



รายงานการเดินทางไปศึกษาดูงานสาธารณสุข
เกี่ยวกับปัญหาเสพติด โรคที่เกิดจากการทำงาน
ด้านอุตสาหกรรม และระบบการประกันสุขภาพ

ของ

คณะกรรมการกิจการสาธารณสุข

สภาผู้แทนราษฎร

ประเทศสาธารณรัฐโปแลนด์ สาธารณรัฐอังกา

สาธารณรัฐออสเตรเลีย และสาธารณรัฐจีน

ระหว่างวันที่ 10 - 21 พฤษภาคม 2540



**รายงานการเดินทางไปศึกษาดูงานสาธารณสุข
เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต โรคที่เกิดจากการทำงาน
ด้านอุตสาหกรรมและระบบการประกันสุขภาพ**

ของ

**คณะกรรมการการสาธารณสุข
สภาผู้แทนราษฎร**

**ณ ประเทศสาธารณรัฐโปแลนด์ สาธารณรัฐฮังการี
สาธารณรัฐออสเตรีย และสาธารณรัฐเช็ก
ระหว่างวันที่ 10 - 21 พฤษภาคม 2540**



สารบัญ

	หน้า
การเดินทางไปศึกษาอูงานสาธารณสุข	
- หนักการและเหตุผล	1
- วัตถุประสงค์	2
สาระสำคัญการเดินทางไปศึกษาอูงานสาธารณสุข	
- ประเทศสาธารณรัฐโปแลนด์	8
- ประเทศสาธารณรัฐอังการี	10
- ประเทศสาธารณรัฐออสเตรีย	13
- ประเทศสาธารณรัฐเช็ก	14
ผลที่ได้รับจากการเดินทางไปศึกษาอูงานสาธารณสุข	19
รายชื่อผู้เดินทางไปศึกษาอูงานสาธารณสุข	20

การเดินทางไปศึกษาดูงานสาธารณสุข

คำนำ

ผลกระทบจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่ผ่านมา ทำให้ประชาชนมีการศึกษาเพิ่มขึ้น มีรายได้เพิ่มขึ้น และมีความสะดวกรวดเร็วในการรับข้อมูลข่าวสารทางสาธารณสุข ประชาชนต้องการคุณภาพการบริการและความสะดวกสบายจากสถานบริการเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเพิ่มจากร้อยละ 3.4 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเมื่อต้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2521) เป็นร้อยละ 5.9 ในช่วงต้นแผน 8 พ.ศ. 2535) ซึ่งรายจ่ายส่วนใหญ่มาจากภาคเอกชนถึงร้อยละ 76 ทำให้เกิดความไม่เสมอภาคในการเข้ารับบริการของประชาชนที่มีปัญหาเศรษฐกิจหรือมีกำลังเงินไม่เพียงพอ ถึงแม้รัฐบาลจะประกาศพระราชกฤษฎีกาเรื่องการประกันสังคม เมื่อวันที่ 2 กันยายน 2533 ที่ให้ความคุ้มครองแก่กลุ่มผู้ใช้แรงงาน แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมประชาชนทั้งประเทศ และประชาชนอีกร้อยละ 30 ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ เลยซึ่งส่วนใหญ่จะได้แก่ผู้มีรายได้ปานกลาง ถึงผู้มีรายได้น้อยในภาคเกษตรกรรม รัฐบาลจึงได้เริ่มดำเนินการจัดการบริการประกันสุขภาพแก่ประชาชนในกลุ่มนี้เพื่อให้เกิดความเสมอภาค ความเป็นธรรม และครอบคลุม

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานเรื่องระบบประกันสุขภาพในขณะนี้ มีหลากหลายรูปแบบ ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ คือ

1. การช่วยเหลือของรัฐ (Public Assistance) ได้แก่ การสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย คนชรา เด็กอายุ 0-12 ปี ผู้พิการ พระภิกษุสงฆ์ ทหารผ่านศึก ผู้มีสิทธิตามระเบียบว่าด้วยการช่วยเหลือด้านคำรักษาพยาบาล ผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร
- 2.สวัสดิการของข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ (Government Employee Scheme)
3. การประกันสุขภาพภาคบังคับ (Compulsory Health Insurance) ได้แก่ การประกันสังคม พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และกองทุนขาดแคลนแรงงาน
4. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (Voluntary Health Insurance) ได้แก่ การประกันสุขภาพเอกชน โครงการบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

จากการดำเนินงานระบบประกันสุขภาพที่ผ่านมา พบปัญหาของความไม่เสมอภาค และความไม่เป็นธรรมของการเข้ารับบริการ เช่น เงินงบประมาณที่รัฐอุดหนุนต่อรายหัวของประชาชน ภายใต้ระบบประกันแต่ละประเภทที่แตกต่างกัน เช่น ระบบประกันสุขภาพแบบสวัสดิการกรม



รักษาพยาบาล ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ได้รับ 2,000 บาท สวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูลต่างๆ ได้รับ 231 บาท/คน/ปี พระราชบัญญัติประกันสังคมได้รับ 800 บาท/คน/ปี โครงการประกันสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาได้รับ 27 บาท โครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจได้รับ 118 บาท

นอกจากนี้ ผลกระทบทางสาธารณสุขจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมอีกประเด็นหนึ่งคือ ปัญหายาเสพติด ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนวิถีชีวิต ทำให้ประชาชนมีค่านิยมทางวัตถุมากขึ้น ปัญหาครอบครัวแตกแยก จากสถิติพบว่าในปี 2536 มีผู้ใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 0.08 ของประชากรในปี 2537 เพิ่มขึ้นเป็น 0.12 ของประชากร (กรมสุขภาพจิต, 2537) รัฐบาลตระหนักถึงปัญหานี้ และพยายามแก้ไขมาโดยตลอด แต่ยังคงมีปัญหาอุปสรรคในการบริการที่ต้องพัฒนาปรับปรุงในแง่การรักษาผู้ติดยาเสพติดและในแง่ของการประสานงาน เพื่อสนับสนุนการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดยาเสพติด รัฐบาลจะต้องหากลยุทธ์ในการดำเนินงานต่อไป

ทั้งปัญหาของการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ และปัญหาการจัดบริการสาธารณสุขแก่ผู้เสพติดล้วนเป็นภาระหน้าที่ของรัฐบาลที่จะต้องกำหนดยุทธวิธีเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานทางสาธารณสุขสามารถนำไปปฏิบัติได้ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำการสำรวจ และวิเคราะห์ข้อมูลทั้งภายในองค์การและนอกองค์การ ระดับประเทศ และต่างประเทศเพราะปัจจุบันเป็นยุคของโลกาภิวัตน์ การจะมองปัญหาแต่ภายในองค์การและในระดับประเทศคงไม่เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ในระดับนโยบายของประเทศข้อมูลต่างๆ ต้องวิเคราะห์อย่างเป็นระบบและมองโลกเป็นสังคมเดียวกัน การศึกษาดูงานในต่างประเทศจึงมีความจำเป็น เพื่อให้เกิดการวิเคราะห์เปรียบเทียบ และสามารถนำเอายุทธศาสตร์ที่เหมาะสมมาเป็นแนวทางในการดำเนินงานบริการสาธารณสุขของประเทศในประเด็นของปัญหาที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระบบการบริการสาธารณสุขด้านการประกันสังคม ประกันสุขภาพและการบริหารสาธารณสุขแก่ผู้ติดยาเสพติด
2. เพื่อนำความรู้ และเทคโนโลยีต่าง ๆ ทั้งด้านการบริหาร จัดการการจ้องค์การ และรูปแบบการบริการ ตลอดจนวิธีการควบคุมกำกับประเมินผลมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ
3. เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขอย่างเสมอภาค ยุติธรรมและครอบคลุม



สาระสำคัญการศึกษางานสาธารณสุขที่ประเทศสาธารณรัฐโปแลนด์

1. งานสถาบันป้องกันแรงงานกลาง (Central Institute for Labour Protection)

สถาบันป้องกันแรงงานกลาง (Central Institute for Labour Protection : CIOP) ก่อตั้งขึ้นในเดือนเมษายน 2493 การดำเนินงานอยู่ภายใต้การควบคุมของคณะกรรมการด้านการวางแผนเศรษฐกิจแห่งชาติ (National Commission of Economic Planning) และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 ถึงปัจจุบันได้โอนเข้ามาสังกัดกระทรวงแรงงานและนโยบายสังคม (Ministry of Labour and Social Policy)

จากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างต่อเนื่องของประเทศ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือและผสมผสานกับเศรษฐกิจของโลก ประกอบกับประเทศโปแลนด์ได้ลงนามในความร่วมมือและปฏิบัติตามข้อตกลงในด้านมาตรฐานความปลอดภัยในการทำงานร่วมกับองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization : ILO) และได้ดำเนินการยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยให้สูงขึ้นตามข้อตกลง อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าไม่มีตัวเลขที่แน่นอนก็ตามแต่เป็นที่ทราบกันดีว่าช่วงชีวิตของคนงานหญิงชายชาวโปแลนด์จะสั้นกว่าประชาชนทั่วไป อันสืบเนื่องมาจากสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย กล่าวได้ว่าคนงาน 1 ล้านคน ในแต่ละปีมีผู้ป่วยเนื่องจากการทำงาน ประมาณ 10,000 คน เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจำนวน 100,000 คน และมีผู้ป่วยที่ถึงแก่ความตายจำนวน 1,000 คน

ด้วยเหตุดังกล่าวข้างต้นจึงมีความพยายามที่จะศึกษาวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยี วิทยาศาสตร์ และสังคม เพื่อหาแนวทางการประเมินผลและการป้องกันแรงงานจากอันตรายและค้นหาแนวทางการทำงานที่ปลอดภัยขึ้น สถาบันป้องกันแรงงานกลางจึงก่อตั้งขึ้น มีวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานดังนี้

1. แสวงหาค้นคิดเทคโนโลยีใหม่ ๆ หารูปแบบในการทำงานที่ปลอดภัย โดยเฉพาะเกี่ยวกับโรคที่เกิดเนื่องจากการทำงาน โดยคำนึงถึงมาตรฐานสากลและมาตรฐานในเครือประเทศยุโรป
2. หาแนวทางพัฒนากระบวนการรับรองเครื่องมือเครื่องจักรในโรงงานอุตสาหกรรม เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยในการทำงาน
3. กำหนดระบบการตรวจสอบสภาพการทำงานที่สัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุ
4. ส่งเสริมกิจกรรมด้านการศึกษาและข่าวสารเกี่ยวกับความปลอดภัยและลักษณะการทำงานที่ถูกสุขลักษณะ และความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนสถานที่ทำงาน



จากคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) คำว่า Health : อนามัย หมายถึงความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย สังคม และความเป็นอยู่ รวมทั้งไม่มีสภาพการพิการ สถานภาพการทำงานในประเทศโปแลนด์ มีจำนวนแรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมทั้งหมด 953,000 คน กระจายอยู่ในโรงงาน 660 แห่ง จากการตรวจสอบพบว่า คนงานมีภาวะความเสี่ยงมากที่สุดคือด้านเสียงดัง และภาวะความเสี่ยงน้อยที่สุดคือด้านความสั่นสะเทือน นอกจากนี้ยังพบว่า มีสถานะที่เป็นอันตรายเกี่ยวกับความร้อนในสถานที่ทำงานทำให้อุณหภูมิในร่างกายสูงเกิน 37 องศาเซลเซียส มีผลต่อการหมุนเวียนโลหิตของคนงาน และพบว่าเกิดอุบัติเหตุในการทำงานในปี 1995 ดังแสดงในภาพที่ 1 และ โรคที่เกิดจากการทำงานที่อยู่ในอัตราป่วยสูงดังแสดงในภาพที่ 2

ลำดับความสำคัญในการดำเนินงานด้านความคุ้มครองความปลอดภัยของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมและอาชีพในสถานะที่เปิดประเทศใหม่ ๆ นั้น จัดลำดับไว้ดังนี้

1. ภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งรวมไปถึงการลงทุนในขั้นตอนต่าง ๆ ในการดำเนินงานคุ้มครองความปลอดภัยของคนงาน
2. การนำเทคโนโลยีใหม่มาประยุกต์ใช้งาน
3. ความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายมนุษย์
4. ข้อมูลข่าวสาร การศึกษา และฝึกอบรม

ปัญหาที่เกิดขึ้นในภาวะการทำงานปัจจุบัน คือ

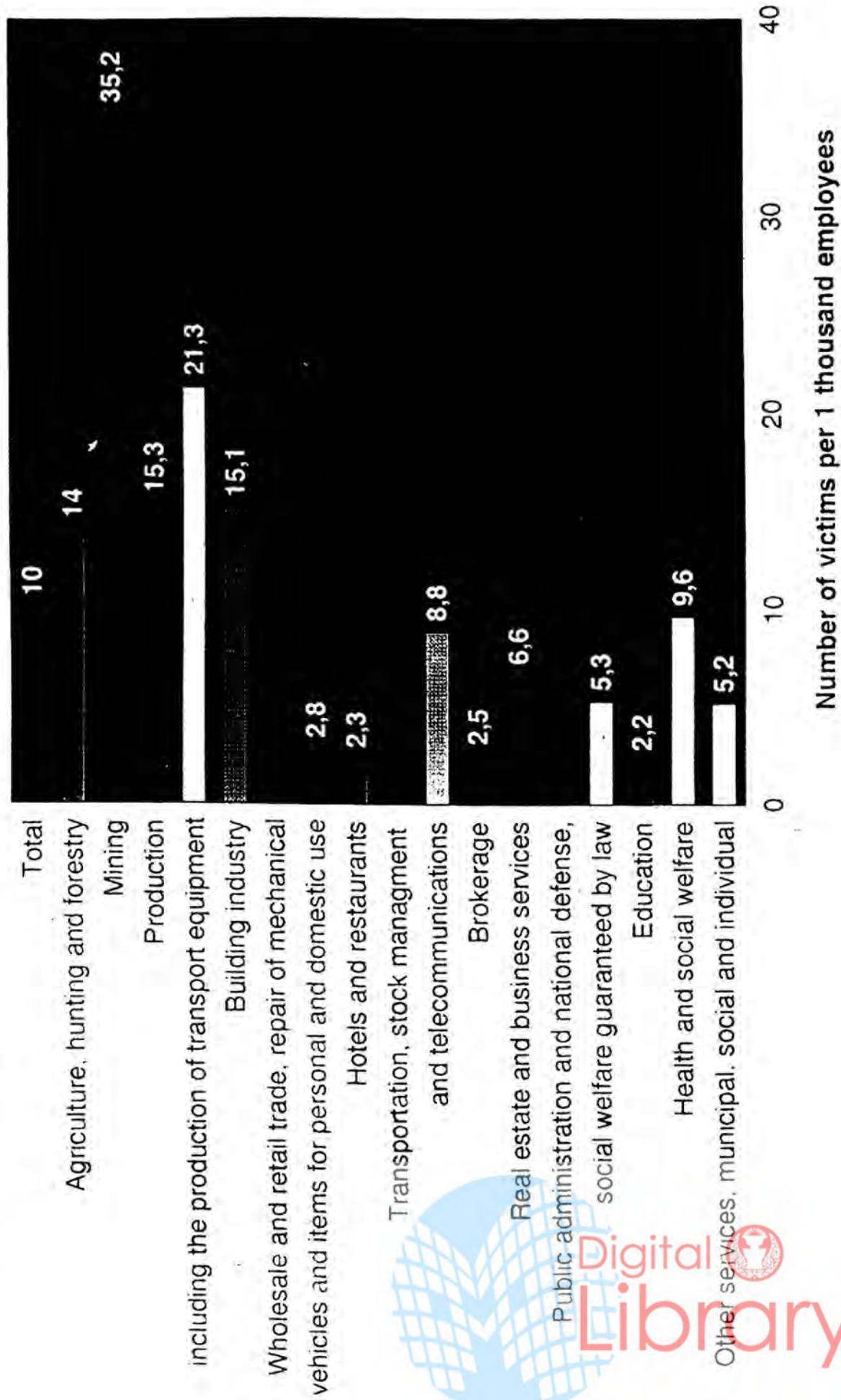
1. ด้านบำนาญ
2. ค่าชดเชย (กองทุนทดแทน)
3. ปัญหาแรงงานเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

