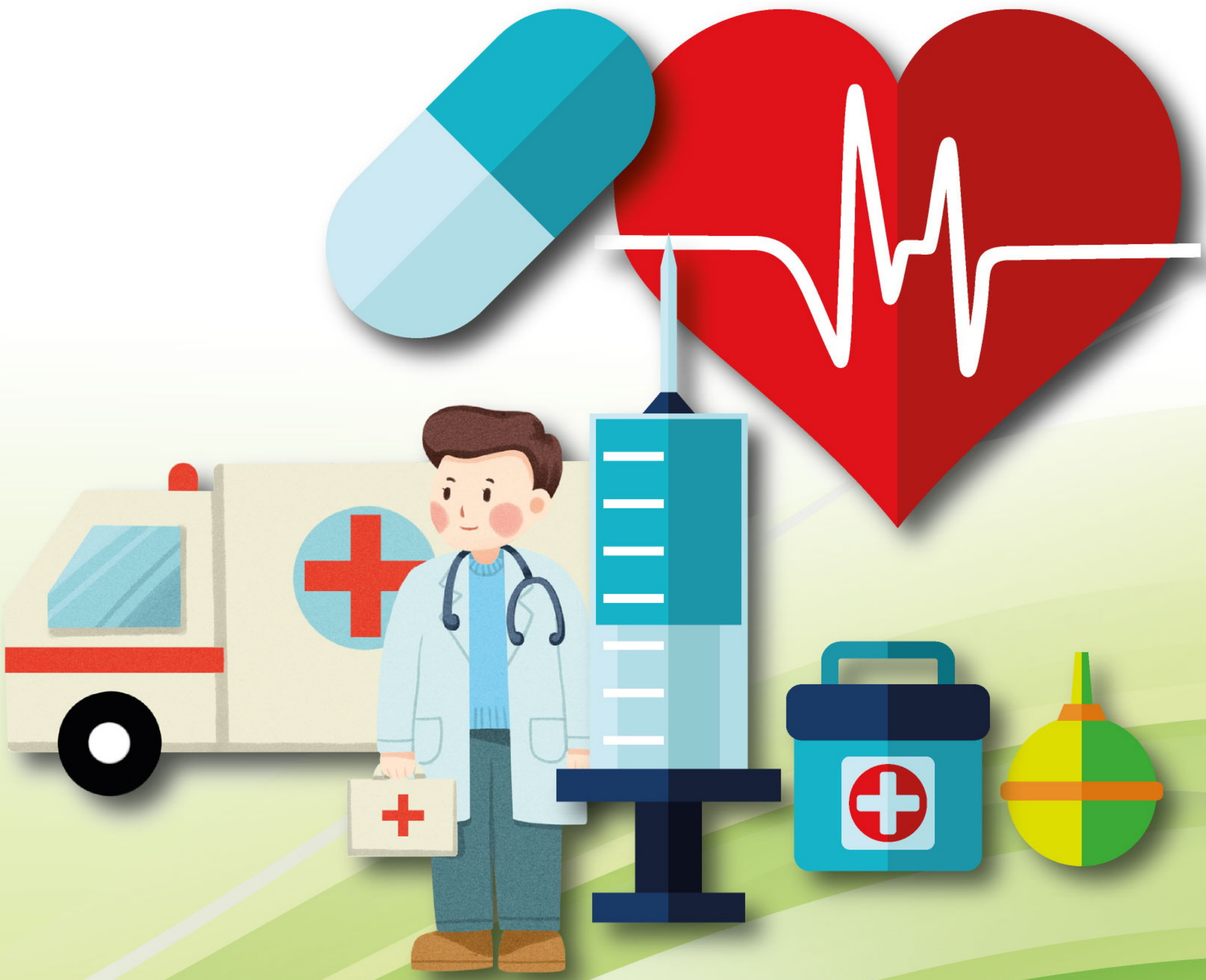
สรุปผลการดำเนินงาน

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา

ปีที่ ๒ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)



กลุ่มงานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สำนักกรรมาธิการ ๓

สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา

สรุปผลการดำเนินงาน

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข
วุฒิสภา

ปีที่ ๒ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)

กลุ่มงานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สำนักกรรมาธิการ ๓
สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา

สารประธานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข
วุฒิสภา

ตลอดปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน สถานการณ์ของโลกและประเทศไทยยังเผชิญกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ซึ่งถือเป็นเหตุการณ์สำคัญที่ร้ายแรงของการเกิดโรคระบาดที่ส่งผลกระทบไปทั่วโลก ดังนั้น คณะกรรมาธิการจึงยังคงให้ความสำคัญและดำเนินการศึกษา วิเคราะห์ และติดตามอย่างใกล้ชิด วิเคราะห์สถานการณ์ของการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ครอบคลุมประเด็นความรู้เกี่ยวกับโรคและไวรัสก่อโรค การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ สถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง การป้องกัน การรักษา ความคืบหน้าของการวิจัยพัฒนายาและวัคซีน ตลอดจนแนวทางการบริหารจัดการ การผลิต การนำเข้า และการกระจายอุปกรณ์ทางการแพทย์ นอกจากนั้น คณะกรรมาธิการยังมีข้อเสนอแนะและการผลักดันในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เสนอแนวทางการบริหารจัดการวัคซีน ผลักดันการพัฒนาแอพหมอพร้อม เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชน เป็นต้น

นอกจากนั้น คณะกรรมาธิการได้ดำเนินการตามยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยให้ความสำคัญในการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัด (Big Rock) การปฏิรูปประเทศ ในประเด็นปฏิรูปด้านระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการกระจายอำนาจให้ประชาชนและทุกภาคส่วน รวมทั้งสถานบริการทุกสังกัดเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ (การจัดตั้งเขตสุขภาพ) และสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขมีความคล่องตัว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการให้ตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่ ภายใต้การมีส่วนร่วมบริหาร โดยประชาชนในระดับจังหวัดตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ รวมทั้งการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ด้านกฎหมาย เป็นการพิจารณา (ร่าง) แผนการปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง) กฎหมายที่ถูกกำหนดให้ตราขึ้นตามแผนการปฏิรูปประเทศ และการติดตามผลกระทบจากการบังคับใช้กฎหมาย ตลอดจนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางประชากร

คณะกรรมาธิการได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลและร่วมกันคิด เพื่อมุ่งหวังให้เกิดกระบวนการในเชิงประจักษ์ สะท้อนปัญหา และเสนอแนะต่องานด้านสาธารณสุขและการปฏิรูปประเทศ รวมถึงการได้รับข้อมูลป้อนกลับเพื่อแสดงให้เห็นถึงปัญหาหรือเหตุผลของการดำเนินงานมีผลสัมฤทธิ์มากน้อยเพียงใด ซึ่งเป็นประเด็นที่มีความสำคัญและเกิดประโยชน์กับประชาชนอย่างแท้จริง

คณะกรรมาธิการจึงได้รวบรวมข้อมูลเป็น “สรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ปีที่ ๒ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)” เพื่อเป็นบันทึกที่ฉายภาพให้เห็นถึงความต่อเนื่องในการดำเนินการรอบปี และเพื่อเป็นเอกสารทางประวัติศาสตร์สำหรับผู้ที่มีความสนใจนำไปใช้ในการศึกษา ค้นคว้า และอ้างอิงในโอกาสต่อไป

ท้ายสุดนี้ กระผม ในนามประธานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข ขอขอบคุณทุกท่าน ทั้งกรรมาธิการ ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ ที่ปรึกษา ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมาธิการ ผู้แทนหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ตลอดจนเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สำนักกรรมาธิการ ๓ ปฏิบัติหน้าที่ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข ที่ได้ร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติงาน การให้ข้อมูล ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะที่เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงานของคณะกรรมาธิการตลอดมา จึงส่งผลให้คณะกรรมาธิการสามารถขับเคลื่อนและบรรลุเป้าหมายตามหน้าที่และอำนาจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(นายแพทย์เจตน์ ศิรธรานนท์)
ประธานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข
วุฒิสภา

คณะกรรมาธิการ การสาธารณสุข วุฒิสภา

นายเจตน์ ศิรธรานนท์
ประธานคณะกรรมาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ
รองประธานคณะกรรมาธิการ
คนที่หนึ่ง

นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์
รองประธานคณะกรรมาธิการ
คนที่สอง

รองศาสตราจารย์ พลเอก ไตรโรจน์ ครุธเวโช
รองประธานคณะกรรมาธิการ
คนที่สาม

นายทวีวงษ์ จุลกมนตรี
เลขานุการคณะกรรมาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญส่ง ไข่เกษ
โฆษกคณะกรรมาธิการ

พลโท อำพน ชูประทุม
ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ

พลเอก ปรีชา จันทร์โอชา
ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ

นายพิศาล มาณวพัฒน์
ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ

พลเอก วินัย สร้างสุขดี
ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ

คณะกรรมาธิการ
การสาธารณสุข
วุฒิสภา

พลเอก จีระศักดิ์ ชมประสพ
กรรมาธิการ

พลอากาศตรี เฉลิมชัย เครืองาม
กรรมาธิการ

นางทัศนา ยุวานนท์
กรรมาธิการ

นายประสิทธิ์ ปทุมารักษ์
กรรมาธิการ

นายพิทักษ์ ไชยเจริญ
กรรมาธิการ

พลเอก วราห์ บุญญะสิทธิ์
กรรมาธิการ

พลตำรวจโท สมหมาย กองวิสัยสุข
กรรมาธิการ

นางสุนี จึงวิโรจน์
กรรมาธิการ

บทนำ

ในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๑๗ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง) วันอังคารที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๒ ที่ประชุมวุฒิสภาได้มีมติตั้งคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ซึ่งเป็นคณะกรรมาธิการสามัญประจำสภา ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ (๒๐) โดยที่ผ่านมาคณะกรรมาธิการได้จัดทำสรุปผลการดำเนินงานภายใต้หน้าที่และอำนาจตามข้อบังคับการประชุมที่กำหนด ซึ่งในปีนี้เป็นรอบปีที่ ๒ ในการจัดทำสรุปผลการดำเนินงานของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา เพื่อเป็นการเผยแพร่ข้อมูลให้กับผู้เกี่ยวข้องในวงงานและผู้สนใจสามารถนำไปศึกษาค้นคว้าและต่อยอดการดำเนินงานที่เป็นประโยชน์ต่อไปได้

การดำเนินภารกิจในปีนี้ คณะกรรมาธิการได้ดำเนินการตามกรอบยุทธศาสตร์ ภายใต้วิสัยทัศน์ในการปฏิบัติหน้าที่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญและกฎหมายที่เกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุข รวมทั้งควบคุมการบริหารราชการแผ่นดินอย่างมีประสิทธิภาพ และมีพันธกิจ ในการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติกระทำกิจการ พิจารณาสอบหาข้อเท็จจริง หรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟูการส่งเสริมสุขภาวะและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนา พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดเป้าประสงค์ไว้ ๕ ด้าน คือ การติดตาม เสนอแนะและเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข การศึกษาและติดตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข และสุขภาพอนามัยของประชาชนและชุมชน และการขับเคลื่อนนโยบายและการปฏิบัติงานของรัฐบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบสาธารณสุขและสุขภาพ รวมทั้งการติดตาม และตรวจสอบผลกระทบด้านสาธารณสุขและสุขภาพ ปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและการพัฒนา ตลอดจนการส่งเสริมสนับสนุนและเสนอแนะเกี่ยวกับการบริการสาธารณสุข การรักษาพยาบาล รวมทั้งการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนและชุมชน

คณะกรรมาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า สรุปผลการดำเนินงานของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ปีที่ ๒ (ตุลาคม ๒๕๖๓ – กันยายน ๒๕๖๔) เป็นสรุปผลการดำเนินงานฉบับที่ ๒ ปีที่ ๒ นี้ จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และประชาชนที่สนใจติดตามการดำเนินงานของวุฒิสภา จะสามารถนำไปใช้ในการศึกษา ค้นคว้าและอ้างอิงทางวิชาการได้ในโอกาสต่อไป

สรุปผลการดำเนินงาน คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข ปีที่ ๒ (๑ ต.ค. ๖๓ - ๓๐ ก.ย. ๖๔)

กรอบการพิจารณาศึกษา

๑.ด้านการปฏิรูประบบสาธารณสุข
๒.ด้านกฎหมาย
๓.ด้านสุขภาพ การควบคุมและ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางประชากร
๔.ด้านการพิจารณาศึกษาและติดตามผลการดำเนินงานประจำปีของหน่วยงานสาธารณสุข (ตามที่กฎหมายกำหนด)
๕.การศึกษาดูงาน/การสัมมนา

คณะอนุกรรมาธิการ ในคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข

คณะอนุกรรมาธิการ ๔ คณะ

- **๑. คณะอนุกรรมาธิการ ตสร. ด้านสาธารณสุข**
- **๒. คณะอนุกรรมาธิการนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์**
- **๓. คณะอนุกรรมาธิการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน**
- **๔. คณะอนุกรรมาธิการพิจารณาศึกษาด้านทันตสาธารณสุขไทย**

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข มีหน้าที่และอำนาจ

" พิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการ พิจารณาสอบหาข้อเท็จจริงหรือศึกษา เรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุม และป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาวะและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนา พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง"

สารบัญ

บทที่ ๑
ด้านการปฏิรูประบบสาธารณสุข ๐๓

บทที่ ๒
ด้านกฎหมาย ๔๙

บทที่ ๓
ด้านสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางประชากร ๑๑๗

บทที่ ๔
การพิจารณาศึกษาและติดตามผลการดำเนินงานประจำปีของหน่วยงานสาธารณสุข (ตามที่กฎหมายกำหนด) ๒๒๑

บทที่ ๕
การศึกษาดูงาน/การสัมมนา ๒๔๙

สารบัญ

	หน้า
สารประธาน	ก
คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข	ค
บทนำ	จ
สรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา	ช
สารบัญ	ฌ
กรอบยุทธศาสตร์การดำเนินงานของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา	๑
บทที่ ๑ ด้านการปฏิรูประบบสาธารณสุข	๓
๑.๑ พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะและเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนการปฏิรูประเทศ ด้านสาธารณสุข	๕
- กรอบแนวทางการดำเนินงานของคณะอนุกรรมาธิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔	๕
๑.๒ พิจารณาศึกษารายงาน เรื่อง “การปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Universal Health Coverage Reform for Sustainable Development)”	๒๓
- ผลการพิจารณา	๒๓
- ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย	๒๗
๑.๓ พิจารณาศึกษาร่างพระราชบัญญัติที่ตราขึ้นตามหมวด ๑๖ การปฏิรูปประเทศ (เป็นการศึกษาล่วงหน้า) จำนวน ๒ ฉบับ คือ ร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. .... และร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมการเรียนรู้ พ.ศ.	๓๑
● **ร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ....**	
- สาระสำคัญของร่างพระราชบัญญัติ	๓๑
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ	๓๘
● **ร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมการเรียนรู้ พ.ศ. ....**	
- สาระสำคัญของร่างพระราชบัญญัติ	๔๒
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ	๔๖

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ ๒ ด้านกฎหมาย	๔๙
๒.๑ พิจารณาศึกษาและติดตามหลักการและเหตุผลความจำเป็น ความคืบหน้าการดำเนินการเกี่ยวกับการเสนอร่างกฎกระทรวง ที่ออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑	๕๑
- ผลการพิจารณา	๕๑
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ	๕๖
๒.๒ พิจารณาศึกษาร่างพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... (ความผิดฐานทำให้แท้งลูก)	๕๙
- ผลการพิจารณา	๕๙
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ	๖๕
๒.๓ พิจารณาศึกษาร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... (การยกเลิกพืชกระท่อมจากยาเสพติดให้โทษ) ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๑๑๙	๖๗
- ผลการพิจารณา	๖๘
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ	๗๔
๒.๔ พิจารณาศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด การดำเนินคดีกับผู้เสพและผู้ค้ายาเสพติด รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมาย กฎ หรือระเบียบที่เกี่ยวข้อง	๗๗
- ผลการศึกษา	๗๗
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ	๘๑
๒.๕ พิจารณาศึกษาแก้ไขเพิ่มเติมร่างพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... (กระบวนการพิจารณาวัตถุอันตราย)	๘๓
- ผลการพิจารณา	๘๓
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ	๘๗
๒.๖ พิจารณาศึกษาร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพการสัตวบาล พ.ศ. .... ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๑๑๙	๙๑
- ผลการพิจารณา	๙๑
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ	๙๔
๒.๗ พิจารณาศึกษาความคืบหน้าในการตรากฎหมายลำดับรองเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการนำกัญชายาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ ๕ มาใช้ในการรักษาโรค หรือการศึกษาวิจัย	๙๗
- ผลการพิจารณา	๙๗
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ	๑๐๘

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
๒.๘ พิจารณาศึกษาร่างพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. .... พิจารณาศึกษา ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๑๑๙	๑๑๑
- ผลการพิจารณา	๑๑๑
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ	๑๑๕
บทที่ ๓ ด้านสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางประชากร	๑๑๗
๓.๑ การใช้น้ำมันทอดซ้ำอย่างปลอดภัย	๑๑๙
- ผลการพิจารณา	๑๑๙
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ	๑๒๓
๓.๒ พิจารณาการควบคุมโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนในพื้นที่ชุมชนแออัด และการดูแลผู้ป่วย	๑๒๗
- ผลการพิจารณา	๑๒๗
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ	๑๓๑
๓.๓ พิจารณาศึกษาและติดตามข้อมูลข้อเท็จจริงกรณีที่ปรากฏเป็นข่าวเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในทางการแพทย์ ประเภทสารเสพติดเคตามีน (ยาเค)	๑๓๓
- ผลการพิจารณา	๑๓๓
๓.๔ พิจารณาศึกษาการควบคุมกำกับการเผยแพร่และการใช้สื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์	๑๔๑
- ผลการพิจารณา	๑๔๑
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ	๑๔๘
๓.๕ พิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับมลพิษที่เกิดจากฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในด้านต่าง ๆ	๑๕๑
- ผลการพิจารณา	๑๕๑
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ	๑๖๑
๓.๖ พิจารณาศึกษาและติดตามสถานการณ์โรคโควิด ๑๙	๑๖๓
● **พิจารณาศึกษาและติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ในสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาตามแนวพรมแดน ผลกระทบต่อประเทศไทย และมาตรการป้องกันควบคุมโรค**	๑๖๓
- สรุปผลการพิจารณา	๑๖๓
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ	๑๖๔

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
● **ความคืบหน้าการใช้จ่ายงบประมาณที่คณะรัฐมนตรีเห็นชอบจัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุขในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ เพื่อป้องกัน ควบคุม และแก้ไขปัญหาสถานการณ์ในปัจจุบัน**	๑๖๔
- สรุปผลการพิจารณา	๑๖๔
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ	๑๖๕
● **พิจารณาความคืบหน้าการวิจัยและพัฒนาวัคซีนเพื่อป้องกันโรคโควิด ๑๙ การจองซื้อวัคซีน รวมทั้งการจัดซื้อหาวัคซีน เพื่อการสำรองวัคซีนสำหรับใช้ในประเทศไทย**	๑๖๖
- สรุปผลการพิจารณา	๑๖๖
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ	๑๖๗
● **ความพร้อมด้านนวัตกรรมโรคโควิด ๑๙ รวมทั้งการวิจัย การพัฒนาคุณภาพและขีดความสามารถด้านนวัตกรรมป้องกันโรคโควิด ๑๙ การผลิตอุปกรณ์ป้องกันโดยเฉพาะชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) สำหรับการรองรับการระบาดรอบใหม่**	๑๖๘
- สรุปผลการพิจารณา	๑๖๘
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ	๑๖๙
● **พิจารณาศึกษาสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ รอบใหม่ โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร พร้อมทั้งมาตรการและแนวทางการดำเนินการเพื่อป้องกันและยับยั้งการแพร่ระบาด**	๑๗๐
- สรุปผลการพิจารณา	๑๗๐
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ	๑๗๑
● **พิจารณาศึกษาและติดตามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานต่อการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ ในประเด็น ดังนี้**	๑๗๓
๑) การตรวจหาเชื้อโควิด ๑๙ ที่ใช้ในปัจจุบัน การพัฒนาการตรวจหาเชื้อด้วยวิธีการต่าง ๆ และการพัฒนาชุดตรวจ COVID-๑๙ คุณภาพและความแม่นยำของชุดตรวจ ข้อจำกัดของชุดตรวจ Rapid Test	
- สรุปผลการพิจารณา	๑๗๓

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

๒) การพัฒนา Application "หมอชนะ" อำนาจและหน้าที่ของหน่วยงานที่รับผิดชอบ Application ดังกล่าว รูปแบบการดำเนินงานของ Application "หมอชนะ" เช่น การบันทึกข้อมูล การระบุตำแหน่ง การตรวจสอบความเสี่ยงของผู้ใช้งาน เป็นต้น รวมทั้งความปลอดภัยและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลจากการใช้ Application ดังกล่าว ปัญหาอุปสรรค ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนแนวทางการพัฒนา Application ในระยะต่อไป

- สรุปผลการพิจารณา ๑๗๗

- **พิจารณาศึกษาเกี่ยวกับความคืบหน้าของการพัฒนาและการจัดหาวัคซีนโควิด ๑๙ และการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙** ๑๗๗
  - สรุปผลการพิจารณา ๑๗๗
- **พิจารณาศึกษาและติดตามการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ในประเด็น การบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และพื้นที่ต่าง ๆ ความคืบหน้าในการพัฒนาและการจัดหาวัคซีน การตรวจรับรองคุณภาพมาตรฐานของวัคซีน รวมทั้งการบริหารจัดการวัคซีนและยาฟาวิพิราเวียร์ และการดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาและผลิตวัคซีน การจัดหา การบริหารจัดการและการกระจายวัคซีน** ๑๗๙
  - สรุปผลการพิจารณา ๑๗๙
  - ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ๑๘๕
- **พิจารณาศึกษาและติดตามการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ (ต่อเนื่อง)** ๑๘๖
  - สรุปผลการพิจารณา ๑๘๖
  - ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ๑๘๗
- **พิจารณาศึกษาการวิจัยและการพัฒนาสมุนไพรฟ้าทะลายโจรและประสิทธิภาพของสมุนไพรฟ้าทะลายโจร เพื่อการป้องกันและรักษาโรคโควิด ๑๙** ๑๘๗
  - สรุปผลการพิจารณา ๑๘๗
  - ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ๑๙๐
- **พิจารณาศึกษาและติดตามสถานการณ์ของโรคโควิด ๑๙ โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัสดังกล่าว รวมทั้งผลต่อการตอบสนองวัคซีน มาตรการในการเฝ้าระวังปัญหาและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น** ๑๙๐
  - สรุปผลการพิจารณา ๑๙๐

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

- **การบริหารจัดการวัคซีน โควิด ๑๙ และแผนการกระจายวัคซีน รวมทั้งการดำเนินงานให้บริการวัคซีนเพื่อฉีดให้ครอบคลุมเร็วขึ้น ทั้งในพื้นที่ระบาดรุนแรง และพื้นที่อื่น ๆ กระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการวัคซีนที่จะสร้างความเชื่อมั่นและความปลอดภัยสำหรับประชาชน** ๑๙๒
  - สรุปผลการพิจารณา ๑๙๒
  - ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ๑๙๖
- **พิจารณาศึกษานโยบาย การบริหารจัดการ การดำเนินการ และงบประมาณ เพื่อใช้ในการดำเนินการตามนโยบายการจัดซื้อจัดหาชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ที่มีมาตรฐาน รวมถึงการตรวจหาเชื้อเชิงรุกและแนวทางการบริหารจัดการเพื่อรองรับผู้ป่วยรักษาแบบ Home Isolation ทั้งในส่วนพื้นที่กรุงเทพมหานครและจังหวัดต่าง ๆ** ๑๙๗
  - สรุปผลการพิจารณา ๑๙๗
  - ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ๒๑๐
- **การดำเนินงาน และการเบิกจ่าย รวมถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการใช้งบประมาณ และกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างตามกฎหมายที่กำหนด โดยเฉพาะงบประมาณที่นำมาใช้กับการดำเนินการเรื่องของ Home Isolation และชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK)** ๒๑๑
  - สรุปผลการพิจารณา ๒๑๑
  - ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ๒๑๔

บทที่ ๔ การพิจารณาศึกษาและติดตามผลการดำเนินงานประจำปีของหน่วยงานสาธารณสุข (ตามที่กฎหมายกำหนด) ๒๒๑

๔.๑ การพิจารณาศึกษารายงาน รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ๒๒๓
- ผลการพิจารณา ๒๒๔
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ๒๓๓

๔.๒ การพิจารณาศึกษารายงาน รายงานของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา เรื่อง รายงานประจำปี ๒๕๖๓ ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ๒๓๕
- ผลการพิจารณา ๒๓๕
- ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ๒๔๗

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ ๕ การศึกษาดูงาน/การจัดสัมมนาของคณะกรรมาธิการ	๒๔๙
๕.๑ สรุปผลการเดินทางไปศึกษาดูงานของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔	๒๕๑
๕.๒ การจัดสัมมนา	๒๕๔
๕.๓ โครงการ “จัดซื้อเครื่องมือแพทย์ Pulse Oximeter เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโควิด ๑๙”	๒๕๕
ภาคผนวก	๒๕๗

กรอบยุทธศาสตร์การดำเนินงานของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา

วิสัยทัศน์ ปฏิบัติหน้าที่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญและกฎหมายที่เกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุข รวมทั้งควบคุมการบริหารราชการแผ่นดินอย่างมีประสิทธิภาพ

พันธกิจ พิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการ พิจารณาสอบหาข้อเท็จจริง หรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาวะและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนา พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะและเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

เป้าประสงค์

๑. ศึกษา ติดตาม เสนอแนะและเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข
๒. ศึกษาและติดตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข และสุขภาพอนามัยของประชาชนและชุมชน
๓. ขับเคลื่อนนโยบายและการปฏิบัติงานของรัฐบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบสาธารณสุขและสุขภาพ
๔. ติดตาม และตรวจสอบผลกระทบด้านสาธารณสุขและสุขภาพ รวมทั้งปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและการพัฒนา
๕. ส่งเสริม สนับสนุนและเสนอแนะเกี่ยวกับการบริการสาธารณสุข การรักษาพยาบาล รวมทั้งการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนและชุมชน

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ด้านการปฏิรูประบบสาธารณสุข

กลยุทธ์ที่ ๑	ศึกษา ติดตาม เสนอแนะและเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข และที่เกี่ยวข้อง
กลยุทธ์ที่ ๒	ติดตาม ส่งเสริม สนับสนุนและเป็นกลไกในการขับเคลื่อนนโยบายและการปฏิบัติงานของรัฐบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุขและสุขภาพ
กลยุทธ์ที่ ๓	ศึกษา ส่งเสริม และสนับสนุนการบริหารจัดการระบบสุขภาพและระบบการเงินการคลัง

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านกฎหมาย

กลยุทธ์ที่ ๑ ศึกษาและกลั่นกรองกฎหมายด้านสาธารณสุข

กลยุทธ์ที่ ๒ ศึกษาและติดตามผลกระทบจากการบังคับใช้กฎหมาย

กลยุทธ์ที่ ๓ ศึกษาและติดตามการออกฎหมายลำดับรองภายใต้กฎหมายด้านสาธารณสุข และที่เกี่ยวเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางประชากร

กลยุทธ์ที่ ๑ ศึกษา ส่งเสริม สนับสนุน และเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีการพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้ครอบคุลม มีคุณภาพและมีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

กลยุทธ์ที่ ๒ ติดตามและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายให้เกิดการจัดการระบบสุขภาพชุมชน เพื่อนำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน

กลยุทธ์ที่ ๓ ติดตาม และตรวจสอบผลกระทบด้านสาธารณสุขและสุขภาพรวมทั้งปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและการพัฒนา

บทที่ ๑

ด้านการปฏิรูประบบสาธารณสุข

๑.๑ พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะและเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนการปฏิรูประเทศ ด้านสาธารณสุข

การดำเนินงานด้านติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ยังคงดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยคณะอนุกรรมาธิการศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (ตสร.) ด้านสาธารณสุข ที่คณะกรรมาธิการตั้งขึ้น เป็นกลไกหลักสำคัญในการขับเคลื่อนงานด้านการปฏิรูปประเทศที่ได้ทำงานอย่างเข้มแข็ง ซึ่งในระยะปีงบประมาณที่ผ่านมา คณะอนุกรรมาธิการชุดดังกล่าวได้รับมอบหมายจากคณะกรรมาธิการ รวมทั้งได้มีการดำเนินภารกิจตามหน้าที่และอำนาจที่กำหนดไว้ คือ

๑. ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข

๒. พิจารณาศึกษา วิเคราะห์ และรายงานความคืบหน้าในการดำเนินการตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขที่คณะรัฐมนตรีเสนอต่อรัฐสภาตามมาตรา ๒๗๐ วรรคหนึ่ง ของรัฐธรรมนูญรวมทั้งรายงานประจำปีที่สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเสนอต่อวุฒิสภาตามกฎหมาย

๓. รวบรวมและจัดทำสรุปผลการศึกษาวิเคราะห์รายงานผลการดำเนินการตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขตามข้อ ๒. เพื่อเสนอต่อคณะกรรมาธิการการสาธารณสุขและคณะกรรมาธิการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ

๔. จัดทำสรุปสาระสำคัญ ข้อเสนอแนะ ปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนแนวทางในการเร่งรัดขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และยุทธศาสตร์ชาติที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข เพื่อนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอ หรือการพัฒนาและแก้ไขกฎหมาย หรือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับเรื่องดังกล่าว ซึ่งจะนำไปสู่การขับเคลื่อนการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุดในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

๕. รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมาธิการ โดยรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาศึกษา รวมทั้งนำเสนอแนะประเด็นที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ต่อคณะกรรมาธิการเพื่อนำไปรวบรวมเป็นผลการดำเนินงานของคณะกรรมาธิการ

การดำเนินการตามหน้าที่และอำนาจดังกล่าว คณะกรรมาธิการจะนำข้อมูลจากผลการดำเนินงานของคณะอนุกรรมาธิการที่มีการศึกษา และรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาของคณะกรรมาธิการ และเสนอให้เป็นไปตามกฎหมาย โดยคำนึงถึงประโยชน์ของประเทศชาติเป็นสำคัญ โดยสามารถสรุปผลการพิจารณา ดังนี้

กรอบแนวทางการดำเนินงานของคณะอนุกรรมาธิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ กล่าวคือ การพิจารณาศึกษาติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ทั้ง ๑๐ ประเด็น โดยให้ความสำคัญในการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัด (Big Rock) คือ ประเด็นปฏิรูปที่ ๑ : ระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพเกี่ยวกับการกระจายอำนาจให้ประชาชนและทุกภาคส่วน รวมทั้งสถานบริการทุกสังกัดเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ (การจัดตั้งเขตสุขภาพ) และเกี่ยวกับสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข มีความคล่องตัวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการให้ตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่ ภายใต้

การมีส่วนร่วมบริหารโดยประชาชนในระดับจังหวัดตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ รวมทั้งการพิจารณา (ร่าง) แผนการปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง) โดยเฉพาะประเด็นแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

ข้อค้นพบที่สำคัญ ตามที่ได้มีการจัดทำ (ร่าง) แผนการปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง) และคัดเลือกเฉพาะกิจกรรมปฏิรูปประเทศที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ (Big Rock) สามารถดำเนินการและวัดผลได้อย่างเป็นรูปธรรมในช่วงปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕ นั้น โดย (ร่าง) แผนการปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง) ได้กำหนดกิจกรรมปฏิรูปที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ จำนวน ๕ ประเด็น ได้แก่

๑) การปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข รวมถึงโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ เพื่อความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพ

๒) การปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนและผู้ป่วย

๓) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริบาลการรักษาพยาบาลที่บ้าน/ชุมชนและการดูแลสุขภาพตนเองในระบบสุขภาพปฐมภูมิเชิงนวัตกรรม

๔) การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพและกองทุนที่เกี่ยวข้องให้มีความเป็นเอกภาพ บูรณาการ เป็นธรรม ทั่วถึง เพียงพอและยั่งยืนด้านการเงินการคลัง

๕) การปฏิรูปเขตสุขภาพให้มีระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการคล่องตัว และการร่วมรับผิดชอบด้านสุขภาพระหว่างหน่วยงานและท้องถิ่น

เมื่อพิจารณาแล้ว พบว่า มีประเด็นที่สอดคล้องกับประเด็น Big Rock ของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา หลายประเด็น **โดยเฉพาะกิจกรรมปฏิรูปที่ ๕)** ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อยู่ระหว่างการจัดทำข้อเสนอการปฏิรูปเขตสุขภาพ (Sandbox) เขตสุขภาพนำร่อง มีแผนดำเนินการในพื้นที่ ๔ เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑ เขตสุขภาพที่ ๔ เขตสุขภาพที่ ๙ และเขตสุขภาพที่ ๑๒ เพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนดำเนินการที่เป็นรูปธรรม

นอกจากนี้ ได้มีการติดตามและเร่งรัดกฎหมายปฏิรูปประเทศที่สำคัญ จำนวน ๓ ฉบับ ได้แก่

๑) การปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘

๒) ร่างพระราชบัญญัติคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ....

๓) พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ (การจัดทำกฎหมายลำดับรอง)

<u>สรุปประเด็นพิจารณาที่ได้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ดังนี้</u>

ประเด็นพิจารณา	ผลการพิจารณา	ข้อค้นพบ	ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ
ติดตามการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และความรับผิดชอบการขับเคลื่อนแผนการปฏิรูปประเทศ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนแม่บทเฉพาะกิจภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติอันเป็นผลมาจากสถานการณ์โควิด ๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๕	ประเด็นสำคัญที่มีการติดตาม คือ ประเด็นกิจกรรมปฏิรูปที่ ๕ การปฏิรูปเขตสุขภาพให้มีระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการคล่องตัว และการร่วมรับผิดชอบด้านสุขภาพระหว่างหน่วยงานและท้องถิ่น ตาม (ร่าง) แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง)	ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อยู่ระหว่างการจัดทำข้อเสนอการปฏิรูปเขตสุขภาพ (Sandbox) เขตสุขภาพนำร่อง นอกจากนี้ ในการติดตามการดำเนินการตามแผนแม่บทเฉพาะกิจฯ ในส่วนความรับผิดชอบของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข นั้น ประเด็นการพัฒนาในส่วนความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย ๒ ประเด็นการพัฒนาย่อย ๙ แนวทางย่อย และมีโครงการสำคัญประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข จำนวน ๓๕ โครงการ จากทั้งหมดจำนวน ๒๕๐ โครงการ	-
การดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ โดยเฉพาะประเด็นที่ ๑๑ และประเด็นที่ ๑๓ รวมทั้งแผนแม่บทภายใต้เฉพาะกิจภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติอันเป็นผลมาจากสถานการณ์โควิด ๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๕ ตลอดจนแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง)	**<u>ผลการพิจารณาจากการให้ข้อมูลของผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</u>** **สำนักงบประมาณ** : การจัดทำแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ เป็นการบูรณาการร่วมกันระหว่างสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สภาความมั่นคงแห่งชาติ (สมช.) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) และ	**๑.** การจัดทำคำของบประมาณตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ในภาพรวมที่พบปัญหาและอุปสรรคด้านการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่น ภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ที่ยังขาดความเป็นเอกภาพ เช่น ประเด็นที่ ๑๓ การเสริมสร้างให้	**เสนอแนวคิดตามข้อค้นพบที่ ๑. คือ** - เสนอให้มีการทบทวนกระบวนการการจัดทำคำของบประมาณ โดยกำหนดให้สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและสำนักงบประมาณ ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการกำหนดกรอบวงเงินงบประมาณตามประเด็น

ประเด็นพิจารณา	ผลการพิจารณา	ข้อค้นพบ	ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ
	สำนักงานขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ยุทธศาสตร์ชาติและการสร้างความสามัคคีปรองดอง (ป.ย.) ซึ่งจะกำหนดกรอบการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปี ตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้เป็นหลักในการจัดทำคำขอรับการจัดสรรงบประมาณจากโครงการและกิจกรรมที่มีความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติและการปฏิรูปประเทศ **กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** : การจัดทำแผนการปฏิบัติราชการและการจัดทำของบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติและแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขจะดำเนินการจัดทำโดยวิเคราะห์ความเชื่อมโยงของแผน ๓ ระดับ ได้แก่ แผนระดับที่หนึ่ง คือ ยุทธศาสตร์ชาติ แผนระดับที่สอง คือ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยความมั่นคงแห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕) และแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และแผนระดับที่สาม คือ นโยบายของรัฐบาล	คนไทย มีสุขภาวะที่ดี (Health Literacy)มีความเกี่ยวข้องกับหลายกระทรวง ไม่ใช่เพียงกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังมีการส่งเสริมสุขภาวะที่ดีสำหรับเด็กและเยาวชนซึ่งอยู่ภายใต้หน้าที่และอำนาจของกระทรวงศึกษาธิการ หรือการส่งเสริมสุขภาวะที่ดีสำหรับแรงงาน ซึ่งอยู่ภายใต้หน้าที่และอำนาจของกระทรวงแรงงาน ประเด็นสำคัญ คือ กลไกด้านงบประมาณที่ยังคงมีกระบวนการพิจารณาจัดสรรในรูปแบบเดิม คือ การจัดสรรตามมิติ Function ซึ่งส่งผลให้การดำเนินการขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการไม่มีความคืบหน้าหรือบรรลุเป้าหมายเท่าที่ควร **๒.** แผนแม่บทฯ ในแต่ละประเด็นควรกำหนดกลไกผู้รับผิดชอบภาพรวมระดับประเด็นหลักที่ชัดเจนมากกว่าการกำหนดให้แต่ละกระทรวงเป็นผู้รับผิดชอบ	การปฏิรูปของแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติให้สอดคล้องกับความต้องการของส่วนราชการภายใต้สังกัดกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะต้องมีการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน เช่น การจัดสรรงบประมาณ ด้าน Health Literacy ในระดับสากลจะมีเกณฑ์มาตรฐานกำหนดให้กำหนดวงเงินงบประมาณอย่างน้อยร้อยละ ๑๕ ของวงเงินงบประมาณด้านสาธารณสุขทั้งหมด **เสนอแนวคิดตามข้อค้นพบที่ ๒. คือ** จุดเปลี่ยนของการดำเนินการที่จะสัมฤทธิผลตามเป้าหมาย คือ การจัดกระบวนการมีส่วนร่วมของส่วนราชการในการร่วมกันกำหนดเป้าหมายและการจัดทำโครงการที่มีความสอดคล้องกัน

ประเด็นพิจารณา	ผลการพิจารณา	ข้อค้นพบ	ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ
	สำนักงานขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ยุทธศาสตร์ชาติ และการสร้างความสามัคคีปรองดอง (ป.ย.ป.) : สำนักงาน ป.ย.ป. มีหน้าที่และอำนาจในการดำเนินการพิจารณาและกำหนดแนวทางการขับเคลื่อนในภาพรวมของส่วนราชการที่จะต้องดำเนินการตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติและแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะการดำเนินการแผนแม่บทเฉพาะกิจภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติอันเป็นผลมาจากสถานการณ์โควิด ๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๕ ให้มีความสอดคล้องกับราชการส่วนกลาง และราชการส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ จะต้องพิจารณาการดำเนินการตามแผนดังกล่าวให้สอดคล้องกับแผนย่อยด้านต่าง ๆ ที่มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงกัน **สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.)** : ที่ผ่านมาสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้มีการเชิญส่วนราชการเข้าร่วมประชุมเพื่อนำไปสู่การออกแบบการดำเนินการเป้าหมายอย่างมีส่วนร่วม โดยภาพรวมการขับเคลื่อนเพื่อบรรลุ	**๓.** การดำเนินการปฏิรูปประเทศภายใต้แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นที่ ๑๑ ศักยภาพคนตลอดชีวิต : แผนย่อยการพัฒนาเด็กตั้งแต่ช่วงการตั้งครรภ์จนถึงปฐมวัย มีความสำคัญต่อการปฏิรูปประเทศมีหลายส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข **๔.** ความคืบหน้าการดำเนินการปฏิรูปประเทศภายใต้แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นที่ ๑๑ ยังมีอุปสรรคในการดำเนินงาน เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค โควิด ๑๙ ทำให้ต้องปรับเปลี่ยน แนวทางการดำเนินงาน เช่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่รับผิดชอบการปฏิรูปดังกล่าว ในด้านการฝึกฝนและพัฒนาเด็กปฐมวัยต้องมีการนำระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาปรับใช้เพื่อให้สามารถสื่อสารติดตามและฝึกฝนพัฒนาการร่วมกับเด็กและ	**เสนอแนวคิดตามข้อค้นพบที่ ๓. คือ** การดำเนินการปฏิรูปจึงจำเป็นต้องมีลักษณะบูรณาการเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการจัดทำการจัดสรรและการใช้จ่ายงบประมาณตามโครงการ/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องก็มีความจำเป็นที่จะต้องมีการเชื่อมโยงกัน **เสนอแนวคิดตามข้อค้นพบที่ ๔. คือ** เสนอให้มีการดำเนินงานในเชิงบูรณาการมากยิ่งขึ้น

ประเด็นพิจารณา	ผลการพิจารณา	ข้อค้นพบ	ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ
	เป้าหมายตามยุทธศาสตร์ชาติหน่วยงานของรัฐต้องดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรี โดยนำข้อมูลสถิติ สถานการณ์ งานวิจัยมาประกอบการจัดทำโครงการ/การดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติไปสู่การปฏิบัติบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ สำหรับการขับเคลื่อนประเด็นในแผนแม่บทฯ ได้มีการกำหนดหน่วยงานเจ้าภาพขับเคลื่อน "ประเด็นแผนแม่บทฯ ไว้ (จ.๑ จ.๒ และ จ.๓) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ถูกกำหนดให้เป็นหน่วยงานเจ้าภาพขับเคลื่อนประเด็นแผนแม่บทที่ ๑๓ นอกจากนี้ การจะขับเคลื่อนประเด็นต่าง ๆ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ งบประมาณถือว่าเป็นเรื่องสำคัญประการหนึ่งที่จะทำให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมาย ซึ่งที่ผ่านมา สศช. ได้หารือร่วมกับสำนักงบประมาณเกี่ยวกับกระบวนการจัดทำงบประมาณเพื่อรองรับการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติและแผนการปฏิรูปประเทศ	ผู้ปกครอง ส่วนกรมอนามัยมีข้อเสนอแนะว่า ประเด็นปฏิรูปภายใต้แผนแม่บทดังกล่าว ควรให้ความสำคัญกับบุคลากรในตำแหน่งครูพี่เลี้ยงที่ยังพบอุปสรรคจากค่าตอบแทนส่งผลให้อัตรากำลังขาดแคลนและยังกระจายอยู่ในหลายหน่วยงาน การดำเนินงานจึงยังไม่เชื่อมโยงกัน จึงเห็นด้วยกับแนวทางของคณะอนุกรรมาธิการ ตสร. ด้านสาธารณสุข ที่เสนอให้มีการดำเนินงานในเชิงบูรณาการมากยิ่งขึ้น	

ประเด็นพิจารณา	ผลการพิจารณา	ข้อค้นพบ	ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ
การพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะการดำเนินการด้านคุณภาพมาตรฐาน และระบบสารสนเทศ การบูรณาการร่วมกันกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง	ในการจัดทำมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ และระบบการประเมินมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย รวมทั้งการจัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศ ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการพัฒนาระบบและบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	การดำเนินงานดังกล่าวยังคงมีปัญหาและอุปสรรคบางประการ โดยเฉพาะการดำเนินงานในกลไกระดับจังหวัด	**๑.** ควรมีการบูรณาการมากขึ้น และควรกำหนดให้มีเจ้าภาพ ตลอดจนใช้ข้อมูลเดียวกันในการดำเนินงานในพื้นที่ นอกจากนี้ ควรได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณที่เหมาะสม โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และสำนักงบประมาณควรปรับปรุงกระบวนการพิจารณาจัดสรรงบประมาณ เพื่อนำไปสู่การจัดสรรงบประมาณแบบบูรณาการเพื่อทำให้การขับเคลื่อนและดำเนินการตามแผนแม่บทข้างต้นขับเคลื่อนดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ **๒.** ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องกับแผนแม่บทดังกล่าวควรริเริ่มผลักดันให้มีการเบิกจ่ายงบประมาณประจำปี ๒๕๖๕ ตามโครงการ/กิจกรรม ของแต่ละส่วนราชการให้มีความเชื่อมโยงกันทันที **๓.** แนวทางการดำเนินการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศภายใต้แผนแม่บทดังกล่าว กำหนดให้มีการดำเนินงานร่วมกับคณะอนุกรรมาธิการ ตสร. ด้านการศึกษา เพื่อกำกับและติดตามให้ส่วน

ประเด็นพิจารณา	ผลการพิจารณา	ข้อค้นพบ	ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ
			ราชการที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามโครงการ/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องในเชิงบูรณาการทุก ๆ ๓ เดือน พร้อมทั้งจะผลักดันให้การจัดทำคำของบประมาณในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ของส่วนราชการที่เกี่ยวข้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้การปฏิรูปประเทศเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด **๔.** การดำเนินการขับเคลื่อนประเด็นด้านเด็กปฐมวัย กลไกที่จะสามารถผลักดันและขับเคลื่อนให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ คือ กลไกระดับจังหวัด โดยกลไกระดับชาติควรมีนโยบายที่ชัดเจนและสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการ
การพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะการดำเนินการด้านคุณภาพมาตรฐาน และระบบสารสนเทศ การบูรณาการร่วมกันกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง		ขณะนี้ได้มีการจัดทำมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ และระบบการประเมินมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย รวมทั้งการจัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศซึ่งอยู่ระหว่างการพัฒนาระบบและบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่ทั้งนี้การดำเนินงานดังกล่าวยังคงมีปัญหาและอุปสรรคบางประการโดยเฉพาะการดำเนินงานในกลไกระดับจังหวัด	**๑.** ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องกับแผนแม่บทดังกล่าวควรริเริ่มผลักดันให้มีการเบิกจ่ายงบประมาณประจำปี ๒๕๖๕ ตามโครงการ/กิจกรรมของแต่ละส่วนราชการให้มีความเชื่อมโยงกันทันที **๒.** แนวทางการดำเนินการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศภายใต้แผนแม่บทดังกล่าว กำหนดให้มีการดำเนินงานร่วมกับ

ประเด็นพิจารณา	ผลการพิจารณา	ข้อค้นพบ	ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ
		ที่ควรมีการบูรณาการมากขึ้น และควรกำหนดให้มีเจ้าภาพ ตลอดจนใช้ข้อมูลเดียวกันในการดำเนินงานในพื้นที่	คณะอนุกรรมาธิการ ตสร. ด้านการศึกษา เพื่อกำกับและติดตามให้ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามโครงการ/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องในเชิงบูรณาการทุก ๆ ๓ เดือน พร้อมทั้งจะผลักดันให้การจัดทำคำของบประมาณในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ของส่วนราชการที่เกี่ยวข้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้การปฏิรูปประเทศเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด ๓. การดำเนินการขับเคลื่อนประเด็นด้านเด็กปฐมวัย กลไกที่จะสามารถผลักดันและขับเคลื่อนให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ คือ กลไกระดับจังหวัด โดยกลไกระดับชาติควรมีนโยบายที่ชัดเจนและสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการ ทั้งนี้ คณะอนุกรรมาธิการที่เกี่ยวข้องจะได้มีการหารือร่วมกันเพื่อนำไปสู่การติดตามและผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินการในประเด็นดังกล่าวในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

