรื่องดังกล่าวแล้วเห็นว่าเป็นเรื่องร้องเรียนให้มีการสอบสวนเอาผิดทางวินัย จรรยาบรรณแพทย์ จึงได้ทำหนังสือถึงปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขอให้ตรวจสอบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ถูกร้องเรียน แล้วแจ้งผลการดำเนินการให้คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ทราบด้วย ผลการตรวจสอบปรากฏว่า ผู้ถูกร้องเรียนได้ถูกลงโทษ ว่ากล่าวตักเตือนเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว

## ๙. เรื่องร้องเรียนของผู้ให้บริการ

ตามหนังสือร้องเรียนของสมาคมโรงพยาบาลเอกชนที่ ๑๑๔ / ๒๕๔๖ ลงวันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๔๖ เรื่องสมาชิกของสมาคมโรงพยาบาลเอกชนได้รับความเดือดร้อนจากความไม่ถูกต้องเป็นธรรมจากสำนักงานกองทุนเงินทดแทน ตามประเด็น ดังนี้

๑. การตัดจ่ายค่าให้บริการอย่างไม่มีหลักเกณฑ์
๒. การจัดทำสำมะโนราคา (ราคากลาง) โดยไม่มีการปรึกษาหารือกับผู้ให้บริการ (เอกชนให้บริการอยู่ ๘๐ %)
๓. ไม่มีตัวแทนโรงพยาบาลเอกชนอยู่ในคณะกรรมการ

**ผลการดำเนินการ** คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้พิจารณาเรื่องร้องเรียนดังกล่าวแล้ว โดยได้ดำเนินการ ดังนี้

๑. ทำหนังสือเชิญผู้ที่เกี่ยวข้อง เข้าร่วมประชุมกับคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เพื่อชี้แจงข้อมูลและแสดงความคิดเห็นประกอบการพิจารณา
๒. คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้รับหนังสือจากสำนักงานประกันสังคมชี้แจงกรณีข้อร้องเรียนของสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ในรายละเอียดประเด็นปัญหามาให้ทราบอีกครั้งหนึ่ง
๓. คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้ทำหนังสือถึงนายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ชี้แจงข้อมูลกรณีข้อร้องเรียนดังกล่าวตามหนังสือที่ได้รับจากสำนักงานประกันสังคม สรุปความได้ว่า สำนักงานประกันสังคมได้ทำสัญญาประกันภัยกับสถานพยาบาลซึ่งประสงค์รับลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน และเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลกับสำนักงานประกันสังคม ข้อตกลงการเป็นสถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน (ภาคเอกชน) ข้อ ๑๕ และยืนยันว่าสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนสามารถขอทบทุนการวินิจฉัยของพนักงานเจ้าหน้าที่ได้ตามนัยของเงื่อนไขดังกล่าว ซึ่งมีสถานพยาบาลขอทบทุนค่ารักษาพยาบาลอยู่ตลอดเวลา



## ๑๐. เรื่องร้องเรียน กรณีการคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิเป็นกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามหนังสือร้องเรียนของสหพันธ์องค์กรผู้บริโภค ที่ สอ.บ.๐๒๙ / ๒๕๔๖ ลงวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๔๖ ให้ตรวจสอบข้อเท็จจริงกรณีการคัดเลือก และสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้มีการสรรหาไปเรียบร้อยแล้ว แต่มีข้อทักท้วงในองค์ประกอบของกฎหมายจนเป็นเหตุให้มีการคัดเลือกกันใหม่อีกครั้งหนึ่ง

**ผลการดำเนินการ** คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้มีมติให้ตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาสอบสวนการสรรหาและการคัดเลือกกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น คณะหนึ่งเพื่อพิจารณาตรวจสอบข้อเท็จจริงว่าเป็นไปตามหลักเกณฑ์ตามข้อกฎหมายหรือไม่ คณะอนุกรรมการฯ ได้พิจารณาแล้วรายงานต่อคณะกรรมการการสาธารณสุข โดยแสดงความเห็นว่า ผู้ได้รับผลกระทบนั้นสามารถฟ้องร้องไปยังศาลปกครองได้โดยตรง อย่างไรก็ตาม ประเด็นปัญหานี้ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา สามารถเสนอเป็นญัตติหรือตั้งกระทู้ถามรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขต่อที่ประชุมวุฒิสภาได้ในขั้นตอนต่อไป

## ๑๑. เรื่องร้องเรียนกรณีราษฎรเดือดร้อนในการรักษาพยาบาล

ตามหนังสือร้องเรียน ลงวันที่ ๒๙๔ / ๒๕๔๖ ลงวันที่ ๑๐ มิถุนายน ๒๕๔๖ ขอให้คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ดำเนินการเสนอข้อมูลต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรับทราบข้อเดือดร้อนของประชาชน กรณีมีผู้ป่วยหนักที่ไปเข้ารับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐแล้วทางโรงพยาบาลแจ้งว่าไม่มีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการบำบัดรักษาโรค เนื่องจากไม่มีงบประมาณเพียงพอ ในการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ดังกล่าว

**ผลการดำเนินการ** คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า เป็นเรื่องสำคัญเร่งด่วน ที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนผู้เจ็บป่วยจำนวนมาก จึงได้ดำเนินการศึกษาข้อเท็จจริงเบื้องต้น ซึ่งปรากฏว่าทางโรงพยาบาลมีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการบำบัดรักษาโรคอยู่แล้ว แต่อยู่ระหว่างส่งซ่อม นอกจากนี้ยังมีครุภัณฑ์ใหญ่ ๆ อีกหลายรายการที่เริ่มชำรุด แต่ขาดงบประมาณในการบำรุงรักษา และบางรายการจำเป็นต้องได้รับการเปลี่ยนแล้ว แต่ทางโรงพยาบาลยังขาดงบประมาณในการจัดซื้อครุภัณฑ์ใหม่ ซึ่งปัญหาและอุปสรรคทั้งหลายนี้ คณะกรรมการการสาธารณสุขพิจารณาเห็นว่าควรจะได้รับการแก้ไขโดยด่วน จึงทำหนังสือถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรับทราบปัญหาดังกล่าวเพื่อพิจารณา หาแนวทางดำเนินการแก้ไขต่อไป

## ๑๒. เรื่องร้องขอข้อมูลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล

ตามที่คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เดินทางไปเยือนและศึกษาดูงานด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ณ สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ (รัฐดูไบ) ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๒๑ มิถุนายน ๒๕๔๖ นั้น ในระหว่างการพบปะสนทนากับผู้บริหารของโรงพยาบาลราชิด ได้กล่าวถึงกรณีที่ประชาชนชาวสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์เคยเดินทางเข้ามาเข้ารับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพฯ และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอีก ๔๐% จึงได้ร้องขอให้คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยต่างชาติ ซึ่งทางโรงพยาบาลคิดเพิ่มขึ้นอีก ๔๐% ว่าเป็นค่าใช้จ่ายประเภทใดบ้าง

**ผลการดำเนินการ** คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า เพื่อเป็นการติดต่อประสานให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนในกรณีดังกล่าว จึงได้ทำหนังสือถึงโรงพยาบาลเอกชนที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความอนุเคราะห์ให้ช่วยชี้แจงข้อมูลรายละเอียดโดยทำหนังสือตอบเป็นภาษาอังกฤษถึงผู้บริหารโรงพยาบาลราชิด ผ่านทางคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ซึ่งขณะนี้คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้รับหนังสือตอบชี้แจงจากโรงพยาบาลเอกชนแล้ว และได้ทำหนังสือถึงปลัดกระทรวงการต่างประเทศ เพื่อติดต่อประสานไปยังโรงพยาบาลราชิด สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ทราบและดำเนินการต่อไป

## ๑๓. เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ผู้ป่วยล่าช้ามาก

ตามหนังสือร้องทุกข์จากราษฎรบ้านทุ่งโกน ตำบลหนองฮี อำเภอลำปาง จังหวัดนครพนม ลงวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๔๖ กล่าวถึงการได้รับบริการการรักษาพยาบาลล่าช้ามาก โดยได้เข้ารับการรักษาโรคปวดศีรษะข้างเดียวอย่างรุนแรง และอาการปวดลูกตาจากโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งเป็นเวลา ๑ ปี มาแล้ว อาการของโรคยังไม่ดีขึ้น และแพทย์นัดไปตรวจอีกหลายครั้งก็ไม่พบสาเหตุของโรค จนต่อมาปรากฏว่ามีอาการหนักขึ้นถึงขั้นตาบอดหนึ่งข้าง การเคลื่อนไหวไม่สะดวกต้องอาศัยผู้อื่นช่วยพยุง อย่างไรก็ตามได้แสดงความเห็นว่าแพทย์และพยาบาลผู้ทำการรักษา



เป็นผู้มีอศยาศัยไมตรีอันดี แต่เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์มีไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย จึงทำให้มีปัญหारे่อง การให้บริการล่าช้ามาก เป็นเหตุให้อาการเจ็บป่วยของผู้ร้องเรียนทรุดหนักมากขึ้นกว่าเดิม

**ผลการดำเนินการ** คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้พิจารณาเรื่องดังกล่าวแล้วเห็นว่าเป็นข้อเดือดร้อนของประชาชนเกี่ยวกับการบริหารจัดการในทางการแพทย์ อันอยู่ในอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง จึงได้ทำหนังสือถึงปลัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้น หากผลปรากฏว่าผู้ร้องเรียนได้รับความเดือดร้อนจริง ก็ขอให้กระทรวงสาธารณสุขหาแนวทางแก้ไขกรณีดังกล่าวโดยด่วน และแจ้งผลการดำเนินการให้คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ทราบด้วย

## การพิจารณากรณีผลกระทบจากการปนเปื้อนของสารตะกั่ว บริเวณลุ่มแม่น้ำแม่กลองตอนบนลำห้วยคลิตี้

คณะกรรมการฯ ได้เชิญผู้แทนจากกรมควบคุมมลพิษ และกรมการแพทย์ มาให้ข้อมูล โดยสรุปผลการพิจารณาได้ ดังนี้

๑. **กรมควบคุมมลพิษ** ได้ชี้แจงว่ากรมควบคุมมลพิษได้ดำเนินการตรวจสอบและติดตามผลการดำเนินการฟื้นฟูห้วยคลิตี้ เมื่อวันที่ ๒ - ๘ ธันวาคม ๒๕๔๓ พบว่าปริมาณสารตะกั่วปนเปื้อนตะกอนดินท้องน้ำมีค่าเพิ่มขึ้น สันนิษฐานได้ว่าเกิดจากการขุดลอกตะกอนดินริมฝั่งเพื่อนำไปฝังกลบ ทำให้เกิดการฟุ้งกระจายของตะกอนดิน และเกิดการกัดเซาะตะกอนดินริมฝั่งลงไปสะสมในลำห้วย ทางกรมควบคุมมลพิษจึงต้องวางแผนงานอย่างระมัดระวัง โดยทำการสำรวจให้ชัดเจนถึงบริเวณที่จะขุดลอก

กรมควบคุมมลพิษ ได้ดำเนินการออกแบบรายละเอียดหลุมฝังกลบตะกอนดิน จำนวน ๖ แห่งแล้ว ขณะนี้อยู่ระหว่างรอการรับรองมาตรฐานและความถูกต้องจากสมาคมวิศวกรรมสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย

๒. **กรมการแพทย์** ได้ชี้แจงถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหามลพิษจากสารตะกั่วหมู่บ้านคลิตี้ล่างว่า คณะเจ้าหน้าที่กรมอนามัยและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ได้เดินทางไปเยี่ยมชาวบ้านโดยมีกิจกรรมที่สำคัญคือ การเปิดใช้ระบบประปาภูเขาในหมู่บ้านอย่างเป็นทางการ เพื่อให้ชาวบ้านมีน้ำใช้ในการอุปโภคบริโภค โดยปราศจากการปนเปื้อนของสารตะกั่ว นอกจากนั้นยังมีการติดป้ายเตือนไม่ให้ชาวบ้านจับปลาหรือกินน้ำในห้วย และให้ชาวบ้านชุดบ่อเพื่อเลี้ยงปลาเอง

กรมการแพทย์มีแผนดำเนินการระยะยาวอันเนื่องเกี่ยวกับการวินิจฉัยและรักษาผู้สัมผัสสารตะกั่ว ดังนี้

- ทำการศึกษาวิจัยเพื่อติดตามความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับตะกั่วในเลือดกับการพัฒนาการของเด็กอายุ ๐ - ๖ ปี ในหมู่บ้าน เปรียบเทียบกับเด็กที่อื่น
- จัดทำแนวทางการให้ยาลดระดับตะกั่วในเด็กอายุระหว่าง ๐ - ๑๕ ปี
- ทบทวนแนวทางการวินิจฉัยภาวะพิษตะกั่วชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ที่เคยจัดทำไว้เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๑ ทั้งในกลุ่มผู้สัมผัสสารตะกั่วที่เป็นเด็กและผู้ใหญ่

### ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการฯ

๑. ในประเด็นของลำห้วยคลิตี้ จะเห็นว่าชาวบ้านยังไม่ค่อยพอใจในการให้การรักษาพยาบาล ดังนั้นกรมการแพทย์ ควรดำเนินการในเรื่องนี้อย่างดีที่สุด

๒. ควรจัดให้มีการเสวนาทางวิชาการ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องชัดเจน เนื่องจากยังมีปัญหาความเข้าใจทางสังคมที่คลาดเคลื่อนอยู่

### ผลการดำเนินงาน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี เป็นตัวแทนรับมอบเงินจากบริษัทตะกั่วคอนเซนเทรต จำกัด จำนวนเงิน ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งล้านบาทถ้วน) เมื่อวันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๔๔ ณ ห้องรับรองพิเศษ ชั้น ๒ อาคารรัฐสภา ๒ เพื่อนำมามอบให้กับตัวแทนชาวบ้านที่ได้รับความเดือดร้อน โดยมีคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดยนายประสิทธิ์ พิฑูรกิจจ่า ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ร่วมเป็นสักขีพยานในพิธีรับมอบเงินดังกล่าว



# การพิจารณากรณีผลกระทบจากเสียงรบกวนของ เรือหางยาวในคลองบางกอกน้อย

คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาเรื่องร้องเรียนกรณีผลกระทบจากเสียงรบกวนของเรือหางยาว ในคลองบางกอกน้อย โดยเชิญผู้แทนจากกรมเจ้าท่ามาให้ข้อมูล สรุปผลการพิจารณาได้ ดังนี้

ในกรณีนี้ทางกรมเจ้าท่าได้รับการร้องเรียนมาเป็นเวลานานแล้ว ไม่เฉพาะคลองบางกอกน้อยแต่ได้รวมไปถึงคลองอื่นๆ ด้วย ทางกรมเจ้าท่าจึงได้ดำเนินการดังนี้

๑. ออกแบบบังคับให้เจ้าของเรือ เปลี่ยนเอาเครื่องยนต์มาไว้ตรงกลางลำ เพื่อช่วยลดเสียงรบกวนลง รวมทั้งเป็นการลดอุบัติเหตุด้วย เนื่องจากเมื่อเปลี่ยนเอาเครื่องยนต์ไปไว้ตรงกลางลำแล้ว ผู้ที่ขับเรือจะต้องย้ายไปขับทางด้านหน้า ซึ่งจะทำให้ระบบกลไกของเรือลดความเร็วลง และช่วยในเรื่องวิสัยทัศน์ของผู้ขับเรือด้วย

๒. ตามประกาศของคณะปฏิวัติได้กำหนดให้ เรือหางยาวมีเสียงดังไม่เกิน ๑๐๐ เดซิเบล ซึ่งหากพิจารณาดูจะเป็นเกณฑ์ที่สูงเกินไป ในขณะที่ทางกรมเจ้าท่ากำลังดำเนินการพิจารณาหาหลักเกณฑ์ใหม่ที่เหมาะสมเพื่อลดปัญหาเสียงดังของเครื่องยนต์ลง

๓. ออกกฎหมายเรือแล่นเร็ว
๔. ติดประกาศเตือนเขตทางเดินเท้าและถนน
๕. ส่งเรือออกลาดตระเวน เพื่อเป็นการป้องปราม

## แนวทางการกำหนดโทษ

๑. หากตรวจพบครั้งแรกจะทำการตักเตือนให้ไปดำเนินการแก้ไขใหม่
๒. หากตรวจพบครั้งที่ ๒ จะทำการยึดใบอนุญาตเรือ

## ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการฯ

๑. กรมเจ้าท่าควรติดต่อกับสถาบันการเงิน เพื่อออกเงินกู้ยืมระยะยาวให้กับผู้ประกอบการเดินเรือ เพื่อนำมาใช้เป็นเงินทุนในการดัดแปลงเรือ
๒. ควรขอกำลังสนับสนุนจากตำรวจน้ำในการออกตรวจจับเรือ ที่มีเสียงดังเกินกำหนด
๓. หน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบควรดำเนินการแก้ไขปัญหามิฉะนั้นกรณีดังกล่าวอย่างจริงจัง

## การพิจารณากรณีการป้องกันและแก้ไขปัญหา จากการทำศัลยกรรมตกแต่งที่ไม่ได้มาตรฐาน

คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาศึกษากรณีการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการทำศัลยกรรมตกแต่งที่ไม่ได้มาตรฐาน โดยเชิญผู้แทนจากแพทยสภามาให้ข้อมูล โดยสรุปผลการพิจารณาได้ ดังนี้

ในขณะนี้แพทยสภาได้รับการร้องเรียนเป็นจำนวนมาก เกี่ยวกับการรักษาของแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมศาสตร์ ได้รับการร้องเรียนมากที่สุด ซึ่งในการดำเนินการของทางแพทยสภาหลังจากได้รับการร้องเรียนนั้น ทางแพทยสภาจะดำเนินการทุกเรื่องอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง ซึ่งขั้นตอนในการพิจารณาจะละเอียดรอบคอบมาก โดยจะมีคณะกรรมการยุติธรรม ซึ่งเป็นแพทย์อาวุโสที่รับผิดชอบทางด้านนี้ ๕ ท่าน พิจารณาเรื่องแล้วนำเสนอกรรมการแพทยสภาองค์คณะใหญ่ จำนวน ๓๘ คน นั่งพิจารณาทั้งหมดในภาพรวมก่อนจะตัดสินว่าคดีนั้นๆ เป็นอย่างไร หากมีมูลจะส่งเรื่องให้คณะกรรมการสอบสวนอีกคณะหนึ่ง ประมาณ ๕- ๗ คน พิจารณาอีกครั้งหนึ่ง และก่อนจะมีการลงโทษต้องได้รับความเห็นชอบจากราชวิทยาลัยรวมทั้งที่ปรึกษากฎหมาย ส่วนการลงโทษจะรุนแรงขนาดไหนนั้น จะต้องนำเรื่องเข้าหารือในกรรมการแพทยสภาอีกครั้งหนึ่งเป็นครั้งสุดท้ายจึงจะมีการตัดสิน จะเห็นว่ากระบวนการดังกล่าวค่อนข้างใช้เวลานาน แต่เพื่อความรอบคอบจึงต้องมีการพิจารณาอย่างถี่ถ้วน



ในส่วนของคลินิกหรือสถานพยาบาลที่เปิดบริการอยู่นั้น แพทย์สภาไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องสถานพยาบาลเลย สำนักงานสถาบันพัฒนาคุณภาพและกองการประกอบโรคศิลปะ ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ดูแลตามกฎหมายแล้วทางแพทย์สภาจะดูแลเฉพาะสมาชิกแพทย์ที่ไปประกอบวิชาชีพเวชกรรมเท่านั้น นอกจากนี้ในกฎหมายได้ระบุไว้ชัดเจนว่า ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลจะต้องเป็นแพทย์ หากผู้ที่ดำเนินการสถานพยาบาลมิใช่แพทย์จะถือว่าผิดกฎหมาย เป็นเรื่องที่เจ้าหน้าที่ตำรวจต้องจับกุม

สำหรับแนวทางในการแก้ไขปัญหาจากการทำศัลยกรรมตกแต่งที่ไม่ได้มาตรฐานนั้น ในขณะนี้แพทย์สภาได้ประสานกับกระทรวงสาธารณสุขในการร่วมมือกันตรวจตราสถานพยาบาลที่ดำเนินกิจการด้านศัลยกรรมตกแต่งทุกแห่ง ให้ปฏิบัติอย่างถูกต้องตามพระราชบัญญัติประกอบโรคศิลปะ หากผู้ใดฝ่าฝืนต้องถูกลงโทษตามบทบัญญัติของกฎหมาย โดยไม่มีการละเว้น

## การพิจารณากรณีเด็กตกเตียงเสียชีวิต ณ โรงพยาบาลลาดพร้าว

สืบเนื่องจากที่มีข่าวเผยแพร่ตามสื่อต่าง ๆ กรณีเด็กตกเตียงเสียชีวิต ณ โรงพยาบาลลาดพร้าว นั้น ปรากฏว่าบุคคลทั่วไปได้ให้ความสนใจในกรณีดังกล่าวเป็นอย่างมากทางคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยนายวิรพงศ์ สกลกิจวัฒน์ ประธานคณะกรรมการ และนางมาลินี สุขเวชชวรกิจ ประธานที่ปรึกษาคณะกรรมการ จึงได้เดินทางไปตรวจสอบข้อเท็จจริง ณ โรงพยาบาลลาดพร้าว พร้อมทั้งเชิญผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดพร้าว และเจ้าหน้าที่ตำรวจที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อเท็จจริงในกรณีดังกล่าวด้วยนั้น ปรากฏผลดังนี้

เด็กชายคนดังกล่าว อายุประมาณ ๑ ปี ๖ เดือน มีอาการไม่สบายเป็นไข้หวัด และต้องได้รับการพินยาอยู่ตลอดเวลา จึงมาเข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลลาดพร้าว ในการนี้ทางโรงพยาบาลเกรงว่าหากจัดให้เด็กนอนเตียงเฉพาะสำหรับเด็กแล้ว จะทำให้เด็กสามารถปีนตกลงมาได้ จึงจัดให้เด็กนอนพักบนเตียงสำหรับผู้ใหญ่ และได้นำผ้ามวมมาวางขวางกันทางด้านข้างไว้เพื่อกันไม่ให้เด็กตกลงมาได้ นอกจากนี้บนเตียงยังมีที่เลี้ยงเด็กนอนกันอีกด้านหนึ่งไว้ด้วย ทั้งนี้ทางโรงพยาบาลยังมีพยาบาลที่เข้าเวรคอยเข้ามาดูแลภายในห้องอยู่เป็นระยะ ซึ่งครั้งล่าสุดที่พยาบาลได้เข้าไปตรวจดูนั้น เวลาประมาณ ๒๒.๐๐ นาฬิกา เหตุการณ์ยังเป็นปกติไม่มีอะไรผิดปกติเกิดขึ้น ต่อมาเมื่อพยาบาลเดินเข้าไปดูอีกครั้งในเวลาประมาณ ๐๑.๐๐ นาฬิกา พบว่า ที่เลี้ยงเด็กได้นำผ้ามวมที่กันไว้มาหมักคลุม ส่วนตัวเด็กห้อยอยู่ข้างเตียง โดยขาดตกลงมา และศีรษะติดอยู่กับกรงเหล็กที่สุดท้ายของเตียง จึงได้นำเด็กขึ้นมาแล้วนำไปปฐมพยาบาล แต่ปรากฏว่าเด็กเสียชีวิตแล้ว