การคุ้มครองป้องกันการ ทำงาน ต้องร่วมกันดำเนินงานอย่างจริงจังทั้งในส่วนภาครัฐบาล และรัฐสภา ทั้งนี้ในด้านเทคนิค ได้มีการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาศึกษาและผนวกด้าน ความเสี่ยงที่คาดว่าจะเพิ่มมากขึ้นในปี 1999 มาประมวลแล้วกำหนดมาตรฐานต่าง ๆ ขึ้นใช้ควบคุม บังคับโดยผ่านขั้นตอนตามกฎหมายด้วย ในการพิจารณาสิ่งเหล่านี้ นั้น มีคณะกรรมการหลักในการ พิจารณา รวม 4 คณะดังนี้

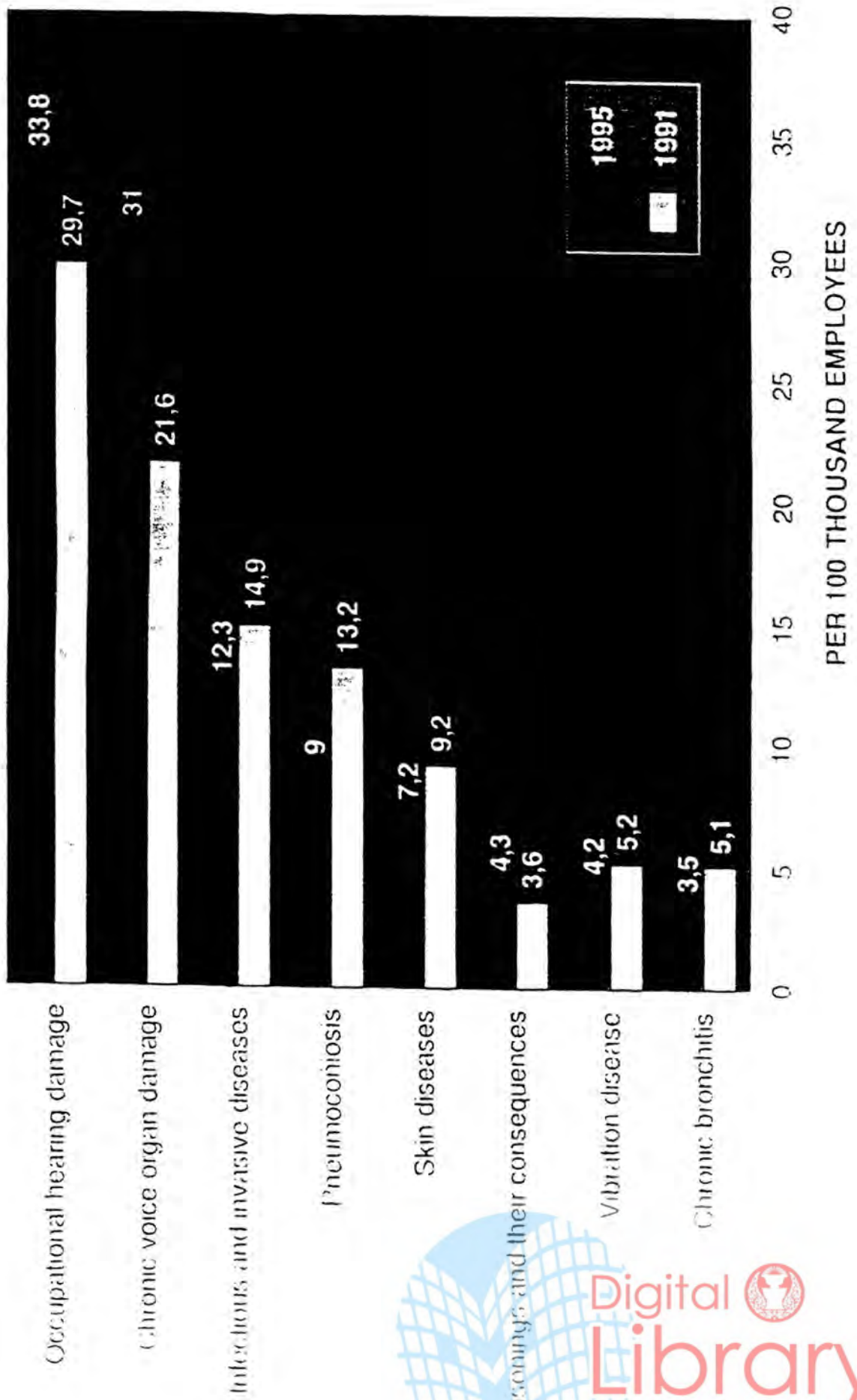
1. คณะกรรมการพิจารณาเกี่ยวกับเครื่องมือป้องกันตนเองของผู้ใช้แรงงาน
2. คณะกรรมการพิจารณาเกี่ยวกับอันตรายที่จะเกิดขึ้นโดยตรงต่อตัวผู้ใช้แรงงาน รวมทั้งสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่ปลอดภัยด้วย
3. คณะกรรมการพิจารณาการป้องกันเกี่ยวกับเครื่องจักรเครื่องยนต์ต่าง ๆ ที่ใช้ ในการทำงาน ซึ่งหมายรวมถึงมาตรฐานของเครื่องจักรเครื่องยนต์ด้วย

таблица 2. ЖИТНИЦИ НА РАБОТНО МЕСТО ВО 1995

согласно секторам экономики на 1 тысячу работников



กราฟที่ 3 OCCUPATIONAL DISEASES WITH THE HIGHEST SICK RATE IN 1991-1995



4. คณะกรรมการพิจารณาความปลอดภัยเกี่ยวกับสารเคมีที่ใช้ในการทำงาน

ในทางปฏิบัตินั้นได้มีการกำหนดคณะกรรมการด้านเทคนิคศึกษาเฉพาะด้านขึ้นหลายคณะ และมีความพยายามในการที่จะให้การรับรองคุณภาพในด้านต่าง ๆ ในลักษณะการให้ประกาศนียบัตร (Certificate)

อันเนื่องมาจากความสัมพันธ์และการลงสัตยาบันร่วมกับประเทศในกลุ่มยุโรปและประเทศโปแลนด์ต้องการเข้าร่วมเป็นสมาชิกในเครือกลุ่มประเทศยุโรปในปี ค.ศ.2000 ประเทศโปแลนด์จึงมีความจำเป็นต้องเร่งดำเนินการออกกฎหมายและปรับปรุงเปลี่ยนแปลงกฎหมายภายในประเทศหลายฉบับให้สอดคล้องกับนานาประเทศในเครือยุโรป ซึ่งส่วนหนึ่งครอบคลุมไปถึงการให้รับรองมาตรฐานเครื่องจักรเครื่องยนต์เครื่องมือต่าง ๆ และใบประกาศนียบัตรรับรองห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์เพื่อตรวจวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ทางวิทยาศาสตร์ รวมทั้งการกำหนดมาตรฐาน ISO-9000 ไปจนถึง ISO-14000 ด้วย สำหรับในส่วนนี้มีคณะกรรมการแห่งชาติ เป็นผู้ให้การรับรอง

นอกจากนั้นมีหน่วยงานที่มีหน้าที่คอยตรวจตราและตรวจสอบตลอดเวลา สำหรับการผลิตใด ๆ ในโรงงานอุตสาหกรรมต้องมีระบบตรวจสอบคุณภาพ (QC System) มีการประยุกต์ใช้เทคนิคใหม่ในการควบคุมและการนำเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพมาใช้ในการตรวจสอบ โดยการตรวจสอบจะมุ่งเน้นในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. เทคโนโลยีที่ใช้
2. วิทยาศาสตร์ทางเคมีและชีววิทยา
3. วิทยาศาสตร์ทางสังคม

2. ฐานสถาบันโรคจิตและประสาทวิทยา(Institute of Psychiatry and Neurology)

สถาบันโรคจิตและประสาทวิทยาก่อตั้งขึ้นเมื่อปีค.ศ.1951 และในปีค.ศ.1972ได้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงโครงสร้างสถาบันโดยผนวก ห้องปฏิบัติการและและหน่วยงานระดับกรมเกี่ยวกับการรักษาและทฤษฎี รวมทั้งการขยายงานด้านการวิจัยที่เกี่ยวข้อง อาทิ การดูแลรักษาสุขภาพทางจิตและประสาท ทางพันธุกรรม ทางเชื้อโรค และการรักษาทางพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน ผู้ติดยาและสุรา จิตวิทยาเภสัชศาสตร์ การรักษาทางจิต เคมีวิทยาทางประสาท เทคนิคใหม่ ๆ ด้านการวิเคราะห์โรคและการวิจัยซึ่งรวมถึง คอมพิวเตอร์โทโมกราฟี (CT) และแมกเนติก เรโซแนนซ์ อิมเมจจิง (MRI) ในขณะที่เดียวกันบทบาทของสถาบันทำหน้าที่คล้ายกับเป็นโรงพยาบาลทางจิตและประสาท