ประเด็นพิจารณา	ผลการพิจารณา	ข้อค้นพบ	ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ
พิจารณาติดตามการดำเนินการตามแผนการขับเคลื่อนกิจกรรม Big Rock ตามแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง) กิจกรรมปฏิรูปประเทศที่ ๑ การปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข รวมถึงโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่เพื่อความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ และปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รวมทั้งกรอบแนวคิด วิธีการและขั้นตอนการดำเนินการที่เกี่ยวข้อง	ข้อเสนอและจุดคานงัดสำคัญ ประกอบด้วย การปรับปรุงพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ การทบทวนและออกแบบโครงสร้างการทำงานความมั่นคง ด้านสุขภาพและการจัดการภาวะฉุกเฉินที่มีความรุนแรงในระดับสูง การพัฒนาและปรับปรุงระบบการเงินและงบประมาณระบบหลักประกันสุขภาพ รวมทั้งการพัฒนาและจัดหาวัคซีน ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ และแผนบูรณาการ เพื่อยกระดับศักยภาพและโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการจัดการภาวะฉุกเฉิน ในการดำเนินการด้านกฎหมายคณะกรรมการปฏิรูปประเทศ และหน่วยงานต้องการการได้รับการสนับสนุนจากวุฒิสภาเพื่อทำให้การบริหารจัดการโรคติดต่ออันตรายในภาวะฉุกเฉินสามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ	การดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นการเกลี่ยงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่วนงบประมาณในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จากการติดตาม พบว่า ไม่ได้มีการจัดสรรงบประมาณรองรับการดำเนินการตามแผนการปฏิรูปประเทศ ดังนั้น จึงพยายามจะผลักดันให้มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ นอกจากนี้ การแก้ไขปรับปรุงพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ อยู่ระหว่างพิจารณาการดำเนินการของคณะกรรมการกฤษฎีกา โดยเป็นการแก้ไขทั้งฉบับและจะจัดทำเป็นพระราชกำหนด เพื่อยกระดับการดำเนินการด้านโรคติดต่ออันตรายในสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยคาดว่า จะนำเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรีประมาณปลายเดือนกันยายน ๒๕๖๔ ทั้งนี้ องค์ประกอบสำคัญในการดำเนินการ คือ กรุงเทพมหานคร ซึ่งจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ พบว่า การบริหารจัดการเกิดปัญหาหลายส่วน จึงควรมีการพิจารณาและให้ความสำคัญกับพื้นที่ดังกล่าว	โดยสรุปเห็นด้วยกับแนวทางการขับเคลื่อนกิจกรรมปฏิรูประบบสาธารณสุขภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข โรคอุบัติใหม่ โรคระบาดระดับชาติ จำนวน ๘ ประเด็น ซึ่งประกอบด้วย ๑) โครงสร้างพื้นฐาน ๒) กฎหมาย ๓) การบริหารงบประมาณ ๔) ระบบฐานข้อมูลและการสื่อสาร ๕) ความมั่นคงด้านสุขภาพ ๖) วัคซีน ยา และ เวชภัณฑ์ ๗) ศักยภาพในการดูแลรักษา ๘) งานวิจัยและพัฒนานวัตกรรม โดยเห็นควรเสนอต่อคณะกรรมการปฏิรูปประเทศเพื่อพิจารณากำหนดให้ เขตสุขภาพที่ ๑๓ กรุงเทพหมานคร เป็น Big rock ของการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขเพิ่มเติม ทั้งนี้ ในฐานะองค์กรวุฒิสภา จะได้มีการประสานเชื่อมโยงกับกระทรวงสาธารณสุข โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการติดตาม เสนอแนะ

ประเด็นพิจารณา	ผลการพิจารณา	ข้อค้นพบ	ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ
		โดยควรกำหนดให้เขตสุขภาพที่ ๑๓ เป็น Big rock ของการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขเพิ่มเติม เพื่อให้มีการพิจารณาศึกษาและทดลองทำ Sandbox ไปพร้อมกับเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขทั้ง ๔ เขต ซึ่งการศึกษาดังกล่าวจะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของกรุงเทพมหานคร	และเร่งรัดการขับเคลื่อนและดำเนินการปฏิรูปประเด็นดังกล่าวให้เกิดผลที่เป็นรูปธรรมโดยเร็ว
พิจารณาความคืบหน้าในการดำเนินการตามแผนขับเคลื่อนกิจกรรมปฏิรูปประเทศที่ ๕ (BR0705) การปฏิรูปเขตสุขภาพ และข้อเสนอในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปฏิรูปเขตสุขภาพ : การบริหารแบบบูรณาการ (Collaborative Governance) สำหรับระบบสุขภาพระดับเขตและระดับจังหวัด	ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขได้มีการขับเคลื่อนกิจกรรมปฏิรูปประเทศที่๕ (BR0705) การปฏิรูปเขตสุขภาพให้มีระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการคล่องตัว และการร่วมรับผิดชอบด้านสุขภาพระหว่างหน่วยงานและท้องถิ่น โดยการขับเคลื่อนนำร่องการดำเนินการในพื้นที่ ๔ เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑ เขตสุขภาพที่ ๔ เขตสุขภาพที่ ๙ และเขตสุขภาพที่ ๑๒ ซึ่งมีความคืบหน้าในการดำเนินการอย่างมาก โดยเฉพาะการดำเนินการในพื้นที่ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกาศใช้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อการปฏิรูปการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๔	จากการติดตามการดำเนินงานตามแผนขับเคลื่อนกิจกรรมปฏิรูปประเทศที่ ๕ มีความคืบหน้าในการดำเนินการอย่างมาก โดยได้มีการตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนปฏิรูปกิจกรรมที่ ๕ เขตสุขภาพ และได้มีพิธีเปิดการปฏิรูปเขตสุขภาพนำร่อง เขตสุขภาพที่ ๙ (Kick off) โดยรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ ณ โรงพยาบาลปากช่องนานา อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งทำให้เห็นการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมที่ได้รับการสนับสนุนจากฝ่ายบริหาร โดยเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินการดังกล่าว	หากเป้าหมายที่ต้องการ คือ การให้การปฏิรูประบบบริการสุขภาพเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน ควรขยายการปฏิรูปดังกล่าวไปสู่ระดับจังหวัด โดยในเขตสุขภาพที่ ๑ จังหวัดลำปางเป็นจังหวัดที่มีความพร้อมและสามารถนำไปเป็นต้นแบบของการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขระดับจังหวัดได้ ดังนั้น จึงมีความเห็นว่าควรเสนอประเด็นการศึกษาวิจัยต่อสถาบันพระปกเกล้าเพื่อสนับสนุนข้อมูลผลการศึกษาทางวิชาการในประเด็นเกี่ยวกับการปฏิรูปเขตสุขภาพ : การบริหารแบบบูรณาการ (Collaborative)

ประเด็นพิจารณา	ผลการพิจารณา	ข้อค้นพบ	ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ
	โดยมีกลไกสำคัญ ๔ กลไก คือ ๑) คณะกรรมการกำหนดทิศทางและนโยบายด้านเขตสุขภาพ ๒) คณะกรรมการอำนวยการเขตสุขภาพ ๓) คณะกรรมการอำนวยการเขตสุขภาพ และ ๔) สำนักงานเขตสุขภาพ	**ข้อค้นพบ:** ในพื้นที่จังหวัดลำปางได้มีความพยายามดำเนินการขับเคลื่อนการปฏิรูปเขตสุขภาพตามที่คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (คปสธ.) กำหนดให้เป็นกิจกรรมสำคัญ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดดำเนินการนำร่องในพื้นที่ ๔ เขตสุขภาพ ได้แก่ พื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑,๔,๙ และ ๑๒ สำหรับการดำเนินการในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑ โดยเฉพาะพื้นที่จังหวัดลำปางได้มีการเสนอแนวคิดการปฏิรูป ระบบสุขภาพจังหวัดลำปาง (One Province One Hospital) และพยายามขับเคลื่อนการปฏิรูปภายในจังหวัด	ในส่วนของคณะอนุกรรมาธิการ มีความคิดเห็นว่า การขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพในระดับจังหวัดเป็นเรื่องสำคัญ จึงได้นำไปสู่การหารือร่วมกับสถาบันพระปกเกล้า และสำนักงาน ก.พ. ในประเด็นเกี่ยวกับการออกแบบระบบการบริหารจัดการร่วมกันทั้งในเรื่องทรัพยากรบุคคล เทคโนโลยี และทรัพยากรอื่น ๆ ซึ่งจะสามารถทำให้การปฏิรูประบบสุขภาพตามแนวคิดดังกล่าวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างสูงสุด ทั้งนี้ เพื่อนำไปสู่การสนับสนุนเชิงวิชาการ จึงได้มีการกำหนดกรอบการศึกษาประเมินการปฏิรูปเขตสุขภาพในพื้นที่ Sandbox อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะประเด็นการอภิบาลระบบสุขภาพ (Health System Governance) ในเขตสุขภาพ ซึ่งเป็นกลไกหลักในการวางกรอบทิศทาง ยุทธศาสตร์ และนโยบาย เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน และจัดเป็นจุดคานงัดของการปฏิรูปองค์ประกอบย่อยอื่น ๆ ของระบบสุขภาพ

ประเด็นพิจารณา	ผลการพิจารณา	ข้อค้นพบ	ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ
			โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งเป็นกลไกควบคุม กำกับ สนับสนุนการดำเนินการ ปัจจัยสำคัญที่เป็นองค์ประกอบของระบบสุขภาพ อันได้แก่ ระบบบริการสุขภาพ กำลังคน ระบบการจัดการด้านยา เทคโนโลยีและเวชภัณฑ์ ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพและระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ทั้งนี้ เพื่อนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอ หรือการพัฒนากฎหมายหรือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับเรื่องดังกล่าว เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุดในระบบสาธารณสุขไทย สำหรับระบบสุขภาพระดับเขตและระดับจังหวัด คู่ขนานไปกับการศึกษาติดตามและประเมินผลของสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลังเพื่อให้นำไปสู่การถอดบทเรียนการปฏิรูปประเด็นดังกล่าวในอนาคต

ประเด็นพิจารณา	ผลการพิจารณา	ข้อค้นพบ	ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ
			นอกจากนี้ เห็นควรขยายประเด็นการปฏิรูปและสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของกรุงเทพมหานคร เพื่อทำให้การบริการสาธารณสุขมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และเกิดความเชื่อมโยงของระบบบริการทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ทั้งในสภาวะปกติและในสถานการณ์ฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข ซึ่งการดำเนินการกรณีกรุงเทพมหานครนั้นมีความเชื่อมโยงกับประเด็นกิจกรรมปฏิรูปที่ ๑ (BR0701) การปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข รวมถึงโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ รวมทั้งกิจกรรมปฏิรูปประเทศที่ ๕ (BR0705) ซึ่งเป็นประเด็นที่มีความสำคัญและควรดำเนินการผลักดันให้มีการขับเคลื่อนเป็นพื้นที่นำร่องเพิ่มเติมในการปฏิรูปครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้การปฏิรูประบบบริการสุขภาพมีความครอบคลุม จึงเสนอให้มีการเพิ่มเติมการนำร่องปฏิรูปเขตสุขภาพที่ ๑๓ กรุงเทพมหานครนำร่อง

ประเด็นพิจารณา	ผลการพิจารณา	ข้อค้นพบ	ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ
			เพิ่มเติมในการปฏิรูปครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้การปฏิรูประบบบริการสุขภาพมีความครอบคลุม จึงเสนอให้มีการเพิ่มเติมการนำร่องปฏิรูปเขตสุขภาพที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร คู่ขนานกับการนำร่องปฏิรูป ๔ เขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากกรุงเทพมหานครมีรูปแบบการจัดบริการที่มีความหลากหลาย ซึ่งจะทำให้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิรูปเขตสุขภาพที่ครบถ้วนสมบูรณ์มากขึ้นในทุกมิติ นอกจากนี้ ภายหลังเดือนสิงหาคม ๒๕๖๕ ควรพิจารณาถึงการขยายผลการปฏิรูปเขตสุขภาพที่มีความครอบคลุมไปยังระบบภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพของทั้งประเทศอย่างแท้จริง
ติดตามความคืบหน้าและแผนการดำเนินงานในการขับเคลื่อนกิจกรรมปฏิรูปประเทศที่ ๑ การปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข รวมถึงโรคระบาดระดับชาติ และโรคอุบัติใหม่ เพื่อความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพ	<u>**ผลการพิจารณาจากการให้ข้อมูลของผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง**</u> **คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (คป.สธ.) :** คป.สธ.ได้ดำเนินการเกี่ยวกับการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยสรุปกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นระบบการให้บริการสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินเพื่อรับมือต่อโรคอุบัติใหม่		การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขในภาพรวมควรให้เกิดผลและประโยชน์ต่อประชาชน โดยเฉพาะการลดความเหลื่อมล้ำจากสิทธิประโยชน์ของ ๓ กองทุนสุขภาพ และการอำนวยความสะดวกจากการเข้ารับบริการผ่านการเชื่อมโยงข้อมูลด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

ประเด็นพิจารณา	ผลการพิจารณา	ข้อค้นพบ	ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ
	และโรคระบาดระดับชาติ โดยสรุป ดังนี้ ๑) ด้านโครงสร้างพื้นฐาน มีการจัดวางกลไกการบริหารสถานการณ์ฉุกเฉินโดยยกระดับการจัดการการสาธารณสุขฉุกเฉินระดับสูง ๒) ด้านกฎหมาย มีการผลักดันการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสม เช่น พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ๓) ด้านการบริหารงบประมาณให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จากข้อเสนอการปรับปรุงระเบียบและหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ๔) ด้านฐานข้อมูลและการสื่อสาร ได้ดำเนินการบูรณาการข้อมูลสารสนเทศภาครัฐร่วมกับกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ๕) ด้านความมั่นคงสุขภาพ มีการผลักดันการจัดวางระบบสาธารณสุขมูลฐานในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ๖) ด้านการเข้าถึงวัคซีน ยาและเวชภัณฑ์ มีการนำเข้า/สำรอง ยาและเวชภัณฑ์ในสภาวะฉุกเฉิน ๗) ด้านการพัฒนาศักยภาพการดูแลรักษา เพื่อลดอัตราการป่วยและเสียชีวิต จากการพัฒนาศักยภาพด้านการรักษาของสถานพยาบาลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ ๘) ด้านงานวิจัยและนวัตกรรม ผ่านการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่น		

ประเด็นพิจารณา	ผลการพิจารณา	ข้อค้นพบ	ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ
	ที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม **กรมควบคุมโรค :** การดำเนินงานของกรมควบคุมโรคเกี่ยวกับการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขอยู่ระหว่างการดำเนินการพิจารณาผลักดันแผนพัฒนาสุขภาพในเขตเมือง (Urban Health) เพื่อเพิ่มศักยภาพสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ให้มีทีมด้านการป้องกันและการควบคุมโรค โดยการเพิ่มสัดส่วนหลักสูตรและจำนวนการอบรมแพทย์ให้มีองค์ความรู้ด้านดังกล่าว ทั้งนี้เห็นว่า การปฏิรูปจะสามารถทำให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างกระทรวงสารณสุขและกรุงเทพมหานคร **ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข :** ในสถานการณ์ฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHOSTNET) กรุงเทพมหานคร และภาคเอกชน ได้มีการบูรณาการการให้บริการของสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิร่วมกันผ่านความร่วมมือระหว่างหน่วยงานไม่ใช่กฎหมาย โดยกลไกของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ		

ประเด็นพิจารณา	ผลการพิจารณา	ข้อค้นพบ	ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ
	ภายใต้สถานการณ์ฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ จะมีความแตกต่างกับกลไกของคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัดที่ใช้กลไกในพื้นที่ร่วมดำเนินการ จึงทำให้มีอุปสรรคในด้านความร่วมมือการให้บริการ **กรมการแพทย์ :** ในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขอย่างเพียงพอ แต่ยังมีช่องว่างการให้บริการของสถานพยาบาลในสังกัดของตนเอง เนื่องจากการให้บริการด้านสาธารณสุขยังมีความเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานแต่เมื่อมีการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน จึงทำให้สามารถบริหารสถานการณ์จนผ่านพ้นวิกฤตไปได้ ในอนาคตจึงควรมีการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไป ทั้งนี้ เห็นว่าการปฏิรูประบบการเบิกจ่ายให้มีประสิทธิภาพจะเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยแก้ไขปัญหาให้ระบบบริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น		

๑.๒ พิจารณาศึกษารายงาน
เรื่อง "การปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Universal Health Coverage Reform for Sustainable Development)"

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมาธิการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนขึ้น เพื่อทำหน้าที่พิจารณาศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนด้านสาธารณสุข การศึกษาและเปรียบเทียบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยกับต่างประเทศ พร้อมความท้าทายที่สำคัญ เพื่อให้บรรลุการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสาธารณสุขการสร้างความเห็นร่วม ติดตามและเสนอแนะแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับความยั่งยืนและเพียงพอด้านการเงิน การคลังสุขภาพ เพื่อการบรรลุเป้าหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสาธารณสุขของประเทศไทย พร้อมทั้งติดตามและเสนอแนะแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ตลอดจนประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

คณะอนุกรรมาธิการได้พิจารณาศึกษา เรื่อง "การปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยเพื่อความยั่งยืน (Universal Health Coverage Reform to Ensure Sustainability)" โดยสรุปสาระสำคัญดังนี้

<u>ผลการพิจารณา</u>

รายงานฉบับนี้ได้ดำเนินการโดยวิธีการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเงินการคลังสุขภาพ ความยั่งยืนของระบบสาธารณสุขและระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยกับต่างประเทศ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการจัดทำข้อเสนอการปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยเพื่อความยั่งยืนในระยะยาว โดยเป้าหมายสำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามี ๒ ประการ คือ

๑. การทำให้สมาชิกทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น และ

๒. การปกป้องครัวเรือนจากความยากลำบากหรือความเสี่ยงทางการเงิน อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย ซึ่งการขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องคำนึงถึงองค์ประกอบ ๓ ด้าน ที่เรียกว่า "UHC Cube" ประกอบด้วย ประชาชนที่ได้รับความคุ้มครองสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุม และการปกป้องความเสี่ยงทางการเงินของประชาชนเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งสะท้อนจากการจัดการกองทุนรวมและค่าใช้จ่ายที่ประชาชนต้องร่วมจ่ายสมทบ (Cost sharing/Copayment) หรือการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของประชาชนเมื่อไปรับบริการ ณ จุดบริการ (Out – Of – Pocket : OOP)

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย ประกอบด้วย ระบบประกันสุขภาพของรัฐ ๓ ระบบหลัก ได้แก่ สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMBS) ระบบประกันสังคม (Social Health Insurance: SHI) และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme: UCS) ซึ่งหากเปรียบเทียบกับ ๓ ด้านของ UHC Cube โดยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยครอบคลุมประชาชนมากกว่าร้อยละ ๙๙.๙๕ คือ คนไทยทุกคนได้รับความคุ้มครองในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐและการปกป้องความเสี่ยงทางการเงิน ซึ่งประเทศไทยสามารถปกป้องได้ค่อนข้างสูง เนื่องจากผู้ป่วยได้รับบริการโดยไม่ต้องจ่าย ณ จุดที่ไปรับบริการ

โดยพบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ครัวเรือนต้องจ่ายเมื่อไปรับบริการ (OOP) คิดเป็นร้อยละ ๑๒ ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ซึ่งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยครอบคลุมบริการสุขภาพหลายด้าน อาทิ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค การวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ บริการทันตกรรมและฟันปลอม และบริการด้านยาที่จำเป็น เป็นต้น

นอกจากนั้น ได้มีการพิจารณาศึกษาเป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลก ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๗๓ (Sustainable Development Goals: SDGs) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับด้านหลักประกันสุขภาพ ซึ่งประเทศสมาชิกสหประชาชาติ จำนวน ๑๙๓ ประเทศ รวมทั้งประเทศไทยที่ได้ตกลงร่วมกันในการขับเคลื่อนเป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลก จำนวน ๑๗ เป้าหมาย โดยเป้าหมายข้อที่ ๓.๘ ว่าด้วยการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างครอบคลุม เพื่อปกป้องความเสี่ยงทางการเงินของประชาชนและสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ และประชาชนทุกคนได้รับยาหรือวัคซีนที่มีคุณภาพ ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพได้ตามความจำเป็น โดยมี ๒ เป้าหมายย่อยที่เกี่ยวข้อง คือ

เป้าหมายที่ ๓.๘.๑ ความครอบคลุมบริการสุขภาพ ซึ่งวัดเป็นดัชนีความครอบคลุมบริการสุขภาพที่จำเป็น (Service coverage index) และเป้าหมายที่ ๓.๘.๒ การปกป้องความเสี่ยงทางการเงิน ประกอบด้วยการวัดสัดส่วนของครัวเรือนที่ล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และครัวเรือนที่กลายเป็นครัวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย โดยที่ประชุมระดับสูงเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการประชุมสมัชชาสหประชาชาติ เมื่อวันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๒ (High-level Meeting on UHC at the United Nations General Assembly in 23rd September 2019) ผู้นำระดับสูงได้เห็นชอบร่วมกันในการประกาศปฏิญญาทางการเมืองของการประชุมระดับสูงว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เรื่อง “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : ขับเคลื่อนไปด้วยกัน เพื่อสร้างโลกที่สุขภาพดีขึ้น” โดยเน้นความเท่าเทียม ประสิทธิภาพของระบบ และการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ซึ่งพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี เป็นผู้กล่าวปาฐกถา ในฐานะประเทศผู้นำในการยกร่างปฏิญญาดังกล่าว

ปัจจัยสนับสนุนการขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยและ Key goals ประกอบด้วย รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข นโยบายรัฐบาล พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) ข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืน S-A-F-E แผนแม่บทบูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพ : เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย (SAFE) เพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพ การคลังด้านสุขภาพของประเทศไทยควรมีเป้าประสงค์ (Goal) ระยะยาว ๔ ประการ ได้แก่ ความยั่งยืน Sustainability ความเพียงพอ Adequacy ความเป็นธรรม Fairness และความมีประสิทธิภาพ Efficiency หรือเรียกว่า “SAFE” ประกอบด้วย เป้าหมายและแนวทางที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑. S - Sustainability ความยั่งยืนด้านการคลังสุขภาพ หมายถึง แหล่งการคลัง ได้แก่ งบประมาณ เงินสมทบ และรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน อยู่ในวิสัยที่ประเทศ รัฐบาล และครัวเรือนสามารถลงทุนด้านสุขภาพได้ในระยะยาว

๒. A – Adequacy ความเพียงพอ หมายถึง รายจ่ายสุขภาพเพียงพอสำหรับการจัดบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมทั้งยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็นและป้องกัน ไม่ให้ครัวเรือนประสบภาวะล้มละลายหรือกลายเป็นครัวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

๓. F - Fairness ความเป็นธรรม มีหลักการที่สำคัญคือ การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม (Social solidarity) หรือการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่าง ผู้แข็งแรงและผู้เจ็บป่วย และระหว่างผู้มีความสามารถจ่ายมากกว่าและน้อยกว่า หรือเรียกสั้นๆ ว่า “ดี - ป่วย รวย - จน ช่วยกัน”

๔. E - Efficiency ความมีประสิทธิภาพ หมายถึง การใช้ทรัพยากรในการดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ด้านสุขภาพ โดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ทั้งในเชิงเทคนิค (Technical efficiency) และในการจัดสรร (Allocative efficiency) ซึ่งต้องคำนึงถึงความทันเวลา และความมีคุณภาพ

องค์กรในระบบสุขภาพที่มีบทบาทหรือเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข เป็น Health authority สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็น Health statute & assembly สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) บริษัทประกันสุขภาพเอกชน เป็น Health insurance สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็น Health literacy & awareness สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) เป็น Safety & Quality assurance สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) หน่วยงานวิจัยระบบสุขภาพ เครือข่ายวิชาการ โรงเรียนแพทย์ (UHOSNET) หรือองค์กรวิชาชีพต่าง ๆ เป็น Academics/ Research/ Knowledge generation

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ เพื่อคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและการมีสุขภาวะที่ดีของประชาชน

ประเภท	**สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (CSMBS)**	**ประกันสังคม (SHI)**	**หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS)**	**การสร้างเสริมสุขภาพ (HP)**	**การเจ็บป่วยฉุกเฉิน การกู้ชีพและการส่งต่อ (EMS)**	**การประสบภัยจากรถ (RAV)**
กฎหมาย	พรก. เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๒๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม	พรบ. ประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม	พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕	พรบ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔	พรบ. การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑	พรบ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมธุรกิจทางด้านประกันภัย
ประชาชนที่คุ้มครอง	ข้าราชการและบุคคลในครอบครัว	ลูกจ้างในระบบการจ้างงาน	คนไทยที่ไม่มีสิทธิข้าราชการและประกันสังคม	คนไทยทุกคน	คนไทยทุกสิทธิที่จำเป็นต้องใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ผู้ประสบภัยจากรถ

ประเภท	สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (CSMBS)	ประกันสังคม (SHI)	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS)	การสร้างเสริมสุขภาพ (HP)	การเจ็บป่วยฉุกเฉิน การกู้ชีพและการส่งต่อ (EMS)	การประสบภัยจากรถ (RAV)
แหล่งเงิน	ภาษีทั่วไป	ร่วมสมทบ ๓ ฝ่าย (นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล)	ภาษีทั่วไป	Earmarked Tax จากภาษีสุราและยาสูบ เก็บเพิ่มร้อยละ ๒ ของภาษีที่ต้องชำระ	รายได้จากงบประมาณและรายได้อื่น	เบี้ยประกันภัยจาก พรบ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕
ค่าใช้จ่ายภาพรวม พ.ศ. ๒๕๖๒	๗๔,๘๑๐ ล้านบาท (๑๔,๙๖๒ บาทต่อคน ต่อปี)	๔๙,๗๖๖ ล้านบาท (เฉพาะกรณีเจ็บป่วย ไม่รวมคลอดบุตร) (๓,๗๓๒ บาทต่อคน ต่อปี)	๑๓๔,๒๖๙ ล้านบาท (ไม่รวมเงินเดือน) (๓,๔๒๖.๕๖ บาทต่อคน ต่อปี)	๔,๒๔๒ ล้านบาท (เฉพาะทุนสนับสนุนโครงการ)	๙๘๕.๘ ล้านบาท	๔,๕๑๕ ล้านบาท
การใช้จ่ายงบประมาณ	จ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	จ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	จ่ายค่าบริการ P&P สำหรับบุคคล และค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	ให้ทุนสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพ	จ่ายชดเชยการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน	จ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ประสบภัยจากรถตามเงื่อนไขที่กำหนด

การเปรียบเทียบหลักประกันสุขภาพ (UHC) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG - UHC) ของประเทศไทยกับต่างประเทศ โดยอ้างอิงข้อมูลของธนาคารโลก (WHO) (UHC : Health financing profile, ๒๐๑๖ and SDG – UHC indicators, ๓.๘.๑ in ๒๐๑๕, ๓.๘.๒ in latest year) จะเห็นได้ว่า เมื่อพิจารณาจากผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศต่อหัวประชากร (GDP per capita (current US)) ประเทศไทยอยู่ที่ ๕,๙๗๙ ดอลลาร์ ต่อหัวประชากร ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ค่าใช้จ่ายโดยรวมด้านสุขภาพของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศทั้งหมด (CHE%GDP) (ไม่รวมงบลงทุน) อยู่ที่ร้อยละ ๓.๗ ค่าใช้จ่ายโดยรวมด้านสุขภาพต่อหัวประชากร (CHE per capita (current US)) อยู่ที่ ๒๒๒ ดอลลาร์ ต่อหัวประชากร ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ของรัฐบาลต่อค่าใช้จ่ายโดยรวมด้านสุขภาพ (GGHE%CHE) อยู่ที่ร้อยละ ๗๘.๑ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของรัฐบาลต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมดของรัฐบาล (GGHE%GGE) อยู่ที่ร้อยละ ๑๕.๓ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนต่อค่าใช้จ่ายโดยรวมด้านสุขภาพ (OOP%CHE) อยู่ที่ร้อยละ ๑๒.๑

ความท้าทายที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย

๑. คนไทยบางส่วนยังไม่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพและไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามระบบที่จัดให้

๒. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สำคัญของประเทศประกอบด้วย (๑) ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (๒) ระบบประกันสังคม (๓) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบอื่น ๆ เช่น สวัสดิการรักษาพยาบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจและองค์กรอิสระ รวมทั้งกองทุนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งแต่ละระบบมีการออกแบบการบริหารจัดการ การเงินการคลัง และภาระค่าใช้จ่ายที่ต่างกัน ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบและมีผลต่อการได้รับบริการของประชาชน

๓. คนต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทยมีหลายกลุ่มทั้งที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย และมีการจัดการที่แยกกระจาย (fragmented) ตั้งแต่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ซื้อประกันเองโดยสมัครใจ และจ่ายเงินสมทบเพื่อให้ได้สิทธิในการรักษาพยาบาล ซึ่งรับผิดชอบโดยหลายหน่วยงานและบริหารจัดการต่างกัน

ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย

๑. ข้อเสนอการคุ้มครองหลักประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ทุกคนทั้งคนไทยและคนต่างด้าว มีดังนี้

<u>ระยะเปลี่ยนผ่าน</u>

๑.๑) ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับคนไทย โดยใช้กลไกที่มีอยู่แล้วตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ มาตรา ๙ มาตรา ๑๐ มาตรา ๑๑ และมาตรา ๑๒ ให้เกิดเป็นรูปธรรมอย่างแท้จริง รวมทั้งการปรับระบบการจัดการของ ๓ กองทุนหลักให้เป็นแบบเดียวกัน ทั้งระบบงบประมาณ อัตราการสนับสนุนงบประมาณ วิธีการและอัตราการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล และการกำหนดสิทธิประโยชน์หลักที่จำเป็นให้เหมือนกัน เพื่อสร้างความเป็นธรรม

๑.๒) ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ โดยบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่ตกสำรวจและจัดทำทะเบียนให้ได้รับประกันสุขภาพ โดยกองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข ส่วนคนไทยที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียนและสิทธิ คือ ผู้ที่ตกหล่นทางทะเบียน ผู้ที่ไม่มีเลขประจำตัว ๑๓ หลัก และผู้ที่มีเลขประจำตัว ๑๓ หลัก แต่อยู่ระหว่างพิสูจน์ตัวบุคคลให้มีระบบประกันสุขภาพที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายด้วยการบริหารจัดการของ สปสช.

๑.๓) ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับคนต่างด้าว โดยคนต่างด้าวทุกคนต้องมีหลักประกันสุขภาพเมื่อเข้ามาในประเทศ โดยใช้กลไกภาครัฐเป็นกลไกหลัก โดยทุกคนต้องมีการร่วมจ่ายก่อนป่วยทั้งอัตราและวิธีการที่เหมาะสม สะดวก และเป็นธรรม

<u>ระยะยาว</u> : ประเทศไทยควรมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการจัดการระบบเดียว (unification) โดยมีเพียงหน่วยงานเดียวที่สามารถบูรณาการการบริหารจัดการโดยไม่ต้องจัดตั้งหน่วยงานใหม่ ซึ่งรวมระบบและกองทุนประกันสุขภาพทุกระบบทั้งระบบประกันสุขภาพสำหรับคนไทยและ คนต่างด้าว ให้เป็นระบบเดียวกันที่มีเอกภาพและประสิทธิภาพ เพื่อสะดวกต่อการบริหารจัดการและลดความเหลื่อมล้ำของระบบเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

๒. ข้อเสนอเพื่อความยั่งยืนและความเพียงพอด้านการคลังสุขภาพของประเทศไทย

๒.๑) ระบบหลักประกันสุขภาพที่เน้นการสร้างนำซ่อม โดยให้ความสำคัญกับงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งการขับเคลื่อนระบบบริการการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคอย่างจริงจัง ซึ่งสัดส่วนงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๑๕ และต้องมีการบูรณาการการบริหารจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งระบบ รวมทั้งการเพิ่มความเข้มแข็งและความเพียงพอของบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค

๒.๒) แหล่งเงินด้านสุขภาพ ในระยะสั้นและระยะกลาง ระหว่างปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๘ ต้องดำเนินการเพิ่มความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบระหว่างผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคม การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านภาษีและเพิ่มรายได้จากภาษีต่าง ๆ พิจารณาแหล่งเงินอื่นเพิ่มเติมจากการใช้ภาษีทั่วไป และจัดเก็บเบี้ยประกันสุขภาพภาคบังคับสำหรับคนต่างด้าวที่เดินทางเข้าประเทศไทยในทุกกรณี ส่วนในระยะยาว คนไทยทุกคนจะต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบเข้าระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ผ่านการจ่ายภาษีสุขภาพตามความสามารถในการจ่าย ยกเว้นกลุ่มผู้มีรายได้น้อย

การสนับสนุนให้มีกองทุนการออมด้านสุขภาพเป็นการเฉพาะ เพื่อรองรับระบบการคลังสำหรับการจัดบริการสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงวัย

๒.๓) การบริหารจัดการกองทุนรวม : ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการจัดการระบบเดียว (unification) มีหน่วยงานเดียวที่สามารถบูรณาการการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบ โดยไม่ต้องตั้งหน่วยงานใหม่ เพื่อให้สะดวกต่อการบริหารจัดการ การเพิ่มประสิทธิภาพ และลดความเหลื่อมล้ำ

๒.๔) การจัดสรรงบประมาณหรือการจ่ายชดเชยค่าบริการอย่างมีกลยุทธ์

๓. ข้อเสนอการพัฒนาต้นแบบการจัดบริการแบบเพิ่มความคุ้มค่าและได้รับการจ่ายชดเชยอย่างเหมาะสม

๓.๑) ระบบสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยต้องมีการปรับประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

๓.๒) การเพิ่มคุณค่าของระบบสุขภาพ (Value based health care) เป็นกลไกหนึ่งในการปรับประสิทธิภาพของระบบสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพ โดยประเทศไทยมีบทเรียนการเพิ่มประสิทธิภาพที่หลากหลาย อาทิ การจ่ายค่าบริการอย่างมีกลยุทธ์ การจัดซื้อยารวม บริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว บริการสุขภาพในชุมชนหรือที่บ้าน บริการที่ลดวันนอน การมีแพทย์ประจำครอบครัว ซึ่งเป็นการจัดการเพื่อใช้ทรัพยากรสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ

๓.๓) สนับสนุนให้มีการนำร่องการจัดบริการแบบเพิ่มคุณค่าในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ตามที่ได้มีการหารือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สปสช. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๓.๔) ขยายผลการจัดบริการแบบเพิ่มคุณค่าอย่างเหมาะสมตามข้อเสนอจากการประเมินผลการนำร่อง เพื่อวางระบบอย่างยั่งยืนต่อไป

๔. ข้อเสนอการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน จากการทบทวนการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศต่าง ๆ

๔.๑) รัฐต้องทำให้การจ่ายค่าบริการโดยที่ประชาชนต้องจ่าย ณ จุดรับบริการ (Out – of – Pocket : OOP) ลดลง จึงจะช่วยลดอุปสรรคในการเข้ารับบริการและลดความเหลื่อมล้ำระหว่างคนกลุ่มต่าง ๆ รวมทั้งลดการล้มละลาย หรือกลายเป็นครัวเรือนยากจนจากภาระค่าใช้จ่ายเมื่อเจ็บป่วย

๔.๒) การจ่ายเพื่อสุขภาพเป็นการลงทุนด้านเศรษฐกิจอย่างหนึ่ง ซึ่งประเทศไทยยังมีความสามารถในการลงทุนด้านสุขภาพได้เพิ่มขึ้น

๔.๓) การเพิ่มแหล่งเงินด้านสุขภาพ โดยการจ่ายก่อนป่วยเป็นช่องทางสร้างความยั่งยืนอย่างหนึ่ง

๔.๔) การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพโดยกองทุนเดียว สามารถสร้างความเป็นธรรมและเพิ่มประสิทธิภาพได้ แต่ทั้งนี้การมีกองทุนเดียวหรือหลายกองทุนจะต้องมีสิทธิประโยชน์และกลไกการจ่ายเงินแบบเดียวกัน

๔.๕) ระบบสุขภาพต้องมีการเพิ่มประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง อาทิ การซื้อบริการ การบริหารงบประมาณอย่างมีกลยุทธ์ การจัดซื้อยารวม การจัดบริการแบบเน้นคุณค่า

๔.๖) คนต่างชาติที่เข้ามาในประเทศไทยจะต้องดำเนินการให้ถูกต้องตามกฎหมาย และกำหนดให้มีการร่วมจ่ายก่อนป่วย รวมทั้งกำหนดให้ใช้ระบบบริการเดียวกันกับคนในประเทศ

โดยรายละเอียดของรายงาน เรื่อง “การปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยเพื่อความยั่งยืน (Universal Health Coverage Reform to Ensure Sustainability)” สามารถศึกษาเพิ่มเติมข้อมูลฉบับสมบูรณ์ได้จาก **QR Code ด้านล่างนี้**

ครั้งที่ ๒๖/๒๕๖๓

๑.๓ พิจารณาศึกษาร่างพระราชบัญญัติที่ตราขึ้นตามหมวด ๑๖ การปฏิรูปประเทศ (เป็นการศึกษาล่วงหน้า) จำนวน ๒ ฉบับ คือ ร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. .... และร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมการเรียนรู้ พ.ศ. ....

คณะกรรมาธิการได้รับมอบหมายจากคณะกรรมาธิการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำ และดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ พิจารณาศึกษาร่างพระราชบัญญัติที่ตราขึ้นตามหมวด ๑๖ การปฏิรูปประเทศ (เป็นการล่วงหน้า) ซึ่งคณะกรรมาธิการการสาธารณสุขมีส่วนเกี่ยวข้องที่มีบทบาทสำคัญและมีความเชื่อมโยงการทำงานร่วมกับภาคการศึกษาตั้งแต่เด็กปฐมวัยจนถึงระดับมัธยม ซึ่งคณะกรรมาธิการได้ตระหนักและให้ความสำคัญโดยเห็นควรให้พิจารณาร่างพระราชบัญญัติเป็นรายฉบับ โดยเริ่มจากร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. .... และร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมการเรียนรู้ พ.ศ. .... ตามลำดับ

<u>ผลการพิจารณา</u>

ร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ....

สภาการศึกษา

<u>สาระสำคัญของร่างพระราชบัญญัติ</u>

เป้าหมายการปฏิรูปการศึกษา : คือ การยกระดับคุณภาพการศึกษา เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา มุ่งสู่ความเป็นเลิศ การสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ และปรับปรุงระบบการศึกษาให้มีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรเพื่อการศึกษา และสร้างเสริมธรรมาภิบาลของระบบการศึกษา

เรื่องที่ได้บัญญัติขึ้นใหม่ ของร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ : เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ คือ การจัดการศึกษา โดยวางเป้าหมายการจัดการศึกษาที่เน้นให้ผู้เรียนได้รับการพัฒนาและนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ได้จริง มีสมรรถนะในแต่ละช่วงวัย กำหนดเครื่องมือที่นำไปสู่เป้าหมายการจัดการศึกษาใน ๓ มิติ ประกอบด้วย

มิติที่ ๑ : การกำกับเชิงนโยบายให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล ได้แก่ กลไกเชิงระบบในระดับประเทศ โดยให้มีคณะกรรมการนโยบายการศึกษาแห่งชาติ เพื่อกำหนดการดำเนินการด้านนโยบาย กรอบอัตรากำลัง งบประมาณ กฎหมาย ข้อมูลสารสนเทศทางการศึกษา ผ่านแผนการศึกษาแห่งชาติ มีกลไกการกำกับ ตรวจสอบ และติดตามที่มีประสิทธิภาพ มีกลไกระบบทางธรรมชาติในระดับจังหวัด รองรับการรวมตัวของภาคเอกชนที่มีความสนใจด้านการศึกษาในระดับจังหวัดให้สามารถร่วมมือกับหน่วยงานระดับจังหวัดและพื้นที่ในการพัฒนาการศึกษาในระดับจังหวัด

มิติที่ ๒ : การเรียนรู้ตลอดชีวิต มีการสนับสนุนด้านวิชาการและการบริหารจัดการที่มุ่งสู่คุณภาพการศึกษา โดยกำหนดให้สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (สสวท.) ทำหน้าที่เป็นสถาบันพัฒนาหลักสูตรและการเรียนรู้ ซึ่งร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้กำหนดให้มีสถาบันพัฒนาหลักสูตรและการเรียนรู้ขึ้น โดยในระยะแรกให้สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (สสวท.) ดำเนินการไปก่อน ทั้งนี้ เน้นในเรื่องของความทันสมัยและครบวงจรในการพัฒนาหลักสูตรโดยเน้นหลักสูตรสถานศึกษาต้นแบบที่หลากหลาย การพัฒนาบุคลากรครู ศึกษานิเทศก์และผู้บริหารสถานศึกษา การพัฒนาระบบเทียบเคียงเทียบโอนความรู้ ประสบการณ์ การวิจัย และการติดตามประเมินผล เพื่อพัฒนาหลักสูตรแล้วกำหนดแนวทาง

การขออนุญาตหรือการใช้เทคโนโลยีในการจัดการเรียนการสอนที่คำนึงถึงความยืดหยุ่นและความหลากหลายสอดคล้องกับบริบทของโรงเรียน

มิติที่ ๓ : การสร้างคุณภาพการจัดการศึกษา ได้แก่ การประกันความเป็นอิสระและความคล่องตัวของสถานศึกษาของรัฐ การปรับเปลี่ยน การผลิต การคัดกรอง และการพัฒนาครูให้ได้ผู้ที่มีความรู้ความสามารถและมีจิตวิญญาณความเป็นครู การพัฒนาระบบการวัดประเมินผลผู้เรียนโดยไม่ได้มุ่งผลสัมฤทธิ์เพียงอย่างเดียว แต่จะต้องมีความยืดหยุ่นและความหลากหลายของการใช้เทคโนโลยีด้วย การเรียนรู้ตลอดชีวิตจะเน้นในเรื่องของวางเป้าหมายการเรียนรู้ตลอดชีวิตให้มีการพัฒนาคนในทุกช่วงวัย มีการกำกับเชิงนโยบายที่มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล การกำหนดระบบการศึกษาใหม่ตามเป้าหมายของผู้เรียน ให้มีการศึกษาเป็นระบบคุณวุฒิ เพื่อพัฒนาตนเองในการเรียนรู้ตลอดชีวิต กำหนดให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสนับสนุนพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิตของทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและประชาชน รวมไปถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบการเทียบเคียงเทียบโอนความรู้และประสบการณ์ที่สนับสนุนการเรียนรู้ของผู้เรียน สำหรับการบริหารและการจัดการศึกษาในการจัดระเบียบบริหารราชการทั้งกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมจะต้องไม่มีลักษณะที่ทำให้การจัดการศึกษาแต่ละช่วงวัยถูกจัดเป็นอิสระจากกัน แต่จะต้องมีการบูรณาการกันและไม่ทำให้สถานศึกษาขาดอิสระในการจัดการศึกษา เน้นการจัดการศึกษาในระดับอาชีวศึกษา

ร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. .... จะแบ่งออกเป็น ๗ หมวด และบทเฉพาะกาล ดังนี้

หมวด ๑ วัตถุประสงค์และเป้าหมายของการจัดการศึกษา (ร่างมาตรา ๖ ถึงร่างมาตรา ๑๙)

เป็นส่วนที่กำหนดเป้าหมายและเป้าหมายของการจัดการศึกษาให้สอดคล้องกับบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ และยุทธศาสตร์ชาติ ดังนี้

(๑) มุ่งเน้นให้เกิดสมรรถนะโดยการจัดการศึกษาให้สอดคล้องตามระดับช่วงวัย แบ่งออกเป็น ๗ ช่วงวัย ประกอบด้วย

๑) ช่วงวัยที่หนึ่ง ตั้งแต่แรกเกิดจนมีอายุครบ ๑ ปี
๒) ช่วงวัยที่สอง เมื่อมีอายุเกิน ๑ ปี จนถึง ๓ ปี
๓) ช่วงวัยที่สาม เมื่อมีอายุเกิน ๓ ปี จนถึง ๖ ปี
๔) ช่วงวัยที่สี่ เมื่อมีอายุเกิน ๖ ปี จนถึง ๑๒ ปี
๕) ช่วงวัยที่ห้า เมื่อมีอายุเกิน ๑๒ ปี จนถึง ๑๕ ปี
๖) ช่วงวัยที่หก เมื่อมีอายุเกิน ๑๕ ปี จนถึง ๑๘ ปี
๗) ช่วงวัยที่เจ็ด การศึกษาในระดับอุดมศึกษาหรือทักษะอาชีพชั้นสูง

(๒) เน้นการเรียนรู้ตลอดชีวิตให้ทุกคน ทุกช่วงวัย และทุกอาชีพ ใส่ใจในการแสวงหาความรู้เพิ่มเติม

(๓) กำหนดหน้าที่สิทธิของรัฐ เอกชน และสิทธิของบุคคลในการจัดการศึกษาพื้นฐาน

(๔) กำหนดการจัดการศึกษาของสถานศึกษาของรัฐที่มุ่งเน้นความเป็นอิสระและมีความคล่องตัว

(๕) กำหนดการจัดการศึกษาและแนวทางการให้กับการจัดการศึกษาของภาคส่วนเอกชน

(๖) กำหนดให้มีการรวมตัวกันส่งเสริมสนับสนุนทางการศึกษาในระดับจังหวัด

หมวด ๒ สถานศึกษา (ร่างมาตรา ๒๐ ถึงร่างมาตรา ๓๑)

เป็นส่วนที่กำหนดเรื่องระบบนิเวศของสถานศึกษาของรัฐ และกำหนดให้มีคณะกรรมการสถานศึกษาที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละสถานศึกษา และกำหนดเรื่องสำคัญไว้ในหมวดนี้ คือ ความเป็นอิสระของสถานการศึกษา ที่เน้นย้ำใน ๔ ด้าน ได้แก่

(๑) ด้านการบริหารสถานศึกษา

(๒) ด้านการจัดกระบวนการเรียนรู้

(๓) ด้านการบริหารการเงิน

(๔) ด้านการบริหารงานบุคคล

สำหรับความเป็นอิสระของสถานศึกษา กำหนดแนวทางการจัดสรรเลื่อนขั้นต่ำให้กับสถานศึกษาให้สามารถจัดการศึกษาได้อย่างมีคุณภาพ กำหนดประเภทของเงินที่เป็นรายได้ของสถานศึกษา การให้สถานศึกษาสามารถจัดหาผลประโยชน์ โดยอาจจะมีการกำหนดระเบียบการบริหารพัสดุไว้พิเศษ เพื่อให้สถานศึกษาสามารถใช้เงินจากรายได้ของสถานศึกษาเพื่อให้เกิดความคล่องตัวเป็นการสร้างความพร้อมและศักยภาพให้กับสถานศึกษาต่อไป