ทั้งนี้จากการตรวจชันสูตรของเจ้าหน้าที่ตำรวจพบว่า เด็กเสียชีวิตจากการขาดอากาศ ซึ่งการเสียชีวิตในลักษณะนี้ สภาพศพที่เสียชีวิตในที่เกิดเหตุ จะเป็นตัวชี้บ่งถึงเหตุแห่งการเสียชีวิตมากกว่าการตรวจศพ จากเหตุการณ์ดังกล่าวคณะกรรมการฯ ได้ตั้งข้อสงสัยถึงความเป็นไปได้ของการเสียชีวิตในลักษณะดังกล่าว

นอกจากนี้ได้มีผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมต่อที่ประชุม ดังนี้

การเสียชีวิตในลักษณะนี้ยังไม่เคยปรากฏมาก่อน ซึ่งโดยปกติทั่วไปนั้น ไม่ได้มีกฎระเบียบกำหนดว่าเด็กจะต้องนอนบนเตียงอย่างไร ซึ่งบางโรงพยาบาลจะจัดให้เด็กนอนบนเตียงเด็กคนเดียวแล้วนำตาข่ายมาคลุมเตียงไว้เพื่อป้องกันไม่ให้เด็กตกลงมาข้างล่าง แต่ในบางโรงพยาบาลจะให้เด็กนอนบนเตียงผู้ใหญ่ โดยมีผู้ใหญ่นอนอยู่ด้วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกรตกลงกันระหว่างโรงพยาบาลกับผู้ปกครองเด็ก

ในส่วนการดำเนินการของแพทย์สภานั้น ไม่สามารถลงโทษแพทย์ผู้ทำการรักษาพยาบาลเด็กได้ เนื่องจากไม่ใช่เรื่องเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล แต่เป็นหน้าที่ในการตรวจสอบข้อเท็จจริงของเจ้าหน้าที่ตำรวจ และกองประกอบโรคศิลปะ





**การพิจารณาศึกษาเรื่องอื่น ๆ**  
**ที่เกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุข**

# การดำเนินงานโครงการฝึกอบรมด้านโรคเอดส์และสุขอนามัย วัยเจริญพันธุ์ ในองค์การบริหารส่วนตำบลให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใน ๑๑ จังหวัด และบทบาทภารกิจขององค์การสมาชิกรัฐสภา แห่งเอเชียด้านประชากรและการพัฒนา (AFPPD) รวมทั้งการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับรัฐสภาไทย

บทบาทและภารกิจขององค์การสมาชิกรัฐสภาแห่งเอเชียด้านประชากรและการพัฒนา (AFPPD) รวมทั้งการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับรัฐสภาไทย

องค์การสมาชิกรัฐสภาแห่งเอเชียด้านประชากรและการพัฒนา (AFPPD) เป็นองค์กรประสานงานของคณะกรรมการสมาชิกรัฐสภาแห่งชาติด้านประชากรและการพัฒนา โดยองค์การมีหน้าที่ให้ความร่วมมือ ระหว่างคณะกรรมการสมาชิกรัฐสภาแห่งชาติในทวีปเอเชียและแถบแปซิฟิก

องค์การได้ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ.๒๕๒๔ จากการประชุม ณ กรุงปักกิ่ง ประเทศจีน และที่ตั้งของสำนักงานอยู่ที่ประเทศอินเดีย ต่อมา องค์การได้ย้ายสำนักงานประจำมายังประเทศไทย โดยทำงานร่วมกับคณะกรรมการสมาชิกรัฐสภาด้านสาธารณสุข คณะกรรมการแห่งชาติ และคณะอนุกรรมการด้านโรคเอดส์ องค์การได้รับการสนับสนุนหลักจากกองทุนประชากรสหประชาชาติ (UNFPA) กองทุนการเงินญี่ปุ่น (Japan Trust Fund) สหพันธ์การวางแผนครอบครัวต่างประเทศ (IPPF) และมูลนิธิ Hewlett Foundation ของประเทศสหรัฐอเมริกา

ทั้งนี้ องค์การประกอบด้วยคณะกรรมการแห่งชาติ ๒๐ แห่งในปัจจุบัน โดยมีแผนการทำงานในระดับประเทศ ภาครัฐ ภูมิภาค และในระดับนานาชาติในเรื่องของประชากร อนามัยการเจริญพันธุ์ ความปลอดภัยด้านอาหาร แหล่งทรัพยากรน้ำ การขยายตัวของชุมชนเมือง การอพยพ โรคเอดส์ และการขจัดความรุนแรงต่อสตรีโดยมีจุดประสงค์ในการช่วยเหลือสมาชิกรัฐสภาในเรื่องของแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนา การทบทวนกฎหมาย การวางนโยบาย การขึ้นนำโครงการ และการระดมทรัพยากร

องค์การมีความสัมพันธ์กับคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา แห่งประเทศไทยในฐานะที่คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เป็นคณะกรรมการแห่งชาติแห่งประเทศไทยขององค์การ นับแต่ครั้ง ดร.ประสพ รัตนากร ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ซึ่งในขณะนั้นเป็นสมาชิกผู้บริหารขององค์การ โดยดำรงตำแหน่งเป็นเลขาธิการขององค์การ และในปัจจุบัน แพทย์หญิงมาลินี สุขเวชชวรกิจ ประธานที่ปรึกษาคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา แห่งประเทศไทย ได้ดำรงตำแหน่งเป็นเลขาธิการขององค์การ

ในปัจจุบัน AFPPD ร่วมกับคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา มีแผนโครงการการจัดอบรมให้คำแนะนำผู้นำตำบลเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์และโรคเอดส์ของผู้นำตำบลทั้งหมดจาก ๑๑ จังหวัด ซึ่งเป็นแผนการประสานงานติดตามผลจากโครงการการจัดอบรมให้คำแนะนำผู้นำตำบลเรื่องสุขอนามัยวัยเจริญพันธุ์ และโรคเอดส์ของผู้นำตำบลจาก ๑๑ จังหวัดในก่อนหน้า

## โครงการฝึกอบรมด้านโรคเอดส์และสุขอนามัยวัยเจริญพันธุ์ ในองค์การบริหารส่วนตำบล

กองทุน AFPPD ได้พิจารณามอบหมายเงินให้กับประเทศที่ใช้ระบบการเลือกตั้งเท่านั้น ทาง AFPPD ได้พิจารณาแล้วเห็นควรมอบให้องค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อการพัฒนาเป็นผู้ดำเนินโครงการฝึกอบรมด้านโรคเอดส์และสุขอนามัยวัยเจริญพันธุ์ โดยมอบหมายให้คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เป็นผู้รับผิดชอบให้การสนับสนุนและติดตามการดำเนินโครงการ ซึ่งโครงการดังกล่าวได้ดำเนินการใน ๑๑ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครพนม จังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดปัตตานี จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดลำปาง จังหวัดศรีสะเกษ

จังหวัดกระบี่ จังหวัดสระแก้ว จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดอุดรธานี และจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีงบประมาณ จังหวัดละ ๘๐,๐๐๐ บาท มีการรายงานผลการดำเนินงานทุก ๓ เดือน เมื่อครบกำหนด ๓ ปี โครงการดังกล่าวเป็นไปตามความคาดหมาย และประสบผลสำเร็จ

### บทบาทของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

- สนับสนุนด้านงบประมาณแก่จังหวัดที่มีปัญหาด้านโรคเอดส์
- แต่งตั้งตัวแทน (คณะทำงาน) ประสานในการสนับสนุนงบประมาณ
- ติดตามโครงการต่าง ๆ และให้การสนับสนุนเพิ่มเติมในการแก้ปัญหาโรคเอดส์

### บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบล

- เป็นเจ้าของงบประมาณ
- เสนอโครงการพัฒนาพื้นที่รับผิดชอบ
- ติดตามผลการดำเนินงาน แก้ไขและปรับปรุง

## สาระสำคัญของแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ

พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๔๙

### วิสัยทัศน์

คน ครอบครัว ชุมชน เป็นสังคมเข้มแข็งที่มีคุณภาพ มีภูมิปัญญาและการเรียนรู้ มีความเอื้ออาทรต่อกัน และร่วมกันป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์



### วัตถุประสงค์

- เพื่อให้คน ครอบครัว และชุมชน ร่วมกันป้องกันและลดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์
- เพื่อให้คน ครอบครัว และชุมชน ร่วมกันแก้ไขและลดผลกระทบที่เกิดจากปัญหาเอดส์ในทุกระดับ
- เพื่อสร้างรากฐานของสังคมให้เอื้ออำนวยต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

### เป้าหมาย

- ลดอัตราการความชุกของการติดเชื้อของประชากรวัยเจริญพันธุ์ให้ต่ำกว่าร้อยละ ๑ เมื่อสิ้นสุดแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๔๙
- ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ อย่างน้อยร้อยละ ๘๐ ได้รับการดูแลหรือเข้าถึงระบบบริการทางสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา และสุขภาพขั้นพื้นฐานจากภาครัฐ เอกชน และชุมชนอย่างเหมาะสมและเป็นธรรม
- องค์กรปกครองท้องถิ่น และองค์กรชุมชนทุกแห่ง มีแผนงานและดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

### ยุทธศาสตร์แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๔๙

- การพัฒนาศักยภาพคน ครอบครัว ชุมชน และสภาพแวดล้อมในสังคม เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
- การจัดบริการสุขภาพ และสวัสดิการสังคมเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
- การพัฒนาภูมิปัญญาและการวิจัยเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
- ความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
- การพัฒนาระบบบริหารจัดการแบบองค์รวม เพื่อบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

# การพิจารณาศึกษากรณีสงครามชีวภาพ

คณะกรรมการการได้พิจารณาศึกษากรณีสงครามชีวภาพ โดยเชิญผู้แทนจากกรมควบคุมโรคติดต่อ และ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มาให้ข้อมูล เพื่อเป็นการศึกษาหามาตรการป้องกัน และการเตรียมความพร้อม ในกรณีนี้อาจเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้น ผลการพิจารณาสรุปได้ ดังนี้

๑. การก่อการร้ายทางชีวภาพ (Bioterrorism) หมายถึง การกระทำใด ๆ ที่มีวัตถุประสงค์ในการข่มขู่ คุกคามที่สามารถก่อให้เกิดความตระหนัก หวาดกลัวอย่างกว้างขวาง หรือการประทุษร้ายในรูปแบบต่าง ๆ การก่อ ให้เกิดการระบาดของโรคติดต่อโดยใช้อาวุธชีวภาพ

การก่อการร้ายสากลทางชีวภาพ หมายถึง การก่อการร้ายที่อาวุธชีวภาพอันก่อให้เกิดอันตราย หรือการทำลายล้างประชาชนของประเทศมากกว่า ๑ ประเทศหรือมากกว่า ๑ ดินแดน

๒. อีรากับอาวุธชีวภาพ ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๒๘ ถึงเดือนเมษายน ๒๕๓๔ อีรักได้พัฒนาอาวุธ ชีวภาพขึ้นมามากมายทั้งแอนแทรกซ์ สารพิษโบทูลินุม และ อะพลาท็อกซิน เพื่อใช้เป็นอาวุธชีวภาพระหว่าง สงครามปฏิบัติการพายุทะเลทราย โดยใช้สารชีวภาพที่บรรจุในลูกกระเบิด ๒๐๐ ลูก และบรรจุในหัวจรวดนำวิถี ๒๕ หัวในการปฏิบัติการครั้งนี้ด้วย แต่ปรากฏว่าไม่ได้ผล โดยมีผู้ประเมินว่าปริมาณอาจน้อยเกินไป การทำให้เกิด ละเอียดองฟุ้งกระจายจึงยังไม่ได้ผล

๓. ลักษณะโดยสังเขปของโรคที่น่าสนใจบางโรคที่มนุษย์ป่วยจากอาวุธชีวภาพ คือ บาซิลลัส แอนทราซิส จุลชีพชั้นนำของอาวุธชีวภาพ เนื่องจากบาซิลลัส แอนทราซิส เป็นเชื้อที่สร้างสปอร์ที่ทนทานต่อสภาพ แวดล้อมมากและสามารถติดต่อได้โดยการหายใจเข้าไป รวมทั้งผลิตได้ง่าย ไม่ต้องการโรงงานที่ใหญ่โต แต่ก่อให้เกิด โรคได้รุนแรง อัตราการตายสูงและวินิจฉัยโรคได้ยาก จึงเป็นเชื้อที่มีศักยภาพสูงที่จะนำไปเป็นอาวุธชีวภาพ

๔. โรคแอนแทรกซ์ เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย B. anthracis ซึ่งเป็นเชื้อแท่งติดสีแกรมบวกมีสปอร์ เชื้อ B. anthracis อาศัยอยู่ในดิน เชื้อชนิดนี้แพร่หลายอยู่ทั่วโลก และเมื่อเชื้อนี้เข้าไปอยู่ในตัวคนจะมีลักษณะ เป็นทรงแท่งที่แพร่ขยายจำนวนได้ แต่ถ้าเชื้ออยู่ในสิ่งแวดล้อมจะอยู่ในลักษณะสปอร์ โรคแอนแทรกซ์ มี ๓ ประเภท คือ แอนแทรกซ์ของผิวหนัง แอนแทรกซ์ของระบบทางเดินอาหาร แอนแทรกซ์ของระบบหายใจ

๕. โรคไข้ทรพิษ (smallpox) เมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๐ องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่าได้กำจัดไข้ทรพิษ หมดจากโลกใน พ.ศ. ๒๕๒๓ ไข้ทรพิษที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติจะถูกควบคุมได้ด้วยกลไกภูมิคุ้มกัน เชื้อไข้ทรพิษ สามารถแพร่ไปได้ทางอากาศและทนต่อสิ่งแวดล้อมได้นาน ทำให้สามารถนำไปเป็นอาวุธชีวภาพได้



## การพิจารณาศึกษากรณีการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

คณะกรรมการการได้พิจารณาศึกษากรณีการพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล โดยเชิญผู้แทนจากสถาบัน พัฒนาและรับรองคุณภาพมาให้ข้อมูล เพื่อให้คณะกรรมการฯ ได้ทราบถึงมาตรฐานและหลักเกณฑ์ของการ รับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยสรุปผลการพิจารณาได้ ดังนี้

๑. ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) มีความมุ่งหมายคือ เป็นการกระตุ้นให้ โรงพยาบาลทำในสิ่งที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยการทำงานเป็นทีมและเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

๒. ความเป็นมาของ HA ในประเทศไทย เริ่มจากปี ๒๕๓๘ ถึง ๒๕๓๙ ได้มีการจัดทำมาตรฐาน โรงพยาบาลขึ้น และในปี ๒๕๔๐ ถึง ๒๕๔๓ ทดลองนำมาตรฐานดังกล่าวไปใช้ในโรงพยาบาลนำร่องในลักษณะ การวิจัยและพัฒนา เพื่อกระตุ้นให้เกิดการแสวงหาวิธีการที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลในประเทศไทย

๓. แผนการดำเนินการเพื่อรองรับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการกำหนดเป็น ๓ ขั้นตอนดังนี้

- การทบทวนปัญหาและบริหารความเสี่ยง
- การประกันคุณภาพและการพัฒนาต่อเนื่อง
- การปฏิบัติตามข้อกำหนด HA

๔. การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ มี ๕ เครือข่าย คือ
  - สนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์ความร่วมมือ
  - ร่วมมือกับสมาคมโรงพยาบาลเอกชน เพื่อพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
  - ร่วมกับสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข จัดเครือข่ายการเรียนรู้ในระดับเขต
  - ร่วมกับสำนักส่งเสริมเครือข่ายบริการสุขภาพ จัดอบรมทีมเพื่อนช่วยเพื่อนภายในจังหวัด
  - ร่วมมือกับสถาบันรับรองมาตรฐาน ISO เพื่อช่วยให้โรงพยาบาลที่ได้รับ ISO แล้ว สามารถเข้าสู่การรับรอง HA ได้
๕. การสร้างที่ปรึกษาและผู้เยี่ยมสำรวจ
๖. ในยุทธศาสตร์รวมพลังแผ่นดิน คือการจัดที่ปรึกษาประจำพื้นที่ จังหวัดละ ๑ คน เป็นที่ปรึกษาเข้าไปสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวในการพัฒนาเข้าสู่ลำดับขั้นของการรับรอง

## การพิจารณาศึกษายาทบาทหน้าที่ของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

คณะกรรมการได้พิจารณาศึกษาเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยเชิญผู้แทนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมาให้ข้อมูล สรุปผลการพิจารณาศึกษาได้ ดังนี้

๑. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการกองทุนที่มีคณะกรรมการดูแล โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน
๒. กรอบใหญ่แห่งการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย
  - ชุมชนสุขภาพ ถ้าชุมชนเข้มแข็งทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม สุขภาพ การเรียนรู้ การสื่อสาร ความเป็นธรรม การจัดการจะเป็นชุมชนสุขภาพหรือชุมชนนำอยู่
  - เมืองสุขภาพหรือเมืองนำอยู่ ถ้าเมืองแต่ละเมืองมีคุณลักษณะครบถ้วนจะเป็นเมืองสุขภาพได้
  - สุขภาพในสถานประกอบการและองค์กรต่าง ๆ
  - การพัฒนากำลังคนและสมรรถนะของหน่วยงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ
๓. ลักษณะโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่ สสส. จะสนับสนุน
  - โครงการที่มีเนื้อหามุ่งเน้นในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพอย่างชัดเจน อันอาจเป็นการจัดกิจกรรมรณรงค์ การวิจัย การพัฒนาเครือข่าย การพัฒนาสื่อ การพัฒนาองค์ความรู้
  - มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และมีพื้นฐานขององค์ความรู้
  - ก่อประโยชน์ต่อชุมชนหรือประชาชนอย่างชัดเจน
  - มีการร่วมมือกับองค์กรต่าง ๆ หรือดำเนินงานในลักษณะเครือข่าย
  - สามารถนำไปขยายผลสู่การพัฒนาแบบยั่งยืน
  - มีความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ ภายใต้งบประมาณที่สมเหตุสมผล



## การพิจารณาศึกษาการแปรรูปโรงงานยาสูบ

สืบเนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายจะดำเนินการแปรรูปโรงงานยาสูบ ทางคณะกรรมการฯ จึงพิจารณาศึกษากรณีดังกล่าว เพื่อให้ทราบถึงผลดีและผลเสียที่จะเกิดขึ้น สรุปได้ ดังนี้

หากประเทศไทยจะดำเนินการแปรรูปโรงงานยาสูบให้เป็นเอกชนโดยใช้บริษัทหรือข้ามชาติเข้ามาร่วมลงทุนด้วย จะเกิดผลดีและผลเสียดังนี้

## ผลดี

๑. ประสิทธิภาพของอุตสาหกรรมการผลิตและการตลาดสูงขึ้น
๒. รัชชาติของบุรีดีขึ้นและมีราคาถูกลง
๓. พนักงานของโรงงานยาสูบได้รับการพัฒนาให้มีทักษะและระดับเทคโนโลยีสูงขึ้น
๔. รัฐบาลไทยได้เงินเป็นจำนวนมากเพื่อนำไปชำระหนี้กองทุนการเงินระหว่างประเทศ

## ผลเสีย

๑. ต่อสุขภาพ
  - ประชาชนจะสูบบุหรี่มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเยาวชนและกลุ่มผู้มีรายได้น้อยจะเข้ามาเป็นนักสูบบุหรี่ใหม่เพิ่มขึ้น
  - การเจ็บป่วย พิกัด และเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากบุหรี่จะเพิ่มมากขึ้น
  - ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจะเพิ่มมากขึ้น
๒. ต่อคนงานโรงงานยาสูบ
  - จะมีการเลิกจ้างงานเป็นจำนวนมาก
  - ในอนาคตอาจมีการปิดโรงงาน หากผลทางธุรกิจไม่ดีพอ คนงานจะตกงานทั้งหมด
๓. ต่อชาวไร่ยาสูบ
  - โรงงานของบริษัทบุหรี่ยี่ห้อชาติจะซื้อใบยาของประเทศไทยน้อยลง เพราะส่วนใหญ่จะนำเข้ายาสูบชั้นดีเข้ามาจากสหรัฐอเมริกา
  - ชาวไร่จะตกงานเป็นจำนวนมาก
๔. เกิดวงจรอุบาทว์
  - จะมีการได้รับผลประโยชน์ตอบแทนเป็นจำนวนมากเพื่อแลกกับสิทธิที่จะได้เข้ามาลงรากฐานการผลิต
๕. การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ไม่สัมฤทธิ์ผล



นอกจากนี้คณะกรรมการฯ ได้เชิญผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการคลังมาให้ข้อมูลในประเด็นดังกล่าว เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการฯ ในการจัดสัมมนาเรื่อง “รัฐควรแปรรูปโรงงานยาสูบหรือไม่” อีกครั้งหนึ่งสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

จากผลประกอบการของโรงงานยาสูบในระยะ ๔-๕ ปีที่ผ่านมา ปรากฏว่ายอดขายตกลงเรื่อยมาตามข้อตกลงของ AFTA ในปี ๒๕๔๕ กำแพงภาษีของบุหรี่ยะลดลงเหลือ ๕ เปอร์เซ็นต์ และในอนาคตมีแนวโน้มที่จะลดลงเหลือ ๐ เปอร์เซ็นต์ ดังนั้นสถานการณ์ทางด้านภาษีภายในประเทศในปัจจุบันถ้าโรงงานยาสูบประกอบการดำเนินงานในรูปแบบเดิมต่อไป ยอดขายภายในประเทศจะยังคงเดิม สัดส่วนการขายจะลดน้อยลงเพราะกำแพงภาษีหายไป บุหรี่ยี่ห้อจากต่างประเทศจะเข้ามาแข่งขันมากขึ้น เนื่องจากโรงงานยาสูบอยู่ในสถานะเป็นรัฐวิสาหกิจ เป็นส่วนหนึ่งของกระทรวงการคลัง ซึ่งแต่งตั้งโดยมติคณะรัฐมนตรีมิได้เป็นนิติบุคคล ที่ผ่านมาทางโรงงานยาสูบได้มีนโยบายเพื่อให้เป็นนิติบุคคลเพื่อที่จะรักษาสัดส่วนการขายหรือดำเนินการทางธุรกิจของโรงงานยาสูบได้ต่อไป ทั้งนี้ โรงงานยาสูบต้องปรับปรุงประสิทธิภาพโรงงานซึ่งมีความจำเป็นต้องระดมเงินทุนเพื่อที่จะสร้างโรงงานผลิตบุหรี่ซึ่งสถานที่ผลิตเดิมเสื่อมโทรมมิได้มีการเปลี่ยนแปลงมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน โดยได้มีการวางแผนดำเนินการสร้างใหม่ที่แม่โจ้

ในอดีตถึงปัจจุบันโรงงานยาสูบมีรายได้ส่งให้กระทรวงการคลัง ๘๘ เปอร์เซ็นต์ของกำไร ปีหนึ่งประมาณ ๔-๕ พันล้านบาท และเพื่อมิให้ส่งผลกระทบต่อกระทรวงการคลังทางโรงงานยาสูบต้องหางบประมาณจากทางด้านอื่นคือเอกชนหรือตลาดทุน

การควบคุมการบริโภคยาสูบจะมีคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบโดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขดำรงตำแหน่งเป็นประธาน อธิบดีกรมการแพทย์ดำรงตำแหน่งเป็นเลขานุการ มีผู้แทนจากกระทรวงการคลัง และจากหน่วยงานต่างๆ เป็นคณะกรรมการ จากการประชุมล่าสุดคณะกรรมการไม่เห็นด้วยในการ