สถาบันโรคจิตและประสาทวิทยา ได้ร่วมมือและประสานงานกับหน่วยงานนานาชาติถึง 20 หน่วยงาน ในปี ค.ศ. 1992 สถาบันได้รับการแต่งตั้งให้เป็นศูนย์กลางความร่วมมือด้านวิจัยฝึกอบรมทางสุขภาพจิต ดังนั้นในปัจจุบันสถาบันจึงมีขอบข่ายงานดังนี้

1. รักษาผู้มีความผิดปกติทางจิตและประสาท รวมทั้งผู้ติดสุราและยาเสพติด
2. พัฒนาแผนงานและนโยบายสุขภาพจิตแห่งชาติ
3. รวบรวมและเผยแพร่ข้อมูลทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตและประสาท
4. ศึกษาวิจัยต่าง ๆ อาทิเช่น การวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์โรคและจัดแบ่งประเภทความผิดปกติทางจิตผลกระทบทางจิตวิทยาสังคมต่อสุขภาพอนามัย การรักษาการให้บริการทางจิตและประสาท เป็นต้น
5. จัดฝึกอบรมในงานที่เกี่ยวข้อง

สถาบันได้รับงบประมาณมาจากรัฐบาลกลาง ผ่านทางกระทรวงสาธารณสุข จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าภาวะเกี่ยวกับโรคจิตไม่มีรูปแบบที่แน่นอน สาเหตุของการเกิดปัญหาทางจิตนั้นมีสาเหตุทั้งจากภายนอก (เช่น ความเครียด ปัญหาชีวิต) และภายใน(เกิดสารเคมีบางชนิดในร่างกายขึ้นไปสู่ประสาทส่วนกลาง) ประชากรของประเทศร้อยละ 1 เป็นโรคจิตประสาท ร้อยละ 1.6 เป็นโรคซึมเศร้า ประชากรถึงร้อยละ 5-10 มีปัญหาติดสุรา เนื่องมาจากความนิยมดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น คือเพิ่มจาก 3.5 ลิตร/คน/ปี เป็น 10 ลิตร/คน/ปี ซึ่งเพิ่มขึ้นถึงมากกว่า 2 เท่าตัวทั่วประเทศ และขยายตัวไปในกลุ่มวัยรุ่นจึงทำให้เป็นปัญหาหลักของโรคจิตในปัจจุบัน ส่วนหนึ่งเนื่องจากวัฒนธรรมของคนโปแลนด์จะนิยมดื่มเหล้าปริมาณมาก ๆ ในระยะเวลาสั้น ๆ ซึ่งต่างจากประเทศทางยุโรปตะวันตก นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบต่อปัญหาการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนในโปแลนด์ด้วยผนวกกับสภาพถนนที่ไม่ดีนักกับสภาพรถยนต์ที่เก่ามากจึงทวีความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ

ปัญหาของการดื่มสุรามีผลทำให้เกิดโรคร้ายต่าง ๆ เช่น โรคตับแข็ง โรคหัวใจ เป็นต้น ทำให้เสียงบประมาณในการรักษาเป็นจำนวนมาก ดังนั้นรัฐบาลจึงมีนโยบายให้บริการรักษาผู้ติดสุราฟรีทั่วประเทศ เนื่องจากประกันสังคมจะไม่คุ้มครองในส่วนนี้

นอกจากนั้นยังพบว่ามีความเสี่ยงที่กำลังอดบุหรี่ 61,000 คน/ปี สืบเนื่องมาจากความพยายามของทางราชการที่กำหนดมาตรการต่าง ๆ ขึ้นเพื่อให้ประชาชนอดบุหรี่มากขึ้น เช่น การเปลี่ยนส่วนผสมในผลิตภัณฑ์บุหรี่ มาตรการงดการโฆษณาทางสื่อมวลชนแขนงต่าง ๆ และการรณรงค์การงดบุหรี่ในกลุ่มเยาวชน

มาตรการป้องกันโรคติดสุราและยาเสพติดส่วนหนึ่ง จะมุ่งเน้นในกลุ่มเยาวชน โดยส่งเสริมให้มีอบรมในระดับโรงเรียน หักให้สามารถบอกปฏิเสธเมื่อถูกชักชวน

3. เข้าพบประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข รัฐสภาโปแลนด์

ได้เข้าพบ นาย Kopczyk Jan ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุขรัฐสภาโปแลนด์ และคณะ สันทนาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในด้านปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศและ การดำเนินงานทางนิติบัญญัติของคณะกรรมการการสาธารณสุข ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

ปัญหาทางด้านการสาธารณสุขของประเทศ คณะกรรมการได้พยายามหาทางแก้ไขใน ทางกฎหมาย โดยเน้นการป้องกันเป็นหลัก ในช่วงเวลาตั้งแต่เข้ารับตำแหน่งได้ดำเนินการออก กฎหมายรวม 3 ฉบับ ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ (1) สิทธิสตรี (2) บุหรี่และแอลกอฮอล์ และ (3) ยาเสพติด

ปัญหาด้านการสาธารณสุขที่สำคัญและส่งผลกระทบให้กับประเทศชาติ ได้แก่

1. ปัญหาบุหรี่ เกิดความสูญเสียทั้งทรัพยากรบุคคลและเศรษฐกิจ ถึงร้อยละ 50 นอก จากนั้นยังส่งผลให้เกิดการตายก่อนวัยและโรคเรื้อรังต่างๆ รัฐบาลต้องสิ้นเปลืองงบประมาณในการรักษา
2. ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและเทคโนโลยีของประเทศอย่างไรก็ตามจะมุ่งเน้นด้านการ ป้องกัน
3. ในปัจจุบันประเทศสาธารณรัฐโปแลนด์ยังไม่มีกฎหมายคุ้มครองการซื้อวัยวะมา เปลี่ยนซึ่งอยู่ในระหว่างการดำเนินงานออกกฎหมายเพื่อคุ้มครอง
4. ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนด้านมลพิษทาง อากาศนิเวศน์วิทยาป่าไม้ไม่มีการเสนอแนวความคิดในการรักษาสภาพแวดล้อมโดยใช้ เทคโนโลยีที่ทันสมัยซึ่งในส่วนนี้รัฐสภาได้ตระหนักถึงปัญหาการป้องกันสิ่งแวดล้อม จึงมีการออกกฎหมายป้องกันป่าไม้กำหนดให้จัดสวนสาธารณะสร้างทัศนียภาพที่สวยงามโดยเฉพาะทางด้านตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศเขตติดต่อกับประเทศบัลแกเรีย ซึ่งมีสภาพเป็นภูเขาป่าไม้ทัศนียภาพสวยงามได้มีการประชุมตกลงร่วมกับประเทศบัลแกเรียในการสงวนรักษา ให้คงสภาพธรรมชาติ จึงมีการตรากฎหมายสงวนรักษาไว้

สาระสำคัญการศึกษางานสาธารณสุขที่ประเทศสาธารณรัฐฮังการี

1. เข้าพบประธานคณะกรรมการต่อต้านยาเสพติด

Mr. Gabor Juhasz ประธานคณะกรรมการต่อต้านยาเสพติด (Chairman of Antidrug Committee) บรรยายสรุปการดำเนินงานต่อต้านยาเสพติด ดังนี้



เดิมประเทศอังกฤษมีการปกครองระบบคอมมูนิตีส์ จนกระทั่งใน ปี 1990 มีการเปลี่ยนแปลงการปกครองและเปิดประเทศ ทำให้ปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่า โดยมีตัวเลขอยู่ระหว่าง 100,000 - 122,000 คน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรของประเทศแล้วพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติแต่ประการใด อย่างไรก็ตามปัญหานี้ได้รับความสนใจจากรัฐสภาและจัดว่ามีความสำคัญ ด้วยเหตุผลดังนี้