หมวด ๓ ครูและบุคลากรอื่นที่เกี่ยวกับการจัดการศึกษา (ร่างมาตรา ๓๒ ถึงร่างมาตรา ๔๖)

เป็นส่วนที่กำหนดเรื่องบุคลากรที่เกี่ยวกับการจัดการศึกษา โดยมีการปรับเปลี่ยนบทบาทของครูให้เป็น “ผู้เอื้ออำนวย” ให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ การกำหนดหน้าที่และลักษณะของครู โดยครูต้องมี “ใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพครู” ส่วนผู้ที่มีประสบการณ์มาถ่ายทอดความรู้เป็นบางครั้งคราว ให้จ่ายค่าตอบแทนให้เหมาะสมโดยไม่ต้องมีใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพครู

การปรับเปลี่ยนวิธีการผลิตครู โดย “ให้ผลิตครูที่มีสมรรถนะและสามารถจัดกระบวนการเรียนรู้ตามช่วงวัยของผู้เรียน” นอกจากนี้ ยังเปิดกว้างให้ผู้ที่มีความสามารถหรือมีความเชี่ยวชาญมาเป็นครูได้ โดยสามารถที่จะร่วมมือกับคุรุสภา สถาบันการศึกษา สถาบันการวิจัย และองค์กรอื่นเพื่อร่วมกันพัฒนาต่อไป

หมวด ๔ การจัดการศึกษา (ร่างมาตรา ๔๗ ถึงร่างมาตรา ๖๖)

ระบบการศึกษา เป็นการศึกษาเพื่อคุณวุฒิตามระดับ การศึกษาเพื่อพัฒนาตนเอง การศึกษาเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยให้มีระบบการเทียบเคียงหรือเทียบโอนผลการเรียน ทักษะ ความรู้ และประสบการณ์ โดยให้มีสถาบันพัฒนาหลักสูตรและการเรียนรู้ มีหลักสูตรการเรียนรู้มีแผนการเรียนรู้ที่มีความยืดหยุ่นที่เน้นการเรียนรู้เชิงรุก การประเมินการเรียนรู้ที่เน้นผลสัมฤทธิ์ต่อเป้าหมายของผู้เรียนตามช่วงวัย

หมวด ๕ หน้าที่ของหน่วยงานของรัฐ (ร่างมาตรา ๖๗ ถึงร่างมาตรา ๗๘)

โครงสร้างของกระทรวงศึกษาธิการ ระบบการศึกษาจะต้องมีความเป็นเอกภาพ บูรณาการการทำงานโดยไม่ทำให้การศึกษาแต่ละช่วงวัยถูกจัดให้เป็นอิสระจากกัน และไม่ทำให้สถานศึกษาขาดอิสระในการจัดการศึกษาซึ่งจะต้องสอดคล้องกับบริบทของแต่ละสถานศึกษา ปรับเปลี่ยนการประเมินคุณภาพการศึกษาของประเทศโดยแยกการรับรองออกจากการประเมินคุณภาพการศึกษาโดยหน่วยงานภายนอก โดยนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการบริหารจัดการคู่มือสารสนเทศของสถาบันการศึกษา เช่น ข้อมูลรายบุคคลของผู้เรียน ครู บุคลากรทางการศึกษา สถานศึกษา มาใช้ในการผลิตและจัดทำ โดยเป็นระบบที่สอดคล้องและสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้

หมวด ๖ แผนการศึกษาแห่งชาติและทรัพยากรเพื่อการศึกษา (ร่างมาตรา ๗๙ ถึงร่างมาตรา ๘๗)

แผนการศึกษาแห่งชาติจะต้องมีการจัดทำร่างแผนการศึกษาแห่งชาติทุกปีร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาอย่างน้อยต้องมีเนื้อหาให้เด็กและประชาชนทุกคนได้รับการศึกษาและเรียนรู้อย่างมีคุณภาพ ส่งเสริมการศึกษาเพื่อพัฒนาตนเองเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต และการพัฒนาครู เป็นต้น และจะต้องจัดทำแผนปฏิบัติการเป็นรายปี เป็นเวลาทุกสี่ปี โดยให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแผนดังกล่าว รวมทั้งมีกลไกในการติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผลแผน ที่นำระบบเทคโนโลยีมาใช้ในการศึกษา การผลิตสื่อ การพัฒนา เพื่อใช้พัฒนานักเรียน ครู เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต

หมวด ๗ คณะกรรมการนโยบายการศึกษาแห่งชาติ (ร่างมาตรา ๘๘ ถึงร่างมาตรา ๙๖)

เป็นการกำหนดให้มีคณะกรรมการนโยบายการศึกษาแห่งชาติ ขึ้น โดยให้มีหน้าที่และอำนาจเสนอแนะนโยบายเกี่ยวกับการศึกษาต่อคณะรัฐมนตรี ให้ความเห็นชอบร่างแผนการศึกษาแห่งชาติในการใช้ทรัพยากร กรอบอัตรากำลัง เสนอแนะเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณด้านการศึกษา เสนอแนะเกี่ยวกับแผนอัตรากำลังด้านการศึกษาที่ต่ำกว่าระดับอุดมศึกษา จัดให้มีกลไกให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาอย่างทั่วถึง ติดตามดูแลการจัดการศึกษาให้เป็นไปตามร่างพระราชบัญญัตินี้ เสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีให้มีการปฏิรูปการศึกษา สร้างนวัตกรรมในการศึกษา และเสนอแนะให้มีการปรับปรุงหรือยกเลิกกฎหมายรวมไปถึงการบริหารข้อมูลสารสนเทศทางการศึกษา

บทเฉพาะกาล (ร่างมาตรา ๙๗ ถึงร่างมาตรา ๑๑๐)

เป็นการกำหนดการดำเนินการในวาระเริ่มแรกคณะกรรมการนโยบายการศึกษาแห่งชาติ รายละเอียดการโอนบรรดากิจการ อำนาจหน้าที่ ทรัพย์สิน งบประมาณ สิทธิ หนี้ และภาระผูกพัน รวมทั้งข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างและอัตรากำลัง

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

ร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. .... เพิ่มเติมว่า ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้เป็นร่างพระราชบัญญัติที่ปฏิรูปการศึกษาแนวทางใหม่ แตกต่างจากการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๒ ฉบับเดิม ที่เน้นในเรื่องโครงสร้างของกระทรวง มีการกำหนดหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานในกระทรวงไว้ในพระราชบัญญัติดังกล่าว แต่ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ เป็นการปฏิรูประบบการศึกษาโดยเน้นให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในชีวิตจริงได้ ผู้เรียนมีสมรรถนะตามช่วงวัย ซึ่งร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้กำหนดไว้ ๗ ช่วงวัย

การพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา ได้เชิญกรรมการปฏิรูปการศึกษาชุดเดิม มาเป็นประธานร่วมพิจารณาด้วย ในการพิจารณาประเด็นการจัดการศึกษาตามช่วงวัย ที่จะเน้นให้ผู้เรียนเกิดสมรรถนะจะเน้นตามช่วงวัย ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง ๑ ปี ไปจนถึงระดับอุดมศึกษาจนถึงตลอดชีวิต ซึ่งร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมการเรียนรู้ พ.ศ. .... จะเป็นอีกฉบับหนึ่งที่จะอธิบายหรือกำหนดหลักเกณฑ์ของการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้จะมีการสอดแทรกรายละเอียดในเรื่องระบบการศึกษา

การปฏิรูปการศึกษาที่กำหนดไว้ในร่างพระราชบัญญัติ

๑. ความเป็นอิสระของสถานศึกษา การให้สถานศึกษาสร้างนวัตกรรมทางการศึกษาและการจัดการศึกษา มาตราที่เกี่ยวข้อง คือ มาตรา ๑๔ เป็นการกำหนดหลักการพื้นฐานการจัดการศึกษาของสถานศึกษาของรัฐ ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับการจัดการศึกษา ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับการจัดการศึกษาที่มีบทบาทสำคัญ คือ ครู ผู้บริหาร หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงหน่วยงานของรัฐประเภทอื่น เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งภาคเอกชนด้วย ที่จะจัดให้มีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาได้ อีกทั้ง ยังมีความยืดหยุ่นของการบริหารจัดการการศึกษา ซึ่งเป็นข้อดีที่เป็นการลดกระบวนการที่จะก่อให้เกิดปัญหาหรืออุปสรรคในการจัดการศึกษา และเน้นให้ครู ทำหน้าที่ในฐานะที่เป็นแม่พิมพ์ของชาติเป็นวิชาชีพที่สูงส่ง เพื่อให้ครูสามารถที่จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มภาคภูมิ ไม่ต้องไปดำเนินการอย่างอื่นที่จะเป็นอุปสรรคของการจัดการเรียนการสอนซึ่งเป็นหน้าที่หลัก ทั้งนี้ บทบัญญัติในมาตรา ๑๔ จะเป็นหัวใจหลักที่กำหนดเกี่ยวกับช่วงวัยที่จัดการศึกษาให้แก่ผู้เรียนแล้ว

๒. การปรับวิธีการเรียนการสอนให้เป็นการศึกษาเชิงรุกที่เน้นให้ผู้เรียน เรียนรู้แล้วเกิดสมรรถนะตามวัย มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาเป็นเครื่องมือในการสนับสนุนในการศึกษา จะเห็นได้ว่าร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ให้ความสำคัญกับเทคโนโลยีทางการศึกษา โดยได้มีบทบัญญัติเกี่ยวกับระบบ

เทคโนโลยีสารสนเทศไว้ในร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ในมาตราท้าย ทั้งนี้ สถานศึกษามีหน้าที่ที่จะจัดระบบนิเวศในการศึกษาให้แก่ผู้เรียนเกิดความพึงพอใจและเลือกเรียนได้ตามที่ตนถนัด หรือตามความพึงพอใจ มิใช่เป็นการบังคับ ในประเด็นนี้จะสอดคล้องกับร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมการเรียนรู้ พ.ศ. .... ไม่ว่าจะเรียนเพื่อวุฒิการศึกษา หรือการเรียนเพื่อพัฒนาตนเองหรือการเรียนรู้ตลอดชีวิต ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้กำหนดไว้เหมือนกันแต่จะบัญญัติไว้อีกหมวดหนึ่ง

๓. การกำหนดหลักสูตร จะมีการจัดตั้งสถาบันพัฒนาหลักสูตรและการเรียนรู้เป็นผู้รับผิดชอบและเป็นหน่วยงานหลักในการทำหน้าที่สร้างความเข้มแข็งในทางวิชาการให้กับสถานศึกษา โดยในระหว่างนี้กำหนดให้สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (สสวท.) ทำหน้าที่ดังกล่าวไปจนกว่าจะสามารถจัดตั้งสถาบันพัฒนาหลักสูตรและการเรียนรู้ได้ และหากสถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (สสวท.) ทำหน้าที่ได้เป็นอย่างดี ภายใน ๕ ปี ก็สามารถให้สถาบันฯ ดำเนินการต่อไปได้ ทั้งนี้ เป็นไปตามบทเฉพาะกาลมาตรา ๙๘ ของร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ....

๔. การปฏิรูป การผลิต การคัดกรอง การพัฒนาครู ซึ่งบัญญัติไว้ในหมวด ๓ ครูและบุคลากรอื่นที่เกี่ยวกับการจัดการศึกษา ตั้งแต่มาตรา ๓๒ ถึงมาตรา ๔๖ ของร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. .... กำหนดเกี่ยวกับการพัฒนาครูและบุคลากรทางการศึกษา กล่าวคือ ต้องการให้ครูแสดงถึงจิตวิญญาณความเป็นครูออกมาด้วยการใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่แท้จริง และครูจะต้องสามารถใช้ชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข ได้รับความคุ้มครอง ได้รับผลตอบแทนหรือสิทธิประโยชน์ มีหลักธรรมาภิบาล โดยสามารถที่จะก้าวหน้าในวิชาชีพได้ รวมทั้งผู้บริหารด้วย

นอกจากนี้ ยังมีคณะกรรมการนโยบายการศึกษาแห่งชาติ ซึ่งจัดกลุ่มนโยบายเรื่องการศึกษาแห่งชาติและจัดทำโดยมีสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ หรือสภาการศึกษาแห่งชาติ (ชื่อเดิม) ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานเลขานุการสภา (คณะกรรมการนโยบายการศึกษาแห่งชาติ) ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ส่วนใหญ่มีการกำหนดไว้ค่อนข้างละเอียด กำหนดอำนาจหน้าที่ กำหนดหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่ ภาครัฐ ภาคเอกชน สถานศึกษา ครู ผู้บริหาร และบุคลากรอื่น รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้วย โดยร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. .... จะบัญญัติเกี่ยวกับการจัดการศึกษาตั้งแต่การศึกษาระดับพื้นฐานจนถึงการศึกษาระดับอุดมศึกษา อย่างไรก็ตาม ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้มีการบัญญัติในเรื่องการศึกษาระดับอุดมศึกษาค่อนข้างน้อยและเป็นเพียงการบัญญัติที่สอดแทรกอยู่ในหลายมาตรา เนื่องจากการศึกษาในระดับอุดมศึกษามีการตราพระราชบัญญัติไว้เป็นการเฉพาะแยกออกต่างหาก คือ พระราชบัญญัติการอุดมศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๒ และพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่มีการบัญญัติรายละเอียดของการจัดการศึกษาในระดับอุดมศึกษาไว้ แต่ทั้งนี้ส่วนหนึ่งของร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ก็จะใช้บังคับกับการศึกษาในระดับอุดมศึกษาด้วย เช่น ผู้สอน การวิจัยที่จะต้องมีมาตรฐานและมีหลักเกณฑ์ที่ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้กำหนดไว้

คณะกรรมาธิการมีประเด็นความเห็นเกี่ยวกับบทบัญญัติของร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. .... มีประเด็นความขัดแย้งบางกรณี เนื่องจากร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. .... เป็นกฎหมายที่ได้รับความสนใจและได้มีการกล่าวถึงกันมากตั้งแต่อยู่ในการพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา และอยู่ระหว่างการนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรี โดยสาระสำคัญของร่างพระราชบัญญัตินี้ในภาพรวมหลายมาตรามีการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกอยู่หลายประเด็น แต่ในขณะเดียวกันในช่วงเดือนที่ผ่านมากลับมีความขัดแย้งสูงในกฎหมายบางหมวดและบางมาตรา จนมีบางกลุ่มและบางฝ่ายที่เกี่ยวกับการศึกษาและบุคลากรทางการศึกษาเรียกร้องให้ถอนร่างพระราชบัญญัติออกไป โดย

- บทบัญญัติของร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้มีประเด็นใดที่เกิดความขัดแย้งและสาเหตุที่ไม่สามารถประนีประนอมกันได้ ถึงขนาดเรียกร้องให้ถอนร่างกฎหมายฉบับนี้ออกจากการพิจารณาของรัฐสภา

- บทเฉพาะกาล มาตรา ๑๐๖ ตอนท้ายความว่า "ทั้งนี้ ให้การบริหารราชการในกระทรวงศึกษาธิการอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของรัฐมนตรีว่ากากระทรวงศึกษาธิการและปลัดกระทรวงศึกษาธิการ" เป็นประเด็นที่มีความขัดแย้งสูงมาก จนกระทั่งนำไปสู่การเรียกร้องให้มีการถอนร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ออกจากการพิจารณาของรัฐสภา กรณีดังกล่าว จึงขอให้ชี้แจงความหมายและอธิบายเหตุที่ก่อให้เกิดความขัดแย้ง

ต่อกรณีดังกล่าว **สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา** ได้ให้ข้อมูลว่า ประเด็นความขัดแย้งเกิดจากความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน เนื่องจากเจตนารมณ์ของผู้ยกร่างกฎหมาย (นายมีชัย ฤชุพันธุ์) ให้ความสำคัญกับครู โดยเห็นว่า "ครู" มีหน้าที่หลัก คือ การสอน การบ่มเพาะ การปลูกฝัง หรือสร้างคนให้เป็นคนที่สมบูรณ์ให้ผู้เรียนเป็นคนที่สมบูรณ์ และถือว่า "ครู" เป็นอาชีพที่สูงส่ง เป็นแม่พิมพ์ของชาติที่จะปลูกฝังให้เป็นคนดีเป็นลูกที่สมบูรณ์ และไม่ต้องการให้ครูต้องทำกิจกรรมอื่นของกระทรวงนอกจากการสอนที่เป็นหน้าที่หลัก นอกจากนี้ ยังมีประเด็นการแก้ไขปรับปรุงคำนิยาม คำว่า "ผู้บริหารสถานศึกษา" ซึ่งเดิมยกร่างเป็น คำว่า "ครูใหญ่" หรือ "ผู้อำนวยการสถานศึกษา" โดยผู้ยกร่างมีเจตนารมณ์เพื่อยกย่องครูที่เป็นผู้บริหารสถานศึกษาและยังเป็นคำที่สื่อความหมายได้ตรงไปตรงมาที่ใช้มาเป็นเวลานาน แต่เกิดความเข้าใจไม่ตรงกันว่าเป็นการลดทอนความสำคัญของผู้บริหารสถานศึกษา ซึ่งในท้ายที่สุดผู้ยกร่างจึงได้เปลี่ยนมาเป็นคำว่า "ผู้บริหารสถานศึกษา" ตามข้อเรียกร้องเพื่อลดความขัดแย้งดังกล่าว

กรมอนามัย

ในหมวด ๑ วัตถุประสงค์และเป้าหมายของการจัดการศึกษาในการแบ่งการศึกษาตามช่วงวัยของเด็ก ประกอบด้วย

๑) ช่วงวัยที่หนึ่ง ตั้งแต่แรกเกิดจนมีอายุครบ ๑ ปี
๒) ช่วงวัยที่สอง เมื่อมีอายุเกิน ๑ ปี จนถึง ๓ ปี
๓) ช่วงวัยที่สาม เมื่อมีอายุเกิน ๓ ปี จนถึง ๖ ปี
๔) ช่วงวัยที่สี่ เมื่อมีอายุเกิน ๖ ปี จนถึง ๑๒ ปี
๕) ช่วงวัยที่ห้า เมื่อมีอายุเกิน ๑๒ ปี จนถึง ๑๕ ปี
๖) ช่วงวัยที่หก เมื่อมีอายุเกิน ๑๕ ปี จนถึง ๑๘ ปี
๗) ช่วงวัยที่เจ็ด การศึกษาในระดับอุดมศึกษาหรือทักษะอาชีพชั้นสูง

โดยมีประเด็นความเห็นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑. การกำหนดตามช่วงวัย ตั้งแต่ช่วงวัยที่หนึ่ง – ช่วงวัยที่สาม ในระดับปฐมวัยจะมีการแบ่งช่วงวัยค่อนข้างละเอียด ส่วนช่วงวัยที่สี่ เป็นการกำหนดช่วงวัยที่ค่อนข้างกว้างเกินไป (๖ ปี) โดยช่วงวัยที่ห้าและช่วงวัยที่หก กำหนดระยะเวลาตามช่วงวัยทุก ๆ ๓ ปี

๒. การกำหนดให้ช่วงวัยที่สอง อายุเกิน ๑ ปี จนถึง ๓ ปี ได้กำหนดให้เรียนรู้การพูดและการสื่อสารที่ดี เรียนรู้การสร้างวินัย เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น เริ่มรู้จักเผื่อแผ่ และเริ่มซึมซับวัฒนธรรมไทยพื้นฐาน เป็นการกำหนดที่มีความเหมาะสม

๓. การศึกษาภาษาต่างประเทศ กำหนดให้ช่วงวัยที่ห้า อายุเกิน ๑๒ ปี จนถึง ๑๕ ปี จะต้องใช้ภาษาต่างประเทศสื่อในการเรียนรู้ ดังนั้น ควรกำหนดช่วงวัยในการเรียนภาษาต่างประเทศให้เร็วขึ้น

ตามบริบทของสังคมยุคสมัยในปัจจุบัน ทั้งนี้ การดำเนินการในปัจจุบันยังไม่มั่นใจว่าโรงเรียนหรือสถานศึกษาจะจัดการเรียนภาษาต่างประเทศในระดับ ป. ๕ และ ป. ๖ หรือไม่

๔. หมวดที่ ๑ วัตถุประสงค์และเป้าหมายของการจัดการศึกษา ยังไม่มีรายละเอียดของการจัดการเรียนการสอนที่ชัดเจน รวมถึงการวัดผลหรือประเมินผล

๕. ร่างมาตรา ๔๙ (๑) ใช้คำว่า “การศึกษาก่อนวัยเรียน” หรือ Preschool Age หากแปลความหมายโดยตรงจะแปลว่า “วัยก่อนเข้าโรงเรียน” ประกอบกับในปัจจุบันเด็กมีการเรียนรู้ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาแล้ว ปัจจุบันทางการแพทย์มักจะไม่ใช้คำดังกล่าวว่า “วัยก่อนเข้าโรงเรียน” หรือควรใช้คำว่า “การศึกษาของเด็กปฐมวัย” จะทำให้เกิดความหมายที่กว้างกว่า

ต่อกรณีดังกล่าว **สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา** กล่าวถึง หลักสูตรภาษาต่างประเทศร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้มิได้กำหนดไว้แบบตายตัว ทำให้หลักสูตรสามารถปรับเปลี่ยนหรือยืดหยุ่นได้ หากพิจารณาโดยเชื่อมโยงกับร่างมาตรา ๕๗ ร่างมาตรา ๕๘ และร่างมาตรา ๕๙ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการจัดทำหลักสูตรที่มีความเหมาะสมกับบริบทในด้านต่าง ๆ นอกจากนี้ ยังมีพระราชบัญญัติพื้นที่นวัตกรรมการศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่กำหนดให้มีโรงเรียนนำร่องที่จะจัดหลักสูตรที่แตกต่างไปจากเดิมที่มีอยู่เพื่อนำร่องดำเนินการ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

๑. เห็นด้วยการจัดทำคำแนะนำหรือคู่มือ วิธีดำเนินการในการบ่มเพาะผู้เรียนตามสมรรถนะตามมาตรา ๕๘ ของร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว ซึ่งกำหนดให้ร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินการ และเผยแพร่ต่อประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒. เงินรายได้ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขจะมีเงินรายได้มาจากหลายแหล่ง ไม่ว่าจะเป็นเงินงบประมาณรายจ่าย เงินนอกงบประมาณ เงินบำรุงของหน่วยบริการ โดยเฉพาะของสถาบันพระบรมราชชนกซึ่งเงินรายได้สถานศึกษาแห่งนี้มีรูปแบบแหล่งเงินรายได้มาจากหลายช่องทาง ซึ่งหากเงินรายได้ของสถานศึกษาสามารถดำเนินการได้ทุกรูปแบบตามที่กฎหมายกำหนดไว้จะไม่มีประเด็นปัญหาในการดำเนินการ

โดยสรุปว่า ภาพรวมของร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเห็นด้วยในหลักการ ซึ่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะมีความเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพอนามัยเป็นหลัก ในส่วนของการจัดการศึกษาก็จะมีสถาบันพระบรมราชชนกเป็นสถาบันอุดมศึกษาของรัฐที่ผลิตบุคลากรด้านการสาธารณสุข ซึ่งปัจจุบันได้แยกการจัดการศึกษาและการบริหารกิจการด้านต่าง ๆ ออกจากกระทรวงสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. ๒๕๖๒ แล้ว และมีสถานภาพเป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่จัดการศึกษาระดับอุดมศึกษา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่สังกัดอยู่ในส่วนของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะกำกับดูแลในภาพรวมที่เกี่ยวข้องในฐานะที่เป็นกระทรวง

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ดังนี้

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

๑. คณะกรรมการนโยบายการศึกษาแห่งชาติอยู่ภายใต้กระทรวงศึกษาธิการมีความเหมาะสมหรือไม่ เนื่องจากคณะกรรมการอิสระเพื่อการปฏิรูปการศึกษา ได้มีรับฟังความคิดเห็นในประเด็นดังกล่าวมาตลอด ๒ ปี ด้วยการรับฟังความคิดเห็นผ่านระบบออนไลน์และการเดินทางลงพื้นที่ไปรับฟังความคิดเห็นทั้ง ๔ ภูมิภาค และมีข้อสรุปว่า ประชาชนส่วนใหญ่ยังมีความกังวลมาก และมีความต้องการให้คณะกรรมการนโยบายการศึกษาแห่งชาติ หรือฝ่ายนโยบายจะต้องไม่มีข้อจำกัดในวิธีคิดและการทำงาน ส่วนการกำหนดองค์ประกอบของคณะกรรมการนโยบาย โดยให้นายกรัฐมนตรี เป็นประธานคณะกรรมการ และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ เป็นรองประธานคณะกรรมการ ซึ่งกรณีดังกล่าวมีความเหมาะสม แต่กลับไปกำหนดให้คณะกรรมการนโยบายดังกล่าวอยู่ในกลไกของกระทรวงเดียว คือ กระทรวงศึกษาธิการ ในประเด็นนี้ควรพิจารณาว่ามีสถานศึกษาที่ไม่ได้อยู่ในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ หรือไม่ได้อยู่ในสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมด้วย อาทิ ๑) มหาวิทยาลัยทุกแห่ง เกือบ ๒๐๐ แห่ง ๒) โรงเรียน ๓ เหล่าทัพของกระทรวงกลาโหม ๓) โรงเรียนนาฏศิลป์ของกระทรวงวัฒนธรรม ๔) มหาวิทยาลัยการกีฬาของกระทรวงการท่องเที่ยว ๕) ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ๖) สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา ๗) สถาบันพระบรมราชชนก ๘) มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นเป็นสถานศึกษาที่มิได้อยู่ในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการที่เป็นผู้รับผิดชอบ ดังนั้น คณะกรรมการนโยบายการศึกษาแห่งชาติ จึงไม่ควรอยู่ในสังกัดของกระทรวงใดกระทรวงหนึ่ง แต่ควรขึ้นตรงต่อนายกรัฐมนตรี เพื่อสะดวกต่อการดำเนินการ

๒. ความอิสระของสถานศึกษา

๑) ความเป็นอิสระของสถานศึกษา ๔ ด้าน ดำเนินการได้จริงหรือไม่

ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการจัดการศึกษาที่สำคัญตามร่างมาตรา ๖ และให้ผู้เรียนมีสมรรถนะที่เหมาะสมตามช่วงวัยตามที่กำหนดไว้ตามร่างมาตรา ๘ ประกอบกับร่างมาตรา ๑๔ กำหนดให้การจัดการศึกษาของสถานศึกษาของรัฐต้องอยู่บนพื้นฐานความเป็นอิสระในการบริหารสถานศึกษาและการกำหนดวิธีการจัดกระบวนการเรียนรู้ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด รวมถึงร่างมาตรา ๒๓ ได้กำหนดให้การจัดการศึกษาของสถานศึกษาของรัฐเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย โดยให้มีคณะกรรมการสถานศึกษา ให้คำปรึกษา เสนอแนะ ติดตามดูแลหรือช่วยเหลือสถานศึกษาในการจัดการศึกษาให้บรรลุเป้าหมาย โดยที่การดำเนินการของคณะกรรมการสถานศึกษาให้อยู่ภายใต้ระเบียบที่คณะกรรมการนโยบายกำหนด ซึ่งต้องคำนึงถึงความเป็นอิสระของการบริหารจัดการสถานศึกษา

นอกจากนี้ ร่างมาตรา ๒๕ ยังได้กำหนดว่า ความเป็นอิสระของสถานศึกษาของรัฐตามมาตรา ๑๔ (๑) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ แนวทาง และเงื่อนไขที่คณะกรรมการนโยบายกำหนด โดยต้องก่อให้เกิดผลความเป็นอิสระของสถานศึกษาของรัฐอย่างน้อย ๔ ด้าน คือ ๑) ความเป็นอิสระในการบริหารสถานศึกษา ๒) ความเป็นอิสระในการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้บรรลุผลตามมาตรา ๘ ๓) ความเป็นอิสระการบริหารการเงินและการใช้จ่ายเงิน และ ๔) ความเป็นอิสระในการบริหารงานบุคคล ซึ่งจะกำหนดให้แตกต่างกันสำหรับการศึกษาแต่ละระดับหรือแต่ละขนาดที่มีความพร้อมแตกต่างกันก็ได้

ลำดับต่อมา ร่างมาตรา ๓๐ กำหนดว่า ในกรณีจำเป็นคณะกรรมการนโยบายจะจัดให้มีระเบียบว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุที่ใช้จากรายได้ของสถานศึกษาตามมาตรา ๒๗ ขึ้นเป็นการเฉพาะสำหรับสถานศึกษาก็ได้ โดยระเบียบดังกล่าว ต้องมีความยืดหยุ่น คล่องตัว โปร่งใส และก่อให้เกิดความเป็นอิสระแก่สถานศึกษา และระเบียบดังกล่าวต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการนโยบาย

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะสามารถนำแนวทางปฏิบัติที่ให้อิสระกับสถานศึกษา โดยมีคณะกรรมการสถานศึกษาตามมาตรา ๒๓ เพื่อช่วยเหลือสถานศึกษาในการจัดการศึกษา หรือการออกระเบียบหรือปรับปรุงระเบียบให้เหมาะสมกับสถานศึกษา ซึ่งมิใช่กำหนดโดยคณะกรรมการนโยบายการศึกษาแห่งชาติทุกเรื่อง เช่น การจัดซื้อจัดจ้าง การว่าจ้างเทศบาล หรือการดำเนินการอื่นใด โดยใช้รูปแบบและวิธีการเดียวกันทุกแห่งทั่วประเทศ (One size Fit All) ไม่ว่าจะเป็นด้านหลักสูตร การบริหารงบประมาณและพัสดุ เป็นต้น โดยเข้าใจว่าร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ให้อิสระกับสถานศึกษา หรือหน่วยงานระดับล่าง แต่เมื่อพิจารณาบทบัญญัตินี้กำหนด เช่น ตามร่างมาตรา ๓๐ ได้กำหนดให้คณะกรรมการนโยบายจะจัดให้มีระเบียบว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุที่ใช้จากรายได้ของสถานศึกษาตามมาตรา ๒๗ ขึ้นเป็นการเฉพาะสำหรับสถานศึกษาก็ได้ ดังนั้น บทบัญญัติที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น จึงอาจมีความย้อนแย้งกันของร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ และยังไม่มีความชัดเจนว่าจะให้อิสระ หรือไม่ให้อิสระกับสถานศึกษา

๒) การกำหนดหลักเกณฑ์ แนวทาง และเงื่อนไขเกี่ยวกับความเป็นอิสระของสถานศึกษา ตามร่างมาตรา ๒๕ สามารถนำเนื้อหาพระราชบัญญัติพื้นที่นวัตกรรมการศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๒ มาบัญญัติไว้ในร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. .... ได้หรือไม่ เนื่องจากความเป็นอิสระของสถานศึกษาถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิรูปการศึกษาในครั้งนี้ โดยพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้กำหนดในเรื่องความเป็นอิสระของสถานศึกษาอยู่แล้วแต่ไม่มีการดำเนินการ ทั้งนี้ ร่างมาตรา ๒๕ แห่งร่างพระราชบัญญัตินี้ได้กำหนดเกี่ยวกับความเป็นอิสระของสถานศึกษาไว้อีก โดยให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ แนวทาง และเงื่อนไขที่คณะกรรมการนโยบายกำหนด ดังนั้น ประเด็นทางกฎหมายจะสามารถนำเนื้อหาพระราชบัญญัติพื้นที่นวัตกรรมการศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่ออกแบบโครงสร้างของการเป็นอิสระของสถานศึกษามาใช้เป็นหลักเกณฑ์และวิธีการตามร่างมาตรา ๒๕ ได้หรือไม่ อย่างไร

๓. อำนาจการบริหารราชการของคณะกรรมการนโยบายการศึกษาแห่งชาติ คณะกรรมการนโยบายการศึกษาระดับจังหวัด เป็นการบริหารราชการแบบรวมศูนย์อำนาจ หรือการบริหารราชการแบบกระจายอำนาจ

การรวมศูนย์ของคณะกรรมการนโยบาย รวมทั้งโครงสร้างอำนาจที่มีอยู่ที่มารวมศูนย์ไว้ที่ส่วนกลาง ทั้งนี้ จากการเดินทางลงพื้นที่จะปรากฏชัดเจนแม้กระทั่งเรื่องหลักสูตร การใช้จ่ายเงินยังรวมศูนย์ไว้ที่ส่วนกลาง ดังนั้น การมีคณะกรรมการนโยบายการศึกษาแห่งชาติจะทำให้เกิดเอกภาพของนโยบาย แม้ว่าร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้มีประเด็นที่ให้มีคณะกรรมการระดับจังหวัด แต่ยังไม่มีอำนาจในเชิงนโยบายได้อย่างแท้จริง (Soft Power) ในขณะที่คำสั่ง คสช. ๑๙/๒๕๖๐ เรื่อง การปฏิรูปการศึกษาในภูมิภาคของกระทรวงศึกษาธิการ ออกมาเพื่อแก้ปัญหา โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการระดับจังหวัดสามารถที่จะวางแผนยุทธศาสตร์ ตลอดจนบริหารการศึกษาที่ระดับจังหวัด นอกจากนี้ พระราชบัญญัติพื้นที่นวัตกรรมการศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งกำหนดให้มีคณะกรรมการระดับจังหวัด เป็นประเด็นสำคัญในเชิงโครงสร้างที่จะทำให้การรวมอำนาจถูกถ่ายไปให้อำนาจกับจังหวัด คณะกรรมการจังหวัดควรจะเป็น Hard Power ในการที่จะบริหารการศึกษาระดับจังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดและประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อบริหารการศึกษา ตลอดจนบริหารงบประมาณระดับจังหวัด แต่ไม่มีบัญญัติไว้ในร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ ในขณะที่ร่างกฎหมายของภาคประชาชนได้บัญญัติไว้ชัดเจนว่า ควรจะมีคณะกรรมการระดับจังหวัด การกระจายอำนาจหรือการออกแบบโครงสร้างให้มีอำนาจระดับจังหวัดแทนที่จะให้อำนาจทั้งหมดรวมศูนย์ที่ส่วนกลาง กรณีดังกล่าว จึงควรจะมีคณะกรรมการระดับจังหวัดหรือไม่

๔. ความเป็นอิสระของสถานศึกษา

เนื่องจากพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้กำหนดเกี่ยวกับความเป็นอิสระของสถานศึกษา ทั้งด้านการบริหารสถานศึกษา ด้านการเงิน ด้านบุคลากร ด้านวิชาการ และด้านทั่วไป

ครบถ้วนสมบูรณ์ แต่ไม่สามารถดำเนินการได้สำเร็จ เพราะไม่มีผู้ดำเนินการ หรือผู้ที่มีหน้าที่และผู้รับผิดชอบไม่ดำเนินการ จึงได้มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

- ควรมีมาตรการเร่งรัดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือปฏิบัติตามบทบัญญัติของร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. .... เมื่อประกาศใช้เป็นกฎหมายแล้ว รวมถึงมาตรการในการลงโทษหากฝ่าฝืนหากไม่ดำเนินการตามกฎหมายดังกล่าวด้วย

- ควรให้สถานศึกษามีอิสระในการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้บริหารสถานศึกษาสามารถบริหารจัดการสถานศึกษาได้อย่างคล่องตัว เพื่อให้เกิดพลเมืองคุณภาพที่แท้จริง เริ่มตั้งแต่ผู้บริหาร ครู บุคลากรทางการศึกษา ผู้เรียน โดยผู้บริหารจะใช้ “วิทยฐานะ” เพื่อเป็นสิ่งจูงใจให้กับครูหรือบุคลากรทางการศึกษา อย่างไรก็ตาม หากครูหรือบุคลากรทางการศึกษาสามารถถ่ายทอดและพัฒนาความรู้แก่ผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจจะไม่ต้องกำหนดเรื่องวิทยฐานะไว้ในร่างกฎหมายฉบับนี้

๕. คณะกรรมการนโยบายการศึกษาแห่งชาติ ที่ตั้งขึ้นตามร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. .... ไม่ควรอยู่ภายใต้สังกัดของกระทรวงใดกระทรวงหนึ่ง แต่ควรขึ้นตรงต่อนายกรัฐมนตรี เพื่อทำให้เกิดความคล่องตัวในการบริหารจัดการและการดำเนินงานต่อสถานศึกษาในสังกัดกระทรวงทุกกระทรวง

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านกฎหมาย

๑. ความไม่สอดคล้องกันของบทนิยาม ในร่างมาตรา ๔ คำว่า “ครู” คำว่า “อาจารย์” คำว่า “สถานศึกษา”และคำว่า “อุดมศึกษา”

สืบเนื่องจากมีการจัดตั้งกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมขึ้น ตลอดจนมีระเบียบที่เกี่ยวข้องที่ออกตามพระราชบัญญัติดังกล่าว ทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนว่า ร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. .... ไม่มีความเกี่ยวข้องกับกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมกฎหมาย ทั้งที่ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้เป็นร่างกฎหมายการศึกษาพื้นฐานที่ใช้บังคับกับสถานศึกษาทุกแห่ง รวมทั้งสถานศึกษาที่มิได้อยู่ในสังกัดของกระทรวงศึกษาธิการ ตลอดจนระบบการศึกษาของแรงงานด้วย แต่เนื่องจากคำนิยามในร่างมาตรา ๔ แห่งร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ คำว่า “ครู” มิได้หมายความรวมถึงผู้สอนระดับอุดมศึกษาหรือเทียบเท่า แต่นิยามความหมายคำว่า “สถานศึกษา” หมายความรวมไปถึงสถาบันอุดมศึกษา ประเด็นดังกล่าวควรพิจารณาให้ชัดเจนว่า ครู จะให้หมายความรวมถึงผู้สอนในระดับอุดมศึกษาด้วยหรือไม่ เนื่องจากนิยามคำว่า “สถานศึกษา” ให้หมายความรวมถึงสถาบันอุดมศึกษาด้วย

๒. ร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. .... เป็นร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูปประเทศในด้านการศึกษาที่เป็นเรื่องสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับประชาชนทุกคนจึงได้มีการบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ จำนวน ๓ มาตรา ได้แก่ มาตรา ๕๔ มาตรา ๒๕๗ และมาตรา ๒๕๘ ประกอบด้วย

- หมวด ๕ หน้าที่ของรัฐ มาตรา ๕๔ เป็นบทบัญญัติที่มีความประสงค์ให้สร้างพลเมืองคุณภาพโดยเริ่มจากเด็กที่อยู่ในครรภ์ไปจนถึงก่อนจะเสียชีวิต โดยกำหนดให้รัฐดำเนินการให้เด็กและประชาชนได้รับการศึกษา

- หมวด ๑๖ การปฏิรูปประเทศ มาตรา ๒๕๘ ให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศอย่างน้อยในด้านต่าง ๆ ให้เกิดผล รวมไปถึงการปฏิรูปประเทศด้านการศึกษา โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการขึ้นเฉพาะตามรัฐธรรมนูญฉบับนี้ในการปฏิรูปประเทศ จำนวน ๒ คณะ ได้แก่ คณะกรรมการปฏิรูปประเทศ

ด้านกระบวนการยุติธรรม (ตำรวจ) และคณะกรรมการอิสระเพื่อการปฏิรูปการศึกษา โดยกำหนดระยะเวลาการดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๒ ปี โดยมาตรา ๒๕๘ จ. ด้านการศึกษา เมื่อนำไปเชื่อมโยงกับมาตรา ๒๕๗ เป้าหมายการปฏิรูปประเทศที่จะต้องดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งเป็นการบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญที่เป็นลายลักษณ์อักษรครั้งแรก คือ การสร้างสมดุลระหว่างการพัฒนาด้านวัตถุกับการพัฒนาด้านจิตใจ รวมทั้งมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยให้ดำเนินการให้เสร็จภายใน ๑ ปี หลังจากที่รัฐธรรมนูญประกาศใช้ ทั้งนี้ อาจกล่าวโดยสรุปว่า ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้มีเนื้อหาสาระที่มีความเหมาะสมกว่า ร้อยละ ๙๐

๓. การกำหนดมาตรการและบทลงโทษที่กำหนดไว้ในร่างมาตรา ๑๔ แห่งร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ไว้เพียงอนุมาตราเดียว คือ มาตรา ๑๔ (๑๑) มีความเหมาะสมหรือไม่

ด้วยมาตรา ๑๔ ของร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ ถือเป็นมาตราสำคัญมาตราหนึ่งที่กำหนดแนวปฏิบัติพื้นฐานให้กับสถานศึกษาของรัฐในการจัดการศึกษา ซึ่งประกอบด้วย ๑๒ อนุมาตรา และในหลายอนุมาตราจะใช้ถ้อยคำว่า “ต้อง” ซึ่งมีความหมายให้ต้องดำเนินการ ซึ่งหากไม่ดำเนินการควรกำหนดให้มีบทลงโทษ แต่เหตุใดจึงกำหนดให้มีบทลงโทษไว้เฉพาะกรณี มาตรา ๑๔ (๑๑) เพียงอนุมาตราเดียว

๔. คณะกรรมการด้านการศึกษาที่มีอยู่ก่อนการตั้งคณะกรรมการนโยบายการศึกษาแห่งชาติตามร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ จะมีสถานะต่อไปอย่างไร

คณะกรรมการด้านการศึกษาที่มีอยู่ก่อนร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ เมื่อมีการประกาศบังคับใช้กฎหมายฉบับนี้แล้วคณะกรรมการด้านการศึกษาที่มีอยู่ก่อนจะมีสถานะเป็นเช่นใด เช่น คณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) คณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) หรือคณะกรรมการอื่น ๆ เนื่องจากร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้กำหนดให้มีคณะกรรมการนโยบายการศึกษาแห่งชาติ เป็นผู้กำกับบทบาทสำคัญของนโยบายต่าง ๆ ด้านการศึกษา ทั้งนี้ หากสถานะของคณะกรรมการด้านการศึกษาที่มีอยู่ก่อนนี้ยังคงมีสถานะอยู่จะมีความซ้ำซ้อนกับหน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการนโยบายแห่งชาติหรือไม่ อย่างไร

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะทางวิชาการ

- ระบบสุขภาพของประเทศควรมีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคมากกว่าการรักษาเพื่อให้การดำเนินนโยบายสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในการปฏิรูปการศึกษา โดยเฉพาะการเริ่มที่หลักสูตรโรงเรียนอนุบาล ประถมศึกษา เกี่ยวกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยประสงค์จะให้การปฏิรูปด้านการศึกษาในอนาคตอีก ๕๐ ปีข้างหน้า จะมีความรู้พื้นฐานด้านสุขภาวะที่จะมาช่วยลดภาระของรายจ่ายรัฐบาลในอนาคตในเรื่องหลักประกันสุขภาพ ลดภาระของการรักษาพยาบาล รวมทั้งควรมีหลักสูตรในการป้องกันตัวเองจากอันตรายต่าง ๆ เช่น การว่ายน้ำ โภชนาการ วินัยด้านการจราจร เป็นต้น โดยจะต้องมีการปฏิบัติงานแบบบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาอย่างแท้จริง นอกจากนี้ ควรเพิ่มประเด็น “ความรู้เรื่องทางการเงิน” (financial literacy) ไปใช้ประกอบองค์ความรู้ในระบบการศึกษาด้วย

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการ

๑. การกำหนดจำนวนการประชุม

ควรกำหนดจำนวนการประชุมขั้นต่ำต่อปีของคณะกรรมการนโยบายการศึกษาแห่งชาติไว้ในร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ด้วย เพื่อเป็นมาตรการให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายอย่างต่อเนื่อง

๒. การกำหนดจำนวนเงินขั้นต้นในการจัดการศึกษาในสถานศึกษาของรัฐ จะต้องนำเงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายรายหัว มาพิจารณากำหนดจำนวนเงินขั้นต้นด้วยหรือไม่

ร่างมาตรา ๒๖ วรรคสาม กำหนดว่า การกำหนดจำนวนเงินขั้นต้นในการจัดการศึกษาในสถานศึกษาของรัฐตามวรรคสอง ให้กำหนดตามขนาด ที่ตั้ง ประเภท และวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งสถานศึกษา ทั้งนี้ ควรจะนำเงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายรายหัว มาพิจารณาด้วยหรือไม่ เนื่องจากปัจจุบันเด็กเกิดน้อยลง

๓. การพัฒนา ฝึกฝน และบ่มเพาะสมรรถนะให้แก่ผู้เรียนตามระดับช่วงวัย ที่กำหนดไว้ในร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ จะเกิดผลในทางปฏิบัติอย่างไร

การพัฒนา ฝึกฝน และบ่มเพาะสมรรถนะให้แก่ผู้เรียนตามระดับช่วงวัยที่กำหนดไว้ในร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ แบ่งระดับช่วงวัยออกเป็น ๗ ระดับ ระดับช่วงวัยที่ ๑ และ ๒ คือ ปฐมวัย ซึ่งกำหนดตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ ๖ ปี เป็นการให้ความสำคัญในการบ่มเพาะการศึกษาให้กับเด็กและเยาวชน โดยให้การศึกษาอบรมเด็ก ซึ่งถือเป็นอนาคตของชาติ โดยคาดการณ์ว่าจะเกิดผลในทางปฏิบัติมากน้อยแค่ไหน อย่างไร และสามารถเชื่อมโยงไปถึงร่างมาตรา ๑๔ ที่กำหนดให้ผู้บริหารหรือครูในสถานศึกษาดำเนินการในเรื่องต่าง ๆ

<u>ผลการพิจารณา</u>

การพิจารณาร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมการเรียนรู้ พ.ศ. ....
สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.)