แปรรูปโรงงานยาสูบเนื่องจากจะเป็นผลเสียต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบโดยรวม แต่ถ้ามีความจำเป็นที่จะต้องแปรรูปโรงงานยาสูบต้องไม่ขายหุ้นให้กับบริษัทต่างชาติ

## การพิจารณาศึกษาโครงสร้างของกรมสุขภาพจิตและปัญหายาเสพติด

คณะกรรมการได้พิจารณาศึกษาเกี่ยวกับโครงสร้างของกรมสุขภาพจิต โดยเชิญผู้แทนจากกรมสุขภาพจิตมาให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาท อำนาจหน้าที่ที่รับผิดชอบ สรุปผลการพิจารณาได้ ดังนี้

กรมสุขภาพจิตมีภารกิจที่เกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพจิต โดยมีการศึกษา วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี ดำเนินการส่งเสริม และป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพจิตใจ เพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักและสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้ รวมทั้งสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพมาตรฐานและเป็นธรรมโดยมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

๑. ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ในการป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิตของประชาชน
๒. กำหนดและพัฒนาคุณภาพมาตรฐานในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิตของประชาชน
๓. ถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตให้แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน
๔. จัดให้มีการบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตที่มีปัญหารุนแรง ยุ่งยากและซับซ้อน
๕. ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งบุคลากรอื่นของภาครัฐและภาคเอกชน
๖. พัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานให้เป็นไปตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบ
๗. ประสานงานและร่วมมือในด้านวิชาการสุขภาพจิตกับองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ
๘. ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกรมหรือตามที่กระทรวงหรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

สำหรับปัญหายาเสพติดจะเป็นงานในหน้าที่โดยรวมของกรมสุขภาพจิตอยู่แล้ว นอกจากนี้กรมสุขภาพจิตได้จัดทำโครงการจิตสังคัมบำบัดผู้ติดสารเสพติด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนให้สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับและทุกแห่ง สามารถให้บริการจิตสังคัมบำบัดแก่ผู้ติดสารเสพติดประเภทต่างๆ ในสังคัมให้มีส่วนร่วมในการบำบัดและฟื้นฟู

## การพิจารณาศึกษาโครงการการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ CME (Continuing Medical Education)

คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาศึกษากรณีโครงการการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ โดยเชิญผู้แทนจากศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์มาให้ข้อมูล เพื่อให้คณะกรรมการฯ ทราบถึงวัตถุประสงค์ และการดำเนินการต่างๆ ของโครงการดังกล่าว สรุปผลการพิจารณาได้ ดังนี้

ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ หรือ ค.น.พ. จัดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ส่งเสริมให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมมีความรู้ความสามารถ ตลอดจนทักษะและเจตคติทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้คงไว้ซึ่งเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

การศึกษาต่อเนื่อง หมายถึง การศึกษาและการทำกิจกรรมต่างๆ ทางวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ ตลอดจนทักษะและเจตคติทางวิชาชีพให้อยู่ในระดับมาตรฐาน ตามเกณฑ์



มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม และหมายความรวมถึงกิจกรรมใด ๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถในการพัฒนาตนเอง แสวงหาองค์ความรู้ใหม่ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการแพทย์และสาธารณสุขได้

กิจกรรมการศึกษาต่อเนื่อง แบ่งออกเป็น ๔ กลุ่มกิจกรรม ดังนี้

**กลุ่มที่ ๑** เป็นกิจกรรมที่เผยแพร่องค์ความรู้ใหม่หรือองค์ความรู้เดิมที่ได้ถูกทบทวนให้ทันสมัยและเป็นมาตรฐานที่ยอมรับในวงการวิชาชีพของสาขานั้น ๆ

**กลุ่มที่ ๒** เป็นกิจกรรมกลุ่มที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพด้านบริการรักษาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล (patient - based learning activity)

**กลุ่มที่ ๓** เป็นการพัฒนาความรู้ด้วยตนเอง

**กลุ่มที่ ๔** เป็นกิจกรรมวิชาการอื่น ๆ ที่คณะกรรมการบริหารการศึกษาต่อเนื่องเห็นสมควร

### สาเหตุที่จะต้องมียุทธศาสตร์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์

เนื่องจากโลกได้มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไป เริ่มต้นจาก คลื่นลูกที่ ๑ ซึ่งเป็นยุคของการปฏิวัติการเกษตร คลื่นลูกที่ ๒ เป็นยุคของการปฏิวัติอุตสาหกรรม และในปัจจุบันอยู่ในช่วงเวลาของคลื่นลูกที่ ๓ ซึ่งเป็นยุคของเทคโนโลยีสารสนเทศ จากที่กล่าวมาข้างต้น เห็นได้ว่าโลกได้มีการพัฒนาอยู่ตลอด ทำให้วงการแพทย์หรือสาธารณสุขของประเทศไทยไม่สามารถหยุดนิ่งอยู่กับที่ได้ ต้องมีการพัฒนาเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก ส่งผลให้เกิดการควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมขึ้น

ทั้งนี้ แพทย์จะต้องเก็บสะสมหน่วยกิตให้ได้ ๑๐๐ หน่วยกิตชั่วโมง ภายในระยะเวลา ๕ ปี โดยไม่จำกัดกลุ่มหรือประเภทของกิจกรรม



## การพิจารณาศึกษาการเปิดเสรีทางการค้าด้านการบริการขององค์การการค้าโลก (WTO)

๖๖

คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาเกี่ยวกับการเปิดเสรีทางการบริการขององค์การการค้าโลก เพื่อสนับสนุนให้เกิดการสาธารณสุขในเชิงพาณิชย์แก่ประเทศไทย โดยเชิญผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงพาณิชย์มาให้ข้อมูล สรุปผลการพิจารณาได้ ดังนี้

การค้าระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและบริการทางสังคม ขณะนี้พบว่าการค้าบริการระหว่างประเทศมีผลกระทบต่อบริการสุขภาพมานานแล้ว และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดองค์การระหว่างประเทศด้านสุขภาพขึ้นมา ไม่ว่าจะเกี่ยวข้องกับการระบาดของโรค เช่น ไข้หวัดตกโรค จนกระทั่งหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ ได้มีการเจรจาเพื่อลดอุปสรรคทางการค้าระหว่างประเทศ โดยเฉพาะเรื่องภาษี ซึ่งเป็นเรื่องของ General Agreement on Trade in Services (GATS) คือ กฎเกณฑ์ที่ใช้กำกับดูแลการค้าบริการระหว่างประเทศสมาชิก (WTO) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มี ๒ ประเด็นใหญ่ คือ

๑. ผลกระทบทางด้านบวกและลบต่อสุขภาพและระบบสุขภาพ
๒. บริการสุขภาพ หากสามารถทำได้สำเร็จ จะเป็นโอกาสสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ

ข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศภายใต้การดูแลขององค์การการค้าโลกมีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ หลายข้อตกลงด้วยกัน ที่สำคัญยังมีความเข้าใจไม่มากนักในวงการสาธารณสุข คือ ข้อตกลงด้านการค้าบริการและนอกจากบริการสุขภาพจะเป็นสาขาหนึ่งในข้อตกลงดังกล่าวแล้ว การเปิดเสรีการค้าบริการในสาขาอื่น ๆ ก็จะมีผลกระทบต่อบริการสุขภาพด้วย และภายใต้พระราชบัญญัติประกอบธุรกิจต่างด้าว บริการสุขภาพเป็นประเภทที่ ๓ อยู่ในสาขาบริการทั่วไป คือ ชาวต่างประเทศสามารถลงทุนได้โดยขออนุมัติต่ออธิบดีกรมทะเบียนการค้า ซึ่งก็ผ่านคณะกรรมการประกอบธุรกิจของคนต่างชาติ ทั้งนี้ ในปัจจุบันได้มีชาวต่างชาติเข้ามาถือหุ้นใหญ่ในโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น การเปิดเสรีทางการค้าไม่ได้เป็นการเปิดเสรีทางการค้าบริการสุขภาพอย่างเดียวที่จะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ

พันธกรณีที่เกิดจากความตกลงฉบับนี้มี ๒ กรอบ คือ

๑. **กรอบกว้าง ๆ** คือ ทุกประเทศที่เป็นสมาชิกต้องปฏิบัติเหมือนกันหมด

- **Most - Favored - Nation Treatment : MFN** คือทุกประเทศสมาชิกต้องได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่มีเงื่อนไข
- **ความโปร่งใส** หมายความว่า เมื่อออกกฎระเบียบอะไรที่มีผลกระทบต่อการค้าบริการแล้ว ขอให้แจ้งทาง **WTO** ทราบ
- หากกฎระเบียบนั้น มีผลกระทบต่อการค้าบริการโดยเฉพาะกิจกรรมที่ไปผูกพันกันไว้ ขอให้แจ้ง **WTO** ทราบ
- **การเปิดเสรีแบบก้าวหน้าตามลำดับ** คือ การเปิดเสรีภายใต้ **GATS** โดยมีเงื่อนไขตามที่เราร่วมแต่ทุก ๆ ๕ ปี สมาชิกจะต้องมาเจรจาเพื่อเปิดเสรีกันมากขึ้น คำว่าเปิดเสรีในที่นี้หมายถึงมาตรการ ๖ ประเภท ที่บอกว่าเป็นการกีดกันการเข้าสู่ตลาด ดังนี้
- จำนวนผู้ให้บริการ มีมาตรการจำกัดจำนวนผู้ให้บริการ มาตรการใดที่ไม่ได้ระบุไว้ในข้อผูกพันถือว่าประเทศนั้นไม่มีมาตรการที่เป็นข้อจำกัดในการเข้าสู่ตลาด
- มูลค่าการค้าขายบริการ หากประเทศไหนต้องการมีมาตรการข้อนี้อีกให้ระบุ ถ้าไม่มีก็ต้องยกเลิก
- จำนวนหรือปริมาณการให้บริการ เป็นมาตรการหนึ่งซึ่งถือว่าเป็นข้อจำกัดในการเข้าสู่ตลาด
- จำนวนบุคลากรในหน่วยธุรกิจ ซึ่งหากมีมาตรการข้อนี้อยู่ และอยากคงไว้ต้องระบุเป็นเงื่อนไขในตารางข้อผูกพัน
- ประเภทของหน่วยธุรกิจที่ให้บริการ ต้องระบุให้ชัดเจน
- สัดส่วนการถือหุ้น ต้องระบุไว้ในตารางข้อผูกพัน เพราะถ้าไม่ระบุหมายความว่าประเทศไทยไม่มีมาตรการข้อนี

ทั้งนี้ หากเปิดเสรีอย่างเต็มที่ มาตรการทั้ง ๖ ต้องไม่มีต่อไป จะต้องลดหรือยกเลิกไปในที่สุด เงื่อนไขอีกสิ่งหนึ่งที่ชาวต่างชาติจะเข้ามาประกอบธุรกิจในบ้านเราคือ การปฏิบัติต่อกิจการต่างชาติดูเหมือนกับคนไทยในชาติด้วย

๒. **กรอบแคบ** คือ แต่ละประเทศผูกพันอะไรไว้ ประเทศแต่ละประเทศอาจมีพันธผูกพันไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับเจรจา ซึ่งสมาชิกแต่ละประเทศในรอบ ๕ ปี ทุกประเทศต้องมาลดข้อจำกัดอันนี้ลง ในกรณีประเทศที่ได้เปิดตลาดไว้ ก็ได้ระบุไว้ว่า ต้องเข้ามาเป็นบริษัทจำกัดร่วมหุ้นคนไทย โดยคนต่างชาติถือหุ้นได้ไม่เกิน ๔๙% และจำนวนผู้ถือหุ้นกึ่งหนึ่งต้องเป็นคนไทย สาขาที่ไปผูกพันในรอบที่ผ่านมาเราผูกพันทั้งหมด ๑๐ สาขาที่ยังไม่ผูกพัน คือ สาขาสุขภาพและสังคม



## การพิจารณาศึกษากรณีพนักงานของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

คณะกรรมการ ได้พิจารณาศึกษากรณีปัญหาพนักงานของรัฐ เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยเชิญผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข และผู้ที่ได้รับผลกระทบมาให้ข้อมูลต่อที่ประชุม สรุปผลการพิจารณาได้ ดังนี้

ปัญหาดังกล่าวสืบเนื่องจากมติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๔๓ ซึ่งระบุว่า

- เห็นชอบกับข้อเสนอของคณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ ให้บรรจุแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และนักเรียนทุนของกระทรวงสาธารณสุขเป็นพนักงานของรัฐ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
  - ยกเลิกการเป็นคู่สัญญา นักศึกษาเภสัชศาสตร์ และนักเรียนทุนในกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี ๒๕๔๓
  - นักศึกษาแพทย์ / ทันตแพทย์ ยังคงเป็นคู่สัญญา แต่ไม่ผูกพันให้ส่วนราชการต้องบรรจุเข้ารับราชการ
- พนักงานของรัฐ คือ บุคคลผู้เป็นนักเรียนทุนรัฐบาลสายงานแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และนักเรียนทุนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่สำเร็จการศึกษาตั้งแต่ปี ๒๕๔๓ และได้ทำสัญญาเข้าปฏิบัติงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จำนวนพนักงานของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

- ปัจจุบัน ๑๙,๗๖๕ ราย
  - อยู่ระหว่างศึกษาโดยมีภาระผูกพัน ๙,๐๖๔ ราย
- ต้องบรรจุเข้ารับราชการในกระทรวงสาธารณสุข (ตามมติคณะรัฐมนตรี)

## สาเหตุและสภาพปัญหา

๑. ไม่มีกฎหมายรองรับสถานะการเป็นพนักงานของรัฐโดยชัดเจน ทางปฏิบัติที่ผ่านมาต้องตีความทั้งกรณีเกี่ยวกับตัวพนักงานของรัฐเอง และการปฏิบัติหน้าที่ราชการ
๒. เกิดระบบและวิธีการปฏิบัติที่ซ้ำซ้อนในหน่วยงาน ทั้งที่มีตำแหน่งและภาระหน้าที่ของงานในลักษณะเดียวกัน จึงเป็นกระทรวงเดียวที่มี ๒ ระบบ ทำให้ระบบงานของกระทรวงสาธารณสุขขาดเอกภาพ
๓. พนักงานของรัฐ ขาดหลักประกันความมั่นคงในชีวิตราชการ จึงมีผลต่อการปฏิบัติงาน
๔. พนักงานของรัฐขาดอำนาจในการวินิจฉัย สั่งการ และบังคับบัญชาตามกฎหมาย
๕. ระบบบริหารจัดการ / ระบบบริหารบุคคล ของกระทรวงสาธารณสุขเกิดจุดอ่อนในด้านต่าง ๆ เช่น การแต่งตั้ง, การมอบอำนาจ, การยอมรับจากสังคมและหน่วยงานอื่น ๆ (โดยเฉพาะท้องถิ่น), การได้รับคัดเลือกเพื่อทำหน้าที่ หรือดำรงตำแหน่งสำคัญ

## ผลกระทบกับระบบการบริหารงานบุคคล

- เกิดความสับสนไม่เป็นธรรมในการบรรจุบุคคลเข้ารับราชการ
- ขาดเอกภาพในการบริหาร
- การระดมสรรพกำลังเพื่อสนองนโยบายของกระทรวง โดยเจ้าหน้าที่ตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (๓๐ บาท รักษาทุกคน) อาจขาดความเชื่อมโยงเพื่อก้าวเดินไปในทิศทางเดียวกัน

๖๘

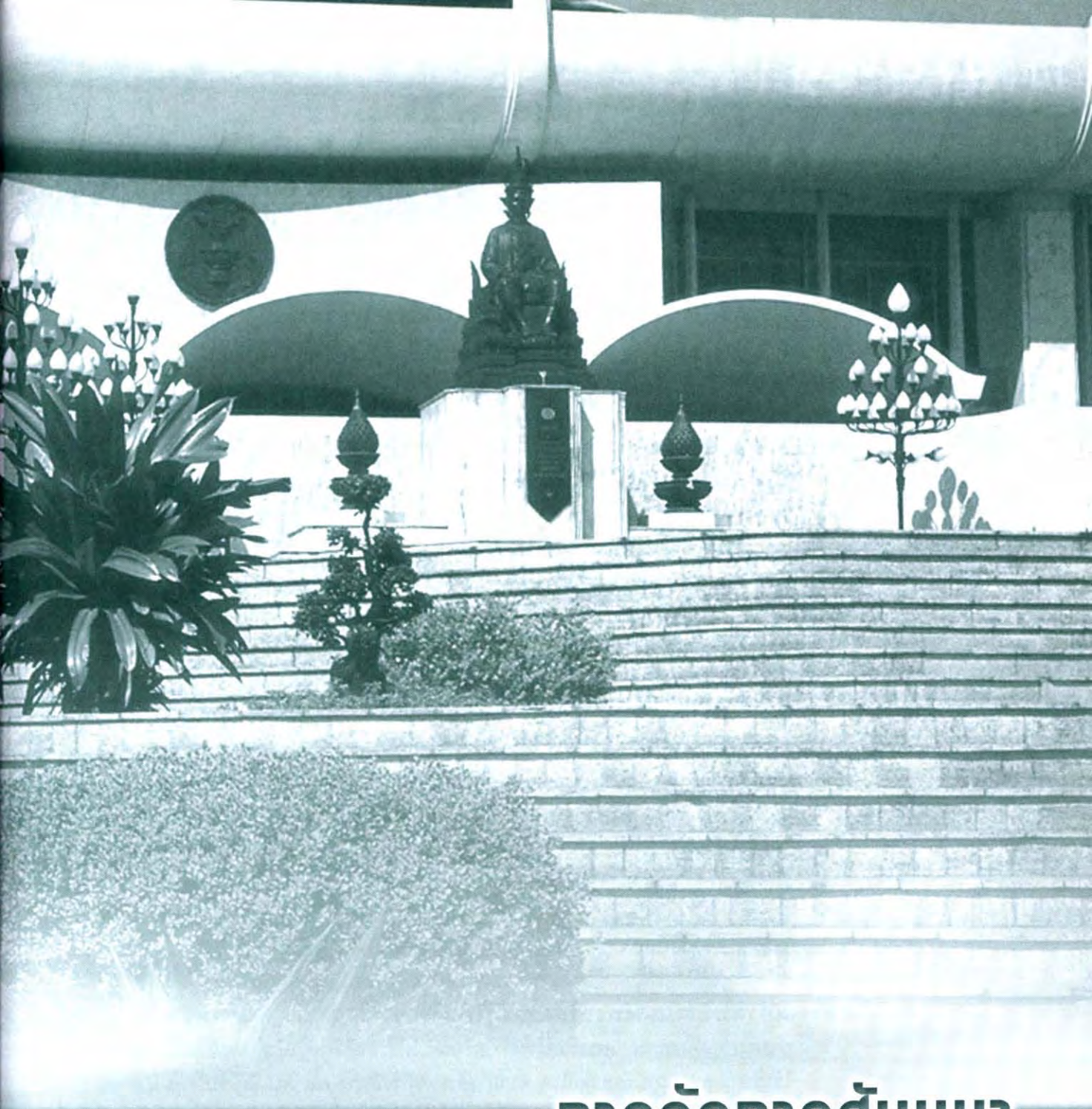
## ข้อเสนอ

- ควรเปลี่ยนตำแหน่งพนักงานของรัฐในกระทรวงสาธารณสุข ตำแหน่งปัจจุบัน ทั้งหมด ๑๙,๗๖๕ อัตรา เป็นตำแหน่งข้าราชการ ซึ่งมีได้ทำให้ค่าใช้จ่ายของภาครัฐเพิ่มขึ้น
- กำหนดตำแหน่งข้าราชการเพิ่มใหม่ รองรับนักเรียนทุนที่ยังเหลืออยู่ในเงื่อนไข เป็นรายปีจนครบตามมติคณะรัฐมนตรี ซึ่งจะเป็นจำนวนรวมทั้งหมด ๙,๐๖๔ อัตรา

ในความเป็นจริงนั้นพนักงานของรัฐจะมีการเซ็นสัญญาเพียงฉบับเดียว เป็นสัญญาใช้ทุนตามระยะเวลา หลังจากนั้นจะมีการจ้างต่อเรื่อยๆ แต่ยังไม่มีการเซ็นสัญญาฉบับที่สอง ซึ่งจะเป็นสัญญาการจ้าง ทั้งยังไม่มี การดำเนินการใด ๆ และในขณะนี้ทางคณะรัฐมนตรีได้เปิดโอกาสให้สามารถบรรจุเข้ารับราชการได้ จำนวน ๓,๐๐๐ อัตรา แต่เกิดปัญหาคือ ไม่สามารถกำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาผู้ที่ จะบรรจุเข้ารับราชการได้ เนื่องจากพนักงานของรัฐในแต่ละปีมีจำนวนมาก

ทั้งนี้ คณะกรรมาธิการจะได้ดำเนินการตั้งกระทู้ถามต่อรัฐมนตรีที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับแนวทาง ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไป





# การจัดการสัมมนา

ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

# การสัมมนาเรื่อง “ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

วันศุกร์ที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๔๕ ณ อาคารรัฐสภา ๒

## สรุปผลการสัมมนา

### สิทธิของประชาชน

- สิทธิที่จะเข้าถึงบริการ ต้องไม่ยกเว้นกลุ่มใด โรคใด แม้แต่ผลจากสิ่งแวดล้อม หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- บัตรเดียวแสดงสิทธิ์ ไม่ต้องมีบัตรทอง
- ไม่เลือกปฏิบัติกับบัตรประกันในระบบต่างๆ ความเท่าเทียมในการรับบริการจากสถานพยาบาลภายใต้บัตรต่างๆ ในปัจจุบัน ขณะที่กฎหมายยังไม่มี
- มีสิทธิในการเลือกสถานพยาบาลและใช้บริการที่ใดก็ได้ แต่ควรมีระบบที่ป้องกันการให้บริการที่เกินความจำเป็น และให้มีบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน และทำอย่างไรให้มีบริการใกล้บ้าน ตลอดจนการพัฒนาคุณภาพบริการในระดับต่างๆ ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ กระจายความเป็นธรรม

### การมีส่วนร่วมของประชาชน

- สัดส่วนของภาคประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพควรเป็นอย่างไรในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เช่น ผู้พิการ ผู้หญิง ชวนา ชาวไร่ เป็นต้น
- การมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ ในฐานะผู้ซื้อบริการ
- การเตรียมความพร้อม ของครอบครัวและในชุมชน
- ความเชื่อมโยงกับกลุ่มออมทรัพย์ หรือองค์กรด้านสวัสดิการ ที่มองเรื่องสวัสดิการของชุมชน ไม่ใช่การให้กู้ ซึ่งได้พัฒนามานาน และมีบทบาทต่อการจัดการสุขภาพ