1. อัตราการเพิ่มของผู้ติดยาเสพติดเพิ่มเร็วเกินไป ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดปัญหาในเวลาอันใกล้ จึงควรมีการเตรียมการเพื่อมิให้เกิดปัญหาในอนาคต
2. ปัญหาสุขภาพจิตเป็นบ่อเกิดของโรคแทรกซ้อนตามมา อาทิเช่น โรคเอดส์ โรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นใน ปี ค.ศ.1992 รัฐสภาจึงจัดตั้งคณะกรรมการการต่อต้านยาเสพติด โดยมีหน้าที่หลักในการหามาตรการสำหรับให้คำแนะนำกับรัฐบาลเพื่อดำเนินงานลดปัญหาการใช้ยาเสพติดและการเตรียมการป้องกันระยะยาวต่อไป รัฐบาลได้พยายามทุกวิถีทางเพื่อปรับปรุงและหาแนวทางแก้ไขปัญหา อย่างไรก็ตามในช่วงปี ค.ศ. 1992 -1995 การดำเนินงานในด้านนี้ไม่ประสบความสำเร็จเป็นที่น่าพอใจ คณะกรรมการได้เสนอข้อเรียกร้องเพิ่มขึ้นในปี ค.ศ. 1996 และได้รับการยอมรับในปี ค.ศ. 1997 โดยที่คณะกรรมการขอมีหน้าที่หลักในการออกกฎหมายที่จะอนุญาตให้มีการใช้ยาได้หรือไม่ ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อป้องกันมิให้มีการใช้ยาโดยไม่มีคามจำเป็นนั่นเอง

ปัญหาการใช้ยาเสพติดอย่างถูกกฎหมายนั้น พบว่า การใช้ยาเสพติดในการรักษาโดยทั่วไปไม่มีมาตรฐานการรักษาที่แน่นอน ปัญหาสุขภาพจิตเกี่ยวข้องกับความมั่นคงของประเทศ และมีผลกระทบต่อความคิดเชื่อของผู้ป่วยด้วย

นอกจากนั้น ภายในโรงพยาบาลเองก็อาจเกิดปัญหาขึ้นได้ด้วย เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นสถานที่เปิด มีคนเข้าออกได้ทั้ง คนไข้ ผู้มาเยี่ยม และผู้เกี่ยวข้อง อาจมีผู้แอบแฝงเข้าไปขายยาเสพติดได้ ยิ่งไปกว่านั้นปัญหาการรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยา พบว่ามีปัญหาที่เกิดขึ้นได้ 3 ลักษณะ คือ

1. ปัญหาการใช้ยาเสพติดที่เปลี่ยนไปเรื่อย ๆ โดยส่วนมากจะเพิ่มความรุนแรงขึ้น
2. ปัญหาการรักษาไม่ครบวงจร ทำให้ผู้ป่วยไม่หายขาด มักหวนกลับไปเสพยาอีก
3. ปัญหาสาธารณสุข ส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย ก่อให้เกิดปัญหาแรงงานไร้คุณภาพ ทำให้มีปัญหาทางเศรษฐกิจตามมา

จากสภาพปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในภาวะปัจจุบัน คณะกรรมการจึงมีแนวความคิดและได้ตั้งเป้าหมายไว้ว่าทำทุกอย่างให้เป็นศูนย์หมด หมายถึงไม่มีการเสพยา ไม่มีการใช้ยาเสพติด จึงได้

ออกกฎหมายแยกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. ควบคุมผู้บริโภค โดยให้มีการรักษาให้หายขาดภายใน 6 เดือน โดยไม่มีความผิด
2. ควบคุมผู้จำหน่าย กำหนดให้ลงโทษจำคุก 5 - 10 ปี ขึ้นอยู่กับจำนวนน้ำหนัก
มิลลิกรัมของยาเสพติดที่ครอบครองอยู่

อย่างไรก็ตามประเด็นปัญหาที่จะระบุว่าเป็นผู้บริโภค(ไม่มีความผิดแต่ต้องไปรักษา) หรือผู้จำหน่าย(มีความผิด) นั้น ให้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของศาล คณะกรรมการกำลังเร่งตรวจสอบ ถ้อยคำและความถูกต้องของพระราชบัญญัติและจะนำเสนอต่อรัฐสภาภายในวันที่ 13 กันยายน 2540 (1997)นี้

กล่าวโดยสรุปการดำเนินงานเกี่ยวกับปัญหาเสพติดทั่วโลก จำเป็นต้องประสานงานกัน หลายหน่วยงานจึงจะประสบผลสำเร็จ อาทิเช่น การดำเนินงานของศุลกากร ตำรวจ เป็นต้น

2. เข้าพบประธานคณะกรรมการการสังคมและสุขภาพ

Ms. Judit Csachak ประธานคณะกรรมการการสังคมและสุขภาพ (Chairman of the Social and Health Committee) บรรยายสรุปการดำเนินงานการปรับเปลี่ยนระบบประกันสุขภาพของฮังการี ดังนี้

ระบบประกันสังคมและกองทุนทดแทนของฮังการีเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1930 เป็นเวลานานกว่า 60 ปี การเปลี่ยนแปลงระบบดังกล่าวจึงเป็นเรื่องที่ยากลำบากมาก

ค่าใช้จ่ายในการประกันสังคมคิดเป็นร้อยละ 10 และโดยใช่เป็นค่ารักษาพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 6 ของรายได้ประชาชน ส่วนในระบบแรงงานหรือการจ้างงานค่าใช้จ่ายในส่วนนี้จะต้องรับผิดชอบร่วมกัน กล่าวคือ หักจากรายได้ของลูกจ้างร้อยละ 10 และนายจ้างต้องจ่ายสมทบคิดเป็นร้อยละ 25 รวมค่าใช้จ่ายทั้งจากนายจ้างและลูกจ้างรวมคิดเป็นร้อยละ 35 ของรายได้ของลูกจ้าง ซึ่งใช้เป็นค่าประกันสังคมและประกันสุขภาพ (รักษาพยาบาล) แต่ในส่วนของประกันสุขภาพนั้นดำเนินการโดยผ่านบริษัทประกันเอกชนต่าง ๆ เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงจึงเป็นการยากที่จะบังคับบริษัทประกันให้บริการการรักษาที่มีมาตรฐานโดยประหยัดค่าใช้จ่าย

นอกจากนั้นการดำเนินการในลักษณะประกันสังคมและสุขภาพเช่นนี้ ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจโดยรวมเนื่องจากต้นทุนการผลิตในสินค้าเกือบทุกชนิดจะสูงตามไปด้วย การปรับเปลี่ยนระบบประกันสังคมและสุขภาพ จะแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ แบบบังคับ และแบบสมัครใจ ทั้งนี้ตั้งเป้าหมายครอบคลุมประชากรให้ได้ร้อยละ 60 และประชาชนทั่วไปจะผลักเข้าสู่ระบบแบบ



ประกันทั่วไปเพื่อเป็นการลดภาระของนายจ้าง นั่นคือเรียกเก็บจากลูกจ้างเพิ่มขึ้น

จากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น จึงเป็นภาระของประเทศและยังมีปัญหาคนพิการ ในขณะที่ยังปิดประเทศนั้นมีประชากรประมาณ 3 ล้านคน มีคนพิการถึง 80,000 คน และเมื่อเปิดประเทศแล้วในปัจจุบันมีประชากรประมาณ 10 ล้านคน จึงมีผู้มารับเงินประกันสังคมส่วนนี้มากขึ้น นอกจากนั้นค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนของเด็ก รัฐบาลจะเป็นผู้รับภาระจ่ายให้ทั้งหมดเพราะถือว่าเด็กเป็นทรัพยากรที่มีค่า ส่วนแม่ที่เพิ่งคลอดลูกจะสามารถหยุดงานได้โดยยังคงได้รับเงินเดือนเต็ม (จากประกันสังคม) ภายในเวลา 2.5 ปี สำหรับประเทศสาธารณรัฐออสเตรียมีอัตราการเกิดครอบครัวละ 1.7 คนเท่านั้นจึงทำให้ประชากรของประเทศลดลงและรัฐบาลมีนโยบายให้ความช่วยเหลือต่อครอบครัวที่มีลูกไม่เกิน 2 คน

อย่างไรก็ตามในการดำเนินการปรับเปลี่ยนระบบประกันทั้งหมดในยุโรปตะวันออกมีปัญหา มาก เนื่องจากคนแก่เปลี่ยนยาก แต่ก็คาดหวังว่าคนรุ่นใหม่จะดีขึ้นและยอมรับระบบใหม่ได้ง่ายขึ้น