<u>สาระสำคัญของร่างพระราชบัญญัติ</u>

ร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมการเรียนรู้ พ.ศ. .... ฉบับนี้ เป็นร่างพระราชบัญญัติที่เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบการศึกษา ซึ่งได้ดำเนินการมาเป็นระยะเวลาพอสมควรแล้ว ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๙ เดิมกระทรวงศึกษาธิการได้เสนอร่างพระราชบัญญัติการเรียนรู้ตลอดชีวิต พ.ศ. .... โดยคณะกรรมการกฤษฎีกา คณะพิเศษ ซึ่งมีนายมีชัย ฤชุพันธุ์ เป็นประธาน ได้มีการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว โดยได้ดำเนินการยกร่างขึ้นใหม่เป็นร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมการส่งเสริมการเรียนรู้ พ.ศ. .... ให้สอดคล้องกับร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. .... หลักการสำคัญ คือ การสร้างความคล่องตัวที่จะรองรับความหลากหลายของการจัดการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการศึกษา ยกระดับคุณภาพการศึกษาเพิ่มขีดความสามารถการแข่งขันของประเทศ เสริมสร้างให้ระบบการศึกษามีประสิทธิภาพและใช้ทรัพยากรเพื่อการศึกษา ซึ่งเป็นความพยายามที่จะทำให้คนในชาติได้รับการส่งเสริมการศึกษาตลอดทุกช่วงวัย โดยเฉพาะเรื่องของการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาตนเอง ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้มี ๓๑ มาตรา สรุปสาระสำคัญ ได้ดังนี้

๑) วัตถุประสงค์การส่งเสริมการเรียนรู้

เพื่อพัฒนาบุคคลให้มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา รู้จักสิทธิควบคู่กับหน้าที่และความรับผิดชอบทั้งต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ และเพื่อให้บุคคลมีทักษะการเรียนรู้ ทักษะอาชีพ และทักษะชีวิตที่สอดคล้องและเท่าทันพัฒนาการของโลก โดยมีโอกาสพัฒนาหรือเพิ่มพูนทักษะของตนให้สูงขึ้น

๒) รูปแบบการส่งเสริมการเรียนรู้

กำหนดรูปแบบการส่งเสริมการเรียนออกเป็น ๓ รูปแบบ คือ การเรียนรู้ตลอดชีวิต การเรียนรู้เพื่อการพัฒนาตนเอง และการเรียนรู้เพื่อคุณวุฒิตามระดับ โดยกำหนดให้กรมส่งเสริมการเรียนรู้มีหน้าที่ส่งเสริมการเรียนรู้ทั้ง ๓ รูปแบบ หรือรูปแบบอื่นได้ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

๓) การจัดการเรียนรู้ตลอดชีวิต

กำหนดเป้าหมายของการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อให้บุคคลสามารถเรียนรู้และเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ได้ด้วยตนเองในเรื่องที่ตนสนใจหรือตามความถนัดของตนเพื่อเพิ่มพูนความรู้แก่ตนเอง

และเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคม โดยอาจได้รับการรับรองคุณวุฒิตามความเหมาะสมของการเรียนรู้ โดยกรมส่งเสริมการเรียนรู้ต้องดำเนินการจัด ส่งเสริม สนับสนุนการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยคำนึงถึงการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงแหล่งเรียนรู้โดยผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหรือแหล่งเรียนรู้อื่น รวมทั้งส่งเสริมให้ภาคีเครือข่าย ชุมชน และครอบครัว มีส่วนร่วมในการจัดการเรียนรู้และเผยแพร่ภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อกระตุ้นให้บุคคลใฝ่หาความรู้ในเรื่องที่ตนสนใจ

๔) การจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเอง

กำหนดเป้าหมายของการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเอง เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพ ทักษะ และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านตามความถนัดของตนเอง การประกอบอาชีพ การพัฒนาอาชีพ และการยกระดับคุณภาพชีวิตของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยกรมส่งเสริมการเรียนรู้ต้องดำเนินการจัด ส่งเสริม สนับสนุน ช่วยเหลือหรือร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการดำเนินการให้มีการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเองโดยกระตุ้นให้บุคคลทุกช่วงวัยทุกอาชีพใฝ่เรียนรู้หรือฝึกฝนในเรื่องที่ตนถนัดหรือสนใจ เพื่อพัฒนาศักยภาพ ทักษะ และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านสำหรับการประกอบอาชีพ การพัฒนาอาชีพ และการดำเนินชีวิต

๕) การจัดการเรียนรู้เพื่อคุณวุฒิตามระดับ

กำหนดเป้าหมายของการเรียนรู้เพื่อคุณวุฒิ เพื่อเป็นการจัดการเรียนรู้ให้แก่ผู้ซึ่งอยู่ในวัยเรียนแต่ไม่ได้รับการศึกษาในโรงเรียน ผู้ซึ่งพ้นวัยที่จะศึกษาในโรงเรียนหรือผู้ซึ่งอยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือทุรกันดารหรือไม่มีหน่วยงานอื่นใดไปดำเนินการให้ได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน โดยกรมส่งเสริมการเรียนรู้ต้องดำเนินการจัด ส่งเสริม สนับสนุนการเรียนรู้ ให้แก่ผู้ซึ่งมิได้ศึกษาอยู่ในโรงเรียนเพื่อให้ได้รับคุณวุฒิการศึกษาขั้นพื้นฐานด้านสามัญศึกษาหรืออาชีวศึกษา โดยต้องจัดการเรียนรู้ จัดทำหรือพัฒนาหลักสูตรให้สอดคล้องกับพัฒนาการของโลกและความต้องการของผู้เรียน รวมทั้งจัดให้มีการประเมินผลการเรียนรู้เพื่อให้ได้รับคุณวุฒิทางการศึกษาที่หลากหลายเพื่อใช้กับผู้เรียนซึ่งมีความแตกต่างกันได้อย่างเหมาะสม

๖) การรับรองคุณวุฒิและการเทียบระดับการศึกษา

กำหนดให้หน่วยจัดการเรียนรู้มีอำนาจรับรองคุณวุฒิให้แก่ผู้เรียนเมื่อสำเร็จการศึกษา โดยออกเป็นประกาศนียบัตร วุฒิบัตร หรือหนังสือรับรองความรู้ นอกจากนี้ ยังกำหนดให้กรมส่งเสริมการเรียนรู้ต้องจัดให้มีระบบการเทียบระดับการศึกษา เทียบเคียงหรือเทียบโอนผลการเรียน ทักษะ ความรู้ ประสบการณ์ หรือสมรรถนะ เพื่อประโยชน์ในการเรียนรู้จากรูปแบบหนึ่งไปสู่อีกรูปแบบหนึ่ง หรือจากหน่วยจัดการเรียนรู้แจ้งไปยังอีกหน่วยจัดการเรียนรู้หนึ่ง หรือจากหน่วยจัดการเรียนรู้หนึ่งไปยังสถานศึกษา หรือจากสถานศึกษามายังหน่วยจัดการเรียนรู้หรือเพื่อประโยชน์ในการสะสมความรู้

๗) หน้าที่และอำนาจของกรมส่งเสริมการเรียนรู้

หน้าที่และอำนาจของกรมส่งเสริมการเรียนรู้กำหนดให้ต้องจัดให้มีการส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการผลิตและพัฒนาหลักสูตร โปรแกรมการเรียนรู้ สื่อการเรียนรู้ และวิธีการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมการเรียนรู้ จัดให้มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมการเรียนรู้ ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายเพื่อจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกและแหล่งเรียนรู้เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเข้าถึงการเรียนรู้ได้ทุกรูปแบบ ทุกที่ และทุกเวลา และกำหนดให้กรมส่งเสริมการเรียนรู้กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการออกประกาศนียบัตรวุฒิบัตร หรือหนังสือรับรองการส่งเสริมการเรียนรู้ และดำเนินการเทียบระดับการศึกษา เทียบเคียงหรือเทียบโอนผลการเรียนตามพระราชบัญญัตินี้ รวมทั้งต้องส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาทักษะความรู้ ความสามารถ และสมรรถนะของบุคลากรซึ่งทำหน้าที่ส่งเสริมการเรียนรู้ เพื่อให้สามารถส่งเสริมการเรียนรู้และแนะแนวทางการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนสามารถสร้างนวัตกรรมทางการศึกษา

๘) สำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ประจำจังหวัด

ในการส่งเสริมการเรียนรู้ ร่างพระราชบัญญัตินี้กำหนดให้มีสำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ประจำจังหวัดเพื่อกำกับ ดูแล ช่วยเหลือ ส่งเสริม สนับสนุน อำนวยความสะดวกและแนะนำการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ในระดับอำเภอ ศูนย์การเรียนรู้ระดับตำบล และศูนย์การเรียนรู้ในพื้นที่ เกี่ยวกับด้านวิชาการ เทคโนโลยีที่จำเป็นในการส่งเสริมการเรียนรู้ การบริหารงานและการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งกำหนดให้สำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ประจำจังหวัดต้องจัดทำแผนการส่งเสริมการเรียนรู้ของจังหวัดให้สอดคล้องกับแนวทางของกรมส่งเสริมการเรียนรู้และแผนการศึกษาแห่งชาติ

๙) หน่วยส่งเสริมการเรียนรู้ระดับอำเภอและศูนย์การเรียนรู้ระดับตำบล

นอกจากสำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ประจำจังหวัด ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ ยังกำหนดให้มีหน่วยส่งเสริมการเรียนรู้ระดับอำเภอเพื่อกำกับ ดูแล ช่วยเหลือ ส่งเสริม สนับสนุน อำนวยความสะดวกและแนะนำการปฏิบัติหน้าที่ของศูนย์การเรียนรู้ระดับตำบล และศูนย์การเรียนรู้ในพื้นที่เกี่ยวกับด้านวิชาการ เทคโนโลยีที่จำเป็นในการส่งเสริมการเรียนรู้ให้เป็นไปตามแผนการส่งเสริมการเรียนรู้ของจังหวัด และมีศูนย์การเรียนรู้ระดับตำบลสำหรับพื้นที่ห่างไกล ทุรกันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย หรือพื้นที่ที่มีความยากลำบากในการปฏิบัติงาน โดยให้อำนาจกรมส่งเสริมการเรียนรู้ในการประกาศจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ในพื้นที่ดังกล่าว

๑๐) การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเรียนรู้

การสร้างการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเรียนรู้ ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้กำหนดให้หน่วยจัดการเรียนรู้ส่งเสริมให้คนในชุมชนและสังคม ผู้ชำนาญการในภูมิปัญหาท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายและสถานศึกษา มีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเรียนรู้ การถ่ายทอดประสบการณ์ ความรู้หรือภูมิปัญญาให้แก่ผู้แทนและประชาชน เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มบุคคลทุกประเภทมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเรียนรู้และการถ่ายทอดประสบการณ์ได้อย่างทั่วถึง

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

๑. ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ยกร่างกฎหมายเพื่อให้สอดคล้องกับร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. .... มาตรา ๔๗ - ๕๖ ซึ่งมีการจัดการศึกษาตามระบบการศึกษา เพื่อคุณวุฒิตามระดับ เพื่อการพัฒนาตนเอง และเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต

๒. ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ เป็นการกำหนดรายละเอียด กำหนดหน่วยงานที่จะดูแลรับผิดชอบโดยตรง คือ กรมส่งเสริมการเรียนรู้ หรือในปัจจุบันเรียกว่า สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) ซึ่งเดิมไม่ได้บัญญัติเกี่ยวกับหน้าที่และอำนาจของสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) ไว้ชัดเจน ดังนั้น ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้จึงได้มีการบัญญัติรายละเอียดเกี่ยวกับหน้าที่และอำนาจของสำนักงาน กศน. ให้ชัดเจนขึ้น

๓. การรับรองหน่วยงานเดิม ผู้ดำรงตำแหน่งเดิม คดีความ และสถานศึกษา โดยปกติสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) จะมีหน่วยงานราชการเข้ามาดูแล คือ กระทรวงศึกษาธิการ แต่ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ กำหนดให้มีหน่วยจัดการเรียนรู้ระดับย่อยไปถึงระดับตำบล ซึ่งเป็นหน่วยย่อยที่สามารถขับเคลื่อนการศึกษา และการเรียนรู้ตลอดชีวิต สามารถบรรลุผลและสร้างความพึงพอใจให้กับผู้เรียนไปจนถึงตลอดชีวิตได้ โดยไม่มีเงื่อนไขว่าจะเรียนในระบบเดิม หรือว่าไม่มีโอกาสเรียนในระบบ สามารถให้ได้รับโอกาสนี้ด้วย

กรณีการเปลี่ยนโครงสร้างสำนักเป็นกรม เนื่องจากการแบ่งโครงสร้างส่วนราชการของสำนักงาน กศน. โดยพระราชบัญญัติส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย พ.ศ. ๒๕๕๑

มาตรา ๑๔ “กำหนดให้มีสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยขึ้นในสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงศึกษาธิการ” โดยปกติหน่วยงานที่ขึ้นกับสำนักงานปลัดกระทรวง ต้องมีฐานะเป็นกรม หรือสำนัก หรือเป็นกอง หรือหน่วยงานย่อย แต่พระราชบัญญัติฉบับนี้มีลักษณะพิเศษ โดยกำหนดให้มีเลขาธิการสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย เรียกโดยย่อว่า “เลขาธิการ กศน.” มีฐานะเป็นอธิบดี และเป็นผู้บังคับบัญชาข้าราชการ พนักงานและลูกจ้าง และรับผิดชอบการดำเนินงานของสำนักงาน ซึ่งมิได้กำหนดไว้ในระเบียบบริหารราชการกระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ. ๒๕๔๖ แต่อยู่ในหนังสือของสำนักงาน ก.พ. โดยกรณีที่ไม่ได้มีการบัญญัติไว้ในกฎหมายระเบียบบริหารราชการกระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ. ๒๕๔๖ มาตรา ๔ ให้นำกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดินและกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติมาใช้บังคับ แต่หากนำกฎหมายดังกล่าวมาใช้บังคับแล้วไม่มีข้อขัดข้อง เช่น การมอบอำนาจก็จะต้องนำกฎหมายเกี่ยวกับการบังคับบัญชาทั่วไปมาใช้บังคับ คือ พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน ซึ่งให้ผู้ที่มีอำนาจในการบรรจุ แต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณา สั่งปฏิบัติราชการ หรือมอบหมาย แต่เพื่อไม่ให้มีข้อยุ่งยาก และไม่กระทบกระเทือนต่อการใช้งบประมาณ ในการตั้งกรมขึ้นใหม่แต่อย่างใด ก็ควรมีกฎหมายเฉพาะที่กำหนดเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวให้ชัดเจน

สำหรับประเด็นการบริหารราชการของกรมส่งเสริมการเรียนรู้ ตามร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้เป็นการบริหารราชการแบบรวมอำนาจ หรือการบริหารราชการแบบกระจายอำนาจ และใครเป็นผู้มีอำนาจในการกำหนดหลักสูตร และการปรับปรุงหลักสูตร **สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา** ได้ให้ข้อมูลว่า บทบัญญัติของร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ ร่างมาตรา ๒๔ มิได้กำหนดให้อธิบดีมีอำนาจเป็นศูนย์กลาง ซึ่งยังขึ้นตรงต่อรัฐมนตรีและปลัดกระทรวง โดยจะมีการบูรณาการกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องที่บัญญัติไว้ในร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. .... โดยได้กำหนดเกี่ยวกับการจัดการศึกษาตลอดชีวิตในร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ในร่างมาตรา ๕๖ ที่กำหนดให้ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการศึกษาและพัฒนาตนเองและการศึกษาเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิตให้เป็นหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเป็นสิทธิเอกชนไม่ว่าจะเป็นบุคคลธรรมดา คณะบุคคลหรือนิติบุคคลที่จัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกทางการศึกษาและการเรียนรู้ รวมทั้งเทคโนโลยีสารสนเทศโดยจะแยกกันดำเนินการหรือร่วมมือกันก็ได้ และรัฐอาจให้ประโยชน์ทางภาษีเพื่อเป็นแรงจูงใจแก่ภาคเอกชน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแม้ว่าร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ จะให้ตั้งเป็นกรม และมีอำนาจเด็ดขาด แต่ส่งเสริมการศึกษาและการส่งเสริมเรียนรู้ยังจะต้องบูรณาการกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง และเชื่อมโยงกับร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ....

ประเด็นสถานะของบุคลากรตามร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ เนื่องจาก ในสมัยก่อนบุคลากรที่อยู่ในสำนักงาน กศน. เป็นบุคลากรที่โอนมาตามร่างมาตรา ๒๕ ซึ่งในระหว่างที่ยังไม่มีระเบียบบริหารราชการกระทรวงศึกษาธิการ ถือว่าให้ใช้กฎหมายเดิมไปก่อน ในกรณีบุคลากร ซึ่งปฏิบัติหน้าที่กรมและหน่วยจัดการเรียนรู้ รวมไปจนถึงหน่วยย่อย คือ ระดับตำบล ระดับอำเภอ มิได้เป็นบุคลากรของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งมีทั้งเป็นเอกชน และหน่วยงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นการทำงานอนาคตอาจจะมีความยืดหยุ่นในการแลกเปลี่ยนเชื่อมโยงกันได้ เช่นเดียวกับการตั้งสถาบันหลักสูตรและการเรียนรู้ โดยเปิดโอกาสให้ดึงบุคลากรจากภาครัฐ โดยไม่จำเป็นต้องเป็นบุคลากรของหน่วยงานนี้โดยตรง หรือของ สสวท. ส่วนกรณีร่างมาตรา ๑๓ ที่กำหนดให้ดำเนินการให้มีการเรียนรู้ให้เป็นสิทธิ์ของบุคคลและคณะบุคคลที่ดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการจัดการศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ เป็นการเปิดกว้างในเรื่องรูปแบบการจัดการศึกษาตามที่กำหนดไว้ในร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. .... ซึ่งรวมไปถึงภาคเอกชน เปิดกว้างเพื่อรองรับการทำหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน องค์กร ภาคเอกชน

ให้มีแรงจูงใจในการทำงาน เช่น ให้สิทธิประโยชน์ทางภาษี หรือการให้เงินช่วยเหลือและอุดหนุน ซึ่งส่วนมากจะให้แก่สถานศึกษา การสร้างแรงจูงใจในการให้สิทธิประโยชน์ต่าง ๆ จะดึงทุกภาคส่วนที่ต้องการให้ความช่วยเหลือมากขึ้น โดยได้ผ่านการทำประชาพิจารณ์รับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน ตามขั้นตอนของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ทั้งนี้ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาได้ปรับแก้ไขและผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี (ครม.) แล้ว ขั้นตอนต่อไปจะนำร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้เข้าสู่กระบวนการพิจารณาของรัฐสภา และจะผลักดันกฎหมายที่เกี่ยวข้องควบคู่ไปด้วย

ประเด็นกฎหมายว่าด้วยการศึกษาจะสร้างสมดุลในการจัดการศึกษาให้กับผู้เรียนได้อย่างไร นั้น การจัดการเรียนการสอนให้มีความเหมาะสม ปัจจุบันการสอนพิเศษ หากทุกโรงเรียนมีการจัดการเรียนการสอนมาตรฐานเหมือนกันก็จะไม่พบปัญหาดังกล่าว แต่ในความเป็นจริง เช่น โรงเรียนสุดชายแดนตามแนวตะเข็บชายแดน ประสงค์จะเข้าเรียนโรงเรียนเตรียมอุดมฯ ถ้าเปิดกว้างในเรื่องการบูรณาการร่วมกันในการใช้สื่อการเรียนการสอนและสามารถเผยแพร่สื่อไปยังพื้นที่ดังกล่าวได้ ก็มีโอกาสที่จะพัฒนามาตรฐานการเรียนการสอนได้ ซึ่งร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ จะมีกำหนดไว้ในหลายส่วน นอกจากในเรื่องการเรียนรู้ตามช่วงวัยโดยผู้เรียนสามารถเลือกได้ตามความถนัด และยังรวมไปถึงการพัฒนาเชื่อมโยงข้อมูลที่กำหนดไว้ในหมวดที่ ๕ หน้าที่ของหน่วยงานรัฐ ส่วนที่ ๓ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการจัดการศึกษา ซึ่งที่ผ่านมาหน่วยงานจะไม่ค่อยประสานงานกันในเรื่องข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์และนำมาปรับปรุงได้ โดยร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวจะมีการพัฒนาข้อมูลดังกล่าวให้เป็นฐาน และสร้างสื่อการเรียนการสอนที่มีมาตรฐานให้เกิดขึ้น ส่วนการเรียนพิเศษ ต้องกลับไปพิจารณาหลักสูตรต้นแบบหากสามารถใช้เป็นมาตรฐานได้ทุกโรงเรียนแล้ว และนำร่องการปฏิบัติ โดยใช้พระราชบัญญัติพื้นที่นวัตกรรมการศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๒

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ดังนี้

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

๑. การออกแบบโครงสร้างของหน่วยงานตามร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ ควรสร้างความเข้าใจคำว่า “การเรียนรู้” กับ คำว่า “การศึกษา” มีความแตกต่างกันอย่างไร การออกแบบโครงสร้างเพื่อจัดการศึกษาจะรับได้ของการโครงสร้างหน่วยราชการเป็นกระทรวง กรม กอง ฝ่าย แต่ในปัจจุบันมีการกล่าวถึง “การปฏิรูปการศึกษา” การออกแบบโครงสร้างของการจัดการเรียนรู้ตลอดชีวิต แม้จะให้มีฐานะเป็น “กรม” ทำให้เห็นได้ชัดเจนว่าเป็นการจัดการศึกษา มิได้จัดการเรียนรู้ ดังนั้น จึงต้อง Decentralized ไปให้หน่วยงานที่ในพื้นที่ ซึ่งหมายรวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์การเรียนรู้ชุมชน ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม วิทยาลัยชุมชน วิทยาลัยเกษตร เป็นผู้สนับสนุนการจัดการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อให้มีอาชีพที่ชัดเจน มิใช่เป้าหมายเพื่อประกาศนียบัตร ปริญญาบัตร แต่หากมีคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิและมีกฎหมายรองรับ เป็นการมอบนโยบายที่เรียกว่า Core Curriculum หรือหลักสูตรแกนกลางที่เป็นหลักสูตรฐานสมรรถนะ Competency Based แล้ว ให้มีสัดส่วนไม่ถึงครึ่งที่เหลือให้จัดตามภูมิศาสตร์สังคมของภูมิภาคจังหวัด เช่น แม่ฮ่องสอนก็จัดการเรียนรู้เรื่องการท่องเที่ยวเชิงนิเวศน์ ซึ่งหากมีความจำเป็นต้องตั้งกรมก็ไม่มีข้อกังวลแต่ประการใด อย่างไรก็ตามเห็นว่า ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องตั้งหน่วยงานระดับกรม แต่ควรออกแบบให้เป็น Digital License Section เช่น ในส่วนการเงินของโลกประเทศจีนกำลังจะมีการออกเป็นสินทรัพย์ดิจิทัล (Crypto currency) ในขณะที่กระทรวงศึกษาธิการกำลังจะตั้งกรมส่งเสริมการศึกษา เป็นวิธีการปฏิบัติงานรูปแบบเดิม ปัจจุบันระบบการศึกษาและเรียนรู้ต้องการการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ต้องเกิดนวัตกรรม เกิดการเรียนรู้ ที่ไม่ได้มาจากการศึกษา เพราะฉะนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะให้ในแต่ละพื้นที่ร่วมมือกันจัดให้การเรียนรู้ตลอดชีวิตเกิดขึ้น

๒. บทบาทหน้าที่ของกรมที่จะจัดตั้งขึ้นตามร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ ซึ่งจะมีการจัดตั้งสำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ระดับจังหวัดเกิดขึ้น มีศูนย์การเรียนรู้ระดับอำเภอ ระดับตำบล นอกจากนี้ หน่วยงานอื่นก็สามารถจัดการการเรียนรู้แบบนี้ได้อีก เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด และเทศบาล โดยกรมตามร่างพระราชบัญญัตินี้มีหน้าที่ในการอบรมการเรียนรู้ตลอดชีวิต แต่ในขณะเดียวกันก็เปิดโอกาสให้หน่วยงานส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่าย และภาคเอกชน สามารถที่จะจัดการเรียนรู้แบบเดียวกันได้ กล่าวคือ กรมส่งเสริมการเรียนเป็นทั้ง Operator ในการจัดการการเรียนรู้ และเป็น Regulator ด้วย

นอกจากนี้ การปรับโครงสร้างสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) ซึ่งเดิมสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ทั้งนี้ การปรับให้เป็นกรมส่งเสริมการเรียนรู้โดยให้มีฐานะเป็นนิติบุคคลและเป็นกรมในกระทรวงศึกษาธิการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการกระทรวงศึกษาธิการ และกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดินอยู่ในบังคับบัญชาของรัฐมนตรีและปลัดกระทรวงศึกษาธิการ โดยยกฐานะเป็น “กรม” อาจไม่สอดคล้องกับนโยบายการลดขนาดของหน่วยงานราชการ

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

- ควรมีมาตรการในการสร้างสมดุลการเรียนรู้ของผู้เรียนในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสุขภาพที่ดี สามารถบริหารจัดการเวลาระหว่างการเรียนและการใช้ชีวิตประจำวันกับครอบครัวเหมือนกับประเทศที่พัฒนาแล้ว

บทที่ ๒

ด้านกฎหมาย

๒.๑ พิจารณาศึกษาและติดตามหลักการและเหตุผลความจำเป็น ความคืบหน้าการดำเนินการเกี่ยวกับการเสนอร่างกฎกระทรวงที่ออกตามความ ในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

คณะกรรมาธิการมีอำนาจและหน้าที่ในการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ รวมไปถึงการติดตามกฎหมายลำดับรองที่ออกตามกฎหมายแม่บทที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุขในทุก ๆ รอบปี คณะกรรมาธิการจึงให้ความสำคัญกับเรื่องดังกล่าวในการพิจารณาถึงการออกประกาศ กำหนดเป็นไปตามที่กฎหมายแม่บทกำหนดหรือไม่ รวมทั้งการติดตามผลสัมฤทธิ์ของกฎหมายลำดับรองมีปัญหาอุปสรรคต่อสาธารณะหรือไม่ประการใด โดยคณะกรรมาธิการจึงมีการพิจารณาศึกษาและติดตามหลักการและเหตุผลความจำเป็น รวมทั้งความคืบหน้าการดำเนินการเกี่ยวกับการเสนอร่างกฎกระทรวงที่ออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ จำนวน ๔ ฉบับ ประกอบด้วย

๑) ร่างกฎกระทรวงกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ....

๒) ร่างกฎกระทรวงกำหนดชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ....

๓) ร่างกฎกระทรวงกำหนดชื่อสถานพยาบาล และการแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการอื่น และสิทธิของผู้ป่วย (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ....

๔) ร่างกฎกระทรวงกำหนดวิชาชีพและจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ....

<u>ผลการพิจารณา</u>

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.)

ผลการดำเนินงานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในการเสนอร่างกฎกระทรวงที่ออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ จำนวน ๔ ฉบับ ดังกล่าว คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๓ อนุมัติในหลักการร่างกฎกระทรวงที่ออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ จำนวน ๔ ฉบับ และนำส่งสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจพิจารณา โดยให้รับความเห็นของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมไปประกอบการพิจารณาด้วย ส่วนสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาได้พิจารณาตรวจร่างกฎกระทรวงดังกล่าวเมื่อวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๓ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีประเด็นพิจารณาเกี่ยวกับร่างกฎกระทรวงกำหนดวิชาชีพและจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ในส่วนของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมที่ไม่สามารถหาข้อยุติร่วมกันได้ระหว่างกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและสภาเภสัชกรรม จึงมอบให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพหารือร่วมกับหน่วยงานดังกล่าว โดยมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันในประเด็นการกำหนดสัดส่วนจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมระหว่างช่วงเวลาการให้บริการตามข้อกำหนดโรงพยาบาลผู้สูงอายุขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ ดังตารางด้านล่างนี้

ความเห็นของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและความเห็นของสภาเภสัชกรรม

- ตารางที่ 5/2 โรงพยาบาลผู้สูงอายุ (ให้บริการช่วงเวลา 08.00 – 20.00 น.)

ผู้ประกอบวิชาชีพ	จำนวนผู้ประกอบวิชาชีพ					สัดส่วนของผู้ประกอบวิชาชีพต่อจำนวนเตียงที่เพิ่มขึ้น
	ขนาดเล็ก		ขนาดกลาง		ขนาดใหญ่	
	ไม่เกิน 10 เตียง	11 ถึง 30 เตียง	31 ถึง 60 เตียง	61 ถึง 90 เตียง	91 ถึง 120 เตียง	
ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (กระทรวงสาธารณสุข)	1 คน	1 คน	1 คน	2 คน	3 คน	1 คน ต่อ 1 ถึง 60 เตียง
ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (สภาเภสัชกรรม)	1 คน	1 คน	2 คน	3 คน	4 คน	1 คน ต่อ 1 ถึง 30 เตียง

5

ความเห็นของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและความเห็นของสภาเภสัชกรรม

- ตารางที่ 12 โรงพยาบาลผู้สูงอายุ (ให้บริการช่วงเวลา 20.00 - 08.00 น.)

ผู้ประกอบวิชาชีพ	จำนวนผู้ประกอบวิชาชีพ					สัดส่วนของผู้ประกอบวิชาชีพต่อจำนวนเตียงที่เพิ่มขึ้น
	ขนาดเล็ก		ขนาดกลาง		ขนาดใหญ่	
	ไม่เกิน 10 เตียง	11 ถึง 30 เตียง	31 ถึง 60 เตียง	61 ถึง 90 เตียง	91 ถึง 120 เตียง	
ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (กระทรวงสาธารณสุข)	1 คน (หากมีบริการ)	1 คน (หากมีบริการ)	1 คน	1 คน	1 คน	1 คน ต่อ 1 ถึง 60 เตียง
ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (สภาเภสัชกรรม)	1 คน	1 คน	1 คน	1 คน	1 คน	1 คน ต่อ 1 ถึง 60 เตียง

ความเห็นของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและความเห็นของสภาเภสัชกรรม

- ตารางที่ 13 โรงพยาบาลส่งเสริมฟื้นฟูผู้สูงอายุ (ให้บริการช่วงเวลา 20.00 - 08.00 น.)

ผู้ประกอบวิชาชีพ	จำนวนผู้ประกอบวิชาชีพ					สัดส่วนของผู้ประกอบวิชาชีพต่อจำนวนเตียงที่เพิ่มขึ้น
	ขนาดเล็ก		ขนาดกลาง		ขนาดใหญ่	
	ไม่เกิน 10 เตียง	11 ถึง 30 เตียง	31 ถึง 60 เตียง	61 ถึง 90 เตียง	91 ถึง 120 เตียง	
ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (กระทรวงสาธารณสุข)	1 คน (หากมีบริการ)	1 คน (หากมีบริการ)	1 คน (หากมีบริการ)	1 คน	1 คน	1 คน ต่อ 1 ถึง 120 เตียง
ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (สภาเภสัชกรรม)	1 คน	1 คน	1 คน	1 คน	1 คน	1 คน ต่อ 1 ถึง 120 เตียง

7

อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการสถานพยาบาลได้มีมติเมื่อวันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๓ ในประเด็นที่มีความเห็นต่าง ดังนี้

๑. เห็นชอบต่อการกำหนดจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมตามร่างกฎกระทรวงกำหนดวิชาชีพและจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... เดิมที่เสนอในชั้นการตรวจพิจารณาร่างของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (โดยผู้แทนสภาเภสัชกรรมขอสงวนสิทธิ์การลงมติ)

๒. เห็นชอบต่อนิยามคำว่า “โรงพยาบาลส่งเสริมฟื้นฟูผู้สูงอายุ” ตามร่างกฎกระทรวงกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... เดิมที่เสนอในชั้นการตรวจพิจารณาร่างของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ซึ่งกำหนดให้ดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

๓. เห็นชอบต่อร่างกฎกระทรวงกำหนดวิชาชีพและจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... เดิมที่เสนอในชั้นการตรวจพิจารณาร่างของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา โดยให้หมายเหตุท้ายตารางกำหนดเป็นข้อแนะนำ ควรมีพยาบาลเชี่ยวชาญทางคลินิก (Advance Practice Nurse – APN) เพิ่มเติม

๔. เห็นชอบให้แก้ไขเพิ่มเติมร่างกฎกระทรวงกำหนดชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ในข้อ ๑๐/๓ ดังนี้

- “(๖/๑) การบริการรังสีวิทยาต้องจัดให้มี เครื่องมือ อุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ และ (๖/๒) การบริการเทคนิคการแพทย์ต้องจัดให้มี เครื่องมือ อุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ” ตามที่กองกฎหมายเสนอและเห็นควรมอบกองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปรับปรุงร่างกฎกระทรวงกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ร่างกฎกระทรวงกำหนดชนิดและเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... และร่างกฎกระทรวงกำหนดวิชาชีพและจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ตามที่คณะกรรมการสถานพยาบาลเห็นชอบ และเสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาต่อไป

ต่อมาวันที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาได้ตรวจพิจารณาร่างกฎกระทรวงตามข้อ ๑. ๒. และ ๔. รวม ๓ ฉบับ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีประเด็นการพิจารณาที่ยังมิอาจหาข้อยุติร่วมกันระหว่างกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและสภาเภสัชกรรม ในส่วนที่เกี่ยวกับการกำหนดให้มีแผนกเภสัชกรรมในโรงพยาบาลผู้สูงอายุขนาดเล็กและโรงพยาบาลส่งเสริมฟื้นฟูผู้สูงอายุขนาดเล็กและการกำหนดจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลผู้สูงอายุขนาดกลางและขนาดใหญ่ในช่วงเวลา ๐๘.๐๐ - ๒๐.๐๐ นาฬิกา และจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลผู้สูงอายุขนาดเล็กในช่วงเวลา ๒๐.๐๐ – ๐๘.๐๐ นาฬิกา รายละเอียดปรากฏตามมติคณะกรรมการสถานพยาบาลในคราวประชุมคณะกรรมการสถานพยาบาล ครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๓ วันพฤหัสบดีที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๓ วาระที่ ๔.๑ และความเห็นของสภาเภสัชกรรม ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาได้มีหนังสือที่ นร ๐๙๑๒/๓๔๖ ลงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ เพื่อขอยุติการพิจารณาและส่งคืนร่างกฎกระทรวงทั้งสามฉบับ พร้อมกับจำหน่ายเรื่องออกจากสารบบของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาไปยังสำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรีและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อทราบด้วยแล้ว

อนึ่ง ตามที่สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาได้ตรวจพิจารณาร่างกฎกระทรวงตามข้อ ๓. เสร็จแล้ว และได้เสนอไปยังสำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไปแล้ว แต่เนื่องจากร่างกฎกระทรวงดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับร่างกฎกระทรวงตามข้อ ๑. ๒. และ ๔. สำนักงานคณะกรรมการ

กฤษฎีกาจึงเห็นควรให้ชะลอการดำเนินการร่างกฎกระทรวงดังกล่าวไว้ก่อนเพื่อจะได้ดำเนินการไปพร้อมกับร่างกฎกระทรวงทั้ง ๓ ฉบับต่อไป

ในการจัดทำร่างกฎกระทรวงทั้ง ๔ ฉบับ ดังกล่าว ดำเนินการตามอำนาจที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ดังนี้ ๑) ร่างกฎกระทรวงกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ดำเนินการตามมาตรา ๖ และมาตรา ๑๔ ๒) ร่างกฎกระทรวงกำหนดชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ดำเนินการตามมาตรา ๖ มาตรา ๑๘ และมาตรา ๓๕ ๓) ร่างกฎกระทรวงกำหนดชื่อสถานพยาบาล และการแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการอื่น และสิทธิของผู้ป่วย (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ดำเนินการตามมาตรา ๖ มาตรา ๑๘ และมาตรา ๓๒ และ ๔) ร่างกฎกระทรวงกำหนดวิชาชีพและจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ดำเนินการตามมาตรา ๖ วรรคแรก มาตรา ๑๘ วรรคแรกข้อ ๔ และมาตรา ๓๕ ข้อ ๑

สำหรับการเพิ่มสัดส่วนผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมในร่างกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลผู้สูงอายุตามข้อเสนอของสภาเภสัชกรรม นั้น โดยการกำหนดรูปแบบโรงพยาบาลผู้สูงอายุจะต้องมีการแยกแผนกต่าง ๆ เพื่อรองรับการให้บริการด้วย โดยมีแผนกกายภาพบำบัด แผนกจิตวิทยาคลินิกเป็นภาคบังคับ แล้วกำหนดแผนกอื่น ๆ ที่จำเป็น โดยการดำเนินการกำหนดสัดส่วนผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านมาได้มีการพิจารณาคณะกรรมการสถานพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนสภาวิชาชีพทุกสาขา โดยแต่ละประเด็นได้รับความเห็นชอบจากผู้แทนแต่ละสภาวิชาชีพ รวมถึงตัวแทนจากสภาเภสัชกรรมก็ได้เคยเห็นชอบการกำหนดสัดส่วนของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมในการพิจารณาจัดทำร่างกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้องเมื่อ ๒ ปีที่ผ่านมา แต่เมื่อมีการเปลี่ยนผู้แทนสภาเภสัชกรรมในคณะกรรมการสถานพยาบาล จึงปรับเปลี่ยนว่าไม่เห็นชอบกับสัดส่วนดังกล่าว ซึ่งประเด็นการเพิ่มสัดส่วนผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมสำหรับโรงพยาบาลผู้สูงอายุ ในสัดส่วน ๑ คน ต่อ ๑-๓๐ เตียง ก็จะพบว่า เป็นไปไม่ได้ เพราะการกำหนดสัดส่วนผู้ประกอบวิชาชีพต่าง ๆ ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพดำเนินการไปตามการกำหนดสัดส่วนผู้ประกอบวิชาชีพสำหรับโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งจะใช้เกณฑ์เภสัชกร ๑ คน ต่อ ๑-๖๐ เตียง หากกำหนดให้ใช้เกณฑ์ตามที่สภาเภสัชกรรมเสนอจะส่งผลให้มีเภสัชกรมากกว่าโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งจะไม่จูงใจให้ผู้ประกอบการมาเปิดบริการโรงพยาบาลผู้สูงอายุโดยถือว่า มีความเสี่ยงต่อการรักษาและการดูแลผู้เข้ารับบริการต่างจากคนทั่วไป

อีกทั้งเมื่อพิจารณาตามช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงานก็จะพบว่า สำหรับโรงพยาบาลขนาดเล็กไม่เหมาะสมกับปัจจุบัน ในช่วงเวลากลางคืน ไม่ควรมีเภสัชกร โดยแพทย์และพยาบาลสามารถดำเนินการแทนได้ สำหรับโรงพยาบาลขนาดกลางหรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จำนวนเภสัชกร ๒ คน ก็มีความเพียงพอ โดยเฉลี่ยค่าใช้จ่ายต่อเภสัชกร ๑ คน คำนวณแบบพื้นฐานที่ต้องจ่ายค่าตอบแทน จำนวน ๓๐,๐๐๐ บาท ต่อเดือนต่อคน การกำหนดให้มีเภสัชกร ๒ คน จะมีค่าใช้จ่ายพื้นฐานประมาณ ๖๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน หากเพิ่มตามข้อเรียกร้องของสภาเภสัชกรรมอีก ๒ คน ก็จะทำให้ค่าใช้จ่ายพื้นฐานในส่วนนี้เพิ่มขึ้นเป็น ๑๒๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน ซึ่งจะทำให้ต้นทุนการให้บริการของโรงพยาบาลผู้สูงอายุสูงขึ้น จึงไม่เป็นการจูงใจญาติและผู้ป่วยสูงอายุที่ส่วนมากมีลักษณะติดเตียงมาเข้ารับบริการ ซึ่งพบได้จากความนิยมใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ/ศูนย์ดูแลผู้ป่วยพักฟื้น มากกว่าโรงพยาบาลผู้สูงอายุที่ทั้งประเทศไทยมีจำนวนเพียง ๕ แห่งเท่านั้น

กระบวนการและขั้นตอนการผลักดันร่างกฎกระทรวงที่ออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลผู้สูงอายุ สืบเนื่องจากเมื่อ ๓ ปีที่ผ่านมา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้มีการพิจารณาถึง จำนวนโรงพยาบาลผู้สูงอายุในประเทศไทยมีน้อย จึงดำเนินการ

ตั้งคณะทำงานขึ้นมาเพื่อศึกษาหาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ภายหลังการประชุมจำนวน ๗ - ๘ ครั้ง จึงจัดทำรายงานผลการศึกษาเสนอต่อคณะกรรมการสถานพยาบาล ซึ่งได้รับความเห็นชอบในหลักการ จึงนำไปสู่การมอบหมายให้กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพยกร่างกฎกระทรวงแล้วนำเข้าสู่การประชาพิจารณ์รับฟังความคิดเห็น ก่อนนำเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการสถานพยาบาลอีกครั้ง จากนั้นนำเข้าสู่การประชุมคณะรัฐมนตรีจนได้รับมติเห็นชอบ จึงดำเนินการส่งต่อไปยังสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา แต่เนื่องจากยังติดขัดปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการกำหนดสัดส่วนผู้ประกอบวิชาชีพทางสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา จึงส่งให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพพิจารณาทบทวนให้แล้วเสร็จก่อนส่งให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาอีกครั้งก่อนจะดำเนินการตามกระบวนการต่อไป

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

การดำเนินการควบคุม กำกับวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทและยาเสพติดให้โทษทางการแพทย์ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ดำเนินการไปตามข้อกำหนดในพระราชบัญญัติจำนวน ๒ ฉบับ คือ

๑. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม มีรายละเอียดดังนี้

ประเภท	ลักษณะ	ตัวอย่าง
๑.	ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง ไม่ใช้ทางการแพทย์ในประเทศ	เฮโรอีน (Heroin), ยาอี (Ecstasy), LSD, Methamphetamine, Dexamphetamine
๒.	ยาเสพติดให้โทษชนิดทั่วไป ใช้ทางการแพทย์ในประเทศ	มอร์ฟีน (Morphine), ฝิ่น (Opium), Fentanyl, Methadone
๓.	ยาเสพติดให้โทษชนิดที่มีลักษณะเป็นตำรับยา และยาเสพติดประเภทที่ ๒ ผสมอยู่กับตัวยาสำคัญอื่น	ยาน้ำแก้ไอที่มีโคเอดีนผสมกับยาแก้แพ้/ละลายเสมหะ
๔.	สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดประเภทที่ ๑ และประเภทที่ ๒	Acetic anhydride, Ergotamine
๕.	ยาเสพติดให้โทษที่มิได้เข้าอยู่ในประเภทที่ ๑ - ๔	กัญชา, พืชกระท่อม, พืชฝิ่น, เห็ดขี้ควาย

๒. พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. ๒๕๕๙ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม มีรายละเอียดดังนี้

วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภทที่ ๑ คือ วัตถุออกฤทธิ์ที่ไม่ใช้ในทางการแพทย์และอาจก่อให้เกิดการนำไปใช้หรือมีแนวโน้มในการนำไปใช้ในทางที่ผิดสูง เช่น GHB

วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภทที่ ๒ คือ วัตถุออกฤทธิ์ที่ใช้ในทางการแพทย์และอาจก่อให้เกิดการนำไปใช้หรือมีแนวโน้มในการนำไปใช้ในทางที่ผิดสูง เช่น Ketamine, Ephedrine, Pseudoephedrine, Midazolam, Alprazolam

วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภทที่ ๓ คือ วัตถุออกฤทธิ์ที่ใช้ในทางการแพทย์และอาจก่อให้เกิดการนำไปใช้หรือมีแนวโน้มในการนำไปใช้ในทางที่ผิด เช่น Pentazocine, Pentobarbital

วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภทที่ ๔ คือ วัตถุออกฤทธิ์ที่ใช้ในทางการแพทย์และอาจก่อให้เกิดการนำไปใช้หรือมีแนวโน้มในการนำไปใช้ในทางที่ผิดน้อยกว่าประเภทที่ ๓ เช่น Diazepam, Lorazepam

ทั้งนี้ การดำเนินงานตามภาระหน้าที่ที่กำหนดไว้ใน ๒ พระราชบัญญัติข้างต้น จะครอบคลุม ๕ ขั้นตอนการดำเนินงาน ได้แก่ ๑) การอนุญาต ๒) การตรวจสอบสถานประกอบการ ๓) การควบคุมการใช้ทางการแพทย์ อุตสาหกรรม และวิทยาศาสตร์ ๔) การตรวจสอบข้อมูลการกระจาย และ ๕) การจัดทำและการปรับปรุงกฎหมาย โดยมีรายละเอียดดังตารางที่กำหนดไว้ด้านล่าง

การดำเนินการ	การควบคุมยาเสพติด/การอนุญาต					การควบคุมวัตถุออกฤทธิ์/การอนุญาต			
	ยส.๑	ยส.๒	ยส.๓	ยส.๔	ยส.๕	วจ.๑	วจ.๒	วจ.๓	วจ.๕
การผลิต นำเข้า ส่งออก	รมว.สธ. อนุญาต	เลขาธิการ อย. อนุญาต	เลขาธิการ อย. อนุญาต	รมว.สธ. อนุญาต	เลขาธิการ อย. อนุญาต (คกก. ยส. เห็นชอบ)	เลขาธิการ อย. อนุญาต	เลขาธิการ อย. อนุญาต	เลขาธิการ อย. อนุญาต	เลขาธิการ อย. อนุญาต
การจำหน่าย มีไว้ในครอบครอง	รมว.สธ. อนุญาต	เลขาธิการ อย. อนุญาต	เลขาธิการ อย. อนุญาต	รมว.สธ. อนุญาต	เลขาธิการ อย. อนุญาต	เลขาธิการ อย. อนุญาต	เลขาธิการ อย. อนุญาต	เลขาธิการ อย. อนุญาต	เลขาธิการ อย. อนุญาต
การใช้ทางการแพทย์	✖	✓	✓	✓	✓	✖	✓	✓	✓
การใช้ทางวิทยาศาสตร์/อุตสาหกรรม	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
การเสพ	✖	✓ ตามคำสั่งแพทย์	✓	✖	✓ ตามคำสั่งแพทย์ แพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน	✖	✓ ตามคำสั่งแพทย์	✓ ตามคำสั่งแพทย์	✓ ตามคำสั่งแพทย์
การศึกษาวิจัย	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ดังนี้

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

๑. เห็นด้วยกับแนวทางในการสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมฟื้นฟูผู้ป่วยสูงอายุของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพราะมีความจำเป็นและความต้องการของสังคมไทยในการดูแลผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม และควรผลักดันโรงพยาบาลผู้สูงอายุให้มีศักยภาพสูงในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างครบวงจรต่อไป พร้อมกับออกมาตรการส่งเสริมจูงใจให้ประชาชนเลือกเข้ารับบริการ เช่น มาตรการลดหย่อนภาษีสำหรับลูกหลาน

๒. ควรกำหนดมาตรการในการส่งเสริมผลักดันสถานพยาบาลหรือสถานดูแลผู้สูงอายุ โดยแบ่งออกเป็นส่วนที่มีศักยภาพในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล กับส่วนที่เป็นการให้บริการขั้นพื้นฐาน (Basic Needs)

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการ

๑. ควรพิจารณากำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับขั้นตอนความพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุจากศูนย์ดูแลผู้สูงอายุหรือโรงพยาบาลส่งเสริมฟื้นฟูผู้สูงอายุ เป็นสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีสภาวะเสี่ยง

ต่ออาการเจ็บป่วยมากกว่าผู้ป่วยโดยทั่วไป เหมือนประเทศญี่ปุ่นที่ให้การบริการสำหรับผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างดี เนื่องจากมีการเตรียมความพร้อมในการส่งต่อผู้สูงอายุไปยังโรงพยาบาลได้ทันท่วงที

๒. การกำหนดหลักเกณฑ์หรือมาตรฐานต่าง ๆ ควรคำนึงถึงเงื่อนไขและข้อจำกัดของผู้ป่วยมากกว่าผู้ให้บริการ ซึ่งจำเป็นจะต้องดำเนินการให้ครอบคลุมกับประชาชนทุกคน โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุระดับทั่วไปที่มีภาระด้านค่าใช้จ่ายสูง

๓. ควรพิจารณานำระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมารองรับการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ

๔. ควรวางระบบการบริการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้งวงจร ทั้งบุคลากร ตลอดจนเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพราะประเด็นปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในปัจจุบันนี้เป็นเพียงสิ่งที่ปรากฏขึ้นของยอดผู้เขาน้ำแข็ง แต่อีก ๕ ปีถัดไป จะพบปัญหาและอุปสรรคมากขึ้น หากระบบบริการมีความพร้อมก็จะได้รับความนิยมอย่างสูง