### การพัฒนาคุณภาพบริการและการคุ้มครองผู้ใช้บริการ

- การควบคุมคุณภาพ และระบบการร้องเรียนที่มีประสิทธิภาพ เช่น การป้องกันปัญหาจากการใช้บริการ ๓๐ บาท รักษาทุกโรค จากการสำรวจผู้ใช้บริการ ๓๕ คน มีผู้ใช้บริการ ๒๗ คน ที่ไม่มีปัญหาในการรับบริการ และมี ๘ คนที่มีปัญหาในการรักษาและมีปัญหาจากการรับบริการที่เกิดขึ้น (เสียเงินเพิ่ม, บริการคุณภาพลดลง การส่งต่อผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจ เด็ก โรคทางเดินหายใจ)
- การจัดการการเงิน ระบบการจ่ายเงิน ต้องทำให้ชัดเจนเพราะไม่อย่างนั้นชาวบ้านอาจจะไม่ได้รับการส่งต่อ และจะทำให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการได้อย่างไร ไม่เห็นด้วยกับการให้ผู้ใช้บริการเป็นผู้บริหารเงิน แต่อาจจะให้ประชาชนเป็นผู้ถือหรือองค์กรประชาชนแทน

### การพัฒนาคุณภาพบริการและการคุ้มครองผู้ใช้บริการ

- บริโคนิยมเรื่องการบริหารสุขภาพ ทำอย่างไรให้โรงพยาบาลไม่รักษามากเกินไป แต่รักษาที่จำเป็นและมีคุณภาพ

### ข้อเสนอแนะอื่นๆ

- คณะกรรมการทุกคณะมีอำนาจมากเกินไป ทำอย่างไรให้เป็นการเพิ่มอำนาจกับประชาชน



# การสัมมนาเรื่อง “เงื่อนไขและความเป็นไปได้ในการใช้มาตรการ บังคับใช้สิทธิในประเทศไทย”

วันจันทร์ที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๔๕ ณ อาคารรัฐสภา ๒

## สรุปผลการสัมมนา

### ข้อสรุปการประชุม

- ข้อตกลงระหว่างประเทศไม่ได้เป็นการขัดขวางการใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ
- กฎหมายในประเทศสามารถใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิได้ แต่ปัจจุบันอาจจะมีข้อจำกัดในระเบียบของกรมทรัพย์สินทางปัญญาที่ออกมาตรา ๔๖ ที่ใช้โดยเอกชนและเกี่ยวข้องกับกระบวนการเจรจาในการจ่ายค่าตอบแทนจากหน่วยงานของรัฐ และเชื่อมโยงกับมาตรา ๕๑
- ความพร้อมทางเทคโนโลยีมีเพียงพอในการดำเนินการ
- มียาหลายกลุ่มในยาต้านไวรัส ที่ควรได้รับการพัฒนาและผลิตแต่ติดปัญหาสิทธิบัตร และมีบุคคลหลายกลุ่มที่ได้รับผลกระทบ เช่น ผู้ป่วยโรคไต
- กระทรวงสาธารณสุขยินดีที่จะเป็นหน่วยงานกลางในการติดตามเรื่องนี้โดยเฉพาะการแก้ไขกฎหมายและการแก้ไขมาตรการต่าง ๆ ซึ่งเครือข่ายผู้ติดเชื้อยินดีให้ความร่วมมือในการดำเนินการ
- หากถูกฟ้องจากการผลิตยาที่กำลังขอสิทธิบัตรยังไม่ได้รับคำตอบว่าใครจะรับผิดชอบ
- บริษัทยาในประเทศเองได้รับผลกระทบโดยตรงจากยาที่มีสิทธิบัตร และการมีสิทธิบัตรไม่ได้ช่วยเรื่องการค้าขายเทคโนโลยี เช่น พบว่าบริษัทข้ามชาติเลิกกิจการ
- สิทธิบัตรยาไม่ได้ส่งผลกระทบเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา แต่ได้รับผลกระทบทั่วโลก



๗๑

### ข้อเสนอแนะ

- แก้ไขกฎหมายสิทธิบัตรในบางประการที่เกี่ยวข้อง เช่น การลดระยะเวลาการให้สิทธิกับสิทธิบัตรในสูตรยาให้เหลือเพียง ๘ ปี การเพิ่มคณะกรรมการสิทธิบัตรยาที่ติดตามราคา ยา การศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายในประเทศที่มีปัญหาเดียวกัน เช่น บราซิล แอฟริกาใต้
- ให้แก้ไขระเบียบปฏิบัติในการใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิของกรมทรัพย์สินทางปัญญาที่เป็นอุปสรรคต่อเรื่องนี้
- การทำให้ยาถูกลงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ยาเข้าไปอยู่ในบัญชียาและในระบบหลักประกันสุขภาพ
- ควรเริ่มในยาที่มีสิทธิบัตรในปัจจุบัน เช่น Ritronavia
- การมองภาพรวมของการคุ้มครองผู้บริโภค ผู้ใช้ยา ซึ่งจะทำให้เกิดกติกากลางได้อย่างไร เช่น องค์การอิสระผู้บริโภค การควบคุมราคา ยา ราคาากลางของยา
- การให้มีมาตรการบังคับใช้สิทธิสำหรับยาที่มีความจำเป็นต้องใช้ในระหว่างประเทศในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก เช่น ออฟต้าจะเข้ามามีบทบาทอย่างไร
- ประเทศไทยมีศักยภาพหลายอย่าง เช่น องค์การเภสัชกรรม การเมือง แต่ควรจะทำอย่างไรให้มีข้อมูลเรื่องสิทธิบัตรยาหรือรายการยาที่ได้รับสิทธิบัตรให้ได้รับทราบอย่างกว้างขวาง
- ยาในกลุ่มไวรัสโรคซึ่งเป็นปัญหามาก
- ให้มีคณะทำงานเพื่อติดตามและศึกษารายละเอียดในการดำเนินการ เพื่อร่วมมือกันทำงานเรื่องนี้ในอนาคต
- ทำอย่างไรให้ผู้ขาย ส่งข้อมูลที่ผลิตโดย GPO หรือบริษัทในประเทศ

# ข้อสรุปจากเวทีสาธารณะเรื่อง “รัฐบาลควรแปรรูปโรงงานยาสูบหรือไม่” วันอังคารที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๔๕ ณ อาคารรัฐสภา ๒

จากการที่คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดเวทีสาธารณะเรื่อง “รัฐบาลควรแปรรูปโรงงานยาสูบหรือไม่” ที่อาคารรัฐสภา ๒ เมื่อวันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๔๕ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดโอกาสให้มีการนำเสนอข้อมูลในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแปรรูปโรงงานยาสูบ โดยมีสมาชิกวุฒิสภา สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง สถานการณ์การแปรรูปรัฐวิสาหกิจและกิจการยาสูบในประเทศไทยและระดับสากล ผู้แทนสื่อมวลชน และผู้สนใจเข้าร่วมประมาณ ๖๐ คน

ทั้งนี้ข้อมูลและข้อคิดเห็นที่ผู้เข้าร่วมการเสวนาได้นำเสนอต่อเวทีสาธารณะในครั้งนี สรุปสาระสำคัญได้ ๓ ส่วน ดังนี้

## ๑. ความคืบหน้าในการตัดสินใจแปรรูปโรงงานยาสูบในขณะนี้

- ในช่วงที่ผ่านมา มีกระแสข่าวว่ากระทรวงการคลังมีนโยบายจะแปรรูปโรงงานยาสูบเป็นบริษัทมหาชน โดยขายหุ้นบางส่วนในตลาดหลักทรัพย์ ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ทำให้ระบบการบริหารโปร่งใส และรักษาส่วนแบ่งตลาด
- อย่างไรก็ตามในการประชุมครั้งนี้ ผู้แทนกระทรวงการคลังได้ให้ข้อมูลว่า แผนในการพัฒนาโรงงานยาสูบจะเป็นเพียงการแปลงสภาพโรงงานยาสูบเป็นบริษัทจำกัดเท่านั้น (ภายในเดือนกันยายน ๒๕๔๕)

๒. จากการเสวนาครั้งนี้ ได้มีการนำเสนอข้อมูลสำคัญ ทั้งจากชาวไทยและชาวต่างประเทศ พบว่าการแปรรูปโรงงานยาสูบและการเปิดเสรีการค้าบุหรี่ได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนอย่างชัดเจน ดังนี้

- อัตราการสูบบุหรี่ของประชาชนเพิ่มขึ้นหลายเท่าตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็ก ผู้หญิง และผู้มีรายได้น้อย
- เกิดผลกระทบต่อประชาชนที่เกี่ยวข้องในอุตสาหกรรมยาสูบในประเทศทั้งในด้านของชาวไร่ยาสูบที่จะมีรายได้ลดลงเพราะบริษัทบุหรี่จากต่างประเทศใช้วัตถุดิบจากแหล่งไบนานนอกประเทศไทย และต่อพนักงานโรงงานยาสูบที่ถูกปลดจากงานเพราะเน้นการใช้เครื่องจักรที่มีกำลังสูง
- จะทำให้บริษัทบุหรี่ต่างชาติสามารถครองตลาดและกลายเป็นผู้มีอิทธิพลต่อการกำหนดราคาและเงื่อนไขการตลาดได้อย่างเบ็ดเสร็จ
- ทำให้มาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบอ่อนแอลง
- การพิจารณาเรื่องการแปรรูปโรงงานยาสูบของกระทรวงการคลังที่ผ่านมาเป็นการใช้กรอบความคิดที่เล็กลงไป โดยนำเงื่อนไขขององค์ระหว่างประเทศเข้ามาผูกมัด เช่น WTO, IMF และข้อตกลงทางการค้าระดับภูมิภาค เช่น AFTA โดยขาดการแยกแยะเท่าที่ควร โดยไม่ตระหนักว่าธุรกิจยาสูบสามารถอยู่ในข้อยกเว้นของ WTO ได้และยังไม่มีมาตรการเจรจาขอให้บุหรี่อยู่ในรายการสินค้าที่ยกเว้นเงื่อนไขทั่วไปเกี่ยวกับภาษีศุลกากรกับ AFTA เพื่อประโยชน์ทางด้านสุขภาพและเศรษฐกิจของประชาชนในประเทศ



### ๓. ข้อเสนอแนะ

- การพิจารณาแปรรูปโรงงานยาสูบของรัฐบาลควรยึดหลักการดังนี้ ให้คำนึงถึงสุขภาพของประชาชนเป็นหลัก, ควรเป็นกิจการที่รัฐถือหุ้นร้อยละ ๖๐ และต้องมีมาตรการในการป้องกันการค้ากำไรและแทรกแซงจากบริษัทบุหรี่ต่างชาติ
- หากว่าเหตุผลในการแปรรูปโรงงานยาสูบอยู่ที่การเพิ่มส่วนแบ่งการตลาดบุหรี่ รัฐบาลควรวิเคราะห์ทางเลือกอื่น ๆ นอกเหนือจากการแปรรูปโรงงานยาสูบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งรัฐจะต้องมีนโยบายเกี่ยวกับราคายาสูบหรืออย่างชัดเจน
- ให้รัฐบาลดำเนินการเจรจาใน AFTA ให้นำผลิตภัณฑ์ยาสูบออกจากบัญชีสินค้าที่ต้องลดภาษีนำเข้าให้สำเร็จ
- รัฐบาลควรศึกษาข้อมูลให้ชัดเจนก่อนการตัดสินใจ โดยเน้นให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อที่จะให้เกิดเป็นกรอบในการกำหนดนโยบายและแนวทางในการปฏิบัติอย่างกว้างขวาง

## การจัดเวทีสาธารณะ

# เรื่อง “พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ”

วันอังคารที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๔๕ ณ อาคารรัฐสภา ๒

ตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐ มาตรา ๕๒ ที่ระบุว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ...” ดังนั้น เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ จึงมีความจำเป็นที่รัฐต้องดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เกิดขึ้นในสังคม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกวุฒิสภาได้รับทราบข้อมูลในเรื่องหลักประกันสุขภาพเพื่อนำไปประกอบการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... และให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยถือเป็น “สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของประชาชนที่ควรได้รับ และเนื่องจากการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว ไม่เพียงพอที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีได้ และการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับ และเป็นเจ้าของร่วมกัน โดยประชาชนจะต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ จากสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่จะให้บริการ และจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ โดยหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่นให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย นอกจากนี้ ระบบการเงินการคลังเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว และในเรื่องสิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าจะบริหารโดยกองทุนประกันสุขภาพที่กองทุนก็ตาม

และเนื่องจากรัฐบาลได้ดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (๓๐ บาท รักษาทุกโรค) ได้ระยะเวลาหนึ่งแล้ว อีกทั้ง ในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๒๖ (สมัยสามัญทั่วไป) วันศุกร์ที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๔๕ ที่ประชุมได้ลงมติรับร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... ซึ่งสภาผู้แทนราษฎรเห็นชอบไว้พิจารณา และตั้งคณะกรรมการวิสามัญขึ้นคณะหนึ่งเพื่อพิจารณา ดังนั้น เพื่อให้การพิจารณาร่างพระราชบัญญัตินี้เป็นไปด้วยความละเอียดรอบคอบ เป็นธรรม และเอื้อประโยชน์ต่อประชาชนทุกฝ่ายมากที่สุด คณะกรรมการฯ จึงเห็นควรจัดเวทีสาธารณะในครั้งนี้นี้ขึ้น เพื่อรับฟังความคิดเห็นของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้



## วัตถุประสงค์ของการสัมมนา

๑. เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ....
๒. เพื่อระดมความคิดเห็นและข้อเสนอที่เป็นประโยชน์ต่อการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... ให้มีความละเอียดรอบคอบ เป็นธรรม และเอื้อประโยชน์ต่อประชาชนทุกฝ่ายมากที่สุด





# การเดินทางไปศึกษาธุงาน ณ ต่างประเทศ

# รายงานการศึกษาทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

## ๑. สาธารณรัฐเกาหลี

### วัตถุประสงค์ของการศึกษาดูงาน

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้มีมติในการเดินทางไปศึกษาดูงาน ณ สาธารณรัฐเกาหลี ระหว่างวันที่ ๑๑ - ๑๕ สิงหาคม ๒๕๔๔ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานทางด้านการแพทย์ และสาธารณสุข โดยเฉพาะการดำเนินงานเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ เพื่อนำเอาองค์ความรู้และประสบการณ์ดังกล่าว นำมาปรับใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิเคราะห์และติดตามประเมินผลของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ต่อไป สรุปลงสาระสำคัญที่ได้จากการศึกษาดูงาน ดังนี้

### ระบบประกันสังคมในประเทศเกาหลี

หลายสิ่งหลายอย่างในประเทศเกาหลี โดยเฉพาะในเรื่องประกันสังคม มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลง ตลอดเวลา พร้อมๆ กับการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศ ในช่วง ๓๐ ปีที่ผ่านมาประเทศเกาหลีประสบความสำเร็จอย่างดีในการขยายตัวทางเศรษฐกิจ แม้จะมีภาวะขาลงจากวิกฤตเศรษฐกิจเมื่อปี ๑๙๙๗ ก็ตาม แต่ภาวะดังกล่าว ไม่ได้ต่อเนื่องยาวนานนัก อย่างไรก็ตาม แม้จะอยู่ในช่วงเศรษฐกิจขาลง งานด้านประกันสังคมก็ยังเดินหน้า เพื่อสร้างความเป็นเอกภาพให้แก่สังคมอยู่ตลอดเวลา

ประเทศเกาหลีได้เริ่มโครงการประกันสังคมภาคบังคับตั้งแต่ปี ๑๙๙๗ แต่ในระยะแรกมีผลครอบคลุม ประชากรได้เพียง ๑๐% จากนั้นจึงค่อยๆ ขยายไปครอบคลุมทั้งประเทศได้เมื่อปี ๑๙๙๙ ใช้เวลาราว ๑๒ ปีจึงสำเร็จ จุดที่น่าสนใจสำหรับการขยายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศเกาหลี คือ การใช้ฐานการบริการสุขภาพภาคเอกชน ภายใต้ระบบการเงินการคลังที่ยึดโครงการประกันสังคมเป็นหลัก

ข้อที่พึงใส่ใจในการขยายโครงการได้อย่างรวดเร็ว น่าจะเป็นผลมาจากเบี้ยประกันที่ต่ำ ชูสิทธิประโยชน์ที่ไม่มากนัก และใช้อัตรการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ไม่สูง ประกอบกับการมีส่วนร่วมที่ต้องร่วมจ่ายของประชาชน ในอัตราที่ค่อนข้างสูง หลังจากที่ได้ประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง เมื่อปี ๑๙๙๙ แล้ว กระแสการปฏิรูประบบบริการ สาธารณสุขยังมีอยู่เรื่อยๆ ข้อเสนอให้มีการปฏิรูปครั้งแรกมาจากคณะกรรมการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข เมื่อปี ๑๙๙๔ ซึ่งมีผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยนักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ และเจ้าหน้าที่ภาครัฐ สาระสำคัญในการประชุมครั้งนั้นคือ ให้มีการขยายสิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้น ปรับสูตรในการกำหนดอัตราการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล การนำวิธีคิดการวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) มาใช้ และการบริหารจัดการระบบการเงินการคลังที่คำนึงถึงความเสมอภาค และความมีประสิทธิภาพมากขึ้น ต่อมา ในปี ๑๙๙๕ คณะกรรมการแผนงานสวัสดิการแห่งชาติได้นำข้อเสนอ ดังกล่าวมาบรรจุเป็นนโยบายในการดำเนินงานข้อเสนอให้มีการปฏิรูปครั้งที่สองจากคณะกรรมการการปฏิรูประบบ บริการสาธารณสุขเมื่อปลายปี ๑๙๙๖ ที่ยื่นต่อนายกรัฐมนตรี เป็นแผนงานบูรณาการที่ต้องปรับเปลี่ยนระบบงาน ประกันสังคมใหม่ โดยมีการผสมผสานในเรื่องการกระจายอำนาจ ให้งานประกันสังคมมีส่วนร่วมจากท้องถิ่นและ สถานประกอบการเพิ่มขึ้น โดยได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการกองทุนประกันสังคมขึ้นเมื่อปี ๑๙๙๘ ซึ่งได้เสนอ กฎหมายฉบับใหม่เมื่อต้นปี ๑๙๙๙ มีการเสนอแปรญัตติกฎหมายฉบับนี้ถึงสามครั้ง ก่อนจะตราเป็นกฎหมายออกมา บังคับใช้เมื่อเดือนกรกฎาคม ปี ๒๐๐๐

## สถานการณ์ในปัจจุบันของระบบประกันสังคมแห่งชาติ ในสาธารณรัฐเกาหลี

### ๑. โครงสร้างองค์กร

ระบบประกันสังคมแห่งชาติบริหารงานภายใต้กองทุนเดียวคือ บริษัทประกันสังคมแห่งชาติ (NHIC - National Health Insurance Corporation) ซึ่งมีสาขาอยู่ ๒๓๕ แห่ง แต่การบริหารงบประมาณมีการแยกบัญชีเป็น ๒ บัญชี คือ

๑. บัญชีกลุ่มวิสาหกิจ (Corporational Account) สำหรับลูกจ้างในสถานประกอบการ และข้าราชการ และครูในโรงเรียนเอกชน



๒. บัญชีกลุ่มท้องถิ่น (Regional Account) สำหรับผู้ประกอบการอิสระในเขตเมืองและในเขตชนบท

มีองค์การตรวจสอบประกันสังคม (HIRA – Health Insurance Review Agency) แยกการบริหารจากบริษัทประกันสังคมแห่งชาติ ทำหน้าที่ตรวจสอบใบเรียกเก็บเงินจากสถานประกอบการแพทย์ต่างๆ และเบิกจ่ายเงินได้

ในอดีตที่ผ่านมา การประกันสังคมในท้องถิ่นถูกบริหารงานโดยกองทุนต่างๆ ๒๗๗ กองทุน จนกระทั่งเดือนตุลาคม ปี ๑๙๙๘ กองทุนเหล่านี้ถูกรวมเป็นกองทุนเดียว และผนวกเข้ากับกองทุนข้าราชการและครู ส่วนการประกันสังคมในบริษัทหรือสถานประกอบการถูกบริหารงานโดย ๑๔๕ กองทุน และมีการรวมกองทุนเข้าด้วยกันในที่สุด

**ตารางที่ ๑ สถานการณ์การประกันสังคมในปัจจุบันของประเทศเกาหลี ปลายปี ๑๙๙๙**

<b>ลักษณะ</b>	ระบบประกันสังคมถ้วนหน้า ● มีกองทุนเดียว
<b>ความครอบคลุมของประชากร</b>	ครอบคลุมประชากรทั้งหมด ยกเว้นผู้ยากไร้ (Medicaid) มีการครอบคลุม ๓ แบบ (บัญชี) ๑. ลูกจ้างในสถานประกอบการตั้งแต่ ๕ คนขึ้นไป ๒. ข้าราชการ ครูในโรงเรียนเอกชน และบุคคลในเครื่องแบบ ๓. ผู้ประกอบการอิสระ และข้าราชการบำนาญ
<b>ระบบงบประมาณ</b>	มีการจ่ายเบี้ยประกัน และรัฐบาลสนับสนุนงบประมาณ ๑. ทั้งหมด ๒.๘% โดยลูกจ้างจ่าย ๑.๔% นายจ้างจ่าย ๑.๔% ไม่มีเพดานกำหนด ๒. ทั้งหมด ๓.๔% โดยลูกจ้างจ่าย ๑.๗% นายจ้างจ่าย ๑.๗% ไม่มีเพดานกำหนด ๓. เบี้ยประกันคิดตามอสังหาริมทรัพย์ เพศ อายุ และขนาดครอบครัว รวมกับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาล <input type="checkbox"/> มีการปรับงบประมาณระหว่างกัน (Risk Adjustment) เพื่อสนับสนุนให้แต่ละบัญชีข้างต้นนี้
<b>ชุดสิทธิประโยชน์</b>	● ชุดสิทธิประโยชน์ภาคบังคับ ส่วนใหญ่เป็นบริการทางการแพทย์ ยา การผ่าตัด การพยาบาล บริการฉุกเฉิน และตรวจร่างกาย ๓๖๕ วัน/ปี ● ผู้ป่วยร่วมจ่าย ๒๐% ของค่าบริการในโรงพยาบาล และสัดส่วนที่กำหนดในบริการผู้ป่วยนอก (๓๐% สำหรับคลินิก ๔๐% สำหรับโรงพยาบาล ๕๕% สำหรับโรงพยาบาลทั่วไป) ● การเบิกงบประมาณคืน คิดตามกิจกรรมที่ให้บริการ อัตราการเบิกจ่ายภายใต้การกำหนดของรัฐบาล อาจมีการคิดค่าบริการเพิ่มเติมได้บ้าง (๑๕% สำหรับคลินิก ๒๕% สำหรับโรงพยาบาล ๓๐% สำหรับโรงพยาบาลขนาดใหญ่) <input type="checkbox"/> ระบบการเบิกจ่ายโดยใช้ DRG เริ่มนำมาใช้ในปี ๑๙๙๗
<b>องค์กร</b>	กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม: ทำหน้าที่ดูแลและกำหนดนโยบายบริษัทประกันสังคมแห่งชาติ: ทำหน้าที่ขึ้นทะเบียนและบริหารงบประมาณองค์กรตรวจสอบประกันสังคม: ทำหน้าที่ตรวจสอบใบเรียกเก็บเงินและจ่ายเงิน



**๒. ชุดสิทธิประโยชน์**

ชุดสิทธิประโยชน์ รวมถึง การให้บริการการปรึกษาทางการแพทย์ เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาต่างๆ การบำบัดรักษาโรคทั่วไป การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล การผ่าตัดและการดูแลทางการแพทย์ ซึ่งหมายรวมถึง การพยาบาลผู้ป่วยและการส่งต่อผู้ป่วย ส่วนการคลอดบุตรจะได้รับการเบิกจ่ายหากสตรีผู้นั้นไปคลอด ณ สถานบริการที่ได้ลงทะเบียนไว้