สาระสำคัญการศึกษาฐานงานสาธารณสุขที่ประเทศสาธารณรัฐออสเตรีย

การศึกษาและงานสาธารณสุขประเทศสาธารณรัฐออสเตรีย ได้ดูงานและรับทราบการจัดระบบบริหารในเรื่องสำคัญที่เกี่ยวกับการสาธารณสุขและอุตสาหกรรม ดังนี้

1. การป้องกันสุขภาพและความปลอดภัย (Technical Safety and Health Protection)

โดยกฎหมายของประเทศสาธารณรัฐออสเตรียและการบริหารงานด้านการป้องกันสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมมีขั้นตอนในการควบคุม ดังนี้

1. การอนุญาตให้จัดตั้งโรงงานและการประกอบกิจการ
2. การตรวจสอบโรงงานเพื่อสุขภาพและความปลอดภัยของพนักงานและผู้เกี่ยวข้อง
3. การกำหนดมาตรการให้นายจ้างดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของพนักงาน

2. หน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการป้องกันแรงงาน (Austrian Authorities For Labour Protection)

หน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการป้องกันแรงงาน ประกอบด้วย 3 กระทรวงหลัก กับอีก 1 สถาบัน ดังนี้



1. กระทรวงแรงงาน สุขภาพและสังคม (Ministry of Labour, Health and Social Affairs) โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบคือ กองตรวจแรงงานกลาง (Central-Labour Inspectorate) ทำหน้าที่ตรวจสอบสุขภาพและความปลอดภัยของคนงาน
2. กระทรวงวิทยาศาสตร์และการขนส่ง (Ministry of Science and Transport) โดยมีกองตรวจแรงงานกลางด้านการขนส่ง (Central-Labour Inspectorate of Transport) ดูแลคนงานที่ปฏิบัติงานในการคมนาคมและขนส่ง
3. กระทรวงเศรษฐกิจ (Ministry For Economic Affair) โดยมีองค์การเหมืองแร่กลาง (Central-Mining Authority) เป็นผู้ดำเนินการตรวจความปลอดภัยคนงานในเหมืองแร่
4. สถาบัน LANDER ทำหน้าที่เฝ้าระวังป้องกันแรงงานของคนงานด้านเกษตรกรรม ในส่วนของกระทรวงแรงงาน สุขภาพและสังคม (Ministry of Labour, Health and Social Affair) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของแรงงาน แบ่งสายงานออกเป็นระดับกรมหลายกรมด้วยกัน แต่กรมที่ 6 ซึ่งมีหน่วยงานระดับกองที่เรียกว่า กองตรวจแรงงานกลาง (Central-Labour Inspector) หน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพและความปลอดภัยของคนงานและบริเวณภายในตัวโรงงาน โดยแบ่งการทำงานออกเป็น 20 ฝ่าย มีจำนวนบุคลากรที่มีวุฒิการศึกษาทั้งหมดดังนี้
 1. ระดับปริญญา 105 คน ในจำนวนนี้รวมแพทย์ 12 คน
 2. ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย 195 คน
 3. ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย 15 คน
 4. เจ้าหน้าที่ธุรการ 126 คน

สำหรับเจ้าหน้าที่ตรวจสอบโรงงานทั้งหมด 316 คน เป็นผู้หญิง 62 คน ผู้ชาย 253 คน ในปี 1996 ได้ทำการตรวจสอบโรงงานทั้งหมด 39,929 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 19.1 ของโรงงานทั้งหมด (208,812 แห่ง) และ ตรวจสอบสถานที่ก่อสร้างทั้งหมด 11,057 แห่ง ครอบคลุมคนงานทั้งหมด 847,244 คน

สาระสำคัญการศึกษางานสาธารณสุขที่ประเทศสาธารณรัฐเช็ก

การศึกษางานสาธารณสุขที่ประเทศสาธารณรัฐเช็ก ประกอบด้วย 3 หัวข้อหลัก ดังนี้



1. การติดยาเสพติด (Drug Addition)
2. โรคที่เกิดจากการทำงาน (Occupational Disease)
3. ระบบประกันสุขภาพ (Health Insurance System)

แต่ส่วนมากจะสนทนาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นของการติดยาเป็นส่วนใหญ่ เพราะเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นคล้ายคลึงกับประเทศไทย

1. การติดยาเสพติด (Drug Addition)

กรมอนามัย (Hygienic Department) ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐมีหน้าที่ส่วนหนึ่งรับผิดชอบเกี่ยวกับระบาดวิทยาของการติดยา และใน ปี 1993 ได้มีความพยายามที่จะเพิ่มเติมวัตถุประสงค์ของขบข่วยการทำงาน โดยกำหนดให้มีการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการติดยาและเฟื่อระวังการติดยา กล่าวคือ เมื่อเกิดการระบาดของการติดยาขึ้น จะมีสถานีอนามัย (Hygiene Station) ซึ่งเป็นหน่วยงานย่อยที่ทำหน้าที่ควบคุมในแต่ละเขตย่อยของตนทำหน้าที่เข้าไปสำรวจตรวจสอบและรวบรวมข้อมูล ปัญหาที่เกิดขึ้น แล้วรายงานข้อมูลทั้งหมดเข้าสู่ส่วนกลางเพื่อสรุปเรื่องหรือปัญหาทั้งหมดให้กับ ผู้ประสานงานแห่งชาติ (National Co-ordinator) ซึ่งจะมีผู้เชี่ยวชาญวิเคราะห์รายงาน เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัญหาต่างๆในผู้ติดยา และดูแลผู้ติดยาที่เข้ารับการรักษาทั้งในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน

สำหรับการเฟื่อระวังพฤติกรรมและวิธีการเสพยาก็เป็นอีกหน้าที่หนึ่งของกรมนี้ โดยใน ปี 1994 ได้มีการออกแบบสอบถามในกลุ่มเยาวชนที่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย และระดับมหาวิทยาลัย ซึ่งการสำรวจครั้งนี้มีผู้ตอบแบบสอบถาม 4,000 คน แบ่งตามอายุต่าง ๆ กัน มีผู้ที่มีอายุมากกว่า 15-16 ปี มากกว่า 2,000 คน สำหรับผู้ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีจะศึกษาอยู่ในระดับมหาวิทยาลัย

การสำรวจครั้งนี้พบว่า กลุ่มเยาวชนในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จะมีการใช้ยาเสพติดประเภท Marijuana และ Hasis สูงถึง 1 ใน 3 รองลงมาคือการใช้ยาเสพติด Benzodiazepine นอกจากนั้นยังพบว่าจำนวนผู้ติดยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 16 ปี ในปัจจุบันมีหน่วยงานทั้งของภาครัฐบาลและเอกชนประมาณ 254 แห่ง ที่ช่วยกันทำหน้าที่ดูแลผู้ติดยา

ข้อมูลการสำรวจดังกล่าวข้างต้น เป็นข้อมูลที่ทำการศึกษาเพียง 3 เดือนแรกของปี อย่างไรก็ตามจำนวนของผู้ติดยาที่ค้นพบรวมทั้งปริมาณการใช้ยาเสพติดที่ตรวจพบนั้นมีปริมาณน้อยกว่าความเป็นจริงมาก เปรียบเสมือนเป็นเพียงส่วนยอดของภูเขาน้ำแข็งเท่านั้น และคาดคะเน



ว่าอีก 9 เดือนที่เหลือนี้ ข้อมูลที่สำรวจจะแสดงสถานการณ์การติดยารุนแรงขึ้น

จากสถิติย้อนหลังแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า จำนวนผู้ติดยาจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยดูจากจำนวนผู้เข้ารับการรักษา ดังนี้

ในปี 1995 มีจำนวนผู้ป่วย 2,500 คน

ในปี 1996 มีจำนวนผู้ป่วย > 3,200 คน

ปัญหาการติดยาในแต่ละเขตจะมีความรุนแรงไม่เท่ากัน ในกรุงเทพฯ และเมืองโบฮีเมียจะมีความรุนแรงมาก ผู้ติดยาจะมีอายุอยู่ระหว่าง 15-18 ปี อัตราส่วนต่อประชากรเป็น 170:100,000 คน และจำนวนผู้หญิงที่ติดยาก็เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในเขตโบฮีเมีย จะนิยมใช้ Heroin เป็นอันดับแรก รองลงมาคือ Pervitin