๒.๒ พิจารณาศึกษาร่างพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... (ความผิดฐานทำให้แท้งลูก)

สืบเนื่องมาจากมีผู้ร้องเรียนซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้การทำแท้งกับหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ต่อมาผู้ร้องถูกดำเนินคดีฐานทำให้หญิงแท้งลูกโดยหญิงนั้นยินยอมตามมาตรา ๓๐๒ แห่งประมวลกฎหมายอาญา ผู้ร้องเรียนจึงฟ้องร้องต่อศาลรัฐธรรมนูญ เพื่อวินิจฉัยกรณีมาตรา ๓๐๑ แห่งประมวลกฎหมายอาญาขัดหรือแย้งต่อมาตรา ๒๘ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยหรือไม่ ซึ่งศาลรัฐธรรมนูญวินิจฉัยว่า มาตรา ๓๐๑ แห่งประมวลกฎหมายอาญาขัดหรือแย้งต่อมาตรา ๒๘ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย โดยกำหนดคำบังคับให้คำวินิจฉัยของศาลในส่วนที่ขัดหรือแย้งต่อรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยมีผลบังคับภายในระยะเวลา ๓๖๐ วัน นับแต่วันที่ศาลรัฐธรรมนูญมีคำวินิจฉัย ส่วนประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๓๐๕ ไม่ขัดหรือแย้งต่อมาตรา ๒๗ มาตรา ๒๘ และมาตรา ๗๗ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และสมควรให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไขปรับปรุงประมวลกฎหมายอาญาและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเรื่องการทำแท้งให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ในปัจจุบัน

ประกอบกับคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมาธิการวิสามัญกิจการวุฒิสภา ให้พิจารณาศึกษาร่างพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... (ความผิดฐานทำให้แท้งลูก) ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๑๑๙ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาของสมาชิกวุฒิสภาในการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว และเพื่อให้การพิจารณาเป็นไปตามคำบังคับของคำวินิจฉัยศาลรัฐธรรมนูญดังกล่าว ดังนั้น คณะกรรมาธิการจึงได้เชิญผู้แทนจากหน่วยงานต่าง ๆ มาให้ข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าว เพื่อจัดทำรายงานผลการพิจารณาศึกษาร่างพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ให้แล้วเสร็จภายในกำหนดระยะเวลาตามคำวินิจฉัยของศาลรัฐธรรมนูญ

<u>ผลการพิจารณา</u>

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สืบเนื่องมาจากศาลรัฐธรรมนูญมีคำวินิจฉัยที่ ๔/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ วินิจฉัยว่าบทบัญญัติความผิดฐานหญิงทำให้ตนเองแท้งลูกหรือยอมให้ผู้อื่นทำให้ตนเองแท้งลูกตามมาตรา ๓๐๑ แห่งประมวลกฎหมายอาญา ขัดหรือยังต่อมาตรา ๒๘ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย จึงกำหนดให้มาตรา ๓๐๑ แห่งประมวลกฎหมายอาญาสิ้นผลไม่สามารถใช้บังคับได้เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลา ๓๖๐ วัน นับแต่วันที่ศาลรัฐธรรมนูญมีคำวินิจฉัย ทั้งนี้ ศาลรัฐธรรมนูญได้เสนอแนะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไขปรับปรุงเพื่อให้การคุ้มครองสิทธิของทารกในครรภ์และสิทธิของหญิงตั้งครรภ์ในการตัดสินใจทำแท้ง เพื่อให้เกิดความสมดุลกัน โดยกำหนดระยะเวลา ๓๖๐ วัน ในการแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๓๐๑

จากนั้นคณะรัฐมนตรีได้มีมติมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาจึงนำเรื่องดังกล่าวเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาปรับปรุงประมวลกฎหมายอาญา และจัดทำร่างพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... เสนอต่อรัฐสภา เพื่อพิจารณา

โดยร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวประกอบด้วย ๔ มาตรา ประเด็นหลักอยู่ในมาตรา ๓ และมาตรา ๔ ซึ่งเป็นการแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา จำนวน ๒ มาตรา คือ มาตรา ๓๐๑ โดยการเพิ่มเงื่อนไขเรื่องอายุครรภ์ ซึ่งกำหนดความสมดุลระหว่างการคุ้มครองสิทธิทารกและสิทธิหญิงตั้งครรภ์ จากการหารือร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับข้อเสนอแนะของศาลรัฐธรรมนูญที่ให้นำช่วงระยะเวลาการตั้งครรภ์มาเป็นหลักเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนั้น การพิจารณาจึงมีการกำหนดอายุครรภ์ว่า หากหญิงทำให้ตนเองแท้งลูกหรือยอมให้ผู้อื่นทำให้ตนเองแท้งลูกในขณะที่อายุครรภ์ยังไม่เกิน ๑๒ สัปดาห์ จะไม่มีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๓๐๑ และลดอัตราโทษจำคุกจาก ๓ ปี เป็นอัตราโทษจำคุกไม่เกิน ๖ เดือน เพื่อเป็นการเคารพสิทธิของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

ส่วนกรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีความจำเป็นอย่างอื่น จึงมีการแก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๓๐๕ ซึ่งเดิมเป็นข้อยกเว้นความรับผิดของหญิงตั้งครรภ์กับแพทย์ที่เป็นผู้ทำแท้งให้กับหญิงตั้งครรภ์ ในกรณีที่จำเป็นเนื่องจากสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และกรณีที่หญิงตั้งครรภ์เนื่องจากการกระทำความผิดทางอาญา ทั้งนี้ได้มีการเพิ่มเติมเหตุยกเว้นความรับผิด เพื่อให้ครอบคลุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยกำหนดเหตุยกเว้นโทษไว้ ๔ กรณี คือ ๑) กรณีจำเป็นเนื่องจากหากหญิงตั้งครรภ์ต่อไปจะเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายต่อสุขภาพทางกายหรือจิตใจ ๒) กรณีหากทารกคลอดออกมาจะมีความเสี่ยงอย่างมากที่จะได้รับผลกระทบจากความผิดปกติทางกายหรือจิตใจถึงขนาดทุพพลภาพอย่างร้ายแรง ๓) กรณีหญิงมีครรภ์เนื่องจากมีการกระทำความผิดเกี่ยวกับเพศในทุกกรณี และ ๔) กรณีหญิงซึ่งมีอายุครรภ์ไม่เกินสิบสองสัปดาห์ยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ ทั้งนี้ ในมาตรา ๓๐๑ เป็นการยกเว้นความผิดให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ไม่เกินสิบสองสัปดาห์เท่านั้น ดังนั้น ในมาตรา ๓๐๕ จึงต้องกำหนดเหตุยกเว้นให้กับแพทย์ผู้ทำแท้งให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ไม่เกินสิบสองสัปดาห์ด้วย ทั้งนี้ ร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวอยู่ระหว่างการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาได้กระชับเวลาการจัดทำร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว จากเดิมที่จะต้องให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหารือร่วมกันเพื่อจัดทำร่างพระราชบัญญัติและเสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ซึ่งอาจทำให้เกิดความล่าช้าในกระบวนการเสนอกฎหมาย ดังนั้น สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาจึงเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ร้องเรียนมาประชุมร่วมกัน ซึ่งมีการหารือร่วมกันหลายครั้ง แต่ทั้งนี้ เมื่อเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ทำให้ต้องหยุดการประชุมหารือในเรื่องดังกล่าวไว้ชั่วคราว หลังจากนั้นจึงได้เข้าสู่กระบวนการรับฟังความคิดเห็นร่างพระราชบัญญัติซึ่งเสร็จสิ้นเมื่อเดือนมิถุนายน ๒๕๖๓ และคณะรัฐมนตรีพิจารณาแล้วเสร็จเมื่อเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๓ ต่อมาจึงได้เสนอต่อรัฐสภาเพื่อพิจารณาหลังจากคณะรัฐมนตรีพิจารณาแล้วเสร็จ

ประเด็นการรับฟังความคิดเห็นได้มีการเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเครือข่ายภาคประชาชนร่วมกันแสดงความคิดเห็น และมีการรับฟังความคิดเห็นผ่านทางเว็บไซต์ โดยความเห็นส่วนใหญ่ของเครือข่ายภาคประชาชนเห็นควรให้ยกเลิกมาตรา ๓๐๑ ไม่ให้มีการบังคับใช้ แต่หากจะมีการบังคับใช้มาตรา ๓๐๑ ควรกำหนดอายุครรภ์ในการยุติการตั้งครรภ์ที่สูงขึ้น คือ หญิงตั้งครรภ์ควรมีสิทธิกำหนดเสรีภาพในร่างกายของตนเองได้ ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาได้มีการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับเกณฑ์อายุครรภ์ไว้ในรายงานการรับฟังความคิดเห็นแล้ว

กรณีที่รัฐสภาไม่สามารถพิจารณาร่างพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ให้แล้วเสร็จตามกรอบระยะเวลาของคำวินิจฉัยศาลรัฐธรรมนูญ มาตรา ๕ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย กำหนดว่า “บทบัญญัติใดของกฎหมาย กฎ หรือข้อบังคับหรือการกระทำใด ขัดหรือแย้งต่อรัฐธรรมนูญ บทบัญญัติหรือการกระทำนั้นเป็นอันใช้บังคับมิได้” หมายความว่า

บทบัญญัติของกฎหมายนั้นยังคงมีอยู่ แต่ไม่สามารถใช้บังคับได้ หากมีการฟ้องร้องดำเนินคดีในมาตรา ๓๐๑ หรือมาตรา ๓๐๕ ศาลจะไม่นำบทบัญญัติในมาตราดังกล่าวมาใช้บังคับในการพิจารณาคดี หากภายหลังรัฐสภาพิจารณาร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวแล้วเสร็จก็สามารถนำบทบัญญัตินั้นมาใช้บังคับต่อไปได้ ทั้งนี้ อาจเกิดช่องว่างของกฎหมายในระหว่างที่ร่างพระราชบัญญัตินั้นยังพิจารณาไม่แล้วเสร็จ ซึ่งจะทำให้คดีที่เกี่ยวกับความผิดตามมาตราดังกล่าวไม่สามารถดำเนินคดีได้ แต่จากการสอบถามหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีการดำเนินคดีประเภทนี้แต่อย่างใด

การพิจารณาร่างพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ในชั้นของสภาผู้แทนราษฎร มีการแก้ไขเรื่องอัตราโทษในมาตรา ๓๐๑ จากเดิมกำหนดอัตราโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน และมีการปรับแก้ไขอัตราโทษเป็นโทษจำคุกไม่เกินสามเดือน ส่วนโทษปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท ในส่วนของอัตราโทษทางสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาได้สงวนความเห็นไว้ เนื่องจากอัตราโทษตามบทบัญญัติในมาตราดังกล่าวไม่ได้สัดส่วนกับความร้ายแรงของการกระทำผิดแต่อย่างใด ส่วนเรื่องอายุครรภ์ได้ข้อยุติที่อายุครรภ์ไม่เกิน ๑๒ สัปดาห์ เนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเห็นว่า อายุครรภ์ไม่เกิน ๑๒ สัปดาห์ ถือว่าเป็นการทำแท้งที่สมบูรณ์ได้โดยไม่มีเงื่อนไข

มาตรา ๓๐๕ เป็นการเพิ่มเติมเหตุยกเว้นความผิดฐานทำให้แท้งลูกให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น โดยใน (๑) ไม่มีการแก้ไขเพิ่มเติมถ้อยคำ (๒) แก้ไขถ้อยคำจาก “จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากหากทารกคลอดออกมาจะมีความเสี่ยงอย่างมากที่จะได้รับผลกระทบจากความผิดปกติทางกายหรือจิตใจถึงขนาดทุพพลภาพอย่างร้ายแรง” แก้ไขเป็น “จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากมีความเสี่ยงอย่างมาก หรือมีเหตุผลทางการแพทย์อันควรเชื่อได้ว่าหากทารกคลอดออกมาจะมีความผิดปกติถึงขนาดทุพพลภาพอย่างร้ายแรง” (๓) แก้ไขถ้อยคำจาก “หญิงมีครรภ์เนื่องจากมีการกระทำความผิดเกี่ยวกับเพศ” แก้ไขเป็น “หญิงยืนยันต่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมว่าตนมีครรภ์เนื่องจากมีการกระทำความผิดเกี่ยวกับเพศ” ส่วน (๔) ไม่มีการแก้ไข นอกจากนั้นที่ประชุมได้พิจารณาให้มีการเพิ่ม (๕) กรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีอายุครรภ์เกิน ๑๒ สัปดาห์ และเข้าสู่กระบวนการปรึกษาทางเลือกสามารถให้ทำการยุติการตั้งครรภ์ได้

สำหรับแพทย์ที่สามารถทำการยุติการตั้งครรภ์ได้ตามร่างพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่..) พ.ศ. .... จะต้องเป็นแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนและได้รับอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา ประกอบกับมาตรา ๓๐๕ ของร่างพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่..) พ.ศ. .... ได้กำหนดไว้ว่า การยุติการตั้งครรภ์ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ของแพทยสภาที่ได้กำหนดไว้ในข้อบังคับแพทยสภา โดยการดำเนินการดังกล่าวจะต้องกระทำในสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

การกำหนดอัตราโทษตามมาตรา ๓๐๑ ร่างพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ได้สัดส่วนกับหลักการกำหนดอัตราโทษของประมวลกฎหมายอาญาไม่แตกต่างจากอัตราโทษของประมวลกฎหมายอาญาประเทศเยอรมนี เนื่องจากประมวลกฎหมายอาญาของเยอรมันกำหนดอัตราโทษความผิดฐานทำให้แท้งลูกไว้ว่า ผู้ที่ทำการยุติการตั้งครรภ์ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือกรณีที่ผู้กระทำดำเนินการขัดต่อเจตจำนงของหญิงตั้งครรภ์ หรือกระทำโดยขาดความระมัดระวังเป็นเหตุให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิต หรือเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายอย่างร้ายแรงต่อสุขภาพมีโทษจำคุกตั้งแต่หกเดือนถึงห้าปี

ร่างพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ที่กำหนดให้สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ในหญิงมีอายุครรภ์ไม่เกิน ๑๒ สัปดาห์ นั้น เนื่องจากผู้หญิงจะทราบว่าตนเองตั้งครรภ์หรือไม่ต้องใช้ระยะเวลาพอสมควร โดยเฉพาะผู้หญิงที่ผ่านการทำหมันมาแล้ว จะไม่สนใจ

การมีประจำเดือน โดยทั่วไปผู้หญิงจะทราบว่าตนเองตั้งครรภ์เมื่อขาดประจำเดือน ทั้งนี้ อายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ จะต้องหักลบออกไปอีก ๒ สัปดาห์ เนื่องจากการตกไข่จะเกิดขึ้นหลังจาก ๒ สัปดาห์ เมื่อเป็นประจำเดือนครั้งสุดท้าย ซึ่งอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ อาจเป็นอายุครรภ์ที่ต่ำกว่านั้น ทั้งนี้ อายุครรภ์ ๘ สัปดาห์ อาจเป็นอายุครรภ์ที่สั้นเกินกว่าที่ผู้หญิงจะทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ แต่หากอายุครรภ์เกิน ๑๒ สัปดาห์ขึ้นไป ทารกจะเริ่มมีรูปร่างสมบูรณ์มากขึ้น การยุติการตั้งครรภ์อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาได้นำหลักการตรวจสอบและถ่วงดุลอำนาจหรือ Check and Balance มาใช้ในการพิจารณาจัดทำร่างพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... โดยการให้คำปรึกษาก่อนการยุติการตั้งครรภ์ โดยร่างพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ได้นำแนวทางตามประมวลกฎหมายอาญาของเยอรมันมาประกอบการจัดทำร่างพระราชบัญญัติ โดยนำหลักการตรวจสอบและถ่วงดุลอำนาจ หรือ Check and Balance มาประกอบการพิจารณา โดยการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์จะไม่ใช้ระบบแพทย์ให้คำปรึกษา แต่เป็นการให้คำปรึกษาโดยระบบสาธารณสุข เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสสุดท้ายในการเปลี่ยนความคิดที่จะยุติการตั้งครรภ์ โดยกำหนดเป็นเงื่อนไขการทำแท้งตามมาตรา ๓๐๑ แต่เมื่อมีการเปิดรับฟังความคิดเห็นร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว ส่วนใหญ่เห็นว่า หากมีการสร้างเงื่อนไขเพิ่มขึ้นจะเป็นการจำกัดสิทธิของหญิงตั้งครรภ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับเนื้อตัวร่างกายของตนเอง ดังนั้น จึงนำเงื่อนไขดังกล่าวออกจากมาตรา ๓๐๑ ส่วนการกำหนดอายุครรภ์ไม่เกิน ๑๒ สัปดาห์ ให้สามารถทำแท้งได้เป็นจุดสมดุลที่สุด เนื่องจากมีความปลอดภัยกับหญิงตั้งครรภ์มากที่สุด และหากทารกคลอดออกมาในระยะเวลาตั้งครรภ์ไม่เกิน ๑๒ สัปดาห์ ทารกไม่มีโอกาสที่จะพัฒนาและอยู่รอดต่อไปได้ ดังนั้น จึงไม่กำหนดเงื่อนไขใด ๆ ซึ่งในทางปฏิบัติจะมีการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้หญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระบบการให้คำปรึกษาทางด้านสาธารณสุขให้มากขึ้น ทั้งนี้ เห็นว่าประเด็นดังกล่าวเป็นเรื่องการบริหารจัดการของภาครัฐที่จะเข้ามาสนับสนุนการดำเนินการดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวได้คำนึงถึงคำวินิจฉัยของศาลรัฐธรรมนูญเป็นหลักในการพิจารณา

กรมอนามัย

สืบเนื่องมาจากมีผู้ร้องเรียนต่อศาลรัฐธรรมนูญว่า มาตรา ๓๐๑ แห่งประมวลกฎหมายอาญาขัดหรือแย้งต่อมาตรา ๒๘ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งศาลรัฐธรรมนูญได้มีคำวินิจฉัยว่า มาตรา ๓๐๑ แห่งประมวลกฎหมายอาญา กระทบต่อสิทธิและเสรีภาพในชีวิตของหญิงเกินความจำเป็น ซึ่งไม่เป็นไปตามหลักความได้สัดส่วน และเป็นการจำกัดสิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ มาตรา ๒๘ จึงเห็นควรให้มีการแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติเกี่ยวกับความผิดฐานทำให้แท้งลูก และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย กระทรวงยุติธรรม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข จัดทำร่างพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ดังกล่าว

ทั้งนี้ กรมอนามัยได้ประสานกับภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย แพทยสภา ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และเครือข่ายดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ซึ่งหน่วยงานดังกล่าวมีความเห็นตรงกันว่าการแก้ไขประมวลกฎหมายอาญา จะต้องสามารถแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของหญิงได้ในทุกอายุครรภ์ และมีการแก้ไขปัญหาให้กับหญิง ที่ตั้งครรภ์ในทุกกรณี โดยในมาตรา ๓๐๑ ศาลรัฐธรรมนูญให้กำหนดความสมดุลระหว่างการคุ้มครองสิทธิของทารกในครรภ์และสิทธิของหญิงตั้งครรภ์ โดยการพิจารณามีการแบ่งเป็น ๔ กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มที่ ๑ คือ การพิจารณาว่า ทารกมีชีวิตตั้งแต่ปฏิสนธิ ส่วนใหญ่เป็นการพิจารณาตามหลักศาสนา กลุ่มที่ ๒ คือ การพิจารณาว่า ทารกมีชีวิตตั้งแต่อวัยวะครบถ้วน คือ อายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ กลุ่มที่ ๓ คือ การพิจารณาว่า หากทารกคลอดออกมาแล้ว สามารถเลี้ยงมีชีวิตอยู่ได้ด้วยการใช้เทคโนโลยี

ทางการแพทย์ในปัจจุบัน คือ อายุครรภ์ตั้งแต่ ๒๒ สัปดาห์ ถึงอายุครรภ์ ๒๔ สัปดาห์ และกลุ่มที่ ๔ คือ การพิจารณาว่า ทารกที่คลอดออกมาแล้ว สามารถมีชีวิตอยู่ด้วยตนเองได้ คือ อายุครรภ์ ๓๖ สัปดาห์ หรืออายุครรภ์ ๔๒ สัปดาห์

กรมอนามัยมีความเห็นหลัก ๒ ประการ ที่เสนอร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา คือ ๑. หลักสิทธิตามกฎหมาย และ ๒. หลักความปลอดภัย ซึ่งตามหลักความปลอดภัยหญิงตั้งครรภ์จะยุติการตั้งครรภ์เมื่ออายุครรภ์ไม่เกิน ๑๒ สัปดาห์ หากอายุครรภ์เกิน ๑๒ สัปดาห์ ทารกจะมีอวัยวะครบสมบูรณ์แล้ว ทั้งนี้ เทคโนโลยีในปัจจุบันได้พัฒนามากขึ้น จึงมีสถิติของทารกที่อายุครรภ์ ๑๘ สัปดาห์ เมื่อคลอดออกมาแล้ว สามารถมีชีวิตรอดอยู่ได้โดยอาศัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการช่วยชีวิต ทั้งนี้ กรมอนามัยคาดการณ์ไว้ว่า ในอนาคตอาจมีการพัฒนาเทคโนโลยีที่สามารถช่วยชีวิตทารกที่มีอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ ให้มีชีวิตรอดภายหลังที่คลอดออกมา ดังนั้น จึงกำหนดอายุครรภ์ในการยุติการตั้งครรภ์ตามร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว ไม่เกิน ๑๒ สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ปลอดภัยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ดังกล่าว

ประเด็นที่ ๒ การยุติการตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ ทางการแพทย์ถือว่า เป็นการแท้งครบสมบูรณ์ คือ มีการหลุดลอกออกมาทั้งตัวเด็กและรก รวมทั้งเนื้อเยื่อข้างเคียง เนื่องจากรกยังฝังตัวไม่ลึกมากในผนังโพรงมดลูก ทำให้โอกาสที่หญิงตั้งครรภ์จะตกเลือดหรือมดลูกอักเสบมีน้อยมาก จึงถือได้ว่าช่วงระยะเวลาการยุติการตั้งครรภ์ดังกล่าวเป็นช่วงที่ปลอดภัยที่สุด ส่วนการทำแท้งกรณีที่อายุครรภ์มากกว่า ๑๒ สัปดาห์ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากยิ่งขึ้น

การแก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๓๐๕ มีความสอดคล้องกับมาตรา ๓๐๑ เนื่องจากการยุติการตั้งครรภ์ให้กับหญิงที่อายุครรภ์เกิน ๑๒ สัปดาห์ จะต้องดำเนินการโดยแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเท่านั้น ปัจจุบันมาตรา ๓๐๑ อาจเกิดปัญหากรณีหญิงสามารถยุติการตั้งครรภ์ด้วยตนเองได้ ซึ่งเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย เนื่องจากหญิงที่อายุครรภ์ไม่เกิน ๑๒ สัปดาห์ สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ด้วยตนเองหรือยอมให้ผู้อื่นทำให้ตนเองยุติการตั้งครรภ์ จึงอาจเกิดปัญหาที่หญิงตั้งครรภ์ซื้อยาผ่านสื่อออนไลน์ เพื่อยุติการตั้งครรภ์ด้วยตนเอง และอาจเกิดปัญหาแทรกซ้อนที่ไม่อาจแก้ไขได้ ส่วนมาตรา ๓๐๕ เห็นว่า ยังคงมีช่องว่างทางกฎหมายเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพที่เป็นผู้ทำการยุติการตั้งครรภ์ให้กับหญิงตั้งครรภ์จึงได้มีการแก้ไขเพิ่มเติม เพื่อให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้นใน ๔ ประเด็น คือ ๑) กรณีจำเป็นเนื่องจากหากหญิงตั้งครรภ์ต่อไปจะเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายต่อสุขภาพทางกายหรือจิตใจ ๒) กรณีหากทารกคลอดออกมาจะมีความเสี่ยงอย่างมากที่จะได้รับผลกระทบจากความผิดปกติทางกายหรือจิตใจถึงขนาดทุพพลภาพอย่างร้ายแรง ๓) กรณีหญิงมีครรภ์เนื่องจากมีการกระทำความผิดเกี่ยวกับเพศในทุกกรณี และ ๔) กรณีหญิงซึ่งมีอายุครรภ์ไม่เกินสิบสองสัปดาห์ยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์

ส่วนประเด็นที่อาจนำไปสู่ปัญหาการทำแท้งด้วยตนเอง หรือทำแท้งเถื่อนนั้น กรมอนามัยได้เตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการประกาศใช้ร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว โดยการใช้มาตรการดูแลอนามัยเจริญพันธุ์ คือ การบังคับใช้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ซึ่งมีการกำหนดมาตรการให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์ การคุมกำเนิด การเข้าถึงบริการเครือข่ายอาสาเพื่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (Referral System for Safe Abortion : RSA) ซึ่งกรมอนามัยได้ขึ้นทะเบียนเครือข่ายอาสาเพื่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยทั่วประเทศ จำนวน ๑๓๐ หน่วยบริการ ทั้งนี้ กรมอนามัยจะเร่งรัดการประชาสัมพันธ์ไม่ให้มีการยุติการตั้งครรภ์ด้วยตนเองในกรณีของหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ต่ำกว่า ๑๒ สัปดาห์ โดยให้มาเข้ารับบริการของเครือข่ายอาสาเพื่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ซึ่งมีหญิงตั้งครรภ์บางรายเมื่อได้รับคำแนะนำที่ดีจากเครือข่ายดังกล่าว และไม่มีการยุติการตั้งครรภ์แต่อย่างใด

เหตุผลที่ร่างพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... กำหนดให้สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ในหญิงมีอายุครรภ์ไม่เกิน ๑๒ สัปดาห์ เนื่องจากกลุ่มที่ใช้ยาในการยุติการตั้งครรภ์ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ มีสิทธิเข้าถึงยายุติการตั้งครรภ์ได้ ซึ่งการใช้ยาเมตาบอลจะมีประสิทธิภาพมากเมื่อหญิงมีอายุครรภ์ประมาณ ๗ สัปดาห์ ทำให้สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ส่วนกรณีที่มีการเสนอให้สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ในอายุครรภ์ ๒๔ สัปดาห์ เป็นกลุ่มที่พิจารณาว่า เมื่อคลอดทารกออกมาแล้วสามารถใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในการดูแลทารกให้มีชีวิตรอดอยู่ได้ ทั้งนี้ ในประเด็นดังกล่าวได้มีการหารือร่วมกันของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ แพทยสภา ราชวิทยาลัยสูตินารีแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งได้ข้อยุติในประเด็นอายุครรภ์ที่สามารถทำการยุติการตั้งครรภ์ได้เมื่อหญิงนั้นมีอายุครรภ์ไม่เกิน ๑๒ สัปดาห์การแก้ไขปัญหาในเรื่องนี้จะต้องไม่เกิดภาวะที่เรียกว่า “การทำแท้งเสรี” ซึ่งการทำแท้งจะต้องดำเนินการโดยแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจึงจะเป็นการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ทั้งนี้ การใช้ยาเมตาบอลเพื่อยุติการตั้งครรภ์ในหญิงที่อายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ ซึ่งการแท้งที่สมบูรณ์ คือ การหลุดลอกออกมาทั้งเด็กและรก รวมทั้งเนื้อเยื่อข้างเคียง คือ การที่มีอายุครรภ์ต่ำกว่า ๑๒ สัปดาห์ ซึ่งตรงกับความเห็นของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

แพทยสภา

มาตรา ๓๐๕ พิจารณาจากหลักการในการดูแลคนไข้ คือ คนไข้ต้องปลอดภัย และการดำเนินการของแพทย์ต้องเป็นไปตามกฎหมาย ซึ่งแพทยสภาได้ออกข้อบ่งชี้ในการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์เพื่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของมารดา และกำหนดวิธีการประเมินปัญหาทางจิตใจเบื้องต้น โดยนำระบบของกรมสุขภาพจิตและกรมอนามัยมาใช้ในทางปฏิบัติ กรณีเด็กมีความผิดปกติจะต้องมีหลักฐานอันพึงเชื่อถือได้หรือข้อมูลทางวิทยาศาสตร์มาประกอบการพิจารณาการยุติการตั้งครรภ์ ส่วนหญิงตั้งครรภ์เนื่องจากความผิดทางเพศจะมีการซักประวัติและให้หญิงนั้นลงนามรับรองความถูกต้อง ส่วนด้านการดูแลรักษาแพทย์จะทำการยุติการตั้งครรภ์ได้ต่อเมื่อได้รับความยินยอมจากคนไข้

การแก้ไขประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๓๐๑ จะต้องพิจารณาว่า กรณีที่หญิงตั้งครรภ์จะทำการยุติการตั้งครรภ์ด้วยตนเอง วิธีการใดที่ดีที่สุดและพึ่งดำเนินการได้ ซึ่งต้องนำหลักวิทยาศาสตร์มาใช้ประกอบการพิจารณา โดยอายุครรภ์มีระยะเวลาน้อยมากเท่าใดการทำแท้งจะยิ่งสมบูรณ์มากขึ้น ปัจจุบันมีการใช้ยาเพื่อยุติการตั้งครรภ์ หากอายุครรภ์น้อยจะทำให้ใช้ยาปริมาณที่น้อยลง และไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้น จึงกำหนดการยุติการตั้งครรภ์ไว้ที่อายุครรภ์ไม่เกิน ๑๒ สัปดาห์ ซึ่งจะทำให้การทำแท้งสมบูรณ์ ทั้งนี้ เมื่ออายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ จะเริ่มเป็นรูปร่างทารก อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่เป็นกังวลมากที่สุด คือ การซื้อยามารับประทานเองเพื่อยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากยานั้นอาจมีข้อห้ามในหญิงตั้งครรภ์บางราย อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเกิดอันตรายต่อชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ได้ ส่วนกรณีการตั้งครรภ์ที่เกิดจากทำหมันที่ล้มเหลว หรือการถูกคนในครอบครัวข่มขืนกระทำชำเรา ประเด็นเหล่านี้ไม่เข้าข่ายการกระทำความผิดทางเพศ เมื่อเด็กคลอดมาแล้วจะต้องมีกระบวนการด้านสังคมในการให้ความช่วยเหลือคนกลุ่มนี้ต่อไป ทั้งนี้ ในมุมมองของแพทย์ต้องการให้หญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระบบสุขภาพ นอกจากมีกฎหมายเกี่ยวกับการทำแท้งแล้ว ควรมีกฎหมายหรือมีวิธีการที่สนับสนุนให้ประชาชนทั่วไปเข้าสู่ระบบสุขภาพให้มากขึ้น

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ

ร่างพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... มาตรา ๓๐๕ (๒) ที่กำหนดว่า “จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากหากทารกคลอดออกมาจะมีความเสี่ยงอย่างมากที่จะได้รับผลกระทบจากความผิดปกติทางกายหรือจิตใจถึงขนาดทุพพลภาพอย่างร้ายแรง” คำว่า “ความเสี่ยง” เปรียบเสมือนการวินิจฉัยของแพทย์ผู้ทำการยุติการตั้งครรภ์ ในทางกฎหมายการวินิจฉัยคดีผู้วินิจฉัยจะต้องใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญ หรือประสบการณ์ประกอบการพิจารณาวินิจฉัยในประเด็นนั้น เช่นเดียวกับกรณีการวินิจฉัยความเสี่ยงตามมาตรา ๓๐๕ (๒) หากเป็นการวินิจฉัยโดยสูตินารีแพทย์จะมีความน่าเชื่อถือมากกว่าแพทย์ที่จบแพทยศาสตร์บัณฑิต (พบ.) ทั่วไป ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาประเด็นดังกล่าวให้รอบคอบ เพื่อป้องกันปัญหาการฟ้องร้องดำเนินคดีกับแพทย์ผู้กระทำการดังกล่าว

๒.๓ พิจารณาศึกษาร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ....
(การยกเลิกพืชกระท่อมจากยาเสพติดให้โทษ)
ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๑๑๙

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ ในมาตรา ๗ ได้แบ่งยาเสพติดให้โทษออกเป็น ๕ ประเภท คือ

๑. ประเภท ๑ ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน

๒. ประเภท ๒ ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟีน โคคาอีน โคเดอีน และฝิ่นยา

๓. ประเภท ๓ ยาเสพติดให้โทษที่มียาเสพติดให้โทษประเภท ๒ เป็นส่วนผสมอยู่ด้วยตามที่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยาไว้ตามมาตรา ๔๓ เช่น ยาแก้ไอผสมโคเดอีน

๔. ประเภท ๔ สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท ๑ หรือประเภท ๒ เช่น อาเซติคแอนไฮไดรด์ อาเซติคลอไรด์

๕. ประเภท ๕ ยาเสพติดให้โทษที่มิได้เข้าอยู่ในประเภท ๑ ถึงประเภท ๔ เช่น กัญชา พืชกระท่อม

ทั้งนี้ สำหรับร่างพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. .... ร่างประมวลยาเสพติด และร่างพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดียาเสพติด (ฉบับที่..) พ.ศ. .... รวม ๓ ฉบับ เป็นร่างพระราชบัญญัติที่จะตราขึ้นเพื่อดำเนินการตามหมวด ๑๖ การปฏิรูปประเทศของรัฐธรรมนูญ ซึ่งอยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมาธิการวิสามัญพิจารณาร่างพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. .... และร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด รัฐสภา โดยมีสาระสำคัญกำหนดให้ถอดกัญชาหรือพืชกระท่อมออกจากยาเสพติดประเภทที่ ๕ แต่ในอนุบัญญัติยังถือว่าเป็นยาเสพติดให้โทษอยู่ ยกเว้นเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ และคณะรัฐมนตรีได้เสนอร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... (ยกเลิกพืชกระท่อมจากการเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕) ซึ่งอยู่ระหว่างการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร มีสาระสำคัญ คือ

(๑) ยกเลิกพืชกระท่อมจากการเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ (แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๗ วรรคหนึ่ง (๕))

(๒) ยกเลิกบทบัญญัติเกี่ยวกับการประกาศให้ท้องที่ใดเป็นท้องที่ที่ทำการเสพพืชกระท่อมได้โดยไม่เป็นความผิด (ยกเลิกมาตรา ๕๘/๒)

(๓) ยกเลิกบทกำหนดโทษและอัตราโทษสำหรับความผิดเกี่ยวกับพืชกระท่อม (ยกเลิกมาตรา ๗๕ วรรคสาม มาตรา ๗๖ วรรคสอง มาตรา ๗๖/๑ วรรคสามและวรรคสี่ และมาตรา ๙๒ วรรคสอง) และได้มีสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรเสนอร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... อีกจำนวน ๓ ฉบับ คือ ร่างพระราชบัญญัติของนายอนุทิน ชาญวีรกูล กับคณะ ร่างพระราชบัญญัติของนายพยม พรหมเพชร กับคณะ และร่างพระราชบัญญัติของนายเทพไท เสนพงศ์ กับคณะ เป็นผู้เสนอ

ในพิจารณาศึกษาร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... (การยกเลิกพืชกระท่อมจากยาเสพติดให้โทษ) เป็นการดำเนินการตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๑๑๙ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาของสมาชิกวุฒิสภาในการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว

<u>ผลการพิจารณา</u>

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.)

หลักการของร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ....

แก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ ดังต่อไปนี้

(๑) ยกเลิกพืชกระท่อมจากการเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ (แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๗ วรรคหนึ่ง (๕))

(๒) ยกเลิกบทบัญญัติเกี่ยวกับการประกาศให้ท้องที่ใดเป็นท้องที่ที่ทำการเสพพืชกระท่อมได้โดยไม่เป็นความผิด (ยกเลิกมาตรา ๕๘/๒)

(๓) ยกเลิกบทกำหนดโทษและอัตราโทษสำหรับความผิดเกี่ยวกับพืชกระท่อม (ยกเลิกมาตรา ๗๕ วรรคสาม มาตรา ๗๖ วรรคสอง มาตรา ๗๖/๑ วรรคสามและวรรคสี่ และมาตรา ๙๒ วรรคสอง)

โดยที่ปัจจุบันพืชกระท่อมเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ และในหลายประเทศมิได้กำหนดให้พืชกระท่อมเป็นยาเสพติดให้โทษ ประกอบกับอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. ๑๙๖๑ และพิธีสารแก้ไขอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. ๑๙๗๒ มิได้กำหนดให้พืชกระท่อมเป็นยาเสพติดให้โทษ แม้ต่อมาจะมีกฎหมายผ่อนปรนให้สามารถนำพืชกระท่อมมาใช้ประโยชน์ในการทางการแพทย์หรือการวิจัยได้ แต่ก็ยังมีข้อจำกัดบางประการในการนำพืชกระท่อมมาใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยในบางพื้นที่ที่มีการบริโภคพืชกระท่อมตามวิถีชาวบ้าน เช่น การเคี้ยวใบกระท่อมสด ชงเป็นชา หรือต้มดื่ม ในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน กลุ่มเกษตรกร

นอกจากนี้เมื่อกฎหมายกำหนดกรอบการใช้พืชกระท่อมได้แต่เพียงในทางการแพทย์และการวิจัย ทำให้ไม่สามารถส่งเสริมและพัฒนาพืชกระท่อมในเชิงเศรษฐกิจได้อย่างเต็มที่ กระทรวงยุติธรรม โดยสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจึงได้เสนอร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... โดยยกเลิกพืชกระท่อมจากการเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท ๕ และเมื่อวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๓ ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๓ อนุมัติหลักการร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่.. พ.ศ. .... เป็นการเพิกถอนพืชกระท่อมออกจากการเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท ๕ และยกเลิกบทกำหนดโทษในความผิดเกี่ยวกับพืชกระท่อม โดยเมื่อวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาได้ตรวจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวเสร็จสิ้นโดยมีข้อสังเกตเพิ่มเติมว่า หากรัฐบาลมีนโยบายยกเลิกพืชกระท่อมออกจากการเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท ๕ ควรมีกฎหมายควบคุมพืชกระท่อมเป็นการเฉพาะด้วย

ทั้งนี้ เมื่อวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๓ สภาผู้แทนราษฎรมีมติรับหลักการร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว และอยู่ระหว่างการพิจารณาในชั้นกรรมาธิการของสภาผู้แทนราษฎร และได้พิจารณาเสร็จสิ้นแล้ว อยู่ระหว่างการนำเสนอเข้าสู่ที่ประชุมสภาผู้แทนราษฎรเพื่อพิจารณาในวาระที่ ๒ และ ๓ ต่อไป เพื่อจะได้ส่งเรื่องมายังวุฒิสภาพิจารณาต่อไป

ปัจจุบันพืชกระท่อมถูกกำหนดเป็นยาเสพติดประเภท ๕ ในมาตรา ๗ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ โดยพระราชบัญญัติดังกล่าวแบ่งยาเสพติดให้โทษออกเป็น ๕ ประเภท ซึ่งประเภท ๕ เป็นยาเสพติดให้โทษที่มิได้เข้าอยู่ในประเภท ๑ ถึงประเภท ๔ เช่น กัญชา พืชกระท่อม โดยมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

๑. การควบคุมพืชกระท่อมตามกฎหมายระหว่างประเทศ พืชกระท่อมมีอนุสัญญาสหประชาชาติที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด รวม ๓ ฉบับ ที่ไม่ได้กำหนดให้พืชกระท่อมเป็นยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์

ได้แก่ อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. ๑๙๖๑ อนุสัญญาว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. ๑๙๗๑ และอนุสัญญาว่าด้วยการต่อต้านการลักลอบค้ายาเสพติดและวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. ๑๙๘๘

๒. การควบคุมพืชกระท่อมในต่างประเทศ มีข้อมูลประเทศที่มีการควบคุมพืชกระท่อม ๙๐ ประเทศ ใน ๓ ลักษณะ คือ

๑) ควบคุมแบบยาเสพติดให้โทษ ๕ ประเทศ ได้แก่ ไทย เกาหลีใต้ เมียนมา อิตาลี และอินเดีย

๒) ควบคุม แต่ไม่ใช่กฎหมายยาเสพติดให้โทษ ๓๗ ประเทศ ยกตัวอย่างประเทศในแถบเอเชีย เช่น ญี่ปุ่น ไต้หวัน มาเลเซีย สิงคโปร์

๓) ไม่ควบคุม ๔๘ ประเทศ ยกตัวอย่างประเทศในแถบเอเชีย เช่น กัมพูชา ฟิลิปปินส์ ลาว เวียดนาม อินโดนีเซีย

๓. การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพืชกระท่อม มีการศึกษาตั้งแต่ปี ๒๕๔๖ จนถึงปี ๒๕๖๒ ได้แก่

๑) รายงานคณะกรรมาธิการวิสามัญศึกษาผลดีและผลเสียของการบริโภคพืชกระท่อมเพื่อใช้เป็นแนวทางในการเสนอว่าควรยกเลิกพืชกระท่อมออกจากยาเสพติดให้โทษประเภทที่ ๕ ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษหรือไม่ (๒๕๔๖) โดยมีข้อเสนอ ให้ยกเลิก

๒) โครงการศึกษาผลกระทบต่าง ๆ ในการควบคุมพืชกระท่อมเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท ๕ โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์สุนทรี วิทยานารถไพศาล และคณะ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (๒๕๔๘) โดยมีข้อเสนอ แนวโน้มยกเลิก

๓) การยกเลิกพืชกระท่อมออกจากพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษในประเทศ โดยนายประพันธ์ กิ่งพุทธพงษ์ (๒๕๔๘) โดยมีข้อเสนอ ให้ยกเลิก

๔) แนวทางการปฏิรูปกฎหมายยาเสพติด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบการจัดการพืชกระท่อมของไทยและต่างประเทศ โดย อาจารย์ไพศาล ลิ้มสถิตย์ โดยมีข้อเสนอ ไม่ยกเลิก แต่ให้ควบคุม

๕) ปัญหาการกำหนดความรับผิดชอบทางอาญาเกี่ยวกับพืชกระท่อม โดยอาจารย์กิตติพงษ์ มณีแก้ว, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธานี วรภัทร์ โดยมีข้อเสนอ ให้ยกเลิก

๖) งานค้นคว้าอิสาระ เรื่อง ปัญหาการคุ้มครองสิทธิบัตรพืชกระท่อมมีฤทธิ์ยาเสพติด : กรณีศึกษาพืชกระท่อม กัญชาและกัญชง โดย อาจารย์กานดา เพชรเลิศ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพฯ (๒๕๕๙) โดยมีข้อเสนอ ไม่ยกเลิก แต่ให้มีกฎหมายควบคุมเป็นการเฉพาะ

๗) บทความ เรื่อง กระท่อม กัญชา จากพืชเสพติดสู่ยารักษาโรคและความมั่นคงทางยา ในวารสารยาวิพากษ์ของแผนงานศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (มิ.ย. - ก.ค. ๒๕๖๑) โดยมีข้อเสนอ ให้แก้ไขปรับปรุงหรือเสนอเป็นพระราชบัญญัติเฉพาะ

๘) โครงการศึกษาฤทธิ์ยาเสพติดจากใบกระท่อมและสารอื่น ๆ ที่เป็นองค์ประกอบของ ๔ x ๑๐๐ เพื่อพิสูจน์ว่าสวนผสมใบกระท่อมเป็นสาเหตุของการเสพติดสาร ๔ x ๑๐๐ โดยรองศาสตราจารย์ ดร. เอกสิทธิ์ กุมารสิทธิ์ และคณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (๒๕๖๒) โดยมีข้อเสนอ ในการสนับสนุนการพัฒนาพืชกระท่อมให้เป็นผลิตภัณฑ์ที่มีคุณค่าต่อสุขภาพและการรักษาโรค

๔. ข้อมูลด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพืชกระท่อม

๑) ตำรับยาพื้นบ้านภาคใต้ที่มีกระท่อมผสมอยู่ ๒ ตำรับ คือ ยารักษาโรคสะเก็ดเงินและยาทำให้อดฝิ่น เพื่อบำบัดการติดสารเสพติด

๒) ตำรับยาแผนไทย ๗ ตำรับ เป็นตำรับยาแผนไทยที่มีกระท่อมปรุงผสมอยู่

๓) ความสำคัญของกระท่อม ข้อมูลจากมูลนิธีชีววิถี (BIOTHAI) พืชกระท่อมมีคุณสมบัติช่วยระงับปวด มีสารสกัดเซเว่น-ไฮดรอกซีไมตราไจนินจากใบกระท่อมมีฤทธิ์ระงับปวดดีกว่ามอร์ฟีน ๑๗ เท่า และผลข้างเคียงน้อยกว่ามอร์ฟีน มอร์ฟีนมีมูลค่าการตลาด ๕๐๐,๐๐๐ ล้านบาท/ปี มีผลข้างเคียงต่อระบบการหายใจและลำไส้

๔) จำนวนผู้ต้องขังที่กระทำความผิดเกี่ยวกับพืชกระท่อม รวมจำนวน ๑,๖๓๕ ราย ได้แก่ นักโทษเด็ดขาด จำนวน ๑,๐๕๒ ราย ผู้ต้องขังระหว่าง อุทธรณ์-ฎีกา จำนวน ๒๙๕ ราย ผู้ต้องขังระหว่างไต่สวน - พิจารณา จำนวน ๖๐ ราย ผู้ต้องขังระหว่างสอบสวน จำนวน ๑๗๙ ราย และผู้ต้องกักขัง ๔๙ ราย ทั้งนี้ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๐ ได้มีการปรับลดและถอนโทษทางอาญาเกี่ยวกับการลงโทษผู้เสพและผู้ครอบครองพืชกระท่อม และได้เตรียมประกาศให้ชาวบ้านที่ใช้พืชกระท่อมในวิถีชีวิตทางภาคใต้ให้สามารถเสพและครอบครองได้ในบางพื้นที่

๕. การวิเคราะห์เพื่อไปสู่การปลดล็อกพืชกระท่อม

๑) ข้อจำกัดในปัจจุบัน ไม่สามารถส่งเสริมหรือพัฒนาการใช้ประโยชน์ “พืชกระท่อม” ในเชิงพาณิชย์หรืออุตสาหกรรม เพื่อสร้างรายได้ให้กับประชาชนและประเทศชาติได้ เนื่องจากกฎหมายให้ใช้เฉพาะเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ และมีกำหนดคุณสมบัติผู้ขออนุญาตไว้เป็นการเฉพาะ

๒) บริบทและสภาพแวดล้อมของสังคมไทย มีการใช้พืชกระท่อมในรูปแบบวิถีชาวบ้าน เช่น การเคี้ยวใบสด หรือต้มน้ำดื่มในกลุ่มชาวไร่ชาวสวน กลุ่มผู้ใช้แรงงานโดยเฉพาะในพื้นที่ภาคใต้ เพื่อให้สามารถทำงานได้ทนทานและเพื่อรักษาอาการหรือโรคต่าง ๆ หลายชนิด เช่น อาการไอ ท้องร่วง ปวดท้อง เป็นต้น

๓) การใช้พืชกระท่อมสมัยโบราณ เป็นพืชที่ใช้เข้าในสูตรยาของหมอพื้นบ้านหรือหมอแผนไทย ประเภทยาแก้ท้องเสีย แก้ท้องร่วงปวดเมื่อยตามร่างกาย ทำให้นอนหลับและระงับประสาท