จำนวนวันที่อยู่ในการคุ้มครองของชุดสิทธิประโยชน์ มีการขยายการคุ้มครองวันนอนในโรงพยาบาลออกไปเรื่อยๆ ช่วงละ ๓๐ วันทุกปี นับแต่ปี ๑๙๙๕ เป็นต้นมา จนกระทั่งเมื่อเดือนกรกฎาคมปี ๒๐๐๐ จำนวนวันที่ถูกคุ้มครองจะไม่ถูกจำกัดจำนวนวันที่ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในแต่ละปี

ชุดสิทธิประโยชน์ในด้านตัวเงินอาจมีข้อแตกต่างกันบ้าง ข้อแรก การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลคืนสำหรับการร่วมจ่ายที่เกินกว่า ๑,๐๐๐,๐๐๐ วอนขึ้นไป ภายในระยะเวลา ๓๐ วัน โดยผู้ประกันตนต้องจ่ายส่วนเกินนี้ ๕๐% ด้วย ข้อที่สอง มีการช่วยค่าทำศพในอัตราที่กำหนดไว้ ข้อที่สาม ค่าบริการทางการแพทย์ที่ผู้ประกันตนได้รับการเมื่อต้องไปใช้สถานบริการรักษาพยาบาลอื่นที่มีได้ขึ้นทะเบียนไว้กับกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม ในกรณีฉุกเฉินที่มีอาจหลีกเลี่ยงได้

อย่างไรก็ตาม รายการต่อไปนี้ไม่ครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์

- การรักษาพยาบาลเฉพาะอย่าง ที่มีได้เป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- รายการที่ไม่อนุญาตให้เบิกจ่าย

- โรคทางผิวหนังที่ไม่ได้มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น กระจับปี่ รอยด่าง เป็นต้น
- ความผิดปกติแต่กำเนิด ที่เกี่ยวกับความผิดปกติของเพศ หรือระบบสืบพันธุ์ ที่ไม่ได้มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันหรือการทำงาน
- การให้วัคซีนคุ้มกันโรค ยกเว้น การฉีดเซรุ่มป้องกันโรคบาดทะยักในรายที่จำเป็น
- การตรวจร่างกายโดยไม่มีอาการผิดปกติมาก่อน
- การรักษาพยาบาลผู้ติดยาเสพติด
- ศัลยกรรมตกแต่ง
- ทัศนกรรมประดิษฐ์ การจัดฟัน และการชูดหินปูนเพื่อป้องกันโรคทางทันตกรรม
- ข้อยกเว้นอื่น ๆ
- ไม่รวม กรณีอุบัติเหตุหรือค่าใช้จ่ายอื่นใด ที่ได้รับสิทธิประโยชน์จากกองทุนอื่นอยู่แล้ว

### ภาระของผู้ป่วยที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง

กรณีต่อไปนี้ ผู้ป่วยต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง

- ❑ การจ่ายร่วม: เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคมแห่งชาติ ซึ่งได้กำหนดสัดส่วนของการมีส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วยไว้
- ❑ การจ่ายค่ารักษาพยาบาล: บริการที่ผู้ป่วยต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองจะอยู่นอกความคุ้มครองของสิทธิประโยชน์ ซึ่งรวมถึงค่าห้องพิเศษขณะรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ค่าอาหาร ค่าปรึกษาทางการแพทย์ MRI Ultrasound ฯลฯ

### แหล่งงบประมาณ

ทุกคนจ่ายเบี้ยประกันตามสัดส่วนของเงินเดือนค่าจ้างที่กำหนดไว้ในแต่ละเดือน ขณะที่ผู้ประกอบการอิสระหรือลูกจ้างชั่วคราว จะจ่ายเบี้ยประกันตามปัจจัยต่างๆ ที่กำหนดไว้ เช่น อสังหาริมทรัพย์ เพศ อายุ หรือขนาดของครอบครัว และรัฐบาลจะสนับสนุนงบประมาณไปยังบัญชีของกองทุนประกันสังคมให้

ตารางที่ ๒: แหล่งงบประมาณ ปลายปี ๑๙๙๙

	ลูกจ้างในสถานประกอบการ	ข้าราชการและลูกจ้างในโรงเรียนเอกชน	ผู้ประกอบการอิสระและอื่นๆ
อัตราดอกเบี้ยประกัน (%)	๒.๘	๓.๔	-
เบี้ยประกันโดยเฉลี่ย (วอน/เดือน)	๔๐,๑๓๒	๗๐,๓๗๖	๓๐,๕๕๕
การมีส่วนร่วมของการจ่ายเบี้ยประกัน	นายจ้างและลูกจ้าง ฝ่ายละ ๕๐%	จ่ายเอง และรัฐจ่ายให้ ฝ่ายละ ๕๐% (๓๐% โดยทางโรงเรียน และ ๒๐% โดยรัฐบาล สำหรับครูในโรงเรียนเอกชน)	-
การสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาล	-	-	๒๖% ของค่าใช้จ่าย
พื้นฐานการคำนวณเบี้ยประกัน	รายรับที่ใช้คำนวณภาษี	รายรับที่ใช้คำนวณภาษี	อสังหาริมทรัพย์ รถยนต์ เพศ อายุ ขนาดครอบครัว

### กลไกการประกันความเสี่ยง

มีความแตกต่างกันทางฐานะการเงินการคลังบ้างในหมู่ของกองทุนประกันสังคม ในอดีตที่ผ่านมา มีบางกองทุนที่บริหารงานได้เข้มแข็งและมีเงินทุนสะสมเพียงพอ ขณะที่บางกองทุนบริหารงานได้ไม่ดึ๊ง กลไกการประกันความเสี่ยงถูกนำมาบังคับใช้ในปี ๑๙๙๑ เพื่อลดความแตกต่างระหว่างกองทุน โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนที่เข้มแข็งกว่าให้กับกองทุนที่มีเงินทุนน้อยกว่า ปัจจุบัน ยังมีการสนับสนุนงบประมาณข้ามระหว่างบัญชีกองทุนทั้งสามคือ จากกองทุนบริษัทวิสาหกิจและกองทุนข้าราชการ-ครูโรงเรียนเอกชน ไปให้กองทุนท้องถิ่น

อย่างไรก็ตาม การผนวกกองทุนทั้งหมดเข้าด้วยกัน กำหนดจะให้แล้วเสร็จในเดือนมกราคม ปี ๒๐๐๒ หลังจากนั้น การประกันความเสี่ยงจะเปลี่ยนจากการกระจายความเสี่ยงระหว่างบุคคลแทนการกระจายระหว่างกองทุน



## สถานภาพทางการเงินการคลัง

สถานภาพทางการเงินการคลังอยู่ในสภาพคล่องมาตลอดจนถึงปี ๑๙๙๕ ในปี ๑๙๙๖ ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ได้เริ่มเพิ่มขึ้นเกินกว่ารายรับ ส่งผลให้การขาดดุลเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ยิ่งไปกว่านั้นการนำระบบแยกการสั่งยาและการจ่ายยาออกจากกันมาใช้ ยิ่งทำให้ภาวะการขาดดุลเพิ่มสูงขึ้นไปอีก ดังนั้น เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว รัฐบาลจึงควรต้องสนับสนุนงบประมาณให้เพิ่มขึ้น

ตารางที่ ๓: สถานภาพทางการเงินการคลังของระบบประกันสังคมแห่งชาติ (หน่วย: ๑๐๐,๐๐๐,๐๐๐ บาท)

	๑๙๙๕	๑๙๙๖	๑๙๙๗	๑๙๙๘	๑๙๙๙
ค่าใช้จ่าย (A)	๕๐,๕๓๗	๖๔,๑๓๒	๗๖,๗๘๗	๘๗,๑๕๗	๙๕,๖๑๔
รายรับเงินบำรุง (B)	๕๔,๓๕๔	๖๓,๒๕๕	๗๒,๙๖๗	๗๙,๕๐๘	๘๖,๘๒๓
ดุลบัญชี (B-A)	๓,๘๑๗	-๘,๙๒๓	-๑๖,๑๘๐	-๘,๖๕๑	-๙,๖๙๑
ยอดคงเหลือ	๔๑,๒๐๐	๑๐,๐๒๐	๖๗,๘๕๑	๓๐,๓๕๙	๒๒,๔๒๕

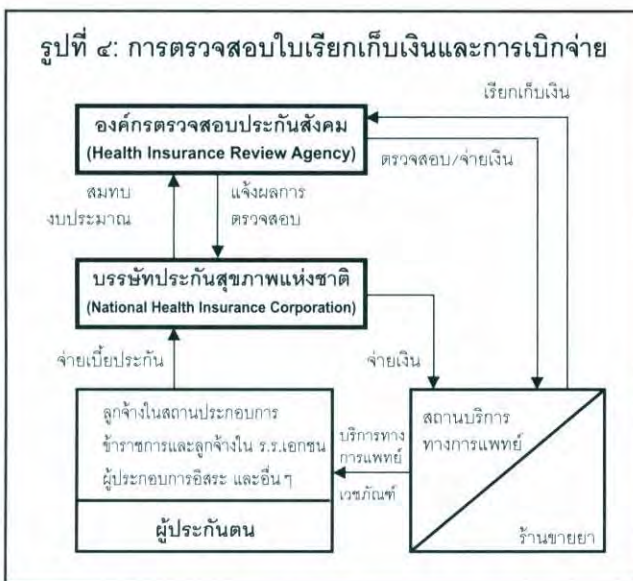
## การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลคืน

การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลคืนของแพทย์ โรงพยาบาล และเภสัชกร ส่วนใหญ่คำนวณจากรายการกิจกรรมที่ให้บริการ ซึ่งมีการกำหนดราคาไว้โดยรัฐ แต่ก่อนที่จะมีการกำหนดราคาไว้จะมีการเจรจาระหว่างบริษัทประกันสังคมแห่งชาติและตัวแทนของผู้ให้บริการทางการแพทย์ก่อน หากทุกอย่างตกลงกันได้ก็จะมีกำหนดราคากลางออกมา

ราคากลางที่มีการกำหนดไว้อาจมีการคิดเงินเพิ่มได้ ขึ้นอยู่กับลักษณะและขนาดของสถานบริการทางการแพทย์ โดยคลินิกคิดเพิ่มได้ ๑๕% โรงพยาบาลคิดเพิ่มได้ ๒๕% โรงพยาบาลขนาดใหญ่ คิดเพิ่มได้ ๓๐%

การเบิกจ่ายโดยใช้ระบบการวินิจฉัยโรค

ร่วม (DRG) เพิ่งเริ่มมีการทดลองใช้ เนื่องจากกลไกการจ่ายโดยวิธีนี้ยังมีข้อคิดเห็นที่ต้องหาข้อสรุปก่อนในหลายประเด็น



## ๒. สาธารณรัฐประชาชนจีน

### วัตถุประสงค์ของการศึกษาดูงาน

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้รับอนุมัติจากประธานวุฒิสภาให้เดินทางไปเยือนและศึกษาดูงานด้านการสาธารณสุขและการแพทย์แผนจีน ณ สาธารณรัฐประชาชนจีน ตามคำเชิญของคณะกรรมการแห่งชาติของสภาที่ปรึกษาทางการเมืองสาธารณรัฐประชาชนจีน ระหว่างวันที่ ๑๒-๑๗ มิถุนายน ๒๕๔๕

การศึกษาดูงานและการเดินทางไปเยือนสาธารณรัฐประชาชนจีน ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ครั้งนั้นนอกจากจะเป็นการศึกษาและดูงานด้านการสาธารณสุขของจีนซึ่งมีภาระหน้าที่สอดคล้องกับการสาธารณสุขของไทยแล้ว ยังได้มีการเข้าพบปะสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นด้านการสาธารณสุข การแพทย์แผนจีน และระบบหลักประกันสุขภาพกับคณะกรรมการการศึกษา วิทยาศาสตร์ วัฒนธรรม สาธารณสุขและพลศึกษาอีกด้วย ซึ่งสามารถสรุปสาระสำคัญในด้านต่างๆ ได้ดังนี้

### ระบบสุขภาพของจีน แบ่งเป็น ๒ ขั้นตอน

๑. ตั้งแต่ ค.ศ. ๑๙๔๙ (พ.ศ. ๒๔๙๒) ช่วงเวลาก่อนการปฏิรูประบบเศรษฐกิจ
๒. ตั้งแต่ ค.ศ. ๑๙๙๒ (พ.ศ. ๒๕๓๕) เป็นต้นมา

ตั้งแต่ ค.ศ. ๑๙๔๙ เมื่อ ๔๐ กว่าปีที่แล้ว จีนมีการสุขภาพหรือการให้การรักษารักษาฟรีเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่ทำงานให้รัฐประกอบด้วย ๓ ส่วน ดังนี้

๑. ข้าราชการที่ทำงานในหน่วยราชการ มีประมาณ ๒๐ ล้านคน
  ๒. ว่าที่ข้าราชการ คือ ผู้ที่ทำงานในโรงเรียน โรงพยาบาล ฯลฯ ซึ่งรัฐบาลเป็นคนสร้างโดยคนที่ทำงานในสถานที่เหล่านี้จะได้รับการรักษาพยาบาลฟรี
  ๓. คนที่ทำงานในรัฐวิสาหกิจ สมัยก่อนจีนมีแต่รัฐวิสาหกิจโรงงานจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับคนงานทั้งหมด ถ้าเป็นโรงงานใหญ่ ๆ จะมีโรงพยาบาลของตนเองรักษาคนงานฟรี
- ฉะนั้น กลุ่มคนที่กล่าวมาข้างต้นซึ่งมีจำนวนประมาณ ๑๕๐ ล้านคน จะได้รับการรักษาพยาบาลฟรี อีกประมาณ ๘๐% ของประชาชนจีน จะต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเองซึ่งค่าใช้จ่ายไม่สูงมาก ราคาที่คนป่วยต้องจ่ายคือ ค่ายา และค่ารักษา ซึ่งคนป่วยต้องจ่ายเงินเพียงส่วนหนึ่ง ข้อดีของการให้การรักษาพยาบาลประเภทนี้คือ ประชาชนมีสุขภาพดี ข้อเสียคือ ต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมาก รัฐบาลรับภาระไม่ไหว

ตั้งแต่ ค.ศ. ๑๙๙๒ รัฐบาลปฏิรูประบบเศรษฐกิจใหม่ และพิจารณาเห็นว่าถ้าใช้นโยบายรักษาโรคฟรีไม่ว่าโรครุนแรงหรือไม่ ผู้ป่วยจะไปโรงพยาบาลทั้งหมด คนที่ทำงานในภาครัฐจะขอเข้าไปให้คนในครอบครัวตนเองทำให้รัฐสิ้นเปลืองมาก ค่ารักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ของรัฐมีงบประมาณสูงขึ้น โรงงานและโรงพยาบาลรับภาระเรื่องค่ารักษาพยาบาลฟรีไม่ไหว รัฐจึงต้องปฏิรูป โดยมีหลักการ ดังนี้

๑. รักษาโรคขั้นพื้นฐาน ต้องมีมาตรฐานเดียวกัน ผู้มีรายได้ระดับเดียวกันจะได้รับการรักษาโรคขั้นพื้นฐานในมาตรฐานเดียวกัน คำว่าพื้นฐานสามารถเปลี่ยนไปได้ตามกาลเวลาหรือสถานการณ์
๒. ค่ารักษาโรค แบ่งหน่วยงานที่รับภาระค่ารักษาโรคเป็น ๓ ส่วน คือ รัฐบาล หน่วยงานที่คนงานปฏิบัติงานอยู่ เอกชน รัฐเปลี่ยนภาระให้เอกชนรักษาเพื่อแบ่งเบาภาระของรัฐบาล เพื่อให้เอกชนส่วนหนึ่งรับผิดชอบทำให้ความฟุ่มเฟือยส่วนหนึ่งของรัฐลดลง
๓. ขยายบริการการรักษาพยาบาล สำหรับประชาชนให้กว้างขึ้น ไม่ใช่บริการเฉพาะเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลอย่างเดียว ตอนนี้อยู่ที่ทำงานในเอกชน คนในชนบท ก็ได้รับการบริการสุขภาพจำนวนมากขึ้น และขณะนี้ระบบบริการสุขภาพในเมืองเปลี่ยนเป็นระบบประกัน เรียกว่า “การเฉลี่ยความเสี่ยง”
๔. มีระบบประกันสุขภาพหลายอย่าง ปัจจุบันมีการประกันสุขภาพหมู่ ทำให้มีการบริการรักษาพยาบาลสำหรับประชาชนกว้างขวางขึ้นในชนบท สำหรับประชาชนในเมืองก็จะมีประกันภัย การประกันสุขภาพเดี่ยว ซึ่งมีบริษัทรับประกันทั้งของรัฐบาลและของคนต่างชาติเพิ่มขึ้นมากกว่า ๑๐ แห่ง

### การดำเนินการเกี่ยวกับแหล่งที่มาของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

รัฐจะออกค่าประกันสุขภาพให้ประชาชนที่ทำงานในภาครัฐร้อยละ ๖ ต่อปี บุคคลออกเอง ร้อยละ ๒ ต่อปี โดยคิดจากอัตราเงินเดือนของแต่ละบุคคล โดยเฉลี่ยต่อปี ถ้าเป็นบริษัทเอกชน บริษัทจะต้องออกเอง รัฐไม่ออกให้แล้วนำเงินไปวางไว้ที่กองทุนของเมือง โดยรัฐบาลได้มอบให้แต่ละเมืองบริหารจัดการเงินกองทุนเอง ทุกเมืองจะมีกรมประกันสังคมมีหน้าที่ดูแลกองทุนโดยเฉพาะ ทุกคนจะมีสมุดบัญชีประกันสุขภาพของตนเอง และแต่ละคนจะมีเงินค่ารักษาพยาบาลเท่าไรก็ตาม เวลาไปโรงพยาบาลรักษาโรคต้องมีเงิน ๑๖๐ หยวน (๘๖๔ บาท) ก่อน ซึ่งสามารถใช้ได้ ๓ ครั้ง เป็นผู้ป่วยนอก เมื่อใช้เงินในบัญชีบุคคลหมดแล้วจึงไปใช้บัญชีกองทุนรวมได้

- กองทุนนี้เป็นกองทุนรวมของบุคคลทั้งหลาย คนที่เงินไม่พอ ให้ใช้เงิน ๔% ของหน่วยงานไปก่อน ถ้ายังไม่พออีกรัฐจะไม่รับผิดชอบอีกต่อไป
- กรณีการใช้เงินค่ารักษาโรค ๑๖๐ หยวนต่อคนต่อปี ถ้าปีไม่ได้ใช้ปีหน้าจะได้สมทบเพิ่มขึ้นไปเรื่อยๆ
- กองทุนนี้มีดอกเบี่ยเพิ่มขึ้น ถ้าไม่ใช้โอนให้ลูกได้ด้วย
- หน่วยงานที่ดูแลกองทุนและสวัสดิการนี้ กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้เป็นผู้ดูแลส่วนกลางของรัฐดูแลคือแต่ละเมืองจะดูแลกันเองทุกเมืองไม่เหมือนกัน (เมือง = อำเภอของไทย) การรักษาพยาบาลใช้ได้ภายในเมืองนั้นเอาไปใช้เมืองอื่นไม่ได้
- การใช้บริการค่ารักษาพยาบาล ต้องจ่ายเงินสดก่อน แล้วไปเบิกเงินทดแทนเอง โรงพยาบาลไม่รับผิดชอบเรื่องยารักษาโรคต้องจ่ายเงินก่อนจึงจะรักษา แต่รัฐบาลจะควบคุมให้โรงพยาบาลบริการดี ๆ และรัฐบาลจะช่วยเหลือในเมืองทุรกันดาร ส่วนเมืองที่เจริญแล้วไม่ได้ขอความช่วยเหลือจากรัฐบาล ปัจจุบันมีทั้งโรงพยาบาลเมืองและ



โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งแต่ก่อนเป็นโรงพยาบาลของรัฐทั้งหมดโรงพยาบาลแต่ละแห่งจะบริหารจัดการเอง โดยรัฐจะช่วยเหลือใน ๓ ปีแรก คือลดภาษีให้

- ประเภทที่ไม่มีความสามารถเข้ากองทุน รัฐช่วยเหลือโดยวิธีการสังคมสงเคราะห์ ขณะนี้กำลังเริ่มดำเนินการรับบริจาคเงินจากคนมีเงิน

### สถาบันการแพทย์แผนจีน

ก่อตั้งขึ้นในปี ค.ศ. ๑๙๕๑ เป็นมหาวิทยาลัยแพทย์แผนจีนหนึ่งในสี่แห่งของสาธารณรัฐประชาชนจีน มีหลักสูตรระดับปริญญาตรี โท เอก ผลิตนักศึกษาแพทย์ระดับปริญญาตรี ปีหนึ่งประมาณ ๒,๐๐๐ คน เป็นนักศึกษาต่างชาติประมาณ ๒๐๐ กว่าคน มีการสอนหลักสูตรระยะสั้น อาทิ ผู้ช่วยแพทย์ การฝังเข็ม การนวดแผนจีนโบราณ การศึกษาภาษาจีนโบราณ คณะพยาบาล คณะเทคนิคอนามัย คณะฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งเมื่อเรียนจบหลักสูตรแล้วมีสิทธิที่จะได้รับปริญญาบัตรระดับ ตรี โท เอก และมีมหาวิทยาลัยแพทย์แผนจีนเพียง ๒ แห่งเท่านั้น ที่มีสิทธิให้ปริญญาบัตรแก่ผู้สำเร็จตามหลักสูตร คือ มหาวิทยาลัยแพทย์นครเซี่ยงไฮ้ และมหาวิทยาลัยแพทย์ปักกิ่ง

นอกจากนั้น สถาบันการแพทย์แผนจีนเป็นศูนย์กลางการวิจัยหลายสาขา อาทิ วิจัยยาจีน สมุนไพร ฝังเข็ม จี้กึ่งกำลังภายใน โรคผู้สูงอายุ โรคตับอักเสบ การวิจัยมาตรฐานของยาจีน การศึกษา DNA มีโรงพยาบาลที่สังกัดมหาวิทยาลัย ๓ แห่ง เป็นโรงพยาบาลสาธิต ๒ แห่ง เป็นโรงพยาบาลรักษาผู้ป่วยนอก ๑ แห่ง มีเตียง ๓๐๐ เตียง รักษาผู้ป่วยนอกประมาณ ๓ ล้านคนต่อปีเป็นโรงพยาบาลใหญ่ที่สุด ทางด้านแพทย์ปัจจุบันและแพทย์แผนโบราณ มีพนักงาน ๖ พันกว่าคนมีอาจารย์ ๓๐๐ กว่าคน ปัจจุบันมีนักศึกษาไทย จำนวน ๑๑ คน สนใจเข้าเรียนการแพทย์แผนจีน เรื่องการฝังเข็ม และแพทย์จีนที่รักษาอยู่ที่ประเทศไทย ส่วนใหญ่จะจบหลักสูตรจากมหาวิทยาลัยแห่งนี้