ความสำคัญของปัญหาผู้ติดยานั้น ไม่ได้อยู่ที่จำนวนผู้ติดยาที่เพิ่มขึ้นเพียงอย่างเดียว แต่อยู่ที่อายุของผู้ติดยาที่น้อยลงเรื่อย ๆ สาเหตุเชื่อว่ามาจากปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจและครอบครัว รวมทั้งเรื่องของสภาพที่ตั้งของประเทศ ซึ่งขณะนี้ประเทศไทยเปิดมีการเดินทางเข้าออกของคนเป็นจำนวนมากจึงเป็นผลให้ปัญหายาเสพติดทวีความรุนแรงขึ้น

จากการศึกษาพบว่าส่วนมากของผู้ติดยาจะเกิดเนื่องมาจาก

1. ปัญหาครอบครัว เช่น ครอบครัวแตกแยก ปัญหาเศรษฐกิจภายในครอบครัว
2. ในเด็กที่พ่อ-แม่มีการศึกษา มีรายได้ดี (แต่ผู้ปกครองไม่มีเวลาดูแลและให้ความอบอุ่นแก่เด็ก) จะมีการใช้ยาเสพติดที่ราคาแพง
3. ในโรงเรียนที่มีนักเรียนมาก ๆ การดูแลของครูไม่ทั่วถึงก็จะมีผู้ติดยาจำนวนมากเช่นกัน
4. สำหรับเยาวชนที่อยู่ในภาคเกษตรกรรม และเริ่มเข้าสู่ตลาดแรงงาน จะมีการติดยามากกว่าเด็กที่ยังเรียนหนังสือ

2. โรคที่เกิดจากการทำงาน (Occupational Disease)

ในปัจจุบันมีคนงานที่ต้องทำงานอยู่ในสภาพที่เสี่ยงอันตราย (risk place) มีประมาณ 350,000 คน และร้อยละ 25 เป็นคนงานหญิง

ได้เริ่มมีการวินิจฉัยโรคที่เกิดจากการทำงานตั้งแต่ปี 1982 และในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาจะพบว่า มีจำนวนคนงานที่ป่วยเนื่องจากการทำงานลดลงเรื่อย ๆ คือจากจำนวน 11,307 คน เหลือเพียง 8,593 คน ส่วนมากจะป่วยด้วยปัญหาเกี่ยวกับโรคทางผิวหนังเพราะ

ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมประเภท petro product, gum chemical และ plastic



โรคเหล่านี้จะเกี่ยวข้องโดยตรงกับหน้าที่การงานของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยโรคผิวหนัง มักมีประวัติทำงานเหมืองแร่ สำหรับการติดเชื้อที่พบบ่อยคือ ไวรัสตับอักเสบบ

นับตั้งแต่ปี 1982 รัฐบาลได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการทำงาน และขณะนี้ได้นำมาตรฐานของประเทศในกลุ่มประเทศในเครือยุโรปมาใช้ ซึ่งได้แบ่งโรคจากการทำงานตามการจัดของ International Labour Organization (ILO) ออกเป็น 83 ชนิด มีจำนวน 6 หมวดคือ

1. โรคที่เกิดจากสารเคมี สารพิษ
2. โรคที่เกิดจากปัจจัยทางกายภาพ
3. โรคทางเดินหายใจ ปอด เยื่อหุ้มปอดและเยื่อช่องท้อง
4. โรคผิวหนัง
5. โรคติดเชื้อและหนองพยาธิ
6. โรคอื่น ๆ

แต่การวินิจฉัยโรคนี้อาจมีจำนวนผู้ป่วยต่ำกว่าความเป็นจริงเนื่องจากจะมีการวินิจฉัยก็ต่อเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่เท่านั้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยแล้วผู้ป่วยจะถูกส่งต่อเพื่อตรวจเฉพาะทาง

ในการให้บริการเกี่ยวกับการดูแลโรคที่เกิดจากการทำงานอีกส่วนหนึ่งจะอยู่ในรูปคลินิกที่ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ แต่มีจำนวนไม่เพียงพอ กล่าวคือ คลินิก 1 แห่ง จะต้องดูแลประชากรถึง 1,000,000 คน และมีคลินิกเพียง 10 แห่งทั่วประเทศ เรียกคลินิกเหล่านี้ว่าศูนย์วินิจฉัย Notifying Center ซึ่งจะมีหอผู้ป่วยใน รับผู้ป่วยไว้สำหรับวินิจฉัยและให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนี้ยังให้ความช่วยเหลือและฝึกสอนแก่แพทย์ต่าง ๆ ที่มาขอคำปรึกษา

ภายใต้กฎหมายปัจจุบัน เป็นหน้าที่ของสถานอนามัย ที่จะคอยเฝ้าระวังเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยภายในโรงงานอุตสาหกรรม และดูแลให้คำแนะนำในการปรับปรุงสถานที่ทำงานให้ดีขึ้น ทำหน้าที่รายงานสภาพสถานประกอบการที่มีอันตรายสูง ตลอดจนการประเมินสภาพเสี่ยงภัยของลูกจ้างและประเมินผลที่เกิดต่อสุขภาพ

ในกรณีที่ผู้ป่วยหรือนายจ้างไม่เห็นด้วยกับการวินิจฉัยของศูนย์วินิจฉัย ก็สามารถทำเรื่องร้องเรียนไปยังคณะกรรมการของกระทรวงสาธารณสุข และท้ายสุดยังสามารถฟ้องศาลได้ เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่เกิดจากการทำงาน ผู้ป่วยจะได้รับเงินทดแทนจากนายจ้าง ตามกฎที่ 125/1993 นายจ้างจะถูกบังคับให้จ่ายเงินกับบริษัทประกัน และบริษัทประกันจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด

จากรายงานพบว่า ผู้ป่วยจากสารพิษ โรคปอดเนื่องจากฝุ่น หรือการติดเชื้อ ลดจำนวนลง แต่โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบกล้ามเนื้อ หรือระบบการเคลื่อนไหวของร่างกายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากการใช้กล้ามเนื้อมากเกินไป หรือเกิดจากการสัมผัสเย็น

ในการตรวจสอบสถานประกอบการนั้น เจ้าหน้าที่จะแบ่งกลุ่มคนงานในสถานประกอบการออกเป็น 2 กลุ่มเพื่อให้ง่ายต่อการดูแลและแนะนำการป้องกันอันตรายจากการทำงาน คือ

1. กลุ่มที่ไม่มีอัตราเสี่ยง
2. กลุ่มที่มีอัตราเสี่ยง จะมีข้อบังคับให้พนักงานสวมอุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคล (personal protection)

3. ระบบประกันสุขภาพ (Health Insurance)

ในปี 1990 เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบการปกครองจากการเป็นรัฐเดี่ยวมาเป็นสาธารณรัฐ จึงมีผลให้ประชาชนต้องดูแลตนเองมากขึ้นแทนที่จะเป็นภาระของภาครัฐทั้งหมด และในปี 1992 ได้มีการตรากฎหมายประกันสังคมและสุขภาพ โดยครอบคลุมเฉพาะบุคคลที่มีถิ่นพำนักถาวรและผู้เข้ามาทำงานในประเทศ จะต้องเข้ามาสู่ระบบประกันด้วย ซึ่งมีปัญหาบ้างในระยะแรก แต่ปัจจุบันนี้สถานการณ์ดีขึ้น ทั้งนี้ผู้ประกันสามารถเลือกบริษัทที่จะประกันได้ การรักษาพยาบาล (Health Care) เป็นส่วนหนึ่งของการประกันสุขภาพ

อัตรการจ่ายเบี้ยประกัน คิดจากฐานของเงินเดือน โดยถูกจ้างจ่ายร้อยละ 4.5 ของเงินเดือน นายจ้างจ่ายเพิ่มให้อีกร้อยละ 9 ของเงินเดือน รวมเป็นร้อยละ 13.5 ของเงินเดือนลูกจ้าง ขณะนี้มีลูกจ้างที่อยู่ในระบบประกันประมาณร้อยละ 47-48 ของลูกจ้างทั้งหมด สำหรับประชากรที่เหลืออีกประมาณร้อยละ 52 หรือมากกว่าเช่น เด็ก มารดาที่ลาคลอด นักเรียน คนชรา คนพิการ รัฐบาลยังคงเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้