๔) ผลการศึกษาวิจัย สารไมตราไจนิน (mitragynine) ในพืชกระท่อมสามารถคลายกล้ามเนื้อระงับปวดได้ดี นอกจากนี้สาร 7-hydrosymitragynine มีฤทธิ์ยับยั้งความเจ็บปวดได้ดีกว่า morphine และดีกว่า mitragynine

๖. การรับฟังความคิดเห็น กระทรวงยุติธรรม โดย สำนักงาน ป.ป.ส. ได้จัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..) ระหว่างวันที่ ๓ - ๑๗ มกราคม ๒๕๖๓ ผ่านเว็บไซต์ของสำนักงาน โดยในวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๓ ได้จัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อรับฟังความคิดเห็นผู้เกี่ยวข้อง

๗. ผลการรับฟังความเห็น จำนวนผู้มาแสดงความคิดเห็นผ่านเว็บไซต์ จำนวน ๓,๑๘๓ ราย เห็นด้วยร้อยละ ๙๕ ไม่เห็นด้วย ร้อยละ ๕ โดยมีประเด็นและข้อห่วงใย คือ

๑) มีความเป็นห่วงและวิตกกังวลต่อการใช้พืชกระท่อมของเด็กและเยาวชน รวมถึงการใช้พืชกระท่อมในลักษณะที่ผสมกับสิ่งอื่นในลักษณะ ๔ x ๑๐๐ ที่อาจนำไปสู่การประกอบอาชญากรรมอื่น เช่น ความผิดเกี่ยวกับชีวิต ร่างกาย ทรัพย์สิน เป็นต้น

๒) ควรมีมาตรการอื่นในการควบคุมเพื่อมิให้มีการนำพืชกระท่อมไปใช้ในทางที่ผิด

๘. ประโยชน์ที่จะได้รับ

๑) ประชาชนที่มีการใช้พืชกระท่อมตามวิถีชาวบ้านสามารถใช้ได้โดยไม่มีความผิดอาญา

๒) สามารถส่งเสริมและพัฒนาการใช้ประโยชน์พืชกระท่อมได้ดียิ่งขึ้น เช่น พัฒนาใช้ผลิตยาแก้ปวดทดแทนยามอร์ฟีน ใช้เป็นยารักษาโรค/ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ สามารถส่งเสริมการศึกษาวิจัยและใช้ประโยชน์ได้สะดวกขึ้น และเนื้อไม้ ใช้ผลิตเฟอร์นิเจอร์

ทั้งนี้ ประเด็นกำหนดวันใช้บังคับ ซึ่งตามร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ในมาตรา ๒ ที่กำหนดให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป ในการพิจารณาในชั้นกรรมาธิการของสภาผู้แทนราษฎรได้มีการปรับลดวันที่มีผลบังคับใช้จาก ๑๘๐ วัน เหลือ ๙๐ วัน นับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ ซึ่งเป็นกฎหมายที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบัน พืชกระท่อมยังคงจัดให้เป็นยาเสพติดให้โทษ เว้นแต่ใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยและทางการแพทย์เท่านั้น การเสพเข้าสู่ร่างกายจะเป็นไปตามคำสั่งของแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ และหมอพื้นบ้านเท่านั้น และตำรับที่จะใช้ได้ต้องเป็นไปตามประกาศกำหนดที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศเท่านั้น

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ ในมาตรา ๕๘/๒ กำหนดให้รัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกาศให้ท้องที่ใดเป็นท้องที่ที่ทำการเสพพืชกระท่อมได้โดยไม่เป็นความผิด ซึ่งขณะนี้ อย. ได้รับรายชื่อท้องที่จาก ป.ป.ส. และอยู่ระหว่างจัดทำร่างประกาศเสนอให้คณะกรรมการเห็นชอบตามขั้นตอนการเสนอประกาศ และเสนอคณะรัฐมนตรีต่อไป

โดยหลักของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ กำหนดห้ามผลิต นำเข้า ส่งออก โดยไม่ได้รับอนุญาต แต่ในปัจจุบันมีผู้ที่ได้รับอนุญาตให้ใช้ประโยชน์จากพืชกกระท่อมตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ จำนวน ๑๘ ฉบับ เช่น

๑) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้รับอนุญาตให้ครอบครองใบกระท่อมเพื่อผลิตสารสำคัญมาตรฐานเพื่อใช้ในการตรวจวิเคราะห์

๒) สถาบันการศึกษาหรือมหาวิทยาลัย ได้รับอนุญาตให้ใช้หรือครอบครองใบกระท่อมเพื่อใช้ในงานวิจัยต่าง ๆ เช่น การศึกษาฤทธิ์ของสารสำคัญในพืชกระท่อม การศึกษาวิจัยและพัฒนาตำรับยาจากพืชกระท่อม การศึกษาวิธีการสกัดสาระสำคัญจากพืชกระท่อม รวมถึงการครอบครองสาระสำคัญของพืชกระท่อมเพื่อใช้ในการตรวจวิเคราะห์

๓) สำนักงาน ป.ป.ส. ได้รับอนุญาตให้ครอบครองพืชกระท่อมในพื้นที่ต่าง ๆ จำนวน ๑๓๕ พื้นที่ เพื่อเป็นการเตรียมการให้เสพได้โดยไม่เป็นความผิด เพื่อดำเนินการตามมาตรา ๕๘/๒ ต่อไป

การเสนอร่างกฎกระทรวงประกาศให้ท้องที่ใดเป็นท้องที่ที่ทำการเสพพืชกระท่อมได้โดยไม่เป็นความผิดตามมาตรา ๕๘/๒ แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอเลขาธิการคณะรัฐมนตรีไปแล้วเมื่อวันที่ ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เมื่อมีการยกเลิกพืชกระท่อมจากการเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท ๕ หากมีกรณีการทำน้ำต้มกระท่อม ๔ x ๑๐๐ และนำไปผสมกับวัตถุออกฤทธิ์ตามประเภท ๒ และประเภท ๔ ก็จะมีผิดตามที่กฎหมายกำหนดในแต่ละประเภท กรณีที่นำไปผสมยา ก็จะมีความผิดตามพระราชบัญญัติว่าด้วยยา ดังนั้น การนำพืชกระท่อมไปผสมกับสารอื่นใดแล้วที่มีความผิด ก็จะถือว่ามีความผิดตามพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้อง แต่หากนำพืชกระท่อมไปผสมกับสารใดที่ยังไม่กำหนดว่าเป็นความผิด ก็ถือว่า ไม่มีความผิด

กรณีที่มีการนำพืชกระท่อมไปทำเป็นวัตถุออกฤทธิ์ ตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. ๒๕๑๘ มีการแบ่งประเภทของวัตถุออกฤทธิ์ เป็น ๔ ประเภท

๑) วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๑ มีอันตรายร้ายแรง ไม่มีประโยชน์ทางการแพทย์ ใช้เพื่อการศึกษาวิจัยได้ แต่จะมีการห้ามเสพ

๒) วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ มีอันตรายมาก แต่มีประโยชน์ในทางการแพทย์ จึงต้องมีการควบคุมที่เข้มงวด

๓) วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ มีอันตรายน้อยกว่าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๑ และประเภท ๒ และมีการนำมาใช้ประโยชน์ ทางการแพทย์ซึ่งผู้รับอนุญาตต้องมายื่นขอขึ้นทะเบียนตำรับกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และได้รับใบสำคัญการขึ้นทะเบียนก่อน จึงจะผลิต/หรือนำเข้าได้

๔) วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๔ มีอันตรายน้อยกว่าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ และมีการนำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ ซึ่งผู้รับอนุญาตต้องมายื่นขอขึ้นทะเบียนตำรับกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและได้รับใบสำคัญการขึ้นทะเบียนก่อน จึงจะผลิต/หรือนำเข้าได้

ทั้งนี้ ลำดับที่ ๒ – ๔ สามารถใช้ได้ตามคำสั่งแพทย์เท่านั้น

ข้อมูลการศึกษาวิจัยหรือสรุปทางวิชาการเกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของพืชกระท่อมต่อจิตและประสาทว่า พืชกระท่อมมีการออกฤทธิ์มากน้อยเพียงใด และการออกฤทธิ์เทียบเท่ากับยาเสพติดให้โทษชนิดใด เช่น มีงานวิจัยแจ้งผลการออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทเทียบเท่ากับกาแฟ ยาชูกำลัง เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการออกกฎหมายยกเลิกพืชกระท่อม และกฎหมายควบคุมการใช้พืชกระท่อมฉบับใหม่ พบว่าในประเทศไทยจะมีหน่วยงานที่ขออนุญาตใช้พืชกระท่อมในการศึกษาวิจัยถึงฤทธิ์ของพืชกระท่อม เช่น มหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำการศึกษาวิจัยสารสกัดในพืชกระท่อมต่อคลื่นไฟฟ้าสมองของหนูพาร์กินสัน การพัฒนาตำรับยา และงานวิจัยของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิวัติ แก้วประดับ อาจารย์ภาควิชาเภสัชเวทและเภสัชพฤกษศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รวบรวมข้อมูลของพืชกระท่อม พบว่า สารสำคัญของพืชกระท่อมมีฤทธิ์ลดอาการปวด แต่มีความรุนแรงต่ำกว่ามอร์ฟีนประมาณ ๑๐ เท่า และมีข้อดีกว่ามอร์ฟีนหลายประการ ได้แก่ กระท่อมไม่กดระบบทางเดินหายใจ กระท่อมไม่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผู้เสพกระท่อมมีพัฒนาการในการติดยาช้ากว่ามอร์ฟีนหลายปี ไม่มีปัญหาเรื่องอาการอยากได้ยา จึงไม่มีกรณีผู้ติดกระท่อมก่อเหตุร้ายหรือพัวพันกับอาชญากรรม และอาการขาดยาของผู้เสพกระท่อมจะไม่ทรมานเท่าผู้เสพมอร์ฟีน และสามารถรักษาบำบัดฟื้นฟูได้ง่ายกว่าผู้เสพติดมอร์ฟีน

สำหรับข้อมูลจากต่างประเทศ พบว่า การใช้ยาในขนาดต่ำจะมีฤทธิ์กระตุ้นประสาท ทำให้เกิดความกระตือรือร้น การใช้ยาระดับปานกลาง-สูง จะแก้ปวด รักษาอาการท้องเสีย สามารถลดอาการถอนยาได้ ทำให้รู้สึกสบาย ผ่อนคลาย หากมีการใช้ยาในระดับสูง จะออกฤทธิ์กดประสาท ทำให้เสพติดได้และรู้สึกขาดยาเมื่อไม่ได้เสพยา ทั้งนี้ การรวบรวมข้อมูลของนักวิชาการท่านอื่น ๆ การศึกษาวิจัยจึงอาจยังมีน้อย เนื่องจากปัจจุบันพืชกระท่อมเป็นยาเสพติดประเภท ๕

ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

จากการรักษาดูแลผู้ป่วยจากการใช้พืชกระท่อมมีจำนวนไม่มากเมื่อเทียบกับการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ เช่น ยาบ้า โดยมีประมาณปีละ ๓,๐๐๐ - ๔,๐๐๐ ราย ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบำบัดส่วนใหญ่ไม่มีอาการทางจิตเวชที่รุนแรง ไม่มีการกระทำอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ซึ่งเป็นการใช้ยาผิดวิธี โดยการนำมาผสมกับสารเสพติดอื่น ยังไม่พบการใช้ยาเกินขนาดของพืชกระท่อม อาการของผู้ป่วยที่มีการใช้พืชกระท่อมที่พบจำนวนมากจะมีอาการมึนเมา คลื่นไส้อาเจียน เว้นแต่พิษจากสารที่นำมาเป็นส่วนผสม ในกรณีที่ใช้พืชกระท่อมผสมกับสารเสพติดอื่นส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มวัยรุ่นที่ใช้อ้างว่าเพื่อลดอาการถอนยา สำหรับการใช้พืชกระท่อมเพื่อการถอนยาได้มีการทดลองในสัตว์ทดลอง แต่ยังไม่มีการทดลองในคนที่ชัดเจน กระทรวงสาธารณสุขมองว่า ในวิถีชีวิตชาวบ้านในการใช้พืชกระท่อมเป็นยาทั้งภูมิปัญญาชาวบ้านและยาแผนไทย ได้ใช้พืชกระท่อมอย่างถูกต้องและในปริมาณที่เหมาะสมจะไม่ก่อให้เกิดอันตราย

เว้นแต่ใช้ในทางที่ผิด ทั้งนี้ กระทรวงฯ มีความกังวลในกรณีที่นำพืชกระท่อมไปผสมกับสารพิษอื่น โดยกระทรวงฯ ได้กำกับดูแล และเฝ้าระวังผู้ป่วยว่ามีประวัติในการใช้พืชกระท่อมแบบผสมหรือไม่ ทั้งนี้ ในประเทศนิวซีแลนด์ มีการขายสารสกัดจากพืชกระท่อมในร้านค้า โดยระบุว่า เป็นสมุนไพรเพื่อลดอาการปวด

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

คณะกรรมการพิจารณาร่างกฎหมายได้พิจารณาร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ซึ่งกำหนดยกเลิกพืชกระท่อมจากการเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท ๕ แล้วเห็นว่า การยกเลิกพืชกระท่อมจากการเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท ๕ จะทำให้สามารถเสพหรือใช้พืชกระท่อมได้โดยเสรี อย่างไรก็ตาม พืชกระท่อมยังมีสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท คณะกรรมการจึงเห็นว่า ควรมีการพิจารณาให้รอบคอบจากการใช้ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ รวมถึงการใช้โดยมิชอบโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน จึงขอให้สำนักงาน ป.ป.ส. กระทรวงยุติธรรม พิจารณาว่า มีความจำเป็นที่ต้องออกกฎหมายอีกฉบับเพื่อควบคุมการใช้พืชกระท่อมเพื่อแก้ไขปัญหาการใช้ที่ผิด แม้จะมีกฎหมายฉบับอื่น เช่น กฎหมายว่าด้วยยา กฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร กฎหมายว่าด้วยเครื่องสำอาง กฎหมายว่าด้วยอาหาร ก็ตาม แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมการใช้ในทางที่ผิด คณะกรรมการจึงพิจารณากำหนดวันใช้บังคับของร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... เป็น ๑๘๐ วัน นับแต่วันประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีระยะเวลาเพียงพอในการจัดทำร่างกฎหมายที่ควบคุมการใช้พืชกระท่อม และสามารถใช้ต่อเนื่องกับร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ....

ทั้งนี้ คณะกรรมการกฤษฎีกาได้พิจารณาร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ฉบับที่คณะรัฐมนตรีเสนอมายังคณะกรรมการกฤษฎีกาเท่านั้น ส่วนร่างของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรเป็นการเสนอในชั้นการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎรในภายหลัง จึงมิได้พิจารณาแต่ประการใด

ตามร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... หากได้ยกเลิกพืชกระท่อมจากการเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท ๕ ต่อไปหากมีเสพหรือครอบครองพืชกระท่อมก็จะไม่มีความผิด การกระทำใด ๆ ที่เกี่ยวกับพืชกระท่อมและไม่ได้อยู่ในบังคับของกฎหมายอื่นก็ถือว่า ไม่มีความผิด สำหรับกรณีการผสมพืชกระท่อมเป็น ๔ x ๑๐๐ หากพบยาเสพติดชนิดอื่นก็มีความผิดตามกฎหมายที่ใช้บังคับอยู่ เช่น พระราชบัญญัติว่าด้วยยาเสพติด หากพบวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ก็ถือเป็นการกระทำผิดตามพระราชบัญญัติว่าด้วยวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ปัจจุบันมีกฎหมายที่มีลักษณะคาบเกี่ยวกันกับอาหาร ยา สมุนไพร เครื่องสำอาง ทั้งนี้ กรณีที่ไม่อยู่ภายใต้กฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันจึงเป็นที่มาของการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา คณะที่ ๑๐ ที่มีความเห็นว่า ควรมีกฎหมายควบคุมการใช้พืชกระท่อมในทางที่ผิดจึงได้มีการยกร่างกฎหมายควบคุมพืชกระท่อม ซึ่งผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีแล้ว และอยู่ระหว่างการพิจารณาขอคณะกรรมการกฤษฎีกา

กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม

จากการที่ได้ศึกษาร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... กรมราชทัณฑ์ได้เคยร่วมแสดงความคิดเห็นต่อร่างพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว โดยแสดงความคิดเห็นห่วงใยต่อผู้เสพ เนื่องจากข้อมูลสถิติส่วนใหญ่ผู้ต้องขังจะเป็นผู้เสพ จะไม่มีคดีเกี่ยวกับการค้า ซึ่งมีผู้ต้องขังเด็ดขาดที่สะสมต่อเนื่องจนถึงเดือนธันวาคม ๒๕๖๓ ประมาณ ๑,๐๐๐ ราย ทั้งนี้ กรมราชทัณฑ์เห็นด้วยกับการแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ ที่ยกเลิกพืชกระท่อมจากการเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท ๕

พลตำรวจโท สมหมาย กองวิสัยสุข สมาชิกวุฒิสภา และกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ในฐานะผู้เชี่ยวชาญด้านการปราบปรามยาเสพติด ได้อภิปรายแสดงความคิดเห็นว่า ในฐานะที่เป็นกรรมาธิการในคณะกรรมาธิการกฎหมาย การยุติธรรม และการตำรวจ วุฒิสภา ซึ่งได้รับมอบหมายให้พิจารณาศึกษาร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... และมีความเห็น ข้อเสนอแนะ และข้อสังเกต ดังนี้

ร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... (คณะรัฐมนตรี เป็นผู้เสนอ) มีหลักการคล้ายกันกับร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... (นายพยม พรหมเพชร กับคณะเป็นผู้เสนอ) โดยเสนอให้ยกเลิกพืชกระท่อมจากการเป็นยาเสพติดให้โทษ ตามมาตรา ๗ วรรคหนึ่ง (๕) แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ และยกเลิกบทบัญญัติเกี่ยวกับการประกาศให้ท้องที่ใดเป็นท้องที่ที่ทำการเสพพืชกระท่อมได้โดยไม่เป็นความผิด ตามมาตรา ๕๘/๒ และยกเลิกบทบัญญัติกำหนดโทษและอัตราโทษสำหรับความผิดเกี่ยวกับพืชกระท่อม ตามมาตรา ๗๕ วรรคสาม มาตรา ๗๖ วรรคสอง มาตรา ๗๖/๑ วรรคสามและวรรคสี่ และมาตรา ๙๒ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ ซึ่งแก้ไขจากการเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ และอนุญาตให้เสพพืชกระท่อมได้ ก็ควรกำหนดมาตรการและแนวทางในการควบคุมและกำกับดูแลที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม โดยไม่ควรอนุญาตให้ประชาชนเข้าถึงพืชกระท่อมได้อย่างเสรีโดยเฉพาะเด็กและเยาวชน เพราะผู้เสพอาจควบคุมตัวเองไม่ได้ จึงควรกำหนดวิธีการและปริมาณในการเสพให้ชัดเจน ในกรณีที่ใช้เป็นยารักษาโรคควรให้การเสพอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์หรือเภสัชกร และหากมีการอนุญาตให้ปลูกหรือผลิตหรือจำหน่ายพืชกระท่อมได้ รัฐควรหาแนวทางในการป้องกันปัญหาการผูกขาดการจำหน่ายและผลิตจำนวนมากจนเกินวัตถุประสงค์ที่กฎหมายกำหนด นอกจากนี้ ควรกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานที่รับผิดชอบการควบคุมดูแลวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทและยาเสพติดให้โทษเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่และอำนาจในการดำเนินการควบคุมพืชดังกล่าว รวมทั้งให้มีกฎหมายควบคุมพืชดังกล่าวเป็นการเฉพาะด้วย และเพื่อให้การบังคับกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษและการควบคุมพืชกระท่อมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงเห็นสมควรให้คณะรัฐมนตรีเร่งรัดการพิจารณาและเสนอร่างพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. .... ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติในหลักการแล้วเมื่อวันจันทร์ที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๓ ซึ่งอยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ดังนี้

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านกฎหมาย

๑. ข้อกังวลต่อร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... เกี่ยวกับการนำพืชกระท่อมไปใช้คู่กับยาเสพติดหรือวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภทอื่นที่ผิดกฎหมาย หรือการนำพืชกระท่อมไปใช้ในทางที่ผิดกฎหมาย โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่อาจมีผลกระทบต่อสมองและการพัฒนาการ เนื่องจากหลักการของร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ได้ยกเลิกพืชกระท่อมจากการเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท ๕ ดังนั้น พืชกระท่อมจะมิได้เป็นยาเสพติดให้โทษอีกต่อไป แต่ในกรณีที่มีการนำพืชกระท่อมไปผสมกับวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทอื่น เช่น การนำพืชกระท่อมไปเป็นส่วนผสมอื่น ๆ ที่เรียกกันว่า สูตรสี่คูณร้อย (๔ x ๑๐๐) และการนำพืชกระท่อมไปผสมกับวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภทอื่น หรือวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทชนิดใหม่ที่ยังไม่ได้กำหนดเป็นยาเสพติดให้โทษ แต่เมื่อยกเลิกพืชกระท่อมไม่เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท ๕ แล้ว การกระทำดังกล่าวเป็นความผิดหรือไม่ประการใด

๒. การยกเลิกพืชกระท่อมจากการเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท ๕ จะทำให้สามารถเสพหรือใช้พืชกระท่อมได้โดยเสรี จึงเห็นควรเร่งรัดการออกกฎหมายเพื่อควบคุมการใช้พืชกระท่อมที่ผิดกฎหมาย โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่อาจมีผลกระทบต่อสมองและการพัฒนาการ นอกจากนี้ หน่วยงานที่มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องควรเร่งดำเนินการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพืชกระท่อม เพื่อเป็นข้อมูลและตอบข้อสงสัยต่อประชาชน ในประเด็นเกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของพืชกระท่อมต่อจิตและประสาท รวมทั้งเพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการประกอบการพิจารณาแก้ไขเพิ่มเติมร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ในการยกเลิกพืชกระท่อมจากการเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ และการเสนอกฎหมายเพื่อควบคุมการใช้พืชกระท่อมฉบับใหม่ในอนาคต เช่น พืชกระท่อมออกฤทธิ์มากน้อยเพียงใด และการออกฤทธิ์เทียบเท่ากับสารเสพติดต่าง ๆ และโอกาสในการเสพติด ตลอดจนการเลิกพืชกระท่อมมีความยากหรือง่ายอย่างไร เนื่องจากสารเสพติดมีโอกาสติดที่แตกต่างกัน

๓. การกำหนดระยะเวลาใช้บังคับกฎหมาย ในมาตรา ๒ แห่งร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ที่กำหนดให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป ซึ่งขณะนี้ยังมิได้มีการเสนอกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการใช้พืชกระท่อม คณะกรรมาธิการการสาธารณสุขพิจารณาเห็นว่า ระยะเวลาบังคับใช้ของกฎหมายทั้ง ๒ ฉบับดังกล่าวควรมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรผลักดันกฎหมายที่เป็นการกำหนดหลักเกณฑ์ในการควบคุมการนำพืชกระท่อมมาใช้ในทางที่ไม่พึงประสงค์หรือผิดกฎหมาย ทั้งนี้ เพื่อการควบคุมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และไม่เกิดสุญญากาศในการบังคับใช้เมื่อมีการกระทำความผิดกฎหมาย

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการประชาสัมพันธ์สร้างการรับรู้รับทราบให้กับประชาชน เช่น ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบความร้ายแรงของพืชกระท่อมกับสารเสพติดอื่น ข้อกำหนดความผิดหากนำพืชกระท่อมไปผสมกับสารเสพติดชนิดอื่น เป็นต้น รวมทั้งการชี้แจงทำความเข้าใจแก่เจ้าหน้าที่ผู้มีหน้าที่บังคับใช้กฎหมายเพื่อเตรียมการรองรับในส่วนที่เกี่ยวข้อง

๒.๔ พิจารณาศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด การดำเนินคดีกับผู้เสพและผู้ค้ายาเสพติด รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมาย กฎ หรือระเบียบที่เกี่ยวข้อง

คณะกรรมาธิการได้พิจารณาศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด การดำเนินคดีกับผู้เสพและผู้ค้ายาเสพติด การบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมาย กฎ หรือระเบียบ ตลอดจนปัญหาอุปสรรค แนวทางการแก้ไขปัญหาและประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.)

สำนักงาน ป.ป.ส. มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดกับผู้ค้ายาเสพติดและยาเสพติด ๒ ด้าน คือ

๑. ด้านการดำเนินการสืบสวนสอบสวนเพื่อขยายผลการตรวจค้นและจับกุม

๒. ด้านการตรวจพิสูจน์หลักฐานจากสถานที่เกิดเหตุ

จากกรณีการระบาดของยาเสพติดชื่อ “เคนมผง” สำนักงาน ป.ป.ส.ได้นำของกลางผงสีขาวบรรจุในถุงพลาสติกในที่เกิดเหตุ โดยมีหน่วยงานสถาบันวิชาการและตรวจพิสูจน์ยาเสพติดทำหน้าที่ตรวสอบ ณ สำนักงาน ป.ป.ส. จำนวน ๗ กรณี จำแนกตามพื้นที่รับผิดชอบ ดังนี้ ๑) สถานีตำรวจนครบาลมักกะสัน ผลการตรวจสอบของกลาง จำนวน ๒ กรณี เมื่อวันที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๔ พบว่า ในทุกกรณีมีสารไดอะซีแพม (Diazepam) จำนวนมาก โดยไม่มีสารเสพติดชนิดอื่นผสม ๒) สถานีตำรวจนครบาลสายไหม ผลการตรวจสอบของกลาง จำนวน ๒ กรณี เมื่อวันที่ ๑๑ - ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔ พบว่า มีสารจำนวน ๒ ชนิดผสมกัน คือ สารไดอะซีแพมกับสารเคตามีน (Ketamine) ๓) สถานีตำรวจนครบาลโคกคราม ผลการตรวจสอบของกลาง จำนวน ๑ กรณี เมื่อวันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔ พบว่า มีสารไดอะซีแพม จำนวนมาก และ ๔) สถานตำรวจภูธรเมืองฉะเชิงเทรา ผลการตรวจสอบของกลาง จำนวน ๒ กรณี เมื่อวันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔ พบว่า มีสารจำนวน ๒ ชนิดผสมกัน คือ สารไดอะซีแพมกับสารเคตามีน

จากสถิตการเกิดเหตุข้างต้นประกอบกับข้อมูลจากการเสพยาเกินขนาดระหว่างปี ๒๕๕๐ – ๒๕๕๒ พบว่า กรณีการเสียชีวิตจากการเสพยาในกลุ่มตัวยากล่อมประสาทที่มีการออกฤทธิ์ของสารไดอะซีแพม มีจำนวน ๘ ราย และกรณีการเสียชีวิตจากการเสพยาเกินขนาด มีจำนวน ๑๕๐ - ๒๕๐ ราย และจากการสอบถามญาติผู้เสียชีวิตและผู้ที่เคยใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ต้องขังพบว่า ผู้เสพจะไม่ทราบว่า “เคนมผง” มีส่วนผสมอะไรและออกฤทธิ์อย่างไร โดยเข้าใจว่า เป็นเคตามีนสูตรใหม่ แต่ไม่ทราบว่า มีส่วนผสมของไดอะซีแพมประกอบอยู่จึงทำให้ สำนักงาน ป.ป.ส. ตั้งข้อสังเกตต่อกรณีการเสียชีวิตทั้ง ๗ กรณีข้างต้น ให้น้ำหนักกับการเสพสารไดอะซีแพมเกินขนาด

สำหรับการจับกุมเคตามีนได้มีการตรวจสอบว่ามีสารอื่นเป็นส่วนผสมหรือไม่ นั้น ในการตรวจสอบเคตามีน สำนักงาน ป.ป.ส. สถาบันวิชาการและตรวจพิสูจน์ยาเสพติด มีข้อมูลการตรวจเคตามีน จำนวน ๒๕๑ คดี โดยมี ๔๔ คดี ที่มีการนำเคตามีนมาผสมกับยาเสพติดชนิดอื่น คือ เคตามีนผสมกับยาไอซ์ จำนวน ๓๑ คดี เคตามีนผสมกับยาอี จำนวน ๕ คดี และเคตามีนผสมกับสารอื่น ๆ จำนวน ๕ คดี กรณีผลตรวจ

๗ กรณี ของสถานีตำรวจนครบาลมักกะสัน พบว่า มีสารไดอะซีแพมชนิดเดียวร้อยละ ๙๙ ไม่มีส่วนผสมของสารชนิดอื่น กรณีที่น่าสนใจ คือ สถานีตำรวจนครบาลสายไหม ที่พบว่า มีการผสมสารเคตามีนและไดอะซีแพม ร้อยละ ๑๘ - ๑๙ คิดเป็นสารไดอะซีแพม ปริมาณ ๑๖๕ - ๑๗๐ มิลลิกรัม หากเปรียบเทียบกับการใช้ไดอะซีแพมที่เป็นยาในปริมาณ ๕ มิลลิกรัม สารเสพติดที่ค้นพบก็จะคิดเป็นยาไดอะซิแพม จำนวน ๓๓ เม็ด ซึ่งการเสพแต่ละครั้งผู้เสพมักจะใช้หมดซองหรือมีการแบ่งปันไม่เกิน ๕ ราย

กองบัญชาการตำรวจปราบปรามยาเสพติด

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (สตช.) ได้รับแจ้งเหตุการณ์เสียชีวิตอย่างผิดปกติจากสารเสพติดที่เรียกว่า “เคนมผง” ตั้งแต่วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔ พร้อมทั้งมอบนโยบายข้อสั่งการให้ดำเนินการปราบปรามโดยกำชับให้เร่งดำเนินการค้นหาความเชื่อมโยงให้ถึงตัวผู้ผลิตโดยเร็ว ซึ่งการดำเนินการขณะนี้อยู่ระหว่างการติดตามความก้าวหน้าในชั้นสืบสวน โดยเบื้องต้นมีข้อสังเกต คือ ผู้เสพ ‘เคนมผง’ มักจะเป็นนักเที่ยวเพศหญิงอายุน้อย รูปร่างสวยงาม

ประเด็นผลการจับกุมเคตามีนที่ผ่านมา มีดังนี้ ปี ๒๕๖๑ จับกุมเคตามีน จำนวน ๕๕๑ กิโลกรัม ปี ๒๕๖๒ จับกุมเคตามีน จำนวน ๗๓๓ กิโลกรัม ปี ๒๕๖๓ จับกุมเคตามีน จำนวน ๑,๓๐๒ กิโลกรัม เมื่อเปรียบเทียบสถิติการจับกุมจะพบว่า ปี ๒๕๖๓ จะพบมีปริมาณมากขึ้น ถึงร้อยละ ๑๗๗ ช่วง ๓ เดือน ระหว่าง ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ - ๑๕ มกราคม ๒๕๖๔ ได้ดำเนินการจับกุม ๗๓๔ กิโลกรัม มากกว่าการจับกุม ในปี ๒๕๖๒ ทั้งปี จึงสอดคล้องกับข้อมูลจากสำนักงาน ป.ป.ส. ที่ดำเนินการซักถามญาติผู้เสียชีวิต หรือผู้เคยมีประสบการณ์เสพเคนมผง ซึ่งพบว่า ไม่ทราบว่า เคนมผงมีส่วนผสมอื่นนอกจากเคตามีน ซึ่งเห็นว่าการนำสาร ๒ ชนิด มาผสมกันเพื่อเป็นการเพิ่มราคาการจำหน่าย เพื่อลดต้นทุนจากการใช้เคตามีนที่มีราคาสูงและถูกดำเนินการจับกุมจำนวนมากในรอบปีที่ผ่านมาอย่างมีนัยสำคัญ

การผสมไดอะซีแพมกับสารเสพติดชนิดอื่น ๆ จะส่งผลให้การออกฤทธิ์เป็นอย่างไร ยังไม่อาจยืนยันได้ แต่เบื้องต้นพบว่า เคนมผงจะมี ๖ สูตร การผลิต ๑) เคตามีนผสมกับยานอนหลับ ๒) เคตามีนผสมยาอี ๓) เคตามีนผสมยาไอซ์ เฮโรอีน และยานอนหลับ ๔) เคตามีนผสมยานอนหลับ ยาไอซ์ หรือยาพาราเซตตามอล ๕) เคตามีนผสมยาไอซ์ เฮโรอิน ยาพาราเซตตามอล ๖) เคตามีนผสมกับยาพาราเซตตามอลและเกลือ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

การดำเนินการควบคุมยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทของ อย. ภายใต้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ และพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. ๒๕๕๙ กำหนดให้สารเคตามีน คือ วัตถุออกฤทธิ์ที่ใช้ในทางการแพทย์ และอาจก่อให้เกิดการนำไปใช้หรือมีแนวโน้มในการนำไปใช้ในทางที่ผิดสูง และถูกกำหนดให้อยู่ในบัญชีวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในประเภทที่ ๒ ส่วนสารไดอะซีแพม คือ วัตถุออกฤทธิ์ที่ใช้ในทางการแพทย์ และอาจก่อให้เกิดการนำไปใช้หรือมีแนวโน้มในการนำไปใช้ในทางที่ผิดน้อยกว่ายาเสพติดในบัญชีประเภทที่ ๓ และถูกกำหนดให้อยู่ในบัญชีวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในประเภทที่ ๔

<u>การควบคุม/การอนุญาต</u>

การดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับสารทั้ง ๒ ชนิดดังกล่าวทั้ง ๖ กิจกรรม ได้แก่ ๑) การผลิตนำเข้าส่งออก ๒) การจำหน่ายมีไว้ครอบครอง ๓) การใช้ในทางการแพทย์ ๔) การใช้ทางวิทยาศาสตร์/อุตสาหกรรม ๕) การเสพ และ ๖) การศึกษาวิจัย จะต้องดำเนินการตามข้อกำหนดการควบคุม/การอนุญาต ดังรายละเอียดที่ปรากฏในภาพด้านล่าง

การดำเนินการ	การควบคุมยาเสพติด/การอนุญาต					การควบคุมวัตถุออกฤทธิ์/การอนุญาต			
	ยส.๑	ยส.๒	ยส.๓	ยส.๔	ยส.๕	วจ.๑	วจ.๒	วจ.๓	วจ.๔
การผลิต นำเข้า ส่งออก	รมว.สธ. อนุญาต	เลขาธิการ อย. อนุญาต	เลขาธิการ อย. อนุญาต	รมว.สธ. อนุญาต	เลขาธิการ อย. อนุญาต (คกก. ยส. เห็นชอบ)	เลขาธิการ อย. อนุญาต	เลขาธิการ อย. อนุญาต	เลขาธิการ อย. อนุญาต	เลขาธิการ อย. อนุญาต
การจำหน่าย มีไว้ในครอบครอง	รมว.สธ. อนุญาต	เลขาธิการ อย. อนุญาต	เลขาธิการ อย. อนุญาต	รมว.สธ. อนุญาต	เลขาธิการ อย. อนุญาต	เลขาธิการ อย. อนุญาต	เลขาธิการ อย. อนุญาต	เลขาธิการ อย. อนุญาต	เลขาธิการ อย. อนุญาต
การใช้ทางการแพทย์	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
การใช้ทางวิทยาศาสตร์/อุตสาหกรรม	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
การเสพ	✗	✓ ตามคำสั่งแพทย์	✓	✗	✓ ตามคำสั่งแพทย์ แพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน	✗	✓ ตามคำสั่งแพทย์	✓ ตามคำสั่งแพทย์	✓ ตามคำสั่งแพทย์
การศึกษาวิจัย	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

- การใช้ในทางที่ผิด คือ การสูดผง (Snort) และสูบ (Smoke) เพื่อหลอนประสาท (Hallucination) หากนำไปใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้เกิดการติดยาทั้งทางร่างกายและจิตใจ และอาจทำให้เกิดอาการทางจิต (Psychosis) โดยการใช้ยาเคตามีนปริมาณมากจะทำให้เกิดอาการอาเจียน ชัก สมองและกล้ามเนื้อขาดอากาศ การใช้ยาเคตามีนในปริมาณสูงถึง ๑ กรัม อาจทำให้เสียชีวิตได้

การควบคุม

- ถูกกำหนดให้อยู่ในบัญชีวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในประเภทที่ ๒ ภายใต้พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. ๒๕๕๙ และมีการนำมาใช้ทางการแพทย์

บทกำหนดโทษ

- การจำหน่ายวัตถุออกฤทธิ์ประเภทที่ ๒ มีโทษจำคุก ๔ ปี และปรับตั้งแต่ ๔๐๐,๐๐๐ - ๒,๐๐๐,๐๐๐ บาท
- การมีวัตถุออกฤทธิ์ประเภทที่ ๒ ไว้ในครอบครอง มีโทษจำคุก ๑ - ๕ ปี หรือปรับตั้งแต่ ๒๐,๐๐๐ - ๑๐๐,๐๐๐ บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หากครอบครองเกิน ๐.๕ กรัม ให้สันนิษฐานว่า มีไว้เพื่อจำหน่าย และมีโทษเท่ากับการจำหน่าย (ภายใต้กฎกระทรวง กำหนดปริมาณวัตถุออกฤทธิ์ซึ่งสันนิษฐานว่าผลิต นำเข้า ส่งออก นำผ่านหรือมีไว้ในครอบครองเพื่อขาย พ.ศ. ๒๕๖๑)
- การเสพวัตถุออกฤทธิ์ประเภทที่ ๒ มีโทษจำคุกไม่เกิน ๓ ปี หรือปรับไม่เกิน ๖๐,๐๐๐ บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ไดอะซีแพม

- การใช้ในประเทศไทย ได้แก่ รูปแบบเม็ดและแคปซูล ขนาดความแรง คือ ๒, ๕ และ ๑๐ มิลลิกรัม และรูปแบบยาฉีด คือ ๕ มิลลิกรัมต่อ ๒ มิลลิตร ปัจจุบันมีผู้รับอนุญาตผลิต จำนวน ๑๓ ราย และมีตำรับยาที่ได้รับการขึ้นทะเบียน จำนวน ๒๖ ตำรับ

การออกฤทธิ์

- ถูกนำมาใช้ในทางการแพทย์ ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางทำให้มีผลลดอาการวิตกกังวล ทำให้หลับ ต้านอาการชัก คลายกล้ามเนื้อ และอาจเกิดภาวะเสียความจำชั่วขณะ

- ปริมาณยาที่ใช้ในการรักษาเพื่อลดอาการวิตกกังวล และเพื่อการคลายกล้ามเนื้อ จำนวน ๒ - ๑๐ มิลลิกรัม วันละ ๓ - ๔ ครั้ง หรือตามแพทย์สั่ง หากได้รับยาเกินขนาดอาจมีอาการง่วงซึม สับสน พูดเสียงลาก สั่น ชัก หัวใจเต้นช้า เดินเซ อ่อนแรง การตอบสนองลดลง และอาจเกิดการกดการหายใจ

การควบคุม

- ถูกกำหนดให้อยู่ในบัญชีวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในประเภทที่ ๔ ภายใต้พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. ๒๕๕๙ และมีการนำมาใช้ทางการแพทย์

บทกำหนดโทษ

- การจำหน่ายวัตถุออกฤทธิ์ประเภทที่ ๔ มีโทษจำคุก ๒ - ๑๐ ปี และปรับตั้งแต่ ๒๐๐,๐๐๐ - ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท

- การมีวัตถุออกฤทธิ์ประเภทที่ ๔ ไว้ในครอบครอง มีโทษจำคุกไม่เกิน ๓ ปี หรือปรับไม่เกิน ๖๐,๐๐๐ บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หากครอบครองเกิน ๕.๔ กรัม ให้สันนิษฐานว่า มีไว้เพื่อจำหน่าย และมีโทษเท่ากับการจำหน่าย (ภายใต้กฎกระทรวง กำหนดปริมาณวัตถุออกฤทธิ์ซึ่งสันนิษฐานว่าผลิต นำเข้า ส่งออก นำผ่านหรือมีไว้ในครอบครองเพื่อขาย พ.ศ. ๒๕๖๑)

- การเสพวัตถุออกฤทธิ์ประเภทที่ ๒ มีโทษจำคุกไม่เกิน ๓ ปี หรือปรับไม่เกิน ๖๐,๐๐๐ บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

สำหรับการนำไดอะซีแพมผสมกับเคตามีนก่อให้เกิดการออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท โดยในการนำสารหลายชนิดไปใช้ผสมกันอาจมีปัจจัยหลายด้าน โดยปกติ อย. จะดูแลการเก็บรักษาของกลาง จะเห็นเพียงสารเดี่ยว โดยเคตามีนมีฤทธิ์กดประสาทเช่นเดียวกับไดอะซีแพม ปกติเป็นชนิดเม็ด ในกรณีนี้จึงตั้งข้อสังเกตว่า มีการนำไดอะซีแพมมาใช้แทนเคตามีนหรือไม่ กรณีการระบาดของเคนมผงจึงอาจเป็นการหลอกจำหน่ายเพื่อวัตถุประสงค์ของผู้ขายในการลดต้นทุนหรือไม่ ปกติการรับประทานไดอะซีแพม จะออกฤทธิ์ช้า แต่หากสูดดมผ่านจมูกที่มีเส้นเลือดฝอยจำนวนมาก จะทำให้เกิดการดูดซึมเข้าสู่เส้นเลือดเร็ว จนอาจทำเข้าลักษณะการใช้ยาเกินขนาดจนส่งผลให้เสียชีวิต ทั้งนี้ สารทั้ง ๒ ชนิดมีฤทธิ์กดประสาทอาจจะส่งผลกระทบต่อทางเดินหายใจเสียชีวิตได้ หากใช้เกินขนาด

สำหรับมาตรการการควบคุมตามบัญชีวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทโดยเฉพาะการนำเข้าของ อย. ทาง อย. จะดำเนินการติดตามข้อมูลจาก องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) หากพบสารชนิดใหม่ที่กำหนดให้มีการควบคุม จะดำเนินการทำหนังสือสอบถามมายัง อย. และทาง อย. จะดำเนินการสอบถามไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หากพบว่ามีการควบคุมวัตถุดังกล่าวภายใต้อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. ๑๙๖๑ และพิธีสารแก้ไขอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. ๑๙๖๑, ค.ศ. ๑๙๗๒ (Single Convention on Narcotic Drugs, 1961) as amended by the 1972 Protocol Amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961 และอนุสัญญาว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. ๑๙๗๑ (Convention on Psychotropic Substances 1971) อย. จะดำเนินการควบคุมวัตถุดังกล่าวตามกฎหมายไทย ในระดับที่ไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ UN กำหนด พร้อมทั้งทำหนังสือสอบถามยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงาน ป.ป.ส. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อตรวจสอบว่า ฝ่ายปราบปรามยาเสพติดพบสารเสพติดชนิดใหม่หรือไม่ เพื่อนำมารวบรวมเป็นข้อมูลให้ อย. ดำเนินการประเมินสถานการณ์ เพื่อ อย. จะได้ดำเนินการประเมินข้อมูลทางวิชาการควบคู่กับสถานการณ์ภายในประเทศ โดยที่ผ่านมา อย. ได้ดำเนินการเชิงรุกจนตรวจสอบพบปัญหาเกี่ยวกับสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทใหม่ (New Psychoactive Substance: NPS) ในประเทศไทย ก่อนที่ต่างประเทศจะมีการควบคุม

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ดังนี้

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

- กองบัญชาการตำรวจปราบปรามยาเสพติดควรเสนอให้ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ พิจารณารวบรวมคดีที่เกี่ยวกับเคนมผงรวมเป็นคดีเดียวเพื่อดำเนินการสืบสวนสอบสวนขยายผลการจับกุมอย่างเป็นระบบ

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านวิชาการ

๑. ต้นทุนการผลิตไดอะซีแพมมีราคาต่ำ จึงสันนิษฐานได้ว่า เคนมผง คือ ผู้ที่กำลังจำหน่ายเคตามีนแต่ต้องการทำกำไรเพิ่ม จึงนำไดอะซีแพมที่มีราคาถูกมาใช้ เพราะมองด้วยตาไม่อาจแยกแยะได้ว่าเป็นเคตามีนหรือไม่ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากฝ่ายปราบปรามที่พบการจับกุมเคตามีนในอัตราก้าวกระโดดระหว่างปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๓

๒. การเสพไดอะซีแพมด้วยการสูดดมคิดเป็นปริมาณ ๑๐๐ มิลลิกรัม เท่ากับกินยาไดอะซีแพมครั้งเดียว จำนวน ๕๐ เม็ด ซึ่งอาจส่งผลให้เสียชีวิตโดยไม่ต้องมีส่วนประกอบของเคตามีแต่อย่างใด ซึ่งหลักการสามารถเทียบเคียงได้กับการไหลตาย

๓. ข้อสรุปเบื้องต้นอาจระบุได้ว่า ยาเคนมผงเฉพาะสูตรที่มีไดอะซีแพมผสม จะมีสัดส่วนของไดอะซีแพมมากกว่าเคตามีผสม การใช้ต่อโดส จำนวน ๑ - ๕ คน จะได้รับปริมาณไดอะซีแพมเกินขนาดจนส่งผลต่อการเสียชีวิต

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการ

๑. การจับกุมชาวต่างชาติระหว่างประกอบสารเสพติดโดยการนำเคตามีกับไดอะซีแพมมาผสมกัน คือ ตัวอย่างชัดเจนว่า การนำสารทั้ง ๒ ชนิดมาผสมกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการลดต้นทุนเพราะนำไปขายในชื่อของยาเค โดยเรียกชื่อใหม่ว่า เคนมผง หรือเคทะเลทราย

๒. การนำไดอะซีแพมมาผสมกับเคตามีเป็นเคนมผง อาจจะไม่ใช่เรื่องทางเศรษฐศาสตร์ที่ราคาจำหน่ายขึ้นลงตามความต้องการซื้อและความต้องการในการขายเพียงอย่างเดียว แต่อาจจะเป็นกลยุทธ์จากข้อดีในการจัดหาวัตถุดิบไดอะซีแพมมาผสมหรือทดแทนเคตามีนที่มีราคาแพงและหาได้ยาก เพราะไดอะซีแพมหาซื้อได้ง่าย จึงนำสารราคาถูกที่หาซื้อได้ง่ายไปใช้แบบเดี่ยวหรือดัดแปลงร่วมกับสารชนิดอื่น ๆ ดังนั้น การสืบสวนสอบสวนจึงเป็นสิ่งสำคัญ ควรขยายผลให้พบเครือข่าย

๓. ไดอะซีแพมที่เคยเป็นยาปลอดภัยสามารถซื้อได้ที่ร้านขายยาที่ได้รับอนุญาตใช้อย่างแพร่หลายกลายมาเป็นยาเพสติดที่ทำให้เสียชีวิตได้