ปัจจุบันสถาบันการแพทย์แผนจีนกำลังให้การสนับสนุนเรื่องต่อไปนี้

๑. กำลังดำเนินการเรื่องใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ
๒. การเรียนการสอนทางด้านแพทย์จีนแผนโบราณ ฟื้นฟูตำรารักษาโรค รูปภาพวีรียอกกำลังกายท่าต่าง ๆ เครื่องมือชนิดในสมัยโบราณ จัดทำหนังสือตำราแพทย์แผนจีนจำหน่าย
๓. การค้าขายสมุนไพร ขณะนี้กำลังร่วมมือกับประเทศไทยส่งเสริมเรื่องการพัฒนาปลูกพืชสมุนไพร และเงินจะมีการลงทุนเรื่องการค้าขายสมุนไพรในประเทศไทยในวงเงินประมาณ ๑๐๐ ล้านบาท



### ๓. สาธารณรัฐแอฟริกาใต้

#### วัตถุประสงค์ของการศึกษาดูงาน

คณะกรรมการการสาธารณสุข ภูมิภาค ได้มีมติในการเดินทางไปศึกษาดูงาน ณ ประเทศสาธารณรัฐแอฟริกาใต้ ระหว่างวันที่ ๒๑-๒๘ กรกฎาคม ๒๕๔๕ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ถึงสภาพปัญหาและกระบวนการบริหารการพัฒนางานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของสาธารณรัฐแอฟริกาใต้รวมทั้งเป็นการร่วมเฉลิมฉลองครบรอบ ๑๐ ปีแห่งความสัมพันธ์ระหว่างไทยและสาธารณรัฐแอฟริกาใต้ด้วย

สาระสำคัญของการศึกษาดูงานมี ๔ ด้านคือ ระบบงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ระบบการประกันสุขภาพ ระบบการเงินการคลังด้านสาธารณสุข และการควบคุมโรคเอดส์ ซึ่งสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

#### ระบบงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (District Health System)

โครงสร้างระบบงานสาธารณสุขของประเทศซึ่งมี ๓ ระดับด้วยกัน คือ

- ระดับชาติ (National Government)
- ระดับจังหวัด (Provincial Government)
- ระดับท้องถิ่น (Local Government)

โครงการเด่นของระบบการบริหารการพัฒนาสาธารณสุขระดับอำเภอ ได้แก่

(๑) โครงการพัฒนาชนบท มีพื้นที่ปฏิบัติการใน ๑๓ อำเภอ โดยเน้นการเข้าถึงและพัฒนาคุณภาพของบริการ การพัฒนาสมรรถนะทางการบริหาร การให้บริการแบบผสมผสาน รวมทั้งการพัฒนาการบริหารจัดการระบบข้อมูลข่าวสารระดับอำเภอ เป็นต้น

(๒) การพัฒนางานสาธารณสุขในเขตเมือง ซึ่งมีพื้นที่ปฏิบัติการ ๘ แห่ง ทั้งนี้ ได้เน้นการเข้าถึงและพัฒนาคุณภาพของบริการ การพัฒนาสมรรถนะทางการบริหาร การให้บริการผสมผสาน รวมทั้งการพัฒนาการบริหารจัดการระบบข้อมูลข่าวสารเช่นเดียวกับการพัฒนาในชนบทดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

นอกจากนี้ ระบบการบริหารการพัฒนางานสาธารณสุขในระดับอำเภอยังได้เน้น การมีส่วนร่วมของภาคเอกชนและเอกชนสาธารณะประโยชน์ (NGO) ซึ่งจะเป็นการเน้นการพึ่งตนเอง รวมทั้งเป็นการลดบทบาทภาระของกลไกภาครัฐอีกด้วย

### **ระบบประกันสุขภาพ (Social Health Insurance)**

ระบบประกันสุขภาพในสาธารณรัฐแอฟริกาใต้ยังไม่ได้มีการพัฒนามากมายนัก โดยระบบประกันสุขภาพจะเป็นไปใน ๒ ลักษณะ ได้แก่

๑. การประกันสุขภาพในภาคเอกชน โดยเน้นเฉพาะบริการทางการแพทย์ ซึ่งมีอยู่หลายบริษัทและหลายนโยบาย

๒. การสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นเรื่องที่กลไกภาครัฐจะดูแลสุขภาพของประชาชนในเบื้องต้น ซึ่งจะเน้นในด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเป็นสำคัญ (โดยไม่ได้เน้นในเรื่องการผ่าตัดรักษาพยาบาลแต่อย่างใด)

### **ระบบการเงินการคลังด้านสาธารณสุข และการกระจายการจัดสรรทรัพยากร**

ก่อนปี ค.ศ. ๑๙๙๔ ระบบการจัดสรรงบประมาณจะพิจารณาจากงบประมาณในปีที่ผ่านมาเป็นฐานของการจัดสรร แต่หลังปี ค.ศ. ๑๙๙๔ ระบบงบประมาณจะใช้เกณฑ์ที่คณะกรรมการเฉพาะกิจ (function committee) กำหนดขึ้น ปัจจุบันหลังมีรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ได้มีการปรับปรุงระบบการจัดสรรงบประมาณโดยเป็นงบประมาณในระดับชาติ (fiscal federalism) โดยได้คำนึงถึงระบบการจัดสรรที่สามารถส่งผ่านกลไกภาครัฐจากระดับหนึ่งไปสู่อีกระดับ หรือจากส่วนราชการหนึ่งไปสู่อีกส่วนหนึ่งได้ โดยพิจารณาจากบทบาทและภารกิจเป็นสำคัญ ซึ่งเรียกงบประมาณลักษณะนี้ว่า block grant ทั้งนี้ กระบวนการจัดสรรงบประมาณดังกล่าวได้มีหลักเกณฑ์การจัดสรรใน ๒ ลักษณะ

(๑) การกระจายการจัดสรรในแนวดิ่ง กล่าวคือ จากระดับชาติไปยังระดับจังหวัด

(๒) การกระจายการจัดสรรในแนวนอน กล่าวคือ จากจังหวัดหนึ่งไปสู่อีกจังหวัด ซึ่งอาจทำได้ในลักษณะ block grant

สำหรับงบประมาณด้านสาธารณสุขที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนั้น ปรากฏว่าได้รับการจัดสรรเพิ่มขึ้นปีละ ๗.๓% และจะมีสัดส่วนลดน้อยลงเมื่อเทียบกับงบประมาณภาครัฐโดยรวม ขณะเดียวกันงบประมาณต่อหัวที่เป็นจริงของงานสาธารณสุขก็ลดลงด้วยเนื่องจากภาวะเงินเฟ้อและมีประชากรเพิ่มขึ้น

### **การควบคุมโรคเอดส์**

#### **ก. สถานการณ์โรคเอดส์ของประเทศสาธารณรัฐแอฟริกาใต้**

เอดส์เป็นโรคที่มีความรุนแรงและมีการระบาดเพิ่มสูงขึ้นมาก โดยเฉพาะในประเทศแถบทะเลทรายซาฮารา และทวีปแอฟริกาทางตอนใต้ ซึ่งนับได้ว่าเป็นประเทศที่มีอัตราการระบาดสูงที่สุดในโลก โดยมีการคาดประมาณไว้ว่า ในผู้ป่วยโรคเอดส์ทั่วโลกปรากฏว่า ๖ ใน ๑๐ ในผู้ป่วยเพศชาย และ ๘ ใน ๑๐ ในผู้ป่วยเพศหญิง และ ๙ ใน ๑๐ ในผู้ป่วยเด็ก จะเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในประเทศแถบทะเลทรายในแอฟริกาแทบทั้งสิ้น

จากข้อมูลผู้ติดเชื้อเอดส์ในสาธารณรัฐแอฟริกาใต้ พบว่ามีความชุกสูงถึง ๔.๒ ล้านคนจากประชากรทั้งสิ้น ๔๓ ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชนผิวดำ ชนผิวขาวมีเพียงเล็กน้อย (คาดว่าไม่เกิน ๑๐ ล้านคน) และผู้ติดเชื้อดังกล่าววันวันจะทวีเพิ่มสูงขึ้น โดยประมาณการณ์ว่าทุกวันจะมีผู้ติดเชื้อเอดส์เพิ่มขึ้นประมาณ ๑,๖๐๐ คนต่อวัน หรือ ๕๕๐,๐๐๐ คนต่อปี ฉะนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญเร่งด่วนของประเทศที่จะควบคุมโรคเอดส์ให้ได้

## **๔. สาธารณรัฐเช็ก สาธารณรัฐออสเตรีย และสาธารณรัฐฮังการี**

### **วัตถุประสงค์ของการศึกษาดูงาน**

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้มีมติในการเดินทางไปศึกษาดูงาน ณ สาธารณรัฐเช็ก สาธารณรัฐออสเตรีย และสาธารณรัฐฮังการี ระหว่างวันที่ ๒๑-๒๔ มกราคม ๒๕๔๖ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา



วิเคราะห์ถึงสภาพปัญหาและอุปสรรคของกระบวนการบริหารการพัฒนาทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพเพื่อเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างในสภาพปัญหา กระบวนการบริหารจัดการ รวมทั้งผลสำเร็จหรือล้มเหลวของนโยบายในต่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประสบการณ์ในประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพมาอย่างต่อเนื่องและยาวนานซึ่งได้แก่ประเทศต่างๆ ในยุโรป ทั้งนี้ เพื่อนำเอาองค์ความรู้และประสบการณ์ดังกล่าวมาปรับใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิเคราะห์และติดตามประเมินผล ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภาต่อไป

## ๑. ระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพ

### การประกันสังคมและประกันสุขภาพของสาธารณรัฐออสเตรีย

สาธารณรัฐออสเตรียเป็นประเทศที่มั่งคั่งและมีความมั่นคงที่สุดประเทศหนึ่งของสหภาพยุโรป ที่ยึดมั่นในระบบเศรษฐกิจเสรีและให้ความสำคัญต่อบัจจัยทางสังคม สาธารณรัฐออสเตรียเป็นประเทศหนึ่งที่เป็นต้นแบบ การพัฒนาระบบประกันสังคมของบรรดาประเทศใกล้เคียงอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน

การประกันสังคมในสาธารณรัฐออสเตรียมีการจัดระบบในลักษณะเครือข่าย ๓ ระบบ ได้แก่

- ก. Social Insurance benefits โดยจะครอบคลุมถึงการประกันสุขภาพ การประกันอุบัติเหตุ และการประกันบำเหน็จบำนาญ (pension insurance) นอกจากนี้ยังอาจครอบคลุมถึงการประกันการว่างงานอีกด้วย
- ข. Public assistance benefits ซึ่งจะเป็นการช่วยเหลือครอบครัวในด้านต่างๆ เช่นสมาชิกองค์การทหารผ่านศึก ครอบครัวของผู้ประสบภัยจากสงคราม รวมทั้งผู้ประสบเคราะห์กรรมจากลัทธินาซี เป็นต้น
- ค. Social welfare benefits ได้แก่ การสังคมสงเคราะห์แก่ผู้พิการและผู้เกษียณอายุ รวมทั้งการดูแลที่บ้าน

ทั้งนี้ เครือข่ายประกันสังคมดังกล่าวจะอยู่ภายใต้ร่มเงาของสถาบันเครือข่ายประกันสังคมแห่งสาธารณรัฐออสเตรีย (Main Association of Austrian Social Security Institutions)

### การประกันสุขภาพของสาธารณรัฐฮังการี

กองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นองค์การบริหารด้านประกันสุขภาพของสาธารณรัฐฮังการี ซึ่งมีงบประมาณจากแหล่งทุนต่างๆ ทั้งจากนายจ้าง (ร้อยละ ๒๒) และจากลูกจ้าง (ร้อยละ ๘) โดยอาจได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบ้างในบางกรณีที่มีความจำเป็น

### รูปแบบการบำบัดรักษาพยาบาล

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้มีโอกาสไปเยี่ยมชมและศึกษาดูงานที่โรงพยาบาล เซนต์จอร์จในเขตเมืองหลวง “บูดา” โดยได้ร่วมประชุมปรึกษาหารือและรับข้อมูลข่าวสารจากคณะผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาล อันประกอบด้วยสาระสำคัญจากการประชุมและศึกษาดูงาน มีประเด็นสำคัญพอสรุปได้ดังนี้

โดยทั่วไปแล้วลักษณะของโรงพยาบาลในสาธารณรัฐฮังการีมี ๒ ประเภท คือ

๑. Central Hospital เป็นโรงพยาบาลกลางของรัฐบาล ซึ่งรวมทั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลค่ายทหารและอื่นๆ
๒. Local Government Hospital เป็นโรงพยาบาลขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีจำนวนรวมทั้งสิ้น ๑๗๐ แห่ง ในเทศบาลบูดาเปสเอง มีโรงพยาบาลของเทศบาล ๑๙ แห่ง โรงพยาบาลเอกชน ๒ - ๓ แห่ง นอกนั้นเป็นโรงพยาบาลของมูลนิธิและของศาสนา

โรงพยาบาลเซนต์จอร์จเป็นโรงพยาบาลของเทศบาลนครบูดาเปส เป็นโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลที่เลี้ยงสำหรับโรงพยาบาลเทศบาลอื่นอีก ๑๙ แห่ง เป็นโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงมากแห่งหนึ่งของสาธารณรัฐฮังการี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง ๑๐๐ ปีที่ผ่านมา ซึ่งนอกจากจะทำหน้าที่ในการให้บริการทางการแพทย์แก่ประชาชนแล้ว โรงพยาบาลเซนต์จอร์จยังทำหน้าที่เป็นทั้งสถาบันฝึกอบรมและวิจัยด้านการแพทย์

โรงพยาบาลเซนต์จอร์จได้รับงบประมาณส่วนใหญ่จากกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติแหล่งรายได้อื่น อาจได้จากเทศบาลเองและอาจมีรายได้บางส่วนจากการบริจาคจากเอกชน (มูลนิธิ) รวมทั้งจากค่าธรรมเนียมในการ



ใช้บริการของผู้ป่วย นอกจากนั้นรายได้หลักของโรงพยาบาลอาจได้จากผู้ประกันตนที่เป็นชาวต่างชาติ รวมทั้งอาจได้จากการจ่ายร่วม (co-payment) ในด้านต่าง ๆ

## ๒. ผลการศึกษาด้านการส่งเสริมสุขภาพ

โดยกฎหมายการประกันสุขภาพในสาธารณรัฐเช็ก ประชาชนจะมีหลักประกันสุขภาพในหลายลักษณะ กล่าวคือ หากเป็นลูกจ้างทั้งลูกจ้างและผู้ประกอบการ (นายจ้าง) จะเป็นผู้จ่ายเบี้ยประกันเอง แต่ถ้าเป็นผู้เกษียณอายุ เด็ก หรือผู้ว่างงาน รัฐจะเป็นผู้จ่ายให้ ภายใต้กฎหมายการประกันสุขภาพดังกล่าว ได้ระบุชัดเจนเกี่ยวกับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยวิธีการแบบสป่า (SPA)

โดยกฎหมายได้มีการอนุญาตให้ประชาชนสามารถรับบริการสป่าในการส่งเสริมสุขภาพได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ทั้งนี้ หากเป็นบริการส่งเสริมสุขภาพสป่าขั้นพื้นฐาน โดยทั่วไปสำหรับประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น แต่อาจต้องมีการจ่ายร่วม (co-payment) สำหรับบริการพิเศษอื่น ๆ

## ๓. ผลการศึกษาด้านการฟื้นฟูสภาพ

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้มีโอกาสไปศึกษาดูงานเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ณ International Peto Institute ซึ่งสาระสำคัญของผลการศึกษาดูงาน ณ สถาบันแห่งนี้มีดังนี้

หลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ Dr. Andrasw Peto ซึ่งเป็นทั้งแพทย์และนักการศึกษาได้ค้นหาวิธีการให้การศึกษาแก่เด็กและผู้ใหญ่ที่พิการทางการเคลื่อนไหวอันเนื่องมาจากความบกพร่องของระบบสมองประสาท และต่อมาก็กำเนิดเป็น “สถาบัน Peto” โดยมีการสอนและฝึกปฏิบัติจนมีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับของสากลทั่วโลกขณะนี้

ทั้งนี้ Conductive Education มีใช้วิธีการบำบัดรักษาทางการแพทย์ หากแต่เป็นการผสมผสานการจัดนำประสบการณ์ในการเรียนรู้และการศึกษาเข้าด้วยกัน โดยผู้พิการจะวางแผนการดำเนินวิถีชีวิต และมีกิจกรรมเพื่อพร้อมที่จะร่วมนับกับความสุข ความสนุกสนาน ความเบิกบาน และการมีอารมณ์ที่สุนทรีย์ รวมทั้งการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายและรู้จักรับผิดชอบต่อภาระหน้าที่ด้วย ปัจจุบัน Conductive Education ได้พัฒนาเป็นหลักสูตรระดับปริญญา รวมทั้งมีการสอนและฝึกอบรมผู้พิการจากต่างประเทศด้วย ทั้งนี้ ภาระหน้าที่หลักที่สำคัญของสถาบันมี ๓ ประการ ดังนี้

๑. เป็นสถาบันที่มีการฝึกปฏิบัติในการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ผู้พิการสามารถดำเนินกิจกรรมเยี่ยงคนปกติได้
๒. มีการศึกษาค้นคว้าวิจัย รวมทั้งมีการพัฒนาวิชาการเพื่อการฝึกปฏิบัติด้วย
๓. ด้านการบริหารจัดการ มีการดูแลผู้ป่วยทั้งที่พักอาศัยอยู่ประจำในสถาบันและที่ไป-กลับ ประมาณ ๒๐๐ คนต่อปี

สำหรับแหล่งที่มาของงบประมาณนั้น ปรากฏว่าได้รับการสนับสนุนจากรัฐเพียงร้อยละ ๖๐ ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ ๔๐ ได้รับความบริจาค

## ๔. ผลการศึกษาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

คณะกรรมการฯ ได้มีโอกาสพบเห็นวิธีการและสถานที่กำจัดขยะของสาธารณรัฐออสเตรีย ได้รับการเรียนรู้และได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับระบบการกำจัดขยะในสาธารณรัฐออสเตรีย ซึ่งระบบ วิธีการและขั้นตอนต่าง ๆ โดยสรุปมีดังนี้

ประเภทของขยะมี ๓ ประเภท คือ ขยะแห้ง ขยะเปียก และขยะมีพิษ ซึ่งมีวิธีการกำจัด ดังนี้

๑. ขยะมีพิษต้องนำเข้าโรงงานกำจัดสารพิษ
๒. ขยะเปียกต้องทำให้เป็นขยะแห้งเสียก่อน
๓. ขยะแห้งนำไปแยกออกเป็น Biodegradable และ Non-Biodegradable

ขยะที่เป็น Non - biodegradable ซึ่งจะนำไปแยกเป็นโลหะ (Metalic) และ อโลหะ (Non-metalic)

สำหรับขยะที่เป็นโลหะจะนำไปเผา ณ อุณหภูมิที่เหมาะสมเพื่อให้ละลายทำเป็นขดลวดหรือเป็นโครงโลหะได้ ส่วนขยะที่เป็นอโลหะ (Non-metalic) ซึ่งได้แก่พลาสติกหรืออื่น ๆ หากเป็นพลาสติกจะให้ความร้อนที่เหมาะสมเพื่อให้เป็นของเหลว ซึ่งจะกลายเป็นอิฐ (ที่เรียก Eco-bloc) และฝาผนัง (ที่เรียก Eco-wall) ส่วนอโลหะที่ไม่ใช่พลาสติกนั้นสามารถใช้เป็นดินสำหรับถมที่หรือนำกลับไปเป็นส่วนประกอบของปุ๋ยต่อไป



## ๕. สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ (รัฐดูไบ และรัฐอาบูดาบี)

### วัตถุประสงค์ของการศึกษาดูงาน

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้พิจารณาเห็นความสำคัญของการพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศ และได้พยายามศึกษาหาข้อมูลและดูงานด้านสาธารณสุขทั้งในและต่างประเทศ ดังนั้นจากการประชุมคณะกรรมการฯ เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๔๖ ที่ประชุมจึงได้มีมติให้เดินทางไปศึกษาดูงานต่างประเทศ ณ สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๒๑ มิถุนายน ๒๕๔๖ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาดูงานด้านการแพทย์พื้นบ้าน การใช้สมุนไพรเป็นแพทย์ทางเลือก ศูนย์บริการการแพทย์และสุขภาพครบวงจร โดยเฉพาะที่โรงพยาบาลราชิด ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงมากที่สุดของเมืองดูไบซึ่งเน้นการให้บริการด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตลอดจนเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลความคิดเห็นกับผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ทราบแนวทางการพัฒนางานสาธารณสุขของสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ ทั้งนี้ เพื่อนำความรู้ และข้อมูลต่างๆ มาเป็นฐานในการพัฒนาศักยภาพการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และโรงพยาบาลให้มีอุปกรณ์ที่ทันสมัย และมีสมรรถนะในการบริการทัดเทียมประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศภาคพื้นยุโรป นอกจากนี้ยังจะเป็นการสร้างเชื่อมั่นในประสิทธิภาพการแพทย์ของไทยซึ่งจะสามารถดึงดูดชาวต่างชาติโดยเฉพาะแถบตะวันออกกลางให้เดินทางเข้ามารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น

การเดินทางไปศึกษาดูงาน ณ สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ในครั้งนี้ นำโดยประธานคณะกรรมการฯ (นายแพทย์ วีรพงศ์ สกลกิตติวัฒน์) คณะกรรมการฯ ได้ศึกษาวิเคราะห์ระบบงานสาธารณสุข กระบวนการบริหารจัดการ รวมทั้งด้านสุขอนามัย สิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ เพื่อนำองค์ความรู้และประสบการณ์ดังกล่าวนำมาปรับใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิเคราะห์และติดตามประเมินผลของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภาต่อไป ซึ่งสามารถสรุปเป็นประเด็นและสาระสำคัญในด้านต่างๆ ได้ดังนี้

### ข้อมูลทั่วไป

สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์หรือยูเออี เป็นสหพันธรัฐตั้งอยู่บนฝั่งตะวันตกของอ่าวเปอร์เซีย ซึ่งประกอบด้วยรัฐอาหรับ ๗ รัฐ ได้แก่ อาบูดาบี ดูไบ ชาร์jah อัจมาน ราสอัลไคมาห์ ฟูไจราห์ และอุมม์ อัล ไควเวน การรวมตัวของรัฐต่างๆ เป็นไปอย่างหลวมๆ เจ้าผู้ครองรัฐ (Ruler) แต่ละรัฐมีอำนาจควบคุมดูแลกิจการภายในของตน ในขณะที่รัฐบาลกลางจะรับผิดชอบด้านนโยบายต่างประเทศ การป้องกันประเทศและนโยบายที่สำคัญอื่นๆ

ในส่วนของรัฐอาบูดาบีเป็นรัฐที่ใหญ่ที่สุดโดยมีพื้นที่ประมาณ ๘๐ เพอร์เซ็นต์ ของพื้นที่ทั้งประเทศมีประชากรมากที่สุด และมีอิทธิพลการเมืองมากกว่ารัฐอื่น เนื่องจากเป็นผู้ผลิตน้ำมันมากกว่ารัฐอื่น ๆ