บริษัทประกันจะเป็นผู้จ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลให้กับโรงพยาบาลเต็มตามจำนวนที่จ่ายจริง ในส่วนของรัฐบาลจะมีศูนย์ดูแลสุขภาพ (Health Care Center) มีหน้าที่กำกับดูแลบริษัทประกันเหล่านี้ ถ้าหากประชาชนไม่พอใจบริษัทประกัน สามารถเปลี่ยนบริษัทได้ทุก 3 เดือน บริษัทประกันเอกชนที่เข้าอยู่ในระบบดังกล่าวนี้เพียง 12 แห่งเท่านั้น การประกันสุขภาพจะไม่ครอบคลุมค่ารักษาในส่วนของการป้องกันโรค การรักษาที่ยังไม่จัดเป็นมาตรฐาน การเสริมสวย การทำศัลยกรรมพลาสติกและโรคจิต

สถานการณ์ปัจจุบันพบว่าปัญหาที่สำคัญคือเรื่องการติดเชื้อ HIV อันเนื่องมาจาก

1. จำนวนผู้เสพยาเสพติดมีมากขึ้น



2. การเปิดประเทศ ทำให้จำนวนผู้คนหลังไหลเข้ามาลงทุนในประเทศเป็นจำนวนมาก ในส่วนของงบประมาณด้านการสาธารณสุขของประเทศคิดเป็นร้อยละ 7 ของงบประมาณแผ่นดินทั้งหมด

สรุปผลที่ได้รับจากการเดินทางไปศึกษาดูงานสาธารณสุข 4 ประเทศ

1. ด้านยาเสพติด

- เนื่องจากเป็นประเทศที่เพิ่งเปลี่ยนแปลงการปกครอง (ประเทศสาธารณรัฐโปแลนด์ ประเทศสาธารณรัฐเช็ก และประเทศอิตาลี) เมื่อเปิดประเทศสู่โลกภายนอกจึงมียาเสพติดทะลักเข้าสู่ประเทศมากขึ้น มีผู้ติดยามากขึ้นถึง ๒ เท่าตัว
- ประเภทของยาเสพติดคล้ายคลึงกับประเทศไทย แต่ปัญหาการใช้ยาบ้าในประเทศไทยมีมากกว่า
- การป้องกันและปราบปราม มีองค์กรรับผิดชอบ กฎหมาย นโยบายและมาตรการเหมือนๆ ประเทศไทย
- การรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ มีหน่วยงานติดตามผู้ป่วยติดยาเพื่อศึกษาทางระบาดวิทยา มีสถานบำบัดรักษาเสพติดกระจายค่อนข้างครอบคลุมทั่วประเทศ ที่ประเทศโปแลนด์ มีสถาบันโรคจิตและประสาทวิทยาทำหน้าที่ศึกษาวิจัย รักษาพยาบาลและฟื้นฟูผู้ติดยา และเป็นศูนย์ฝึกอบรมอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ สำหรับประเทศไทย

1. ควรมีนโยบายและมาตรการป้องกันอย่างจริงจัง
2. ควรมีการศึกษาทางระบาดวิทยาผู้ติดยาเป็นระบบให้ครบวงจรอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
3. ควรเพิ่มหน่วยงานบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูให้ครอบคลุมมากกว่าปัจจุบัน

2. โรคที่เกิดจากการทำงาน

- การคุ้มครองแรงงานด้านสุขภาพและความปลอดภัย มีองค์กรรับผิดชอบกฎหมาย โดยเฉพาะนโยบายรัฐบาลที่ชัดเจน และมีการถือปฏิบัติอย่างจริงจัง
- ด้านการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน มีศูนย์วินิจฉัยโรค หากเห็นว่าไม่ถูกต้องก็สามารถ



ร้องเรียนไปที่คณะกรรมการของกระทรวงสาธารณสุข และนำเรื่องฟ้องศาลแรงงานตามลำดับ เปรียบเทียบกับประเทศไทยเราขณะนี้มีปัญหาเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ส่งผลกระทบต่อแรงงานผู้เจ็บป่วยในการขอรับเงินทดแทนจากกองทุน

ข้อเสนอแนะ ควรจัดตั้งศูนย์วินิจฉัยโรคจากการทำงานให้ครอบคลุมเขตโรงงานอุตสาหกรรมทั่วประเทศไทย

3. ระบบประกันสุขภาพ

- องค์กรและระบบบริหารจัดการ มีหน่วยงานรัฐบาลทำหน้าที่จัดระบบบริหารและควบคุมบริษัทประกัน สำหรับประเทศไทยมีสำนักงานประกันสังคมทำหน้าที่เป็นบริษัทประกัน (เฉพาะผู้ใช้แรงงานของสถานประกอบการตามพ.ร.บ. ประกันสังคม)
- มีกฎหมายประกันสังคมและสุขภาพ ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศรวมทั้งชาวต่างชาติที่ไปทำงานและพำนักอยู่อย่างถาวร เปรียบเทียบกับประเทศไทยขณะนี้แม้พ.ร.บ. ประกันสังคมซึ่งครอบคลุมเฉพาะคนงานในสถานประกอบการเท่านั้น เรายังออกพ.ร.บ. ประกันสุขภาพไม่สำเร็จจึงไม่สามารถครอบคลุมประชากรได้ทั้งหมด
- ค่ารักษาพยาบาลตามที่จ่ายจริง ทางโรงพยาบาลจะเรียกเก็บโดยตรงไปยังบริษัทประกัน หากไม่พอใจบริษัทประกัน ก็สามารถเปลี่ยนบริษัทได้ทุก ๓ เดือน

ข้อเสนอแนะ สำหรับประเทศไทย

- ควรเร่งผลักดันพ.ร.บ. ประกันสุขภาพ

4. บทบาทคณะกรรมการรัฐสภา (เฉพาะโปแลนด์ และฮังการี)

- ยกร่างกฎหมายสาธารณสุขและผลักดันให้ออกกฎหมายได้สำเร็จ ซึ่งก็เหมือนคณะกรรมการการสาธารณสุขในประเทศไทย แต่บ้านเราสามารถเสนอร่างกฎหมายเข้าสู่การพิจารณาของสภาได้หลายช่องทาง
- เสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาให้แก่รัฐบาล ได้แก่ การเสนอมาตรการ กลวิธีแนวการดำเนินงานตลอดจนเทคโนโลยีในการแก้ไขปัญหา

รายชื่อคณะเดินทางในการเดินทางไปศึกษา
งานด้านสาธารณสุขและเจรจาธุรกิจ
ของคณะกรรมการการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร
ณ ประเทศสาธารณรัฐโปแลนด์ สาธารณรัฐฮังการี สาธารณรัฐออสเตรีย
และสาธารณรัฐเช็ก
ระหว่างวันที่ 10-21 พฤษภาคม 2540

1. นายบุญพันธ์ แคว้นนะ	ประธานคณะกรรมการ
2. นายทนต์ศักดิ์ เล็กอุทัย	รองประธานคณะกรรมการ คนที่สี่
3. นางนิภา พริงสุลกะ	ที่ปรึกษาคณะกรรมการ
4. นายประสิทธิ์ ตั้งศรีเกียรติกุล	ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง
5. นายธีระชัย เตียวเจริญโสภา	ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการ คนที่สอง
6. นางคมคาย พลบุตร	ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการ คนที่สาม
7. นางสาวชรินทร์ พุทธปวน	ผู้ช่วยโฆษกคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง
8. นายสวัสดิ์ คำวงษา	ผู้ช่วยโฆษกคณะกรรมการ คนที่สอง
9. นายรัช สุนทรจารย์	ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์:ล่าม
10. นางจิตรา อยู่ประเสริฐ	ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์:ผู้ช่วยล่าม
11. นางสุดา ศึกษากิจ	ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์
12. นายอภิรัตน์ อรุณินท์	ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ
13. นายจำเรียง ตัณฑวรรณนะ	ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ
14. นายสรรค์ชัย ชญานิน	ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ
15. นางสาวประนอม ภูวนัตถ์ชัย	นักวิชาการประจำคณะกรรมการ
16. นางอิงอัมพร ทองดี	เลขานุการประจำคณะกรรมการ
17. นายประสิทธิ์ผล ยูวะเวส	นิติกร 5 กองกรรมการ 2
18. นายเจตพันธ์ สุนิพล	นิติกร 3 กองกรรมการ 2
19. นางสาวศิริมาลา เดียรชานาถ	เจ้าหน้าที่ธุรการ 3 กองกรรมการ 2