๔. อย. ควรมีการพิจารณาหาแนวทางในการป้องปรามการลักลอบนำยาไดอะซีแพมไปจำหน่ายเพื่อการเสพ เพราะการหายาไดอะซีแพมสามารถทำได้ง่าย ปริมาณการผลิต จำนวน ๔๖ ล้านเม็ดต่อปี เพื่อกระจายไปจำหน่ายยังสถานที่ต่าง ๆ ในสัดส่วนที่แตกต่างกัน การจะหายาไดอะซิแพมหลัก ๑,๐๐๐ เม็ด เพื่อนำมาใช้ในการจำหน่ายสำหรับการเสพจึงไม่ใช่เรื่องยาก เนื่องจากข้อบ่งชี้การจ่ายยาชนิดนี้สามารถทำได้โดยง่ายเพียงแค่มีอาการวิตกกังวลหรือนอนไม่หลับ แพทย์ก็สามารถจ่ายยาให้ได้คนละ ๓๐ เม็ด หากผู้ไม่ประสงค์ดีดำเนินการเป็นเครือข่าย จำนวน ๓๐ คน กระจายขอรับยาก็จะสามารถหายาไดอะซีแพมได้จำนวน ๑,๐๐๐ เม็ด ซึ่งเพียงพอต่อการผลิตยาเสพติด

๕. ร้านขายยาส่วนใหญ่ไม่มีการจำหน่ายไดอะซีแพม โอกาสที่จะมีการจำหน่ายไดอะซีแพมที่ร้านขายยาจึงเป็นไปได้น้อย ช่องทางการเล็ดลอดอาจจะอยู่ที่โรงพยาบาลกับคลินิกเอกชน ที่ได้รับสัดส่วน

การกระจายเพื่อจำหน่ายจำนวนมาก ดังนั้น ยาที่หลุดรอดออกจากโรงพยาบาลและคลินิกจะต้องหามาตรการกำกับดูแล ผ่านการเชื่อมต่อข้อมูลใบสั่งยาระหว่าง อย.กับโรงพยาบาลและคลินิกที่ยังไม่มีการเชื่อมต่อในส่วนนี้

๖. ไดอะซีแพมมีผลข้างเคียง (Side Effects) น้อยกว่าเคตามีน แต่การเสียชีวิตในกรณีที่เกิดขึ้นเกิดจากเคนมผง คือ การใช้ยาเกินขนาด (Overdose) ต่างจากเคตามีนที่ก่อให้เกิดการใช้ยาเกินขนาดได้ยาก เพราะผู้ขายกำไรน้อย แต่ไดอะซีแพมผู้ขายจะได้กำไรมาก

๗. ไดอะซีแพมอาจจะไม่ได้มาจากการเล็ดลอดจากสถานที่ที่ได้รับการกระจายให้จำหน่ายอย่างโรงพยาบาลหรือคลินิก แต่สามารถมาจากการลักลอบนำเข้าจากต่างประเทศผิดกฎหมาย เพราะราคาถูก

๘. ควรพิจารณายกระดับการควบคุมไดอะซิแพมที่ปัจจุบันถูกกำหนดให้เป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภทที่ ๔ ให้มีจำหน่ายในโรงพยาบาลและคลินิกนั้น หากจะให้ยกระดับโดยกำหนดให้มีจำหน่ายเฉพาะในโรงพยาบาล ห้ามจำหน่ายในคลินิกหรือร้านขายยา

๒.๕ พิจารณาศึกษาการแก้ไขเพิ่มเติมร่างพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ....
(กระบวนการพิจารณาวัตถุอันตราย)

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมาธิการวิสามัญกิจการวุฒิสภา โดยในคราวประชุมคณะกรรมาธิการวิสามัญกิจการวุฒิสภา ครั้งที่ ๓/๒๕๖๔ วันพุธที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๔ ที่ประชุมพิจารณาเห็นว่า ร่างพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... เป็นร่างพระราชบัญญัติที่มีความจำเป็นเกี่ยวกับประโยชน์สาธารณะ เมื่อสภาผู้แทนราษฎรมีมติรับหลักการแห่งร่างพระราชบัญญัติในวาระที่หนึ่งแล้ว ประธานวุฒิสภาจึงมอบหมายให้ คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา เป็นผู้พิจารณาร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว และเมื่อสภาผู้แทนราษฎรลงมติเห็นชอบในวาระที่สามแล้ว ให้คณะกรรมาธิการรายงานต่อประธานวุฒิสภาเป็นการด่วน ทั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาของสมาชิกในการพิจารณาร่างพระราชบัญญัตินั้นต่อไป ซึ่งเป็นตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๑๑๙ ที่กำหนดไว้

<u>ผลการพิจารณา</u>

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ที่มา : สืบเนื่องจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เป็นหน่วยงานที่มีส่วนดูแลควบคุมวัตถุอันตรายเกี่ยวกับด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ โดยการดำเนินงานที่ผ่านมาเกี่ยวกับกระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพต่าง ๆ ในความรับผิดชอบของ อย. มีขั้นตอนเกี่ยวกับการประเมินเอกสารวิชาการ การตรวจวิเคราะห์ การตรวจสถานประกอบการ หรือการตรวจสอบ กระบวนการพิจารณาวัตถุทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยการดำเนินกระบวนพิจารณาดังกล่าวมีปริมาณคำขอจำนวนมากและเพิ่มมากขึ้นในทุกปี

ความจำเป็น : เพื่อให้กระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพดังกล่าว มีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เพื่อเร่งรัดการพิจารณาอนุญาตให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในกฎหมาย จึงจำเป็นต้องมีกลไกที่มีความรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและมีทางเลือกผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพได้หลากหลายประเภทมากขึ้น รวมทั้งเป็นการผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบการอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพและระบบการคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพและทันสมัยมากขึ้น และเพื่อรองรับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ และการเพิ่มศักยภาพการแข่งขันทางธุรกิจให้กับผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์ทั้งในระดับภูมิภาคอาเซียนและระดับการค้าโลก จึงจำเป็นต้องมีกลไกการอนุญาตให้เกิดความรวดเร็วตอบสนองความต้องการ โดยอาศัยอำนาจตามมาตรา ๔๔ แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช ๒๕๕๗ ออกคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๗๗/๒๕๕๙ เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพ

สาระสำคัญของคำสั่ง : คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๗๗/๒๕๕๙ เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้กำหนดให้ “ในกระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพ นอกจากเจ้าหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และเจ้าหน้าที่หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแล้ว ให้มีผู้เชี่ยวชาญ องค์กรผู้เชี่ยวชาญ หน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรเอกชนทั้งในประเทศและต่างประเทศ ทำหน้าที่ประเมินเอกสารทางวิชาการ การตรวจวิเคราะห์ การตรวจสถานประกอบการ

หรือการตรวจสอบ เพื่อให้กระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นไปด้วยความสะดวกรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น”

หมายเหตุ : ความเกี่ยวเนื่องของร่างพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... กับคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๗๗/๒๕๕๙ ดังกล่าว เนื่องจาก นิยามคำว่า “ผลิตภัณฑ์สุขภาพ” ตามที่กำหนดไว้ในคำสั่งฯ ได้นิยามคำว่า “ผลิตภัณฑ์สุขภาพ” หมายความว่า “ยา อาหาร เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง วัตถุออกฤทธิ์ ยาเสพติดให้โทษ หรือวัตถุอันตราย ทั้งนี้ ตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น” ซึ่งร่างพระราชบัญญัตินี้ได้นำหลักการในกระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เฉพาะในส่วนของ “วัตถุอันตราย” มากำหนดเป็นสาระสำคัญของร่างพระราชบัญญัติ ทั้งนี้ สำหรับผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ จะได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้มีกลไกดังกล่าวเช่นเดียวกัน โดยที่ผ่านมาได้ดำเนินการแก้ไขเพิ่มเติมหลักการนี้ในผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ แล้ว จำนวน ๓ ฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. ๒๕๖๒ พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ ๖) พ.ศ. ๒๕๖๒ และพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒

ตามที่ได้มีคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๗๗/๒๕๕๙ เพื่อให้กระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพมีประสิทธิภาพและสามารถให้มีผู้เชี่ยวชาญ องค์กรผู้เชี่ยวชาญ หน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรเอกชนทั้งในประเทศและต่างประเทศ นั้น คำสั่งคณะรักษาความสงบแห่งชาติฯ นี้ให้อำนาจรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยคำแนะนำของคณะกรรมการตามกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพแต่ละฉบับมีอำนาจประกาศกำหนดเกี่ยวกับกรณีต่าง ๆ ดังนี้

(๑) การขึ้นบัญชีผู้เชี่ยวชาญฯ : โดยผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ ทั้งบุคคล หน่วยงาน หรือองค์กร จะต้องขึ้นบัญชีกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยคำแนะนำของคณะกรรมการตามกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพแต่ละฉบับประกาศกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการได้มาซึ่งผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ

(๒) ค่าขึ้นบัญชีที่จะจัดเก็บจากผู้เชี่ยวชาญฯ ต้องไม่เกินอัตราค่าขึ้นบัญชีสูงสุด

(๓) ค่าใช้จ่ายที่จะจัดเก็บจากผู้ยื่นคำขอในกระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยค่าใช้จ่ายที่จะจัดเก็บต้องไม่เกินอัตราค่าใช้จ่ายสูงสุดเช่นกัน

(๔) อัตราค่าขึ้นบัญชีสูงสุดที่จะจัดเก็บจากผู้เชี่ยวชาญฯ

(๕) อัตราค่าใช้จ่ายสูงสุดที่จะจัดเก็บจากผู้ยื่นคำขอในกระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพ

(๖) หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในกระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพตามคำสั่งนี้

ทั้งนี้ อัตราค่าขึ้นบัญชีสูงสุด ตาม (๔) และอัตราค่าใช้จ่ายสูงสุด ตาม (๕) จะต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีก่อนถึงจะนำมาใช้บังคับได้

นอกจากนี้ ค่าขึ้นบัญชีและค่าใช้จ่ายที่จัดเก็บตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาตินี้ให้เป็นเงินของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่ได้จัดเก็บ โดยไม่ต้องนำส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดิน และให้จ่ายเพื่อวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นค่าตอบแทนบุคคล องค์กร หรือหน่วยงานในกระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพ

(๒) เป็นค่าใช้จ่ายในด้านการดำเนินงานตามแผนงานหรือโครงการที่เป็นประโยชน์สาธารณะเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

(๓) เป็นค่าใช้จ่ายในการพัฒนาศักยภาพหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินการ

(๔) ค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องและจำเป็นเกี่ยวกับการดำเนินการ

ทั้งนี้ การรับและการจ่ายเงินให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด โดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง

ดังนั้น ร่างพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ได้นำหลักการที่กล่าวมาข้างต้นจากคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๗๗/๒๕๕๙ มาบัญญัติไว้ในร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวเพื่อให้มีความยั่งยืนและสามารถปฏิบัติได้ต่อไป ซึ่งมีสาระสำคัญทั้งหมดในร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ลักษณะสำคัญของร่างพระราชบัญญัติ : เป็นกฎหมายกลางที่ใช้บังคับร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับวัตถุอันตรายร่วมกันทั้ง ๖ หน่วยงาน ได้แก่ กรมโรงงานอุตสาหกรรม สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมวิชาการเกษตร กรมประมง กรมปศุสัตว์ และกรมธุรกิจพลังงาน

หากร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้มีผลใช้บังคับแล้ว หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการตามบทบัญญัติที่ได้แก้ไขเพิ่มเติมนี้จะได้นำไปใช้ในกระบวนการพิจารณาอนุญาตเพื่อหาองค์ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญหรือหน่วยงานผู้เชี่ยวชาญที่ขึ้นบัญชีไว้ เพื่อให้ความเห็นประกอบการพิจารณาคำขออนุญาตเท่านั้น สำหรับอำนาจการตัดสินใจอนุญาตยังคงเป็นหน้าที่และอำนาจของหน่วยงาน ดังนั้น ร่างพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... นี้ จึงไม่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงหน้าที่และอำนาจของรัฐมนตรีหรือคณะกรรมการวัตถุอันตราย ทั้งนี้ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทั้ง ๓ ชนิดดังกล่าว เป็นวัตถุอันตรายตามความหมายในร่างพระราชบัญญัตินี้เช่นเดียวกัน

ประกาศที่ออกตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติทุกฉบับที่เกี่ยวกับวัตถุอันตรายจะมีผลการยกเลิกคำสั่งเมื่อร่างพระราชบัญญัติมีผลใช้บังคับ และมีการออกประกาศที่จะต้องใช้บังคับตามพระราชบัญญัติที่แก้ไขเพิ่มเติมครบทุกฉบับ

สำหรับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เป็นวัตถุอันตรายที่จะนำมาสู่กระบวนการควบคุมและการขออนุญาตมีลักษณะ ตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติฯ ซึ่งกำหนดให้ “วัตถุอันตราย” เป็นส่วนหนึ่งของ “ผลิตภัณฑ์สุขภาพ” โดยพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ มาตรา ๔ ได้กำหนดนิยามคำว่า “วัตถุอันตราย” ไว้ โดยเป็นลักษณะการกำหนดคุณสมบัติว่า วัตถุใดที่จะสามารถเป็นวัตถุอันตรายได้ และหากถ้ามีวัตถุใดมีคุณสมบัติตามข้อใดข้อหนึ่งในตามมาตรา ๔ ดังกล่าว และมีความจำเป็นที่กำหนดเป็นวัตถุอันตรายเพื่อให้มีการควบคุม หน่วยงานนั้นก็สามารถที่จะนำมาประกาศกำหนดให้วัตถุนั้นเป็นวัตถุอันตรายที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานนั้น ๆ ได้

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

บทบาทหน้าที่ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงเกี่ยวกับภารกิจตามร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว โดยที่ผ่านมามีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องในกระบวนการพิจารณาผลิตภัณฑ์สุขภาพตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติฯ ด้านสนับสนุนการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ตามที่ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมร่างมาตรา ๕๖/๑ และเพื่อเร่งรัดการวิเคราะห์ให้เป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติฯ ดังกล่าว โดยกรมวิทยาศาสตร์

การแพทย์มีบทบาทหน้าที่ตรวจประเมินใน Lab เพื่อนำผลการวิเคราะห์จาก Lab ใช้ประกอบการยื่นเพื่อขอขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในครัวเรือนเป็นหลัก

กรมการแพทย์

สาระสำคัญของร่างพระราชบัญญัติวัตถุอันตรายดังกล่าว มีหลักการและสาระสำคัญที่ครอบคลุมตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติฯ ซึ่งมีการดำเนินการและใช้บังคับอยู่แล้ว โดยส่งผลให้กระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งส่งผลต่อการคุ้มครองด้านสุขภาพของผู้ป่วย

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

ร่างพระราชบัญญัติวัตถุอันตรายฉบับนี้ ได้มีการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา คณะที่ ๑๐ โดยคณะกรรมการได้พิจารณาเห็นว่า การกำหนดกลไกในร่างพระราชบัญญัตินี้ตามที่กระทรวงอุตสาหกรรมเสนอมีความจำเป็นและเหมาะสม และเป็นแนวทางที่ได้ดำเนินการให้มีกฎหมายที่กำหนดเรื่องกระบวนการพิจารณาขออนุญาตดังกล่าวไว้แล้วในกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพฉบับอื่น ๆ ทั้ง ๓ ฉบับ ตามที่ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้นำเสนอ

สำหรับผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้มีการจัดทำร่างพระราชบัญญัติและผ่านการตรวจพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกาแล้ว และบางฉบับอยู่ระหว่างการพิจารณาของรัฐสภา เช่น ร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... สำหรับร่างพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... และพระราชบัญญัติอาหาร (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... อยู่ในระหว่างดำเนินการและยังไม่อยู่ในชั้นการพิจารณาของรัฐสภา

ความจำเป็นในการตรากฎหมายแห่งร่างพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... : คณะกรรมการกฤษฎีกาคณะที่ ๑๐ เห็นว่า หลักการดังกล่าวมีความจำเป็นที่จะต้องมีกฎหมายใช้บังคับ เนื่องจากพระราชบัญญัติวัตถุอันตรายเป็นกฎหมายกลางที่ใช้กับหน่วยงานผู้รับผิดชอบทั้ง ๖ หน่วยงาน ซึ่งการกำหนดหลักการนี้ไว้ จะสามารถส่งเสริมให้มีกลไกการพิจารณาวัตถุอันตรายอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

การแก้ไขเพิ่มเติมครั้งนี้ เป็นการแก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๕ โดยมีสาระสำคัญจากคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๗๗/๒๕๕๙ โดนนำเฉพาะในส่วนกระบวนการพิจารณาอนุญาตวัตถุอันตรายมากำหนดไว้ ซึ่งปรากฏรายละเอียดในร่างมาตรา ๕๖/๑ – ๕๖/๔ โดยมีสาระสำคัญเพื่อกำหนดกลไกในกระบวนการพิจารณาอนุญาตวัตถุอันตรายให้มีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กรณีการแก้ไขเพิ่มเติมร่างพระราชบัญญัตินี้มีผลเกี่ยวข้องกับหน้าที่และอำนาจของทางรัฐมนตรีหรือคณะกรรมการวัตถุอันตรายในการพิจารณาที่เกี่ยวข้องกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทั้ง ๓ ชนิด (สารเคมีพาราควอต คลอร์ไพริฟอส และไกลโฟเซต) หรือไม่ และการแก้ไขเพิ่มเติมร่างพระราชบัญญัตินี้ จะสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ด้วยหรือไม่ นั้น

สำหรับบทกำหนดโทษผู้กระทำความผิดตามกฎหมายนี้ทั้งในทางแพ่งและอาญาตามร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ ไม่ได้กำหนดบทลงโทษทางอาญาไว้ โดยในส่วนโทษสำหรับผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ ที่ขึ้นบัญชี ได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการได้มาซึ่งผู้เชี่ยวชาญ องค์กรผู้เชี่ยวชาญ หน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรเอกชนทั้งในประเทศและต่างประเทศเพื่อทำหน้าที่ในการประเมินเอกสารทางวิชาการ การตรวจสถานประกอบการ หรือการตรวจสอบผลิตภัณฑ์

วัตถุอันตรายในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พ. ศ. ๒๕๖๑ ซึ่งได้กำหนดคุณสมบัติ มาตรฐาน หน้าที่ และความรับผิดชอบไว้ และหากผู้เชี่ยวชาญไม่ปฏิบัติตามที่กำหนดไว้ในประกาศดังกล่าว จะมีโทษโดยการเพิกถอนการขึ้นบัญชี

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ดังนี้

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

- การออกคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติฯ เพื่อแก้ไขปัญหาความล่าช้าของกระบวนการพิจารณาอนุญาตของคณะกรรมการอาหารและยา และนำมาสู่การแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติฉบับนี้ เพื่อให้กลไกต่าง ๆ มีความคล่องตัว และการประเมินเอกสารทางวิชาการประกอบการพิจารณาอนุญาตให้มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว รวมทั้งสามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้จ่ายในการดำเนินการและพัฒนาศักยภาพและระบบงาน ต่อประเด็นดังกล่าว มีความเชื่อมโยงกับประเด็นการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขในประเด็นเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งคณะกรรมาธิการปฏิรูปได้มีการพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาใหม่ ซึ่งได้มีการศึกษาวิจัย รวมทั้งข้อเสนอแนะต่าง ๆ ในประเด็นดังกล่าว เพื่อให้ อย. มีความคล่องตัว อย่างไรก็ตาม แนวคิดดังกล่าวยังไม่ได้ถูกผลักดันให้มีการพิจารณาอีกครั้ง นอกจากนี้ จากการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้นำมาสู่การแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายซึ่งเป็นแนวทางที่สอดคล้องเชื่อมโยงมาจากแนวคิดการปฏิรูปเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง อย.

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านกฎหมาย

๑. เหตุผลและหลักการของร่างพระราชบัญญัตินี้ เพื่อต้องการเร่งรัดประสิทธิภาพกระบวนการขออนุญาตให้รวดเร็วขึ้น ซึ่งเจ้าหน้าที่ตามปกติไม่สามารถกระทำได้ จึงเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญหรือองค์กรผู้เชี่ยวชาญเข้ามาทำหน้าที่ โดยให้อำนาจหน่วยงานสามารถเรียกเก็บเงินจากผู้เชี่ยวชาญหรือหน่วยงานที่ขึ้นบัญชีได้ กรณีดังกล่าว เนื่องจากเป็นกรณีที่กำหนดให้มีทางเลือกที่จะใช้ความรู้ความสามารถของผู้เชี่ยวชาญเพื่อช่วยในกระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์ แต่มีข้อกำหนดในร่างมาตรา ๕๖/๒ ให้สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของผู้เชี่ยวชาญ (บุคคล) ที่มาขึ้นบัญชี กรณีดังกล่าว จึงอาจเป็นการไม่สร้างแรงจูงใจให้มีผู้เชี่ยวชาญมาขึ้นบัญชี ซึ่งแตกต่างกับกรณีการเรียกเก็บจากหน่วยงานผู้เชี่ยวชาญที่ขึ้นทะเบียนอาจมีความเหมาะสม ในการเรียกเก็บ หรือการเรียกเก็บจากผู้ยื่นคำขอที่สมควรให้มีการเรียกเก็บได้

ในประเด็นข้อสังเกตนี้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ให้ข้อมูลว่า สืบเนื่องจากได้มีการกำหนดไว้ในประกาศหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติฯ ดังนี้

ข้อ ๔. “ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยคำแนะนำของคณะกรรมการตามกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีอำนาจประกาศกำหนด ดังต่อไปนี้

(๒) ค่าขึ้นบัญชีที่จะจัดเก็บจากผู้เชี่ยวชาญ องค์กรผู้เชี่ยวชาญ หน่วยงานของรัฐหรือองค์กรเอกชนทั้งในประเทศและต่างประเทศ ทั้งนี้ ค่าขึ้นบัญชีที่จะจัดเก็บต้องไม่เกินอัตราค่าใช้จ่ายสูงสุดโดยอาจยกเว้นหลักเกณฑ์หรือค่าขึ้นบัญชีทั้งหมดหรือบางส่วนก็ได้

(๓) ค่าใช้จ่ายที่จะจัดเก็บจากผู้ยื่นคำขอในกระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาจยกเว้นค่าใช้จ่ายทั้งหมดหรือบางส่วน ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายที่จะจัดเก็บต้องไม่เกินอัตราค่าใช้จ่ายสูงสุด

กรณีดังกล่าว ความในตอนท้ายของข้อ ๔. กำหนดว่า "ประกาศที่รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการกำหนดตามวรรคหนึ่ง อาจให้ได้รับการยกเว้นค่าขึ้นบัญชีตาม (๒) หรือค่าใช้จ่ายตาม (๓) ทั้งหมดหรือบางส่วนก็ได้

ดังนั้น ในส่วนของค่าขึ้นบัญชีของผู้เชี่ยวชาญ จึงสามารถที่จะออกประกาศยกเว้นทั้งหมดหรือบางส่วนได้ ซึ่ง อย. ได้มีประกาศของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ค่าขึ้นบัญชีที่จะจัดเก็บจากผู้เชี่ยวชาญ องค์กรผู้เชี่ยวชาญ หน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรเอกชนทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่ทำหน้าที่ในการประเมินเอกสารทางวิชาการ การตรวจสถานประกอบการ หรือการตรวจสอบผลิตภัณฑ์วัตถุอันตรายในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พ. ศ. ๒๕๖๑ โดยประกาศกระทรวงฯ ดังกล่าวได้กำหนดยกเว้นค่าขึ้นบัญชีที่จัดเก็บทั้งหมดหรือบางส่วนไว้แล้ว

ต่อกรณีดังกล่าว คณะกรรมาธิการตั้งข้อสังเกตเพิ่มเติมว่า โดยหลักการแล้วหากประกาศกำหนดเป็นบทหลักว่า ให้สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายได้ แต่มีการออกข้อยกเว้นการเรียกเก็บซึ่งแสดงถึงเจตนารมณ์ที่จะมีการเรียกเก็บต่อไป จึงมีความเห็นว่า กรณีดังกล่าว การขอความร่วมมือให้มีผู้เชี่ยวชาญมาทำหน้าที่ไม่ควรมีการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เนื่องจากจะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้มีความต้องการขึ้นบัญชีเป็นผู้เชี่ยวชาญดังกล่าว

๒. การใช้ถ้อยคำในร่างพระราชบัญญัติกับคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๗๗/๒๕๕๙ มีความแตกต่างกันระหว่างคำว่า "รัฐมนตรีประกาศกำหนด...โดยความเห็นของคณะกรรมการ" กับ "รัฐมนตรีประกาศกำหนด...โดยคำแนะนำของคณะกรรมการ" ทั้งนี้ กรณีดังกล่าว มีความเห็นว่าหากกรณีที่รัฐมนตรีจะประกาศกำหนด โดยมีคำแนะนำของคณะกรรมการ กับโดยมีความเห็นของกรรมการอาจมีความหมายแตกต่างกัน เนื่องจากหากมีเจตนาให้มีความหมายเหมือนกัน ย่อมใช้ถ้อยคำเดียวกัน โดยมีความเห็นเกี่ยวกับความแตกต่างของทั้งสองถ้อยคำ เป็นดังนี้

"รัฐมนตรีประกาศกำหนด...โดยคำแนะนำของคณะกรรมการ" มีความเห็นว่า รัฐมนตรีไม่ได้เป็นผู้เสนอเรื่องนั้น แต่คณะกรรมการเป็นผู้เสนอขึ้นมา เพื่อแนะนำให้รัฐมนตรีออกประกาศหรือดำเนินการ

"รัฐมนตรีประกาศกำหนด...โดยความเห็นของคณะกรรมการ" มีความเห็นว่า รัฐมนตรีหรือผู้ออกคำสั่งเป็นผู้ดำเนินการเรื่องนั้น แต่ขอฟังความเห็นของคณะกรรมการก่อนที่จะประกาศ

จากข้อสังเกตดังกล่าว ขอให้ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา นำความเห็นในประเด็นดังกล่าวเสนอต่อไปในชั้นการพิจารณาของวุฒิสภาต่อไป

นอกจากนี้ การออกประกาศหรืออนุบัญญัติของรัฐมนตรี จะมีการใช้ถ้อยคำใน ๓ ลักษณะ ได้แก่

(๑) โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ : หมายความว่า หากคณะกรรมการไม่เห็นด้วยรัฐมนตรีจะออกประกาศหรืออนุบัญญัติไม่ได้เลย

(๒) โดยคำแนะนำของคณะกรรมการ : หมายความว่า รัฐมนตรีจะออกประกาศหรืออนุบัญญัติ จะถามคำแนะนำจากคณะกรรมการก่อน ซึ่งเมื่อมีคำแนะนำอย่างไรแล้วรัฐมนตรีจะดำเนินการตามคำแนะนำหรือไม่ก็ได้

(๓) โดยความเห็นของคณะกรรมการ : หมายความว่า "โดยความเห็น" นี้เป็นความเห็นในลักษณะเดียวกับ "โดยคำแนะนำ" ซึ่งกรณีดังกล่าว นายวิษณุ เครืองาม รองนายกรัฐมนตรี ได้ให้คำชี้แจงในร่างพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... (ความผิดฐานทำให้แท้งลูก) ว่า "โดยคำแนะนำ" มีความหมายที่เข้มกว่า เนื่องจากแสดงให้เห็นว่ารัฐมนตรีเป็นผู้เสนอความคิดเห็นโดยคณะกรรมการเป็นเพียงผู้แนะนำ ซึ่งคำแนะนำนั้นรัฐมนตรีอาจนำไปปรับปรุงแก้ไขได้

ดังนั้น ผู้เสนอร่างพระราชบัญญัติและสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาควรต้องพิจารณากำหนดถ้อยคำให้ชัดเจนว่า จะใช้ถ้อยคำใดในร่างพระราชบัญญัติตามเจตนารมณ์ที่มีความมุ่งหมาย

๓. การร่างบทบัญญัติที่ว่าด้วยเรื่องความผิดของนิติบุคคล ในร่างมาตราที่แก้ไขมาตรา ๘๗/๒ โดยกำหนดว่า "ในกรณีที่ผู้กระทำความผิดเป็นนิติบุคคลถ้าการกระทำความผิดของนิติบุคคลนั้นเกิดจากการสั่งการหรือการกระทำของกรรมการหรือผู้จัดการ ผู้เชี่ยวชาญตามมาตรา ๒๐ (๒) บุคลากรเฉพาะหรือบุคคลใดซึ่งรับผิดชอบในการดำเนินงานของนิติบุคคลนั้น หรือในกรณีที่บุคคลดังกล่าวมีหน้าที่ต้องสั่งการหรือกระทำการและละเว้นไม่สั่งการหรือไม่กระทำการจนเป็นเหตุให้นิติบุคคลนั้นกระทำความผิด ผู้นั้นต้องรับโทษตามที่บัญญัติไว้สำหรับความผิดนั้น ๆ ด้วย"

ร่างบทบัญญัติดังกล่าวนี้ เป็นร่างข้อความที่ดี เนื่องจากเป็นไปตามคำวินิจฉัยของศาลรัฐธรรมนูญโดยในพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ ฉบับแรก ได้กำหนดให้ "มาตรา ๘๗/๒ ในกรณีนิติบุคคลกระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ กรรมการ ผู้จัดการหรือผู้เชี่ยวชาญ บุคลากรเฉพาะหรือบุคคลใด ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการกระทำความผิดนั้น ต้องรับผิดตามที่บัญญัติไว้สำหรับความผิดนั้น ๆ ด้วย เว้นแต่พิสูจน์ได้ว่าการกระทำนั้นได้กระทำโดยตนเองมิได้รู้เห็นหรือยินยอมด้วย" ซึ่งไม่มีถ้อยคำที่แสดงว่า การกระทำความผิดนั้น "เกิดจากการสั่งการหรือกระทำของกรรมการหรือผู้จัดการ ผู้เชี่ยวชาญ..." แต่ให้กรรมการ ผู้จัดการหรือผู้เชี่ยวชาญมีความรับผิดด้วย โดยไม่สามารถปฏิเสธความรับผิด และจะอ้างว่าไม่รับรู้ในการกระทำของนิติบุคคลนั้นไม่ได้ ซึ่งต่อมาได้มีคำวินิจฉัยของศาลรัฐธรรมนูญว่า หลักการดังกล่าวขัดหลักนิติรัฐ เนื่องจากการกระทำความผิดซึ่งมีโทษทางอาญาต้องสันนิษฐานไว้ก่อนว่า ผู้ถูกกล่าวหาไม่มีความผิดและให้ฝ่ายโจทก์พิสูจน์ความผิดตามที่ได้กล่าวหาโดยปราศจากข้อสงสัย ดังนั้น ถ้อยคำตามร่างมาตรา ๗ ที่แก้ไขเพิ่มเติมร่างมาตรา ๘๗/๒ เป็นถ้อยคำที่ดี ซึ่งได้มีการกำหนดให้นิติบุคคลรับผิด โดยหากมีกรรมการหรือผู้จัดการที่เป็นผู้สั่งการหรือกระทำการ และละเว้นไม่สั่งการหรือไม่กระทำการจนเป็นเหตุให้นิติบุคคลกระทำความผิด ต้องรับโทษด้วย

๔. ตามที่ได้มีพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ ซึ่งวัตถุอันตรายเป็นเรื่องที่กระทบกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อม โดยในส่วนที่กระทบกับคน มีทั้งผลกระทบต่อด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ดังนั้น การกำหนดสัดส่วนผู้แทนด้านสาธารณสุขในคณะกรรมการวัตถุอันตราย ควรมีสัดส่วนที่มีนัยสำคัญ แต่เมื่อพิจารณาสัดส่วนคณะกรรมการตามพระราชบัญญัติดังกล่าว ซึ่งมีจำนวน ๒๗ คน โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงอุตสาหกรรมเป็นประธาน และมีอธิบดีกรมโรงงานอุตสาหกรรมเป็นเลขานุการ จึงแสดงให้เห็นว่าเจตนารมณ์ของกฎหมายดังกล่าวอยู่บนฐานความคิดด้านการผลิต และมิได้อยู่บนฐานความคิดของผลกระทบต่อสุขภาพ

นอกจากนี้ ในคณะกรรมการโดยตำแหน่งอีกจำนวน ๑๗ คน มีผู้เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขจำนวน ๒ คน คือ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข และเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา รวมทั้ง มีตำแหน่งอื่น ๆ ซึ่งไม่มีสัดส่วนความเกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข สำหรับตำแหน่งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิมีสัดส่วนที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพอนามัยอีกจำนวน ๑ ตำแหน่ง จึงสรุปได้ว่า คณะกรรมการวัตถุอันตราย มีจำนวนรวม ๒๗ คน มีสัดส่วนที่เกี่ยวข้องกับด้านการสาธารณสุขเพียงจำนวน ๓ คน ซึ่งไม่สมดุลกับสัดส่วนคณะกรรมการเพื่อคุ้มครองสุขภาพกายและสุขภาพจิตของประชาชน ดังนั้น หากในอนาคตมีการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติดังกล่าว ควรเสนอให้มีการแก้ไขเพิ่มเติมสัดส่วนของคณะกรรมการดังกล่าวให้มีความสมดุลและเหมาะสมเกี่ยวกับกรณีดังกล่าวต่อไป

๕. ควรกำหนดให้มีโทษทางอาญาในกรณีเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้เชี่ยวชาญในกระบวนการพิจารณาอนุญาตดังกล่าวในการประเมินเอกสารทางวิชาการ การตรวจวิเคราะห์ การตรวจสถานประกอบการ

หรือการตรวจสอบ ในกรณีที่ผู้เชี่ยวชาญมีการให้ข้อมูลที่บิดเบือนเพื่อประโยชน์ในทางธุรกิจ และส่งผลให้มีการตัดสินใจเพื่ออนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือวัตถุอันตราย และต่อมาปรากฏว่าผลิตภัณฑ์นั้น มีผลกระทบอันตรายถึงแก่ชีวิตของผู้บริโภค กรณีดังกล่าว จึงควรพิจารณากำหนดให้ผู้เชี่ยวชาญต้องรับโทษทั้งทางแพ่งและทางอาญา นอกจากนี้ ควรกำหนดให้มีมาตรการเพื่อตรวจสอบเกี่ยวกับความประพฤติ หรือจรรยาบรรณในวิชาชีพของผู้ที่จะขึ้นบัญชีเป็นผู้เชี่ยวชาญด้วย

๖. บทบัญญัติในมาตรา ๑๕/๑ แห่งพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๖๔ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๔ โดยกำหนดว่า “ในการมีมติหรือการให้ความเห็นชอบของคณะกรรมการ การให้ความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีผู้รักษาการตามกฎหมายอื่นและการออกประกาศของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงอุตสาหกรรม หรือรัฐมนตรีผู้รับผิดชอบ เพื่อปฏิบัติการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้ ให้คำนึงถึงอนุสัญญาห้ามอาวุธเคมีและสนธิสัญญาและข้อผูกพันระหว่างประเทศอื่นประกอบด้วย” กรณีดังกล่าวที่ประชุมร่วมกันของรัฐสภา เมื่อวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ได้ให้ความเห็นชอบให้สัตยาบันความตกลงหุ้นส่วนทางเศรษฐกิจระดับภูมิภาค (Regional Comprehensive Economic Partnership) หรือ RCEP ซึ่งมาตรา ๑๕/๑ ดังกล่าว อาจมีความเกี่ยวข้องผูกพันตามความตกลงดังกล่าว หรืออาจต้องมีการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายภายในประเทศให้สอดคล้องกับความตกลงดังกล่าวด้วยหรือไม่ อย่างไร โดยขอให้ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาพิจารณาศึกษาประเด็นดังกล่าวต่อไป

๒.๖ พิจารณาศึกษาร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพการสัตวบาล พ.ศ. ....

ร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพการสัตวบาล พ.ศ. .... เป็นร่างกฎหมายฉบับใหม่ บทบัญญัติในร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ จึงมีเนื้อหาเทียบเคียงได้กับกฎหมายวิชาชีพฉบับอื่น ๆ โดยมีหลักการและเหตุผล คือ โดยที่เป็นการสมควรพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการปฏิบัติงานของบุคคลด้านการสัตวบาลให้มีมาตรฐานเดียวกัน เพื่อประโยชน์ต่อการเลี้ยงและดูแลสัตว์เลี้ยง สมควรให้มีการจัดตั้งสภาการสัตวบาลขึ้น เพื่อส่งเสริมการประกอบวิชาชีพการสัตวบาลควบคุมและกำหนดมาตรฐานการประกอบวิชาชีพการสัตวบาล และควบคุมมิให้มีการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบจากบุคคลซึ่งไม่มีความรู้ อันจะก่อให้เกิดความเสียหายต่อการเลี้ยงและดูแลสัตว์เลี้ยงเพื่อการค้า และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมาธิการวิสามัญกิจการวุฒิสภา โดยในคราวประชุมคณะกรรมาธิการวิสามัญกิจการวุฒิสภา ครั้งที่ ๔/๒๕๖๔ วันพุธที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ที่ ประชุมพิจารณาเห็นว่า ร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพการสัตวบาล พ.ศ. .... เป็นร่างพระราชบัญญัติที่มีความจำเป็นเกี่ยวกับประโยชน์สาธารณะ เมื่อสภาผู้แทนราษฎรมีมติ รับหลักการแห่งร่างพระราชบัญญัติในวาระที่หนึ่งแล้ว ประธานวุฒิสภาจึงมอบหมายให้คณะกรรมาธิการการสาธารณสุขเป็นผู้พิจารณาศึกษาร่างพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว และเมื่อสภาผู้แทนราษฎร ลงมติเห็นชอบในวาระที่สามแล้ว ให้ดำเนินการตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๑๑๙ ต่อไป

<u>ผลการพิจารณา</u>

กรมปศุสัตว์

สมาคมสัตวบาลแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ได้เสนอร่างกฎหมายฉบับนี้มายังกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เพื่อพิจารณาว่า เห็นสมควรผลักดันให้ตราเป็นกฎหมายหรือไม่ ซึ่งสาเหตุและความจำเป็นที่จะต้องมีพระราชบัญญัตินี้ เนื่องจากวิชาชีพสัตวบาลยังไม่เป็นเอกภาพ โดยผู้สำเร็จการศึกษาจากคณะเกษตรศาสตร์ ภาควิชาสัตวบาล ภาควิชาสัตวศาสตร์ หรือภาควิชาเทคโนโลยีการผลิตสัตว์ จากมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ จำนวน ๑๗ แห่ง มหาวิทยาลัยราชภัฏ จำนวน ๓๙ แห่ง วิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล จำนวน ๙ แห่ง และวิทยาลัยเกษตรกรรมและเทคโนโลยี จำนวน ๔๒ แห่ง รวมจะมีผู้จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี จำนวน ๒,๐๐๐ คนต่อปี ส่งผลให้ยังไม่มีมาตรฐานเดียวกัน

ทั้งนี้ ร่างพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวมีประโยชน์ต่อการสัตวบาล คือ จะทำให้มีกฎหมายการควบคุมเกี่ยวกับสภาวิชาชีพตั้งแต่ต้นกระบวนการผลิตสัตว์จนถึงขั้นตอนแปรรูปการผลิตเนื้อสัตว์เพื่อจำหน่ายให้ผู้บริโภค ซึ่งจะส่งผลดีต่อทั้งผู้ประกอบการ และประชาชนผู้บริโภค นำไปสู่กระบวนการนำเสนอร่างพระราชบัญญัติไปยังรัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ก่อนจะผลักดันเข้าสู่ที่ประชุมคณะรัฐมนตรี ซึ่งมีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๓ และสภาผู้แทนราษฎรได้มีมติเห็นชอบรับหลักการร่างพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว ในวาระที่หนึ่ง เมื่อวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๔

เงื่อนไขการขอใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสัตวบาล แบ่งออกเป็น ๒ ประเภท คือ

๑) ประเภท ก. กำหนดให้ผู้จบการศึกษาระดับปริญญาตรีภาควิชาสัตวบาล ภาควิชาสัตวศาสตร์ หรือภาควิชาเทคโนโลยีการผลิตสัตว์ ตามที่สภาการสัตวบาลรับรอง

๒) ประเภท ข. กำหนดให้ผู้จบการศึกษาที่เกี่ยวกับสัตวบาล ในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) รวมทั้งระดับปริญญาตรีในสาขาอื่น ๆ ที่ผ่านการอบรม

วิชาชีพการสัตวบาล ตามร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพการสัตวบาล พ.ศ. .... จะไม่ทำให้วิชาชีพสัตวบาลมีความซ้ำซ้อนกับสัตวแพทย์ เนื่องจากใน มาตรา ๓ มีเนื้อหากำหนดไว้ชัดเจนว่า วิชาชีพการสัตวบาล หมายถึงวิชาชีพเกี่ยวกับผลิตสัตว์เลี้ยง ปรับปรุงบำรุงพันธ์สัตว์เลี้ยง การจัดการ อาหารสัตว์เลี้ยง การจัดการสุขภิบาลสัตว์เลี้ยง ตลอดจนการจัดการผลผลิต ผลิตภัณฑ์จากสัตว์เลี้ยง ทั้งนี้ เพื่อทำให้สัตว์เลี้ยงมีสุขภาพแข็งสมบูรณ์ให้ผลผลิต ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ แต่ทั้งนี้ไม่รวมถึงการปฏิบัติหน้าที่การสัตวแพทย์ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการสัตวแพทย์ พ.ศ. ๒๕๔๕

จุดมุ่งหมายของร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพการสัตวบาล พ.ศ. .... มุ่งให้เกิดกำกับดูแลมาตรฐานของผู้ประกอบวิชาชีพสัตวบาลที่เลี้ยงสัตว์เพื่อการค้า ไม่ครอบคลุมไปยังสัตว์ที่ประชาชนเลี้ยงเป็นการส่วนตัว หรือเกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์รายย่อย โดยเนื้อหาของร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้จะมุ่งไปที่การกำกับผู้เลี้ยงสัตว์เพื่อการค้าในแง่มุมของวิชาชีพ การใช้เทคโนโลยีและจรรยาบรรณของวิชาชีพการสัตวบาลโดยเฉพาะ ตั้งแต่กระบวนการดูแลผลผลิต การให้อาหารสัตว์ การปรับปรุงพันธุกรรมของสัตว์เชิงปริมาณ

ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ มีเนื้อหาบังคับให้ผู้ประกอบอาชีพสัตวบาลจะต้องสอบขอขึ้นทะเบียนเพื่อให้ได้รับใบรับรองการประกอบอาชีพสัตวบาล เช่น ผู้ประกอบกิจการฟาร์มโคเนื้อ จำนวน ๕๐ ตัวขึ้นไป จะต้องว่าจ้างสัตวบาลที่ขึ้นทะเบียนและได้รับใบประกอบวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแล แต่ทั้งนี้ ไม่ได้บังคับให้ผู้ประกอบการหรือเกษตรกรต้องจ้างสัตวบาลมาดูแลสัตว์ เพียงแต่ต้องการมุ่งควบคุมผู้ประกอบอาชีพสัตวบาลให้ต้องมีใบอนุญาต

ร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว จะมีการกำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำของปริมาณการเลี้ยงสัตว์ในเชิงพาณิชย์ เช่น หากผู้ใดเลี้ยงสัตว์จำนวนตั้งแต่ ๑๐๑ ตัวขึ้นไป ก็จะต้องมีใบประกอบวิชาชีพประเภท ข. ซึ่งบุคคลทั่วไปและเกษตรกรสามารถเข้ารับการอบรมเพื่อขอใบประกอบวิชาชีพประเภท ข. ได้ แต่หากมีการดำเนินการฉีดยาสัตว์ก็จะต้องดำเนินการโดยสัตวแพทย์

สำหรับการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนต่อการจัดทำร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพการสัตวบาล พ.ศ. .... ตามมาตรา ๗๗ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ดำเนินการจัดรับฟังความคิดเห็น จำนวน ๒ ครั้ง คือ ๑) ในช่วงระยะเวลาการนำเสนอร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรีรอบแรก โดยมีทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมแสดงความคิดเห็น ได้แก่ สถาบันการศึกษา ภาคเกษตรกร ผู้ประกอบการ และเจ้าหน้าที่ของรัฐ โดยประเด็นที่ไม่เห็นด้วยส่วนใหญ่ คือ อัตราค่าธรรมเนียม จำนวน ๕,๐๐๐ บาท ซึ่งได้มีการชี้แจงว่า อัตราค่าธรรมเนียมจะกำหนดไว้ในกฎหมายลำดับรอง ซึ่งจะต้องมีการรับฟังความคิดเห็นและสำรวจข้อเท็จจริงจากวิชาชีพอื่น ๆ ว่า การกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมขั้นต่ำหรือขั้นสูง เป็นจำนวนเท่าไร ๒) ในช่วงระยะเวลาการนำเสนอร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรีว่า เห็นชอบหรือไม่เห็นชอบ เมื่อวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ โดยมีทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมแสดงความคิดเห็น สมาคมผู้เลี้ยงโคเนื้อ สมาคมผู้เลี้ยงไก่ไข่ ตลอดจนสถาบันการศึกษา มีประเด็นหลักที่มีผู้ไม่เห็นด้วย คือ สัดส่วนของคณะกรรมการ โดยสมาคมผู้เลี้ยงโคเนื้อ สมาคมผู้เลี้ยงไก่ไข่ ให้ความเห็นว่า สัดส่วนคณะกรรมการจากสมาคมผู้ประกอบการมีจำนวนน้อย และในภาพรวมสัดส่วนของภาครัฐมีจำนวนมากกว่าภาคเอกชน อย่างไรก็ตาม การรับฟังความคิดเห็นได้รับการสนับสนุนในเชิงหลักการว่า จะส่งผลดีต่อความเชื่อมั่นในการผลิตสัตว์ การแปรรูปสัตว์

และขั้นตอนอื่น ๆ ก่อนที่สัตวแพทย์จะเข้ามามีส่วนร่วมในดำเนินการ ทั้งนี้ การรับฟังความคิดเห็นมีผู้เห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่ จึงไม่ได้มีความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อห่วงกังวลด้านผลกระทบ

สัตวแพทยสภา

สัตวแพทยสภาได้พิจารณาเนื้อหาสาระ เหตุผลความจำเป็นของร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพการสัตวบาล พ.ศ. .... อย่างรอบคอบแล้ว พบว่า มีเนื้อหาคล้ายคลึงกับพระราชบัญญัติวิชาชีพการสัตวแพทย์ พ.ศ. ๒๕๔๕ โดยแตกต่างกัน คือ วิชาชีพสัตวบาล จะรับผิดชอบเกี่ยวกับการเลี้ยงและการผลิตสัตว์ ส่วนสัตวแพทย์จะรับผิดชอบด้านสุขภาพและการรักษา ซึ่งในทางปฏิบัติการดำเนินการตามมาตรฐานสากล ด้านการเลี้ยงและการผลิตสัตว์ก่อนจำหน่ายให้ผู้บริโภค ตามคำจำกัดความขององค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (Office International des Epizooties: OIE) ที่กำหนดให้สัตวแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบในการกำกับดูแลทุกขั้นตอน

การผลักดันให้มีสภาวิชาชีพสัตวบาลตามร่างพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว จะช่วยสร้างความเชื่อมั่นว่า ผู้เลี้ยงสัตว์มีความรู้ความเหมาะสม แต่ขั้นตอนสุดท้ายในด้านการรับรองผลิตภัณฑ์จากสัตว์ สัตวแพทย์ได้ถูกกำหนดให้เป็นผู้ลงนามรับรองก่อนจำหน่ายให้ผู้บริโภค ซึ่งสอดคล้องตามหลักเกณฑ์และข้อกำหนดของ OIE และองค์กรการค้าระหว่างประเทศ (World Trade Organizations: WTO) ที่กำหนดให้อุตสาหกรรมการค้าขายเกี่ยวกับสัตว์อยู่ในความรับผิดชอบของสัตวแพทย์ ซึ่งสัตวแพทย์ได้ดำเนินการตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการสัตวแพทย์ พ.ศ. ๒๕๔๕ อย่างครบถ้วน