นอกจากนี้ รัฐที่มีความสำคัญรองมาจากรัฐอาบูดาบี คือ รัฐดูไบ ซึ่งเป็นเมืองเศรษฐกิจและเมืองท่าที่สำคัญในสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ มีพื้นที่ทั้งหมด ๓๒,๐๐๐ ตารางไมล์ ขณะที่ประชากรมีประมาณ ๒,๙๓๘,๐๐๐ คน ในปี ๑๙๙๙ โดยประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศนับถือศาสนาอิสลามนิกายซุนนีประมาณ ๘๗ เพอร์เซ็นต์ และนิกายชีอะห์ประมาณ ๑๓ เพอร์เซ็นต์ ขณะเดียวกันภาษาที่ใช้ในราชการ คือ ภาษาอาหรับ และมีภาษาอังกฤษเป็นภาษาราชการค้า ส่วนภาษาฟาร์ซีซึ่งเป็นภาษาของชาวอิหร่านมีพูดกันบ้างเล็กน้อยโดยมีเมืองหลวงคือ กรุงอาบูดาบี ตั้งอยู่ในรัฐอาบูดาบี

### การเมืองการปกครอง

การปกครองมีลักษณะเป็นราชาธิปไตย คือ มีประธานาธิบดีและเจ้าผู้ครองรัฐต่างๆ มีอำนาจเด็ดขาดในการปกครองประเทศ รัฐธรรมนูญที่ใช้ปกครองประเทศปัจจุบันเป็นรัฐธรรมนูญฉบับถาวรประกาศใช้เมื่อวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๓๙ ประมุขของประเทศมีตำแหน่งเป็นประธานาธิบดีได้รับเลือกตั้งจากคณะมนตรีสูงสุดของเจ้าผู้ครองรัฐ (Supreme Council of Rulers) ซึ่งเป็นองค์กรที่มีอำนาจสูงสุดของประเทศประกอบด้วยเจ้าผู้ครองรัฐทั้ง ๗ มีประธานาธิบดีคนปัจจุบันคือ เชค ซายิด บิน สุลต่าน อัล นาห์ยัน (Sheikh Zayed Bin Sultan Al Nahyan) ซึ่งเป็นเจ้าผู้ครองรัฐอาบูดาบี โดยได้รับเลือกตั้งเป็นประธานาธิบดีตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๗๑ (พ.ศ. ๒๕๑๔) และได้รับเลือกตั้งซ้ำจนถึงปัจจุบันรองประธานาธิบดีซึ่งอยู่ในตำแหน่งนายกรัฐมนตรี ปัจจุบันคือ เชค มัคตูม บิน ราชิด อัล มัคตูม (Sheikh Maktoum Bin Rashid Al Maktoum) เจ้าผู้ครองรัฐดูไบ



นิติบัญญัติ องค์กรที่ทำหน้าที่คือสภาสหพันธ์แห่งชาติ (Federal Nation Council) ประกอบด้วยสมาชิก ๔๐ คน ที่ได้รับการแต่งตั้งจากรัฐแต่ละรัฐ โดยมีอายุในตำแหน่ง ๒ ปี ในอัตราส่วน ดังนี้ รัฐอาบูดาบีและรัฐดูไบ จำนวนรัฐละ ๔ คน ในส่วนรัฐชาร์จาห์ และรัฐราส อัล ไคมาห์ จำนวนรัฐละ ๖ คน ขณะที่รัฐอัจมาน รัฐฟูไจราห์ และรัฐอุมม์ อัล ไควน จำนวนรัฐละ ๔ คน ซึ่งการดำเนินการของหน่วยงานนี้ควบคุมโดยประธานสภาและรองประธานสภาอีก ๒ นาย สภาสหพันธ์แห่งชาติประกอบด้วยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญสำหรับศึกษาร่างกฎหมายต่างๆ ทั้งหมด ๘ คณะ คือ

- คณะกรรมการการกลาโหม และมหาดไทย
- คณะกรรมการการคลัง เศรษฐกิจและอุตสาหกรรม
- คณะกรรมการการศึกษา เยาวชน และข่าวสาร
- คณะกรรมการการต่างประเทศ และการวางแผน
- คณะกรรมการน้ำมัน แห้งแร่ และการเกษตร
- คณะกรรมการการสาธารณสุข แรงงานและสังคม
- คณะกรรมการอิสลาม สาธารณูปโภค การอุทธรณ์ และร้องทุกข์

### ระบบการสาธารณสุขของสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์

สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ให้ความสำคัญกับประชากรเป็นศูนย์กลางการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้เตรียมความพร้อมด้านการบริการสุขภาพให้มีความพอเพียงและมีคุณภาพ ตั้งแต่ปี ๑๙๗๑ ในด้านการบริการสาธารณสุขพื้นฐาน ด้านการป้องกัน และดูแลรักษาในระดับชุมชน กระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนายุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับภาวะเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง รวมทั้งความร่วมมือกับองค์การระหว่างประเทศตลอดจนสถาบันการศึกษาให้มีการสนับสนุนการดูแลสุขภาพ การเพิ่มอายุขัยเฉลี่ยของประชากร ลดการแพร่ระบาดของโรคและการเกิดโรคประติต ตลอดจนให้การวินิจฉัยและการรักษาโรคเรื้อรังในระยะเริ่มแรก ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลให้เป็นมาตรฐานเพื่อนำไปสู่การวางแผนด้านต่างๆ ในการดูแลสุขภาพ และในช่วง ๓๐ ปีที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการบริการทางสุขภาพแก่ประชาชนภายใต้แนวคิดการป้องกันโรคอย่างมีคุณภาพ การรักษา และการสนับสนุนการให้บริการด้วยระบบการสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย ทั้งนี้มีโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจากเดิม ๗ แห่ง เป็น ๓๐ แห่งมีจำนวนเตียงเพิ่มขึ้นจาก ๗๐๐ เตียง เป็น ๔๔๗๓ เตียง จำนวนสาธารณสุขมูลฐานเพิ่มจาก ๑๒ แห่งเป็น ๑๑๕ แห่ง

ลักษณะประชากรด้านสาธารณสุขของยูเออี พบว่าผลลัพธ์จากการพัฒนาประเทศ นำไปสู่การเพิ่มประชากรมากกว่า ๑๐ เท่า ในรอบ ๓๐ ปี ทั้งนี้ปัจจุบันมีประชากร ๓,๑๘๐ ล้านคน ขณะที่ระยะก่อตั้งยูเออี มีประชากรเพียง ๕ แสนคนเท่านั้น ซึ่งปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเพิ่มขนาดประชากรมาจากการเพิ่มของประชากรวัยเจริญพันธุ์จำนวนมาก และการลดลงของอัตราการตาย อย่างไรก็ตามอัตราการตายบางอย่างมีแนวโน้มสูงขึ้น อาทิ โรคหัวใจ และหลอดเลือด มะเร็ง อุบัติเหตุ และการคลอดที่ผิดปกติ รวมแล้วประมาณ ๕๖ % ของสาเหตุการตายของประชากรในประเทศ

ระบบการให้การรักษายาบาล ได้พัฒนาการให้บริการที่มีมาตรฐานเพื่อรองรับเครื่องมือทางการแพทย์ใหม่ๆ ที่ทันสมัย ตลอดจนกระทรวงสาธารณสุขได้สร้างเครือข่ายสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยศูนย์สุขภาพ โรงพยาบาล และหน่วยงานต่างๆ แต่อย่างไรก็ตามควรคำนึงถึงการพัฒนาของแผนแม่บทแห่งชาติให้มีมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ซึ่งได้แก่ด้านการวางแผนและคอมพิวเตอร์ ด้านการสาธารณสุขมูลฐาน ด้านการพยาบาล และด้านทันตแพทย์

ในด้านการบริการ การป้องกัน และสนับสนุนด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญถึงการพัฒนายุทธศาสตร์ในโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งนี้ได้มีการออกกฎหมาย เพื่อป้องกันแพร่ระบาดของโรคจากภายนอกประเทศซึ่งนับว่าประสบผลสำเร็จ เนื่องจากอุบัติการณ์การเกิดโรคลดลง นอกจากนี้กระทรวงฯยังให้ความสำคัญในโครงการอนามัยแม่และเด็ก และโครงการโรงเรียนสุขภาพ

ขณะที่การประกันสุขภาพนั้นรัฐบาลจะเป็นผู้สนับสนุนด้านการเงินให้แก่บริการด้านนี้สูงถึง ๘๑% ของต้นทุนทั้งหมด นอกจากนี้ในระบบการแพทย์ทางเลือก พบว่า มีการใช้สมุนไพรในการรักษาในประเทศสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์มากกว่าหนึ่งพันรายต่อปี ซึ่งมีการรับรองเรื่องประสิทธิภาพของยาในปี ๑๙๙๖ โดยสถาบัน Zayed Complex for Herbal Research and Traditional Medicine



## การศึกษาฐานโรงพยาบาล Rashid

โรงพยาบาล Rashid ได้เริ่มเปิดดำเนินการตั้งแต่ปี ๒๕๑๕ โดยตั้งชื่อ Sheikh Rashid Bin Saeed Al Maktoum โรงพยาบาลแห่งนี้ตั้งอยู่เมืองดูไบ เป็นโรงพยาบาลขนาด ๔๕๔ เตียง มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ เฉพาะทาง นอกจากนี้ แผนกผู้ป่วยนอกยังมีการให้บริการด้านจักษุ ด้านคอนาสีกด้านโรคผิวหนัง ด้านระบบปัสสาวะ รวมทั้งด้านกายภาพบำบัด และโภชนาบำบัด โดยมีเป้าหมายเพื่อให้โรงพยาบาลนี้เป็นศูนย์การแพทย์ด้านอุบัติเหตุฉุกเฉินอันดับหนึ่งในบริเวณภูมิภาค ขณะเดียวกันผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นทั้งจากดูไบและรัฐอื่นขณะที่ผู้ป่วยที่พำนักอยู่ในดูไบมาใช้บริการเองอีกจำนวนหนึ่งโดยให้บริการตลอด ๒๔ ชั่วโมง และผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินจะได้รับการดูแลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ส่วนผู้ป่วยนอกจะเสียค่าบริการ ในขณะนี้ โรงพยาบาลกำลังอยู่ในช่วงที่ปรับปรุงและขยายอาคารเพื่อรองรับศูนย์บริการทางการแพทย์ด้านอุบัติเหตุระดับโลก โดยใช้งบประมาณ ๔๔๐ ล้านบาทไทย (๔๐ ล้าน DHs) ซึ่งเป็นการติดตั้งอุปกรณ์และใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย

## การศึกษาฐานศูนย์วิจัยสมุนไพรและการแพทย์พื้นฐาน Zayed Complex Herbal & Baditional Medicine

ศูนย์นี้ได้ก่อตั้งขึ้นในปี ๑๙๙๖ ที่เมืองอาบูดาบี โดยตั้งชื่อตามประธานาธิบดี ศูนย์นี้มีการดำเนินการทั้งการวิจัย การผลิต การบริการรักษาทางคลินิก โดยมุ่งเป็นการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคซึ่งผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร และมีการผลิตโดยแผนกเภสัชกรรมของศูนย์นี้เอง โดยมีเป้าหมายเพื่อเชื่อมโยงความรู้ทางวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ Phyto Medicine กับการแพทย์แผนปัจจุบันเข้าด้วยกัน โดยศูนย์นี้จะประกอบด้วย แผนกวิจัย แผนกบริการสุขภาพสวนพฤกษศาสตร์ และแผนกผลิต โดยผู้ป่วยของ UAE และ Gulf Countries Coordination ที่มีบัตรประกันสุขภาพจะรักษาให้ฟรี ส่วนผู้ป่วยอื่นที่มีบัตรประกันสุขภาพจะเสียค่าบริการ ๒๐ DHs และค่ายา เป็นเงินจำนวน ๓๐ DHs ในหนึ่งสัปดาห์ นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพหรือบัตรหมดอายุจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ๗๕ DHs และค่ายาเป็นเงิน ๓๐ DHs ในหนึ่งสัปดาห์

## การศึกษาฐาน Dubai Health Care City (DHCC)

เป็นโครงการริเริ่มของ Sheikh Mohammed Bin Rashid Al Maktoum มงกุฎราชกุมาร ดูไบและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงกลาโหม โดยมีจุดประสงค์ที่จะให้ดูไบเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพ และการรักษาพยาบาลที่มีชื่อเสียงระดับโลก ในภูมิภาคตะวันออกกลาง แอฟริกาตะวันออก ตะวันออกกลางรวมทั้งอินเดีย ปากีสถาน บังคลาเทศ และศรีลังกา ในปี ค.ศ. ๒๐๑๐ โดยมีการจัดตั้งสถาบันทางสุขภาพโรงพยาบาล สถาบันวิจัยการแพทย์ โรงเรียนแพทย์ รวมถึงบริการสนับสนุนต่างๆ อาทิ โรงแรม ๕ ดาว และรีสอร์ทที่มีการบริการทางสุขภาพ และสปา เป็นต้น

สำหรับการลงทุนจะมีการลงทุนจากภาครัฐและเอกชน โดยภาครัฐจะเป็นผู้เริ่มการก่อสร้าง นอกจากนี้ยังมีแผนที่จะให้ผู้ลงทุนด้านสถาบันทางการแพทย์เป็นเจ้าของได้ ๑๐๐ % เต็มอีกด้วยหรืออีกนัยหนึ่งคือ ผู้ลงทุนใน DHCC จะได้รับเงื่อนไขเช่นเดียวกับ free zone ของดูไบ กล่าวคือ จะได้รับสิทธิยกเว้นภาษีในช่วงระยะเวลาที่กำหนดไม่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนย้ายเงินทุนและผลกำไร ไม่ต้องเสียภาษีเงินได้ ตลอดจนมีความยืดหยุ่นในการว่าจ้างบุคลากรและแรงงาน ซึ่งโครงการนี้ ดำเนินการโดยร่วมมือระหว่าง Dubai Development and Investment Authority กับกระทรวงสาธารณสุขในรัฐดูไบ ซึ่งในขั้นนี้ได้มีการแต่งตั้งบอร์ดบริหารโดยมีนาย Mohammed Al Gergawi เป็นประธานบอร์ด และนาย Adel Al Shamsi เป็น CEO อย่างไรก็ตามโครงการดังกล่าวน่าจะเป็นโอกาสดีที่ภาคเอกชนและศูนย์บริการ health spa ของไทย ขณะเดียวกันเป็นการสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลไทยที่จะส่งเสริมการส่งออกธุรกิจภาคบริการซึ่งขณะนี้โครงการดังกล่าวมีความคืบหน้าไปมากและมีผู้จองไปแล้วร้อยละ ๗๐

## การศึกษาฐานกระทรวงสาธารณสุข

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เข้าพบรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข Dr. Abdul Ghaffar Mohamed Abdul Gaffour ที่กระทรวงสาธารณสุข สรุปสาระสำคัญดังนี้

๑. ฝ่ายสหรัฐอเมริกาหับเอมิเรตส์ ได้สรุปบทบาท ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ในการกำกับดูแลโรงพยาบาลและมาตรฐานการรักษาให้เป็นไปตามกฎระเบียบของกระทรวง รวมทั้งออกใบอนุญาตให้โรงพยาบาล



ทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนใบประกอบการทำงานของแพทย์ นอกจากนี้ยังมีหน้าที่กำกับดูแลราคาขายอีกด้วย กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณปีละประมาณ ๑.๖ พันล้านดอลลาร์ (๑ ดอลลาร์ = ๑๒ บาท)

สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลนั้นชาวสหรัฐอเมริกาไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล เพียงแต่เสียค่าทำบัตรประกันสุขภาพ ส่วนแรงงานต่างชาติจะเสียค่าทำบัตรประกันสุขภาพที่แพงกว่า และเสียค่าตรวจโรคต่างหาก

ขั้นตอนการรักษาพยาบาล กำหนดให้ผู้ป่วยรักษาที่คลินิกก่อนและหากแพทย์ที่คลินิกไม่สามารถให้การรักษาได้คนไข้จะถูกส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาล ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถไปรับการรักษาได้ที่โรงพยาบาลโดยตรง

ปัญหาที่ประสบ คือ เรื่องการขาดแคลนบุคลากรโดยเฉพาะนางพยาบาลและบุรุษพยาบาลซึ่งมักจะทำงานในหน้าที่ไม่นาน

๒. ฝ่ายไทย ได้ชี้แจงโครงสร้างการสาธารณสุขของไทย และได้เน้นย้ำถึงความสำเร็จของประเทศไทยในการควบคุมโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ( SARS = Severe Acute Respiratory Syndrome) จนองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ประเทศไทยเป็นประเทศปลอด SARS

นอกจากนี้ประเทศไทยยังมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคต่างๆ ที่สำเร็จการศึกษาจากประเทศสหรัฐอเมริกาและยุโรป รวมทั้งมีอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย ทำให้การบริการมีคุณภาพดีทัดเทียมประเทศดังกล่าว และสิ่งสำคัญคือประเทศไทยมีชื่อเสียงในด้านการดูแลพยาบาลผู้ป่วยด้วย

ผลที่ได้จากการดูงานที่สำคัญ คือ การพัฒนางานแพทย์พื้นบ้านของไทย ควรร่วมมือกับประเทศอื่นที่มีศักยภาพในลักษณะพันธมิตรเครือข่าย เช่น สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ ซึ่งมีความพร้อมเรื่องงบประมาณและศักยภาพของบุคลากร ในขณะที่เดียวกันประเทศไทยก็ควรจะมีการสนับสนุนให้มีการพัฒนาการให้บริการทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานสูงเพื่อรองรับผู้ป่วยทั้งภายในประเทศและต่างประเทศที่มีศักยภาพในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

### การศึกษาดูงานกระทรวงสาธารณสุข

Dr. Abdul Ghaffar Mohamed Abdul Gaffour รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้สรุปถึงบทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขในด้านต่างๆ อาทิ การกำกับดูแลโรงพยาบาล มาตรฐานการรักษาพยาบาล การออกใบอนุญาตให้โรงพยาบาลรัฐและเอกชน ตลอดจนใบประกอบการทำงานของแพทย์ นอกจากนี้ยังมีหน้าที่กำกับดูแลราคาขาย ในส่วนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลนั้น ชาวสหรัฐอเมริกาไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพียงแต่เสียค่าทำบัตรประกันสุขภาพ ส่วนแรงงานต่างชาติจะเสียค่าทำบัตรประกันสุขภาพที่แพงกว่า และเสียค่าตรวจโรคต่างหาก ขณะที่การรักษาพยาบาลจะกำหนดให้ผู้ป่วยไปรักษาที่คลินิกก่อนหากแพทย์ไม่สามารถให้การรักษาได้จะถูกส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาล ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถไปรับการรักษาได้ที่โรงพยาบาล ขณะที่ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางด้านสาธารณสุขยังมีอย่างต่อเนื่อง จากนั้นฝ่ายไทยได้ชี้แจงโครงสร้างการสาธารณสุขและได้เน้นย้ำถึงความสำเร็จในการควบคุมโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ซึ่งประเทศไทยยังมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคต่างๆ รวมทั้งมีอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัยทำให้การบริการมีคุณภาพดีทัดเทียมเท่ากับประเทศสหรัฐอเมริกาและยุโรป





# รายงานผู้ชี้แจง

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

# รายนามผู้ชี้แจง

## คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ขอบขอบคุณผู้มีรายนาม ดังต่อไปนี้

๑. นายกรีญ จันทจรวิวัฒน์
  ๒. นายกฤษดา เรืองอารีย์รัชต์
  ๓. นายกาญจนนา ปานุกร
  ๔. นางสาวกานติ อูปถัมภ์
  ๕. พันเอก ภิภูพล วัฒนกุล
  ๖. นายกิตติ ลิ้มชัยกิจ
  ๗. นางกุลรัตน์ ไชยพรม
  ๘. นายเกรียงศักดิ์ กองพลพรม
  ๙. นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
  ๑๐. ศาสตราจารย์ นายแพทย์จอมจักร จันทรสกุล
  ๑๑. นายจักรกฤษณ์ ควรพจน์
  ๑๒. นางจันทนา ปานปรีชา
  ๑๓. นางสาวจิตติมา อรรถถ้วน
  ๑๔. นางสาวจิตรา เศรษฐอุดม
  ๑๕. นางจิรฐา พัฒโนทัย
  ๑๖. นางจิรพันธุ์ พงษ์สวัสดิ์
  ๑๗. รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์
  ๑๘. นายจุลพงษ์ ทวีศรี
  ๑๙. นายแพทย์เจษฎา โชคดำรงสุข
  ๒๐. นางฉวีวรรณ ธรรมชาติ
  ๒๑. นายแพทย์เฉลิมชัย ชูเมือง
  ๒๒. นางสาวชลลธาร วิชัยสกุลชัย
  ๒๓. นายแพทย์ชวลิต สันติกิจรุ่งเรือง
  ๒๔. นายชัยพัฒน์ ไชยสวัสดิ์
  ๒๕. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชิน บุรณธรรม
  ๒๖. นางชุติมิน บุญเพ็ญ
  ๒๗. นายเชวง ไทยยิ่ง
  ๒๘. นายโชติศักดิ์ เจนพานิชย์
  ๒๙. นายไชยวัฒน์ ชวประพันธ์
  ๓๐. นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์
  ๓๑. นายแพทย์ณรงค์ฤทธิ์ มัคทายานนท์
  ๓๒. นางสาวณัฐชนก บุญประกอบ
- เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน  
รองผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ  
หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการสถาบันการแพทย์ด้านอุบัติเหตุและสาธารณสุข  
เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน  
รองผู้อำนวยการกองตรวจโรคผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า  
เลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด  
นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ ๗ (ลำปาง)  
รองอธิบดีฝ่ายวิชาการ กรมการขนส่งทางบก  
หัวหน้างานนโยบายสุขภาพทางเลือกสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์  
กระทรวงสาธารณสุข  
ประธานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย  
อาจารย์ประจำสาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
เภสัชกร ๘ ว สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  
นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ ๘ (ศรีสะเกษ)  
ผู้อำนวยการกองควบคุมอาหาร  
หัวหน้ากลุ่มงานวิเคราะห์และป้องกันอุบัติเหตุกรมการขนส่งทางบก  
เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผนกรมการแพทย์  
อาจารย์ประจำคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
วิศกร ๘  
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี  
นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ ๘ (นครพนม)  
หัวหน้าสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข  
และผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต ๑๒  
เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน  
ผู้อำนวยการศูนย์ความร่วมมือการแพทย์  
ไทย - จีน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข  
หัวหน้ากลุ่มส่งเสริมการจัดการด้านสาธารณสุข  
สิ่งแวดล้อมสวัสดิการสังคม กรมส่งเสริม การปกครองท้องถิ่น  
ประธานที่ปรึกษาทางการแพทย์ ศูนย์พลังกายทิพย์  
นักวิชาการควบคุมโรค ๘ (สระแก้ว)  
ผู้อำนวยการสำนักอำนวยการ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา  
นายแพทย์ ๘ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า  
ผู้จัดการฝ่ายประกันกลุ่ม บริษัท อินเทอร์เน็ต  
จอห์นแฮนคอค ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี  
หัวหน้าหน่วยประกันสุขภาพและประกันสังคม โรงพยาบาลรามาริบัติ  
ผู้อำนวยการกองคลัง กรมสุขภาพจิต



๓๓. นางสาวณัฐชา คณานัฐรัตน์  
 ๓๔. นายดนูพงษ์ สาเซตร์  
 ๓๕. นางดวงพร โสภา  
 ๓๖. เกษักรหญิงดาริน จึงพัฒนาวดี  
 ๓๗. นายแพทย์ดุสิต ลิขนะพิพัฒกุล  
 ๓๘. นายถวัลย์รัฐ อ่อนศิริระ  
 ๓๙. นายแพทย์ทรงชัย ศรีโรจนสกุล
๔๐. พันตำรวจเอก ทรงชัย สิมะโรจน์นายแพทย์ (ส.บ.)  
 ๔๑. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ทวี เลหาพันธ์
๔๒. นายทวีเกียรติ เขาวลิตถวิล  
 ๔๓. รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศรี บุญทอง  
 ๔๔. นายธเนศศักดิ์ ผ่องใส  
 ๔๕. นางสาวธนพร พนาคุปต์  
 ๔๖. นายธัชชดนัย สิทธิศาสตร์  
 ๔๗. นายแพทย์ธานี บุญยประสิทธิ์  
 ๔๘. นางธิดา นิงสานนท์  
 ๔๙. นายธีรพันธ์ ดวงพลอย  
 ๕๐. นายแพทย์เกียรติชัย ดังทัตสวัสดิ์  
 ๕๑. นางนงลักษณ์ แสนนฤมล
๕๒. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์นภดล นพคุณ  
 ๕๓. นางนรรัตน์ พิมพ์เสน  
 ๕๔. นายแพทย์นรินทร์ อินทะสมะดุล  
 ๕๕. นางนฤมล โกมลเสวิน  
 ๕๖. นางนฤมล พรรณวาศี  
 ๕๗. ทันตแพทย์หญิงนันทนพ รัตนเดชสกุล  
 ๕๘. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทา มาระเนตร์  
 ๕๙. นายนิเทศ เอกอุ้น  
 ๖๐. นางนิภาพรรณ สุขศิริ
๖๑. แพทย์หญิงนิศารัตน์ โอบาสเกียรติกุล  
 ๖๒. นายแพทย์บรรพต ดันธีรวงศ์  
 ๖๓. นายแพทย์บุญชัย พิพัฒน์วณิชย์
๖๔. นาวาอากาศตรี นายแพทย์บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์  
 ๖๕. นายบุญสม มหาวงษ์  
 ๖๖. ศาสตราจารย์ประกิต วาทีสารกิจ  
 ๖๗. นายประจักษ์ ทองงาม  
 ๖๘. นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ  
 ๖๙. นางประนอมศรี โสภขันธ์เงิน  
 ๗๐. นายประพนธ์ เกตรามาศ  
 ๗๑. พันตำรวจตรี ประพันธ์ อยู่เจริญดี  
 ๗๒. แพทย์หญิงประภา วงศ์แพทย์
- เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน ๖  
 ผู้อำนวยการกลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
 นักวิชาการสาธารณสุข ๗  
 เกษักร ๕ โรงพยาบาลด่านซ้าย  
 ผู้ช่วยรองอธิบดีกรมสุขภาพจิต  
 รองอธิบดีกรมเจ้าท่า  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสนามจันทร์  
 ๕) หัวหน้างานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ  
 หัวหน้าภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล  
 (ประธานราชวิทยาลัยพยาธิแห่งประเทศไทย)  
 ผู้อำนวยการกองสถานที่ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร  
 นายกสภาคการพยาบาล  
 นิติกร ๗ ว.  
 นักวิชาการควบคุมโรค ๘ (ปัตตานี)  
 นักวิชาการสาธารณสุข ๕  
 ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล  
 นายกสภาคการพยาบาล  
 นิติกร ๘ กรมการประกันภัย  
 นายแพทย์ ๖ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี  
 เลขานุการนายแพทย์ชวลิต สันติกิจรุ่งเรือง  
 รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ฝ่ายวางแผนและพัฒนา  
 ผู้อำนวยการกองคลังและพัสดุ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง  
 ที่ปรึกษาด้านกฎหมาย (แก้ไขประกาศ) กองควบคุมอาหารและยา  
 นักวิชาการควบคุมโรค ๘ (นครพนม)  
 ทันตแพทย์ ๕ พ. โรงพยาบาลมหาสารคาม  
 หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล  
 นักสถิติ ๖ กรมการแพทย์  
 นักวิชาการสุขศึกษา  
 เลขาธิการราชวิทยาลัยพยาธิแห่งประเทศไทย  
 นายแพทย์ ๑๐ ที่ปรึกษาระดับกระทรวง ด้านเวชกรรมป้องกัน  
 นายแพทย์ ๙ โรงพยาบาลเลิดสิน  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์  
 นายทะเบียนยาสูบ  
 คณบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
 นายแพทย์สาธารณสุขอำเภอเชียงใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี  
 รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
 นักวิชาการพาณิชย์ ๘ ว กระทรวงพาณิชย์  
 นายแพทย์ ๙ โรงพยาบาลเลิดสิน  
 สราวัตรสถานตำรวจทางหลวง กก. ๒ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์  
 นายกสภาคการพยาบาลเอกชน



๗๓. นางประภามาศ สมบัติ  
 ๗๔. นายแพทย์ประมวณ วีรุตมเสน  
 ๗๕. นายประยงค์ ปรีชาจิตต์  
 ๗๖. นายประวิทย์ ตั้งใจมั่น  
 ๗๗. นายแพทย์ประวิทย์ ลิ้มควรวสุวรรณ  
 ๗๘. นายประสาท ไทรภวานนท์  
 ๗๙. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ  
 ๘๐. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเสริฐ อัสสันตชัย  
 ๘๑. ร้อยตรีปรีชา เพชรวงศ์  
 ๘๒. นางปิติพร จันทรทัต ณ ออยุธยา  
 ๘๓. นายแพทย์พงษ์พัฒน์ ปธานวนิช  
 ๘๔ นายพงษ์พันธ์ ปอแก้ว  
 ๘๕. นางสาวพจนีย์ ธนวรามิตร  
 ๘๖. พันตำรวจตรี พนม เข็มทอง  
 ๘๗. นางสาวพรเพ็ญ จำรูญรัตน์  
 ๘๘. พันตำรวจโท พลกฤษณ์ กรุดพันธ์  
 ๘๙. นางพัชรา สกุลเวียงศรี  
 ๙๐. นายพิชัย ชำเพชร  
 ๙๑. นายพินิจ หิรัญโชติ  
 ๙๒. นายพิพัฒน์ ทองผดุงโรจน์  
 ๙๓. นายพิพัฒน์ นิยมการ  
 ๙๔. นายแพทย์พิพัฒน์ ยิ่งเสรี  
 ๙๕. นางสาวพิมพ์นันทา มาลาหอม  
 ๙๖. นางพิราภรณ์ กิจไพฑูรย์  
 ๙๗. พลโท พิศาล เทพลีธา  
 ๙๘. นายพุศศักดิ์ เลานสวัสต์  
 ๙๙. นางพูนศรี แคนดี  
 ๑๐๐. นางสาวเพททาย เพ็ญประยูร  
 ๑๐๑. แพทย์หญิงเพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ  
 ๑๐๒. นางเพ็ญแข ดวงคำสวัสต์  
 ๑๐๓. นายไพศาล ตันอุต  
 ๑๐๔. นายแพทย์ไพศาล ผดุงศิริกุล  
 ๑๐๕. นายไพศาล บางชวด  
 ๑๐๖. ทันตแพทย์ภราดร ชัยเจริญ  
 ๑๐๗. นางภัทราพร วงศ์พัฒน์วนิชย์  
 ๑๐๘. นางสาวภาวนา เอื้อกอบสุข  
 ๑๐๙. แพทย์หญิงมนทิวา ทองสารี  
 ๑๑๐. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์มนัส เสถียรโชค  
 ๑๑๑. นางสาวมณฑนา อุเทพ
- นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ ๘ (ปัตตานี)  
 เลขานุการแพทยสภา  
 เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน ๘  
 ผู้ช่วยผู้อำนวยการกองคลังและพัสดุ  
 สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี  
 อาจารย์ประจำภาควิชาจุลชีววิทยา  
 คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล  
 อาจารย์คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล  
 ผู้อำนวยการกองตรวจการขนส่งทางน้ำ  
 ผู้ช่วยผู้อำนวยการ สป.รศ.  
 ประธานโรงพยาบาลมหาชัย ๑  
 เกษัตริกร ๘ วช  
 อธิบดีกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์  
 รองผู้กำกับการจราจร กองบังคับการตำรวจจราจร  
 นักวิชาการสาธารณสุข ๖ ๖ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร  
 รองผู้บังคับการ ๕ กองบัญชาการจราจร  
 เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน ๗  
 สมาชิกวุฒิสภา จังหวัดเพชรบุรี  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรสาคร  
 ผู้อำนวยการสำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
 ผู้อำนวยการนโยบายและแผน องค์การเภสัชกรรม  
 ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข  
 พยาบาลวิชาชีพ ๗ (อุบลราชธานี)  
 นักวิชาการพาณิชย์ ๗ ๖. กระทรวงพาณิชย์  
 กรรมการทันตแพทยสภา  
 ผู้อำนวยการกองวิศวกรรมจราจร  
 พยาบาลวิชาชีพ ๗ (อุบลราชธานี)  
 เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน ๗  
 ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย  
 นักวิชาการควบคุมโรค ๗ (ลำปาง)  
 ประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS  
 ผู้อำนวยการส่วนขยายมูลฝอย กรมควบคุมมลพิษ  
 นายแพทย์สาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี  
 ทันตแพทย์ ๗ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดจันทบุรี  
 นักวิชาการสาธารณสุข ๗  
 บุคลากร ๗ กระทรวงสาธารณสุข  
 ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร  
 นายกสมาคมคัลยแพทย์ ตกแต่งในราชวิทยาลัย  
 คัลยแพทย์แห่งประเทศไทย  
 พยาบาลวิชาชีพ ๖



๑๑๒. นายมานะ บุญยะโกคา      นิติกร สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจ  
ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานรัฐมนตรี
๑๑๓. นายแพทย์มานิต ลีโทหวลิต      ผู้ช่วยผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร  
และวิชรพยาบาล
๑๑๔. นายแพทย์มานิชนุญ ลีโทหวลิต      รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
๑๑๕. นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์      ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข  
พยาบาลวิชาชีพ ๗ (สระแก้ว)
๑๑๖. นางเยาวมาลย์ เรืองนารถ      รองผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร
๑๑๗. นางเยาวรัตน์ อินทอง      นายกสมาคมสถาบันพลังกายทศิพย์เพื่อสุขภาพ
๑๑๘. นางเยาวเรศ บุญนาค      ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬารัตน์ฯ
๑๑๙. นายแพทย์ยุทธนา สงวนศักดิ์โกศล      คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๑๒๐. นางสาวยุพดี ศิริสินสุข      เกษตรกร ผู้อำนวยการกองควบคุมยา
๑๒๑. นางสาวยุวดี พัฒนวงศ์      ประธานสหพันธ์องค์กรผู้บริโภค
๑๒๒. นางสาวรสนา ไตลิตระกุล
๑๒๓. นายระพีพันธ์ จารุดล      ผู้ช่วยเลขาธิการ สจร.
๑๒๔. นางสาวรัตนา ปรีชาทัศนกุล      เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน กรมการแพทย์
๑๒๕. นางรัตนา อยู่ประเสริฐ      จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๑๒๖. นางเรวดี รุ่งจตุรงค์      หัวหน้างานคลัง คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
๑๒๗. พันตำรวจโท โรจนฤทธิ์ สถานานนท์      ผู้กำกับการ ๕ กองบังคับการตำรวจจราจร
๑๒๘. แพทย์หญิงลดาวัลย์ สุวรรณกิตติ      ประธานกรรมการบริหารโรงพยาบาลบ้านสวน  
พยาบาลวิชาชีพ ๗ (นครสวรรค์)
๑๒๙. นางสาวละมัย มั่นคง      ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาแรงงานและการจัดการ  
คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๑๓๐. นายแล ดิลกวิทยรัตน์      เกษตรกร ๗ วช. กองยา (อย.)
๑๓๑. นางสาวรสุดา ยงทอง      ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๑๓๒. นายวัลลภ ไทยเหนือ
๑๓๓. นางวาริรัตน์ เลิศนที
๑๓๔. แพทย์หญิงวารุณี จินารัตน์      จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๑๓๕. นางวาสนา เล็กสมบูรณ์      นายแพทย์ ๘ โรงพยาบาลราชวิถี  
นักวิทยาศาสตร์ ๗
๑๓๖. นางวาสนา สังขบูรณ์      บุคลากร ๖ กระทรวงสาธารณสุข
๑๓๗. นายวิจิตร กบิลพัสดุ์      นายแพทย์สาธารณสุขอำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย
๑๓๘. นายวิฑูรย์ สิมะโชคดี      รองอธิบดีกรมโรงงานอุตสาหกรรม
๑๓๙. นายวินนัท แสงมาน      ประธานสหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจยาสูบ
๑๔๐. นายแพทย์วินัย สวัสดิ์วิ      รองอธิบดีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
๑๔๑. ศาสตราจารย์ ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ      ผู้อำนวยการวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๑๔๒. นายแพทย์วิรุฬห์ ลิ้มสวาท      นายแพทย์ ๔ พ. โรงพยาบาลถ้ำพรรณรา
๑๔๓. นายแพทย์วีโรจน์ วีรกิตติ      แพทย์ทั่วไป
๑๔๔. นายวีโรจน์ สุ่มใหญ่      ผู้ช่วยเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
๑๔๕. ว่าที่ร้อยตรี วิศิษฎ์ ประวีณวงศ์วุฒิ      นักวิชาการอาหารและยา ๑๐ ข.ช.  
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๑๔๖. นายวิสุทธิ สุริยาภิวังษ์      กรรมการสภาเภสัชกรรม
๑๔๗. ศาสตราจารย์ นายแพทย์วีระ กสานติกุล      จากมหาวิทยาลัยศิลปากร
๑๔๘. นายแพทย์วีระ อิงภาษกรณ์      ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาเครือข่าย บริการสุขภาพ





- ๑๔๙. นายวีระพันธุ์ มุขสมบัติ
- ๑๕๐. นางสาวเวทानी พุ่มเหรียญ
- ๑๕๑. นางศรียรรณา พูลสรรพสิทธิ์
- ๑๕๒. นางสาวศศิวิมล วิบูลชัย
- ๑๕๓. นางศรียรรณ พันธ์มวโสภา
  
- ๑๕๔. แพทย์หญิงศรียรรณ สิริภิน
- ๑๕๕. นายแพทย์ศุภกร บัวสาย
- ๑๕๖. นาวาอากาศเอก ศุภโชค จิตรวานิช
- ๑๕๗. นายแพทย์ศุภมิตร ชุณหะวัณวิวัฒน์
- ๑๕๘. นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
- ๑๕๙. นายแพทย์สันทิ อาชีพสมุทร
- ๑๖๐. นายแพทย์สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์
- ๑๖๑. รองศาสตราจารย์ ดร.สมคิด เลิศไพฑูรย์
  
- ๑๖๒. นายสมชัย ว่องอรุณ
- ๑๖๓. นายแพทย์สมชาย ชนะกาญจนสุด
- ๑๖๔. นายสมชาย ตูแก้ว
- ๑๖๕. นายแพทย์สมชาย ลีทองอิน
- ๑๖๖. นายสมนึก แก้วกระจ่าง
- ๑๖๗. นายสมรัก จันทรา
- ๑๖๘. นายแพทย์สมศักดิ์ โฉ่เหลขา
- ๑๖๙. นายแพทย์สมสินธุ์ ฉายวิจิตร
- ๑๗๐. นายสมหวัง ทองขาว
- ๑๗๑. นายสรกฤต พลเคน
- ๑๗๒. นายสันติภาพ วงศ์ศิริ
- ๑๗๓. นายแพทย์สามารถ ทองคำสมุทร
- ๑๗๔. นางสาวพิน ด่านวัฒนะ
- ๑๗๕. นายสำราญ ปุยเจริญ
- ๑๗๖. นายสำเริง แหยมกระโทก
- ๑๗๗. นายสิทธิพร สหกันไทรภพ
- ๑๗๘. นางสิริวัฒน์ ธีระศักดิ์
- ๑๗๙. นางสุกัญญา พลอนันต์
- ๑๘๐. รองศาสตราจารย์ ดร.สุชาติา ตั้งทางธรรม
  
- ๑๘๑. นายแพทย์สุธี วุฒินิชย์กุล
- ๑๘๒. นายสุพรรณ สาคร
- ๑๘๓. นางสาวพินดา ติระรัตน์
- ๑๘๕. นางสุภาวดี ภิระพานิช
- ๑๘๖. นายสุรจิตต์ ชาตินักรบ
- ๑๘๗. นายแพทย์สุริยะ ปิยะผดุงกิจ

- ผู้อำนวยการกองคลังและพัสดุ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร
- เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน กรมการแพทย์
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมธานี
- พยาบาลวิชาชีพ ๕ (ร้อยเอ็ด)
- หัวหน้าสำนักงานสนับสนุนและพัฒนา
- กระจายอำนาจด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- รองผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร
- ผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ
- หัวหน้าสำนักงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
- นายแพทย์ ๙ ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ด้านเวชกรรมป้องกัน
- รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์
- ที่ปรึกษาด้านประสิทธิภาพ สำนักงานประกันสังคม
- อาจารย์ประจำภาควิชากฎหมาย
- คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- สมาชิกสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- ผู้อำนวยการศูนย์นเรนทร
- หัวหน้ากลุ่มงานอุทธรณ์ร้องทุกข์ กรมอนามัย
- ผู้อำนวยการส่วนออกกําลังกาย กรมอนามัย
- ผู้อำนวยการกองการประชาสัมพันธ์ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
- รักษาการผู้อำนวยการโรงพยาบาล พระยุพราชสระแก้ว
- นายกแพทยสภา
- นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
- หัวหน้าฝ่ายติดตามและประเมินผล กรมการขนส่งทางบก
- เลขาธิการสหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจยาสูบ
- นักวิชาการสาธารณสุข ๙ (อุดรธานี)
- ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาค
- ผู้ประสานงาน สปรต.
- รองเลขาธิการสหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจยาสูบ
- นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
- ผู้อำนวยการกองสถานที่ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
- นักวิชาการพัฒนาธุรกิจโรงงานยาสูบ
- พยาบาลวิชาชีพ ๔ พ. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
- อาจารย์ประจำสาขาวิชาเศรษฐศาสตร์
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- หัวหน้าฝ่ายพยาธิวิทยา โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช
- NGO AIDS ศรีสะเกษ
- ผู้อำนวยการฝ่ายตรวจสุขภาพใน
- รองผู้อำนวยการยาสูบด้านตลาดและจัดหา
- ประสาทยศัลยแพทย์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

๑๔๘. นางสาวสุรรัตน์ งามเกียรติโกศล ผู้ช่วยหัวหน้าศูนย์ประกันสุขภาพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
๑๔๙. นางสาววรรณภา สาคร นักวิชาการสุศึกษา ๘ (ศรีสะเกษ)
๑๕๐. นางสาวสุวรรณี จริยะพร สมาชิกสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
๑๕๑. นายแพทย์สุวัช เขียวศิริวัฒนา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
๑๕๒. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๑๕๓. นางสาวอาภา สมัครการ นักวิชาการเงินและบัญชี ๗ สำนักการคลังและงบประมาณ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
๑๕๔. นาวาเอก ไสภณ รัตนสุขมาวงศ์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า
๑๕๕. นายแพทย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์
๑๕๖. ดร. สาทิศ อินทรกำแหง ประธานมูลนิธิธีวจิต
๑๕๗. นายแพทย์หทัย ชิดานนท์ ประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย
๑๕๘. นางหนูเดือน ธวัชวิเชียร นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ ๗ (ร้อยเอ็ด)
๑๕๙. นายอดิศักดิ์ ทองไข่มุกด์ รองอธิบดีกรมควบคุมมลพิษ
๒๐๐. นายแพทย์อนันต์ อริยะชัยพาณิชย์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๒๐๑. นายอดิศักดิ์ ภู่วราวุฒิปานิช รองอธิบดีกรมทางหลวง
๒๐๒. นายแพทย์อนุวัฒน์ คุณชาติกุล ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
๒๐๓. นายแพทย์อภิชัย มงคล รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
๒๐๔. นายอภิสิทธิ์ จันทวิเชียร ผู้ช่วยปรึกษามหาภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจยาสูบ
๒๐๕. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อรุณ นานา รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช
๒๐๖. นางสาวอรอนงค์ บุญจ้านงค์ ผู้ประสานงานการรณรงค์ด้านยา องค์การหมอไร้พรมแดน (MSF)
๒๐๗. นางสาวอรุณญา ตันทวีวงศ์ จากสำนักกรณีพิเศษและสร้างกระแสสังคม
๒๐๘. นางอรุณญา สุตรสุคนธ์ รองเลขาธิการวุฒิสภา สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
๒๐๙. นายอักรเดช เพ็ญศิริ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
๒๑๐. แพทย์หญิงอัมพร กรอบทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมเวช
๒๑๑. นายอัมมาร สยามวาลา นักวิชาการเกียรติคุณ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
๒๑๒. เกศขกรอาคเนย์ ประพันธ์พจน์ เกศขกร ๔ โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี
๒๑๓. นางสาวอารี ฉัตรชัยรัตนเวช นักวิชาการควบคุมโรค ๙ (นครสวรรค์)
๒๑๔. ดร. อารีพงศ์ ภูษอุม ผู้อำนวยการสำนักรัฐวิสาหกิจและหลักทรัพย์ของรัฐ
๒๑๕. ร้อยตรี อำนวย ไทยานนท์ สำนักงานปลัดกระทรวงการคลัง
๒๑๖. นายอำพล จินดาวัฒนะ สมาชิกวุฒิสภา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
๒๑๗. นางอินทนิมา กุญชร ณ อยุธยา ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
๒๑๘. Mr. Shiv Khare รองผู้อำนวยการ องค์การเภสัชกรรม
- ผู้อำนวยการบริหารองค์การ AFPPD



## การเดินทางไปศึกษาดูงานต่างประเทศ



▲ การศึกษาดูงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข ณ สาธารณรัฐเช็ก ออสเตรีย ฮังการี ▲



▲ การศึกษาดูงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข  
ณ สาธารณรัฐประชาชนจีน



▲ การศึกษาดูงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข  
ณ สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์

## ภาพกิจกรรมคณะกรรมการ



▲ การบริจาคยาจากภาคเอกชนและองค์กรภักดีธรรม  
ให้แก่สาธารณรัฐแอฟริกาใต้

▲ ประธานวุฒิสภามอบโล่แก่คณะกรรมการการสาธารณสุข  
วุฒิสภา ในการจัดตั้งห้องปฐมพยาบาล อาคารรัฐสภา ๒

# รายนามคณะกรรมการจัดทำสรุปผลงาน ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

นายชิต เจริญประเสริฐ ประธานคณะกรรมการ  
นายจำเริญ จิตรธร รองประธานกรรมการ  
งาน  
าน

ส 01165 ฉ.2

รม  
64 รัฐสภา. วุฒิสภา. คณะกรรมการ  
1.2 การสาธารณสุข.  
2546 รายงานผลงานของคณะกรรมการ  
การสาธารณสุข วุฒิสภา สิงหาคม  
2543 - สิงหาคม 2546.

น  
น

นางสาวณัฐา พมพแก้ว คณะทำงาน  
นางสาวสุภัค บุญพัชรวาณิช คณะทำงาน

**ISBN 974-465-106-7**



คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

ถนนอุทองโน เขตดุสิต กรุงเทพฯ โทร. / โทรสาร. ๐ ๒๒๔๔ ๑๕๗๓, ๐ ๒๒๔๔ ๑๖๗๑