ดังนั้น เนื้อหาสาระของร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพการสัตวบาล จึงมีความซ้ำซ้อนกับพระราชบัญญัติวิชาชีพการสัตวแพทย์ พ.ศ. ๒๕๔๕

ปัจจุบันการทำงานด้านสาธารณสุขในระดับสากลได้มีการผลักดันแนวคิดการดำเนินการเรื่อง สุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาสุขภาพแนวใหม่ที่รวมเอาแนวทางการปฏิบัติสุขภาพคน สุขภาพสัตว์และสุขภาพสิ่งแวดล้อมเข้าไว้ด้วยกัน มีเป้าหมายเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี โดยมีประเด็น ข้อห่วงกังวล คือ การดื้อยาปาฏิชีวนะ ที่สัตวแพทย์ต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการจ่ายยาและการดูแลรักษา นอกจากนี้ การดำเนินงานร่วมกันระหว่างองค์กรระหว่างประเทศเกี่ยวกับสัตว์ ได้แก่ WTO OIE และองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization of the United Nations: FAO) ก็มีความชัดเจนว่า การดำเนินการภายในประเทศไทยให้เกิดการยอมรับในระดับสากลก็ควรต้องการดำเนินงานที่สอดรับกับหลักปฏิบัติของวิชาชีพสัตวแพทย์ (Veterinary Profession) ซึ่งเป็นไปตามกฎหมายของสัตวแพทย์สากล (Veterinary Statutory Body: VSB) ซึ่งกำหนดขอบเขตการดำเนินการของสัตวแพทย์ให้ได้มาตรฐานของ FAO ถูกกำหนดให้เป็นหน้าที่ของสัตวแพทย์ทุกขั้นตอน

สัตวแพทย์ปฏิบัติหน้าที่โดยให้เกียรติกับสัตวบาลที่ถือว่าเป็นผู้มีความสำคัญมากในกระบวนการผลิตสัตว์ อย่างไรก็ตาม กระบวนการอื่น ๆ สัตวแพทย์กับสัตวบาลก็ต้องดำเนินการร่วมกัน โดย OIE ได้กำหนดให้มีผู้สนับสนุนผู้ประกอบวิชาชีพสัตวแพทย์ (Veterinary Paraprofessional) ที่ต้องผ่านการอบรมเฉพาะทางกับสัตวแพทย์ เช่น การฉีดวัคซีน การผสมเทียม หรือการตรวจคุณภาพเนื้อสัตว์ ซึ่งในประเทศไทยสัตวบาลการดำเนินการเกี่ยวกับสัตว์ก็จะต้องเข้ารับการอบรมจากสัตวแพทย์เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ หลักปฏิบัติในระดับสากลยังไม่พบว่า มีประเทศใดที่กำหนดให้มีสภาวิชาชีพสัตวบาล (Animal Husbandry Council)

การผลักดันมาตรฐานการผลิตสัตว์ ไม่สามารถแก้ปัญหาได้จากการผลักดันสภาวิชาชีพ แต่อยู่ที่การปรับปรุงหลักสูตรของสถาบันการศึกษาที่ผลิตสัตวบาลเพื่อให้ผลิตบุคลากรที่มีความเชื่อมั่นได้หรือไม่ โดยหลักสูตรสัตวบาลที่มีระยะเวลาการศึกษา ๔ ปี ยังไม่พบความจำเพาะเกี่ยวกับการเลี้ยงสัตว์

วิชาชีพสัตวบาลควรร่วมประชุมกับสัตวบาลทั้งประเทศเพื่อสรุปความรู้ความสามารถหลักความสามารถรองเพื่อพิจารณาความจำเพาะทางวิชาชีพ เนื่องจากมีการผลิตหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิตสาขาเทคโนโลยีการผลิตสัตว์ ออกมาจำนวนมาก จึงขอความอนุเคราะห์จากคณะกรรมาธิการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวอย่างละเอียดรอบคอบ เพื่อให้การดำเนินการมีความชัดเจนและไม่ให้เกิดความขัดแย้งที่จะส่งผลเสียต่อประเทศชาติ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

หลักเกณฑ์การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการสัตวบาล ตามร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพการสัตวบาล พ.ศ. .... มาตรา ๓๑ กำหนดครอบคลุมเกี่ยวกับ แบบใบอนุญาต ประเภทใบอนุญาต หลักเกณฑ์และวิธีการ อายุและการต่ออายุ ให้เป็นไปตามที่กำหนดตามข้อบังคับสภาการสัตวบาล ซึ่งจะต้องดำเนินการจัดทำข้อบังคับภายหลังพระราชบัญญัติมีผลใช้บังคับ ภายใน ๙๐ วัน นับจากประกาศในราชกิจจานุเบกษา ตามมาตรา ๒ ทางสภาการสัตวบาลต้องดำเนินการตราข้อบังคับที่เกี่ยวกับการออกใบอนุญาตให้เสร็จสิ้นเพื่อให้ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวบาลมายื่นขออนุญาตตามมาตรา ๒๙

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพการสัตวบาล พ.ศ. .... มีส่วนเกี่ยวข้องกับหน้าที่และอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้กฎหมาย ๒ ฉบับ คือ ๑) พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะมูลสัตว์ การติดเชื้อและความสะอาด และ ๒) พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ดังนี้

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

- ควรจะต้องมีการเชื่อมโยงการดำเนินงานระหว่างสัตวแพทยสภากับสัตวบาล เนื่องจากโครงสร้างและสัดส่วนของคณะกรรมการวิชาชีพของทั้ง ๒ สภา ที่มีอธิบดีกรมปศุสัตว์ และคณบดีสถาบันการศึกษาอยู่ในโครงสร้างทั้ง ๒ สภาแล้ว ควรต้องมีประเด็นเชื่อมโยงอื่น ๆ มาประกอบด้วย ทั้งนี้ เพื่อไม่ให้หน้าที่และอำนาจของทั้ง ๒ สภา มีความทับซ้อนกัน

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านกฎหมาย

๑. สาระสำคัญเกี่ยวกับหน้าที่และอำนาจตามร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพการสัตวบาล พ.ศ. .... ยังไม่ชัดเจน และพบช่องว่างทางองค์ความรู้ระหว่างวิชาชีพสัตวแพทย์และวิชาชีพสัตวบาล

๒. หากผลักดันร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพการสัตวบาล พ.ศ. .... ก็ควรพิจารณาให้ความสำคัญกับขยะติดเชื้อ ซึ่งรวมถึงซากสัตว์และมูลสัตว์ ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม แต่ทั้งนี้ ต้องพิจารณาตามหน้าที่และอำนาจของสัตวแพทย์กับสัตวบาล

๓. การกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมตามบัญชีแนบท้ายของร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อบุคคลที่ปฏิบัติงานหรือมีความรู้ด้านสัตวบาลไม่มาขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพสัตวบาล ทั้งนี้ จะทำให้การออกกฎหมายดังกล่าว ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เนื่องจากก่อความเดือดร้อนให้ประชาชน

๔. การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสัตวบาล ควรคำนึงถึงหลักเกณฑ์ตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘

นอกจากนี้ ต้องมีความชัดเจนว่า ร่างพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว ก่อให้เกิดประโยชน์อย่างไรกับผู้ประกอบอาชีพสัตวบาล เนื่องจากหากผู้ประกอบอาชีพสัตวบาลไม่สมัครเข้าร่วมเป็นสมาชิกในสภาวิชาชีพก็จะสามารถดำเนินการประกอบอาชีพได้เช่นเดิม

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านปฏิบัติการ

๑. วัตถุประสงค์ของวิชาชีพสัตวบาล คือ การส่งเสริมให้ประชาชนมีอาชีพเลี้ยงสัตว์ไม่ต่างจากอาชีพเกษตรอื่น เช่น การทำไร่ การทำสวน ส่วนวัตถุประสงค์ของวิชาชีพสัตวแพทย์ คือ การดูแลและการรักษาสัตว์ ทั้ง ๒ วิชาชีพจึงไม่ควรมีการทับซ้อนกันทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

๒. มีข้อห่วงกังวลต่อแนวทางในการปฏิบัติหน้าที่ระหว่างสัตวแพทย์กับสัตวบาล ซึ่งอาจก่อให้เกิดความซ้ำซ้อน แต่หากสามารถแบ่งหน้าที่และอำนาจการดำเนินการได้อย่างชัดเจนก็จะส่งผลให้การปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเกิดประสิทธิภาพ

๓. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาให้ความสำคัญเกี่ยวกับการควบคุมโรคจากสัตว์สู่คน ซึ่งจำเป็นจะต้องมีการควบคุมบุคลากรแต่ละวิชาชีพอีกชั้นหนึ่ง เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนและเกิดปัญหาความขัดแย้งขึ้นในอนาคต

๔. กรมปศุสัตว์ควรจะต้องให้คำอธิบายเกี่ยวกับประโยชน์ของการผลักดันร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ โดยเฉพาะแง่มุมของการขอใบอนุญาตวิชาชีพสัตวบาล เพราะส่วนใหญ่ของการผลักดันร่างพระราชบัญญัติเกี่ยวกับวิชาชีพจะมุ่งเน้นที่การกำกับควบคุมดูแล

๒.๗ พิจารณาศึกษาความคืบหน้าในการตรากฎหมายลำดับรอง เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการนำกัญชายาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ ๕ มาใช้ในการรักษาโรค หรือการศึกษาวิจัย

คณะกรรมาธิการได้มีการติดตามความคืบหน้าผลการจากการตราพระราชบัญญัติด้านสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการออกกฎหมายลำดับรองเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติ โดยกฎหมายที่ออกมาใช้บังคับแล้ว คือ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ ดังนั้น คณะกรรมาธิการจึงได้มีการพิจารณาศึกษาถึงความคืบหน้ากฎหมายลำดับรอง เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการนำกัญชายาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ ๕ มาใช้ในการรักษาโรค หรือการศึกษาวิจัย เช่น การครอบครอง การอนุญาตผลิต การนำเข้า การส่งออก และการจำหน่าย ตลอดจนการนำมาปรุงอาหารตามที่ปรากฏเป็นข่าว รวมถึงปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

<u>ผลการพิจารณา</u>

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในฐานะผู้กำกับดูแลกฎหมายดังกล่าว ได้ออกอนุบัญญัติเพื่อรองรับการดำเนินการตามพระราชบัญญัติดังกล่าว ในเบื้องต้นได้มีการร่างกฎกระทรวงการขออนุญาต ผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย และครอบครองกัญชา ซึ่งได้เตรียมความพร้อมคู่ขนานกับพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ ขณะนี้ร่างกฎกระทรวงดังกล่าวอยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา

โดยเนื้อหาของร่างกฎกระทรวงการขออนุญาต ผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย และครอบครองกัญชา ประกอบด้วย นิยามเกี่ยวกับคำว่า “กัญชา” “ผู้รับอนุญาต” และ “หน่วยงานของรัฐ” หมวดการขออนุญาต หมวดการอนุญาต หมวดการดำเนินการ หมวดการรับรองตำรับ หมวดรูปแบบพิเศษของการเข้าถึงยา (Special Access Scheme : SAS) เป็นการรองรับการนำยากัญชามาใช้ เนื่องจากได้มีการทบทวนข้อมูลแล้วเห็นว่าหากจะต้องรอให้มียากัญชาโดยกระบวนการปกติ คือ จะต้องมีการขึ้นทะเบียนยาให้เรียบร้อยก่อน และต้องพิจารณาการทดลองในสัตว์ทดลอง การวิจัยพัฒนา รวมทั้งการศึกษาในมนุษย์จนกระทั่งสามารถขึ้นทะเบียนได้ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาดำเนินการไม่ต่ำกว่า ๓ ปี แต่โดยเฉลี่ยประมาณ ๕ ปีขึ้นไป ดังนั้น หากต้องปฏิบัติตามกระบวนการขึ้นทะเบียนยาปกติจะทำให้กระบวนการใช้ยากัญชาไม่ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน ดังนั้น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จึงนำรูปแบบ SAS มากำหนดไว้ในร่างกฎกระทรวงดังกล่าว นอกจากนั้น ยังมีหมวดการขออนุญาตเพื่อการวิจัย และบทเฉพาะกาล อย่างไรก็ตาม คุณสมบัติของผู้ขออนุญาตตามร่างกฎกระทรวงดังกล่าวต้องเป็นไปตามมาตรา ๒๖ แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒

<u>กฎหมายลำดับรองที่ออกตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกัญชา</u> ประกอบด้วย

๑) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แจ้งการมีไว้ในครอบครองกัญชา เป็นการนิรโทษกัญชาให้กับผู้ป่วยที่มีกัญชาไว้ในครอบครองและสามารถใช้ได้ต่อไปจนกว่าจะมียากัญชาใช้ (ประกาศใช้บังคับวันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒)

๒) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ประกอบวิชาชีพแผนไทย หรือหมอพื้นบ้านที่จะปรุงหรือจ่ายยากัญชาได้ พ.ศ. ๒๕๖๒ (ประกาศใช้บังคับวันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๒)

๓) ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดฉลากและเอกสารกำกับสำหรับยาแผนปัจจุบันที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ พ.ศ. ๒๕๖๒ (ประกาศใช้บังคับวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๒)

๔) ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตกรณีผู้รับอนุญาตตาย พ.ศ. ๒๕๖๒ (ประกาศใช้บังคับวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๒)

๕) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ประกอบวิชาชีพแผนไทย หรือหมอพื้นบ้านที่จะปรุงหรือจ่ายยากัญชาได้ ฉ.๒ พ.ศ. ๒๕๖๒ (ประกาศใช้บังคับวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๒)

๖) ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดฉลากและเอกสารกำกับสำหรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ พ.ศ. ๒๕๖๒ (ประกาศใช้บังคับวันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๒)

๗) ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดแบบบัญชีรับจ่ายและรายงานผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย ครอบครองกัญชา กัญชง พ.ศ. ๒๕๖๔ (ประกาศใช้บังคับวันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๔)

๘) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยากัญชาที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคและวิจัยได้ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ประกาศใช้บังคับวันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔)

<u>ตัวอย่างกฎหมายลำดับรองที่มีผลใช้บังคับในปัจจุบัน</u> ดังนี้

๑) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข กำหนดผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านที่สามารถปรุง หรือสั่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ได้ พ.ศ. ๒๕๖๒ และฉบับที่ ๒ (ประกาศใช้บังคับวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๒) ประกาศในลักษณะนี้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจะหารือร่วมกับกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และสภาการแพทย์แผนไทย ก่อนนำเข้าสู่การพิจารณาของคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องพิจารณา แล้วจึงเสนอต่อคณะอนุกรรมการด้านกฎหมายและคณะกรรมการ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเสนอต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาต่อไป

ประกาศฉบับนี้เริ่มแรกมีการหารือร่วมกับกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกถึงความกังวลของหลายภาคส่วนเกี่ยวกับการนำช่อดอกหรือใบกัญชาที่ทำให้แห้งแล้วไปให้ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านนำมาปรุงยา ซึ่งอาจเกิดปัญหาเรื่องการควบคุมการใช้ ในเบื้องต้นจึงกำหนดให้กรมการแพทย์แผนไทยฯ โดยกองยาไทยนำช่อดอกและใบกัญชาแห้งมาปรุงเป็นเครื่องยากัญชากลาง คือ การนำไปปรุงตามสูตรตำรับของกรมการแพทย์แผนไทยฯ แต่ภายหลังได้มีการทบทวนแล้ว เห็นว่า ในทางปฏิบัติอาจไม่เกิดปัญหาในเรื่องดังกล่าว เนื่องจากได้มีการอบรมผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย แผนไทยประยุกต์และหมอพื้นบ้านเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวแล้ว

ในปัจจุบันตำรับยาที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้จะต้องเป็นตำรับตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยากัญชาที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคและศึกษาวิจัยได้ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ประกาศใช้บังคับวันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔)

๑) ตำรับยาที่ได้การรับรองจาก อย. (ตำรับยาแผนปัจจุบันและตำรับยาแผนไทย) ผู้ป่วยสามารถใช้ยาที่ขึ้นทะเบียนแล้วได้ภายใต้การสั่งจ่ายยาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

๒) ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ในตำราการแพทย์แผนไทยตามบัญชี ๑ แนบท้ายเดิมประกาศตำรับยาแผนไทยดังกล่าวมีจำนวน ๑๖ ฉบับ แต่เมื่อมีการยกเลิกเกี่ยวกับใบกัญชา ราก กิ่ง และก้านออกจากการเป็นยาเสพติดให้โทษ ซึ่งมีอยู่ ๕ ตำรับ เช่น ศุขไสยาศน์ ทัพยาธิคุณ เป็นต้น ตำรับยาดังกล่าวใช้เฉพาะใบกัญชา ราก กิ่ง และก้าน ไปผสมกับยาชนิดอื่นจึงถูกยกเลิกจากการเป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ ๕ หากภาคเอกชนต้องการผลิตยาทั้ง ๕ ตำรับดังกล่าว จะต้องไปขอขึ้นทะเบียนกับกรมการแพทย์แผนไทยฯ หากเป็นหน่วยงานภาครัฐสามารถดำเนินการผลิตต่อไปได้ ปัจจุบันมีการปรับปรุงประกาศดังกล่าวเหลือเพียง ๑๑ ฉบับ

๓) ตำรับยาที่ได้รับอนุญาตให้ผลิตในประเทศ ภายใต้รูปแบบพิเศษของการเข้าถึงยา (Special Access Scheme : SAS) ตามบัญชี ๒ แนบท้าย ปัจจุบันมีจำนวน ๑๕ ตำรับ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้พัฒนาเพื่อให้ประเทศไทยสามารถที่จะมียาที่มีส่วนผสมของกัญชาใช้ในประเทศได้ในระยะเวลาที่เร็วขึ้น ทั้งนี้ เกือบทั้งหมดเป็นยาที่ได้จากการสกัดและนำมาผสมทำเป็นยา การผลิตยากลุ่ม SAS เป็นการลดระยะเวลาดำเนินการจากยากลุ่มแรกที่ได้รับการรับรองและขึ้นทะเบียนยา โดยมีการอ้างอิงการใช้จากการศึกษาวิจัยของต่างประเทศและเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของคณะกรรรมการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการนำยากลุ่มนี้ไปใช้ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขจะต้องได้รับการฝึกอบรมในเรื่องดังกล่าว

๔) ตำรับยาที่ได้รับอนุญาตภายใต้โครงการศึกษาวิจัยที่ได้รับอนุญาตจาก อย. ซึ่งยาที่ได้จากการศึกษาวิจัยดังกล่าว ส่วนหนึ่งจะเก็บไว้เป็นยาตำรับ และอีกส่วนหนึ่งจะนำไปเป็นข้อมูลประกอบการขอขึ้นทะเบียนยาเป็นยาที่ได้รับการรับรองเป็นยาตามข้อ ๑

๕) ตำรับยาที่ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์และหมอพื้นบ้าน ปรุงขึ้นจากองค์ความรู้และภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่ชัดเจน และได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตามบัญชี ๓ แนบท้าย ปัจจุบันมีจำนวน ๘ ตำรับ เป็นกลุ่มยาที่ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์หรือหมอพื้นบ้านเป็นผู้ปรุงยาขึ้นมา

<u>บัญชี ๑ รายชื่อตำรับยาและที่มาของตำรับยา</u> ดังนี้

๑. ยาอัคคินีวคณะ มาจากตำรับยาคัมภีร์ธาตุพระนารายน์
๒. ยาแก้ลมเนาวนารีวาโย มาจากตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม
๓. ยาน้ำมันสนั่นไตรภพ มาจากตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม
๔. ยาแก้ลมขึ้นเบื้องต้น มาจากตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม
๕. ยาไฟอาวุธ มาจากแพทยศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม ๑ พระยาพิศณุประสาทเวช
๖. ยาแก้สัณฑฆาต กล่อมแห้ง มาจากแพทยศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม ๒ พระยาพิศณุประสาทเวช
๗. ยาอัมฤตโอสถ มาจากมาจากแพทยศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม ๒ พระยาพิศณุประสาทเวช
๘. ยาอโภยสาลี มาจากเวชศึกษา พระยาพิคณุประสาทเวช
๙. ยาไพสาลี มาจากอายุรเวทศึกษา เล่ม ๒ ขุนนิทเทสสุขกิจ
๑๐. ยาทำลายพระสุเมรุ มาจากคัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณ เล่ม ๒ ขุนโสภิตบรรณลักษณ์
๑๑. ยาทัพยาธิคุณ มาจากคัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณ เล่ม ๒ ขุนโสภิตบรรณลักษณ์

ยาในบัญชี ๑ มีส่วนของกัญชาที่ยังไม่ถูกยกเลิกออกจากยาเสพติดให้โทษ เช่น ช่อดอก ในอนาคต หากกรมการแพทย์แผนไทยฯ ได้มีการทบทวนตำรายาแห่งชาติ หรือตำรายาอื่น ในอนาคตอาจมีการเพิ่มตำรับยาในบัญชี ๑ เพิ่มเติมได้

<u>บัญชี ๒ รายชื่อตำรับยา และรายชื่อผู้ผลิต</u> ดังนี้

ชื่อตำรับยา	ชื่อผู้ผลิต
๑. GPO THC ความแรง THC 13 mg/ml	- องค์การเภสัชกรรม
๒. GPO CBD ความแรง CBD 100 mg/ml	- องค์การเภสัชกรรม
๓. GPO THC : CBD ความแรง THC 27 mg/ml CBD 25 mg/ml	- องค์การเภสัชกรรม
๔. น้ำมันกัญชาหยอดใต้ลิ้น สูตร THC 1.7%W/V ความแรง THC 17 mg/ml	- โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ในพระอุปถัมภ์สมเด็จพระเจ้าภคินีเธอเจ้าฟ้าเพชรรัตนราชสุดา สิริโสภาพรรณณวดี
๕. ยาน้ำมันกัญชาหยอดใต้ลิ้น สูตร THC 2.7%W/V : CBD 2.5%W/V ความแรง THC 27 mg/ml CBD 25 mg/ml	- โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ในพระอุปถัมภ์สมเด็จพระเจ้าภคินีเธอเจ้าฟ้าเพชรรัตนราชสุดา สิริโสภาพรรณณวดี
๖. ยาน้ำมันกัญชาหยอดใต้ลิ้น สูตร CBD 10%W/V ความแรง CBD 100 mg/ml	- โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ในพระอุปถัมภ์สมเด็จพระเจ้าภคินีเธอเจ้าฟ้าเพชรรัตนราชสุดา สิริโสภาพรรณณวดี
๗. ยาน้ำมันสูตร CBD 10%W/V	- โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ในพระอุปถัมภ์สมเด็จพระเจ้าภคินีเธอเจ้าฟ้าเพชรรัตนราชสุดา สิริโสภาพรรณณวดี
๘. ยาน้ำมันกัญชาทั้ง ๕ สูตร รับประทาน	- โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ในพระอุปถัมภ์สมเด็จพระเจ้าภคินีเธอเจ้าฟ้าเพชรรัตนราชสุดา สิริโสภาพรรณณวดี
๙. ยาน้ำมันกัญชาทั้ง ๕ สูตรใช้ภายนอก	- โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ในพระอุปถัมภ์สมเด็จพระเจ้าภคินีเธอเจ้าฟ้าเพชรรัตนราชสุดา สิริโสภาพรรณณวดี
๑๐. น้ำมันกัญชา THC ความแรง THC 13 mg/ml	- โรงพยาบาลคูเมือง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๑๑. น้ำมันกัญชา CBD ความแรง CBD 100 mg/ml	- โรงพยาบาลคูเมือง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อตำรับยา	ชื่อผู้ผลิต
๑๒. น้ำมันกัญชา THC : CBD (1:1) ความแรง THC 27 mg/ml CBD 25 mg/ml	- โรงพยาบาลคูเมือง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๑๓. น้ำมันกัญชา (ตำรับหมอเดชา)	- กองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๑๔. ตำรับเมตตาโอสถ ความแรง THC 81 mg/ml	- กองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๑๕. ตำรับการุณย์โอสถ ความแรง CBD 10 mg/ml	- กองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

<u>บัญชี ๓ รายชื่อตำรับยา และชื่อที่อยู่ผู้ปรุงยา</u> ดังนี้

ชื่อตำรับยา	ชื่อที่อยู่ผู้ปรุงยา
๑. น้ำมันหมอเดชา	นายเดชา ศิริภัทร
๒. ยาตัดราก	นายบุญมี เหนียวแน่น
๓. น้ำมันภูพานพ่ออาน	นายอาน อุทโท
๔. ยาต้มแก้อาการเลือดตกใน ช้ำใน	นายสา บุดคำดี
๕. ยอดยาวัดคำประมง	พระปพนพัชร์ ภิบาลพักตร์นิธิ
๖. ตำรับน้ำมันสมุนไพร วัดคำประมง	พระปพนพัชร์ ภิบาลพักตร์นิธิ
๗. ตำรับยาทาสมุนไพรอโรคยา	พระปพนพัชร์ ภิบาลพักตร์นิธิ
๘. ตำรับน้ำมันผสมกัญชา	นายแก้ว ใจเย็น

เมื่อมีการขออนุญาตปลูกกัญชาจากคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษแล้ว วัตถุดิบที่ได้จะถูกส่งมาที่ผู้รับอนุญาตแปรรูปหรือสกัด เพื่อทำเป็นยาแผนไทยหรือน้ำมันกัญชาแผนปัจจุบัน เมื่อผลิตเสร็จแล้วจะมีการจัดส่งยาดังกล่าวไปยังสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาต หากแพทย์แผนปัจจุบันวินิจฉัยแล้วว่า ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยากัญชาก็จะสั่งจ่ายยาแผนปัจจุบันในกลุ่ม SAS กรณีที่สถานพยาบาลนั้นมีแพทย์แผนไทยและแพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่า ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยากัญชาก็สามารถสั่งจ่ายยาได้ ทั้งนี้ ผู้ปลูกและผู้ผลิตจะต้องมีการรายงานมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ซึ่งได้มีการเชื่อมโยงข้อมูลกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อสถานพยาบาลจะได้สามารถรายงานข้อมูลการใช้ยากัญชาผ่านระบบของ สปสช. ที่เชื่อมโยงกับระบบรายงานของ อย. ได้สะดวกยิ่งขึ้น นอกจากนั้น สถานพยาบาลจะต้องรายงานอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยมายัง อย. เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษและคณะกรรมการขับเคลื่อนของกระทรวงสาธารณสุขจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต่อผู้บริหารระดับสูง เพื่อดำเนินการแก้ไขปรับปรุงนโยบายที่เกี่ยวข้องต่อไป ส่วนผู้สั่งจ่ายยาไม่ว่าจะเป็นแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้าน จะต้องผ่านการอบรมและจะมีการส่งรายชื่อผู้ผ่านการอบรมมายัง อย. เพื่อที่ผู้สนใจสามารถสืบค้นรายชื่อผู้ผ่านการอบรมดังกล่าวได้

การดำเนินการตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกัญชาของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ประกอบด้วย ๑) การออกกฎหมายลำดับรอง ๒) การรับแจ้งครอบครองนิรโทษกัญชา โดยมีการรับแจ้งทั้งหมดจำนวน ๓๒,๑๔๘ ราย ๓) ระบบการอนุญาตใบอนุญาตเกี่ยวกับกัญชาทั้งหมด ๑,๓๔๖ ฉบับ ๔) จัดทำระบบการรายงาน Electronics และการติดตามบัญชี

รายงานรับจ่าย รายงานประสิทธิผลและความปลอดภัยการใช้ยา HPVC การจัดทำระบบ Track and trace ตลอดห่วงโซ่อุปทาน ๕) ระบบบริการยากัญชา เป็นการสนับสนุนความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน เพื่อให้ได้ยาที่มีคุณภาพมาตรฐานส่งมอบต่อผู้ป่วย ๖) ระบบ Post surveillance and vigilance เพื่อตรวจสอบเฝ้าระวังสถานที่ปลูก ผลิต จำหน่าย ครอบครอง และวิเคราะห์ข้อมูลความปลอดภัยจากการใช้ยา ประสิทธิผลและคุณภาพยา

ปัจจุบันมีการขอรับใบอนุญาตนำเข้ากัญชา (การนำเข้าเมล็ดพันธุ์เป็นหลัก) จำนวน ๘ ฉบับ การขอรับใบอนุญาตครอบครอง เพื่อการศึกษาวิจัยภายใต้โครงการวิจัย จำนวน ๑๕๒ ฉบับ การขอรับใบอนุญาตการผลิตในลักษณะการปลูกกัญชา จำนวน ๑๓๑ ฉบับ การขอรับใบอนุญาตการผลิตในลักษณะการแปรรูปหรือการสกัด จำนวน ๓๓ ฉบับ การขอรับใบอนุญาตการผลิตในลักษณะการปรุง จำนวน ๕ ฉบับ และการขอรับอนุญาตจำหน่าย จำนวน ๑,๐๑๗ ฉบับ

ปัจจุบันมีการกระจายยากัญชาไปยังโรงพยาบาลที่ได้รับอนุญาต จำนวน ๔๓๑ แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลภาครัฐ จำนวน ๓๔๖ แห่ง โรงพยาบาลภาคเอกชนและคลินิก จำนวน ๘๕ แห่ง ทั่วประเทศ จำนวน ๑,๔๔๑,๙๒๘ ขวด/ซอง ผู้ที่ผ่านการอบรมการสั่งใช้กัญชา จำนวน ๑๒,๒๖๐ คน ผู้ป่วยได้รับยากัญชา จำนวน ๔๙,๗๓๖ คน ซึ่งตำรับยาที่จ่ายให้กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นตำรับยาแผนไทย

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ มาตรา ๒๖/๒ (๒) ห้ามมิให้ผู้ใดผลิต นำเข้า หรือส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เว้นแต่ในกรณีที่เป็นกัญชง (Hemp) ซึ่งเป็นพืชที่มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า “Cannabis sativa L. subsp. sativa” และมีลักษณะตามที่คณะกรรมการกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา ซึ่งได้นำไปใช้ประโยชน์ตามที่กำหนดในกฎกระทรวงให้กระทำได้เมื่อได้รับในอนุญาตจากผู้อนุญาตโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ ซึ่งกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชง (Hemp) พ.ศ. ๒๕๖๓ มีการประกาศ ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๔

วัตถุประสงค์ในการขออนุญาตผลิต จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดให้โทษ ในประเภท ๕ เฉพาะกัญชง ประกอบด้วย ๑) เพื่อประโยชน์ตามภารกิจของหน่วยงานของรัฐ ซึ่งมิใช่กรณีตามข้อ ๒ – ข้อ ๖ ๒) เพื่อประโยชน์จากเส้นใยตามประเพณี วัฒนธรรม ตามวิถีชีวิต และใช้ในครอบครัวเท่านั้น ทั้งนี้ มีพื้นที่ปลูกได้ครอบครัวละไม่เกิน ๑ ไร่ ๓) เพื่อประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ หรืออุตสาหกรรม ๔) เพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ ๕) เพื่อประโยชน์ในการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย หรือปรับปรุงพันธุ์ และ ๖) เพื่อประโยชน์ในการผลิตเมล็ดพันธุ์รับรอง ส่วนการขออนุญาตนำเข้าหรือส่งออกกัญชง (Hemp) ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในข้อ ๑ ข้อ ๓ และข้อ ๔ – ข้อ ๖ โดยไม่รวมการใช้ประโยชน์จากเส้นใย

<u>คุณสมบัติผู้ขออนุญาตกัญชง</u> คือ

๑) บุคคลธรรมดา โดยเป็นผู้มีสัญชาติไทย อายุไม่ต่ำกว่า ๒๐ ปีบริบูรณ์ มีถิ่นที่อยู่หรือสำนักงานในประเทศไทย ไม่วิกลจริต ไม่ล้มละลาย ไม่อยู่ระหว่างถูกพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาต และไม่เคยต้องคำพิพากษาว่ากระทำความผิด

๒) นิติบุคคล โดยต้องจดทะเบียนตามกฎหมายไทย มีถิ่นที่อยู่หรือสำนักงานในประเทศไทย ไม่ล้มละลาย ไม่อยู่ระหว่างถูกพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาต และไม่เคยต้องคำพิพากษาว่ากระทำความผิด

๓) วิสาหกิจชุมชนที่ไม่เป็นนิติบุคคล โดยมีลัษณะเดียวกับบุคคลธรรมดา

๔) หน่วยงานของรัฐ โดยมีวัตถุประสงค์ตามภารกิจของแต่ละหน่วยงาน

กัญชงยังคงเป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ ๕ ดังนั้น จะต้องมีการขอรับใบอนุญาตไม่ว่าจะเป็นใบอนุญาตการผลิต การนำเข้า การส่งออก การจำหน่าย การครอบครอง การปลูก มีการกำหนดแผน

การดำเนินการที่ชัดเจน อาทิ สถานที่ปลูกกัญชง สายพันธุ์ที่ปลูก และสถานที่จำหน่าย หากตรวจสอบพบว่าผลการตรวจวิเคราะห์มีปริมาณสาร THC เกินกว่าร้อยละ ๑ ให้ดำเนินการทำลายหรือดำเนินการด้วยวิธีการตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด ส่วนการยื่นคำขอรับใบอนุญาตการผลิต จำหน่าย และครอบครอง ของผู้ขอรับใบอนุญาตในพื้นที่กรุงเทพมหานครให้ยื่นต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ส่วนผู้ที่อยู่ในต่างจังหวัดให้ยื่นต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แต่การนำเข้าและส่งออกกัญชงไม่ว่าจะดำเนินการในพื้นที่ใดจะต้องมาขอรับอนุญาตที่ อย. เพียงแห่งเดียว

เนื่องจากกัญชงเป็นพืชที่สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพภูมิประเทศได้อย่างรวดเร็ว ทั้งนี้เพื่อรับประกันว่าเมื่อมีการปลูกกัญชงแล้วจะไม่เกิดการกลายพันธุ์ ดังนั้น จึงต้องมีเมล็ดพันธุ์รับรองของกัญชง ปัจจุบันสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง (องค์การมหาชน) ซึ่งอยู่ในกำกับของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เป็นหน่วยงานที่ได้รับอนุญาตให้มีเมล็ดพันธุ์รับรองตามกฎกระทรวงในปี ๒๕๕๙ เมล็ดพันธุ์ดังกล่าวเป็นเมล็ดพันธุ์ที่เน้นการให้เส้นใยเท่านั้น ยังไม่สามารถทำให้เกิดสาร CBD ในระดับที่สูง หรือทำให้เกิดน้ำมันที่นำมาใช้เป็นส่วนประกอบของอาหารหรือเครื่องสำอางได้ ดังนั้น ภายในระยะเวลา ๕ ปีแรก กฎกระทรวงจึงกำหนดว่าการขออนุญาตปลูกกัญชงไม่ต้องเป็นการปลูกโดยเมล็ดพันธุ์รับรอง แต่การนำเข้าเมล็ดพันธุ์จะต้องดำเนินการโดยถูกต้องตามกฎหมาย ทั้งนี้ คาดหวังว่า ภายในระยะเวลา ๕ ปีแรก ประเทศไทยจะมีเมล็ดพันธุ์กัญชงที่ปลูกภายในประเทศและให้สาร CBD หรือมีเมล็ดพันธุ์กัญชงที่ทำให้เกิดน้ำมันกัญชงและนำไปใช้เป็นส่วนผสมของอาหารและเครื่องสำอางต่อไปได้

<u>กฎหมายลำดับรองเกี่ยวกับกัญชง (Hemp) ที่มีผลใช้บังคับแล้ว</u> ประกอบด้วย

๑. ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดเมล็ดพันธุ์เฮมพ์ เป็นเมล็ดพันธุ์รับรอง (มี ๔ สายพันธุ์ คือ RPF๑ RPF๒ RPF๓ และ RPF๔) (ประกาศใช้บังคับเมื่อวันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒)

๒. ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดลักษณะกัญชง (ประกาศใช้บังคับเมื่อวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๒)

๓. กฎกระทรวง การขออนุญาตและการอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชง (Hemp) พ.ศ. ๒๕๖๓ (ประกาศใช้บังคับเมื่อวันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๔)

๔. ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดฉลากที่ภาชนะบรรจุหรือหีบห่อบรรจุกัญชง และสารสกัดกัญชง (ประกาศใช้บังคับเมื่อวันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๔)

๕. ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดแบบการจัดทำบัญชีรับจ่ายและรายงาน (ประกาศใช้บังคับเมื่อวันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๔)

๖. ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดมาตรฐานสถานที่และระบบการควบคุมการปลูกกัญชง (ประกาศใช้บังคับเมื่อวันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๔)

๗. ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง การดำเนินการกับกัญชง กรณีที่มี THC เกินปริมาณที่กำหนด (ประกาศใช้บังคับเมื่อวันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๔)

๘. ประกาศคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดแบบคำขอ ใบอนุญาตและใบแทนใบอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือครอบครองกัญชง (ประกาศใช้บังคับเมื่อวันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๔)

๙. ประกาศคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการขอปรับแผนการผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือใช้ประโยชน์กัญชง (ประกาศใช้บังคับเมื่อวันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๔)

๑๐. ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับการผลิตตำรับที่มีกัญชงปรุงผสมอยู่ (ประกาศใช้บังคับเมื่อวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔)

๑๑. ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการตรวจวิเคราะห์เพื่อหาปริมาณ THC CBD และสารอื่นในกัญชงและตำรับกัญชง (ประกาศใช้บังคับเมื่อวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔)

๑๒. ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง ห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ เพื่อหาปริมาณ THC ในกัญชง (ประกาศใช้บังคับเมื่อวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔)

๑๓. ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง แบบและวิธีการติดตามประสิทธิผลและความปลอดภัย และรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (ประกาศใช้บังคับเมื่อวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔)

๑๔. ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดฉลากและเอกสารกำกับผลิตภัณฑ์ตำรับกัญชง (ประกาศใช้บังคับเมื่อวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔)

ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดลักษณะกัญชง (Hemp) พ.ศ. ๒๕๖๒ กำหนดว่า กัญชงมีลักษณะเป็นพืชซึ่งมีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า “Cannabis sativa L. subsp. sativa” อันเป็นชนิดย่อยของพืชกัญชา (Cannabis sativa L.) ที่มีปริมาณสาร THC ในใบและช่อดอกไม่เกินร้อยละ ๑.๐ ต่อน้ำหนักแห้ง โดยตรวจวิเคราะห์ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการประกาศกำหนด ส่วนเมล็ดพันธุ์รับรองมีลักษณะเป็นเมล็ดพันธุ์กัญชง (Hemp) ที่มีปริมาณสาร THC ในใบและช่อดอก ไม่เกินร้อยละ ๑.๐ ต่อน้ำหนักแห้ง ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด โดยการตรวจวิเคราะห์ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการประกาศกำหนด และเป็นพันธุ์พืชขึ้นทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยพันธุ์พืช

ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง มาตรฐานสถานที่ปลูก และระบบการควบคุมการปลูก ประกอบด้วย ๑) ข้อกำหนดด้านสถานที่ คือ รูปแบบการปลูก : ระบบปิด ระบบกึ่งเปิด และระบบเปิด การจัดเตรียมพื้นที่ปลูก : สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เช่น ช่อดอก ใช้ในทางการแพทย์ มีระบบป้องกันศัตรูพืชและการปนเปื้อน : มาตรฐานการเกษตร การตรวจสารปนเปื้อน และระบบติดตาม

ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง การดำเนินการกับกัญชง กรณีที่มี THC เกินปริมาณที่กำหนด กำหนดให้ผู้รับอนุญาตแจ้งพนักงานเจ้าหน้าที่ภายใน ๗ วัน หลังทราบผล เพื่อดำเนินการทำลาย ขอรับใบอนุญาตจำหน่ายส่วนช่อดอกให้ผู้ได้รับอนุญาตมีไว้ในครอบครองกัญชา หรือจำหน่ายที่ได้รับการยกเว้นไม่เป็นยาเสพติด และขอปรับแผนการใช้ประโยชน์และบันทึกในบัญชีรับ จ่าย และรายงาน

ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง ห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ THC กรณีตรวจยืนยันปริมาณ THC ในกัญชง ประกอบด้วย ห้องปฏิบัติการของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ห้องปฏิบัติการ ISO/IEC ๑๗๐๒๕ หรือเทียบเท่าในการตรวจวิเคราะห์หาปริมาณสาระสำคัญ (cannabinoids) ในกัญชง ห้องปฏิบัติการที่ผ่านการเปรียบเทียบผลกับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในการตรวจวิเคราะห์หาปริมาณสาระสำคัญ (cannabinoids) ในกัญชง

ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง หลักเกณฑ์การตรวจวิเคราะห์ THC CBD และสารประกอบอื่น โดยใช้ชุดทดสอบของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เครื่องมือหรือวิธีทดสอบ ที่เชื่อถือได้ กรณีมีข้อสงสัยให้ส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ ซึ่งตรวจโดยใช้หลักการโครมาโตกราฟี ส่วนการตรวจสารประกอบอื่น อาทิ โลหะหนัก สารปนเปื้อน ใช้หลักเกณฑ์ วิธีการตาม Thai Pharmacopoeia

มาตรการควบคุมกัญชาและกัญชง เริ่มตั้งแต่กระบวนการอนุญาต การตรวจสอบสถานที่ก่อนอนุญาต เมื่อผู้รับอนุญาตได้รับอนุญาตแล้วจะต้องมีการรายงานการรับ – จ่าย รายงานอาการไม่พึงประสงค์ ประสิทธิผลการรักษา คุณภาพผลิตภัณฑ์ ระบบ Track & Trace ทั้งนี้ ยากลุ่ม SAS (Special Access

Scheme : SAS) จะต้องมีระบบ Track เป็นฉลากติดที่ขวดยา ทำให้สามารถตรวจสอบได้ว่ายาแต่ละขวดนำไปใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลใด นอกจากนั้น ยังมีการตรวจติดตามหลังอนุญาต โดยเจ้าหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเจ้าหน้าที่อื่นที่มีอำนาจ

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ พ.ศ. ๒๕๖๓ ซึ่งส่วนต่าง ๆ ของต้นกัญชาและต้นกัญชงที่ยกเลิกไม่ให้เป็นยาเสพติดจะต้องเป็นกัญชาและกัญชงที่ได้รับอนุญาตให้ปลูกขึ้นในประเทศเท่านั้น ในส่วนของกัญชงที่ยกเลิกไม่ให้เป็นยาเสพติด ประกอบด้วย ๑) เมล็ดกัญชง น้ำมันและสารสกัดจากเมล็ดกัญชง ๒) เปลือก ลำต้น และเส้นใย ๓) ราก ๔) สารสกัด CBD และต้องมี THC ไม่เกินร้อยละ ๐.๒ ๕) ใบจริงหรือใบพัด จะต้องไม่ใช่ใบที่อยู่บริเวณยอดหรือช่อดอก ๖) กิ่งและก้าน และ ๗) กากจากการสกัด และต้องมี THC ไม่เกินร้อยละ ๐.๒ ทั้งนี้ ส่วนอื่นของต้นกัญชาได้รับการยกเลิกเช่นเดียวกับกัญชง แต่เมล็ดกัญชาและช่อดอก ยังคงเป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ ๕ ไม่ได้รับการยกเลิกแต่อย่างใด

โดยสรุป กัญชาและกัญชงยังคงจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท ๕ การปลูกกัญชาและกัญชงยังคงต้องขออนุญาตตามกฎหมาย แต่ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศยกเว้นสารสกัด หรือส่วนของกัญชาและกัญชงจากการเป็นยาเสพติด เพื่อส่งเสริมให้มีการนำไปใช้ผลิตภัณฑ์อื่น ทั้งนี้ ต้องขออนุญาตตามกฎหมายของผลิตภัณฑ์นั้น ๆ

เดิมกัญชาและกัญชง จัดเป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภท ๕ เพราะฉะนั้นพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ จึงห้ามไม่ให้มีการนำกัญชาและกัญชงมาใช้เป็นส่วนประกอบของอาหาร เดิมใช้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๓๗๘) กำหนดให้พืชกัญชาทุกส่วนห้ามนำมาใช้ในอาหารโดยเด็ดขาด ต่อมาเมื่อพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ มีการยกเว้นบางส่วนของต้นกัญชาและกัญชาให้สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้โดยไม่ถือว่าเป็นยาเสพติดให้โทษ กฎหมายลำดับรองที่ออกภายใต้พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ จึงต้องมีการปรับปรุงแก้ไขให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติดังกล่าว โดยล่าสุดได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๒ ฉบับ คือ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๔๒๔) พ.ศ. ๒๕๖๔ เรื่อง กำหนดอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ สาระสำคัญเป็นการประกาศบัญชีรายชื่อพืช สัตว์ หรือส่วนของพืชหรือสัตว์ ที่เป็นอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย ท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๔๒๔) พ.ศ. ๒๕๖๔ เรื่อง อาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย โดยพืชลำดับที่ ๑๘ คือ กัญชาหรือกัญชง กำหนดให้วัตถุหรือสารจากกัญชาและกัญชงที่ได้รับการยกเว้นจากการเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ไม่เป็นอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๔๒๕) พ.ศ. ๒๕๖๔ เรื่อง เมล็ดกัญชง น้ำมันจากเมล็ดกัญชง โปรตีนจากเมล็ดกัญชง และผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนประกอบของเมล็ดกัญชง น้ำมันจากเมล็ดกัญชง หรือโปรตีนจากเมล็ดกัญชง กำหนดให้เมล็ดกัญชง น้ำมันจากเมล็ดกัญชง โปรตีนจากเมล็ดกัญชง และผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนประกอบของเมล็ดกัญชง น้ำมันจากเมล็ดกัญชง หรือโปรตีนจากเมล็ดกัญชงเป็นอาหารควบคุมเฉพาะ โดยกำหนดคุณภาพและมาตรฐานและเงื่อนไขการนำส่วนของกัญชงดังกล่าวไปใช้เป็นอาหารหรือเป็นส่วนประกอบ หรือวัตถุดิบในผลิตภัณฑ์อาหาร รวมถึงเงื่อนไขการแสดงฉลากเป็นการเฉพาะ

ต่อมาได้มีการออกประกาศมาตรฐานเฉพาะเกี่ยวกับการนำส่วนต่าง ๆ ของกัญชาและกัญชงที่ได้รับการยกเลิกไม่ให้เป็นยาเสพติดให้โทษมาใช้เป็นส่วนประกอบของอาหาร กรณีอาหารแปรรูปที่อยู่ภายใต้บังคับของพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ ประกาศล่าสุดที่ออกมา คือ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๔๒๔) พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่กำหนดเกี่ยวกับเมล็ดกัญชง โปรตีนจากเมล็ดกัญชง และผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีส่วนประกอบของเมล็ดกัญชง น้ำมันจากเมล็ดกัญชง หรือโปรตีนจากเมล็ดกัญชง สาระสำคัญของประกาศฉบับนี้ คือ การกำหนดให้เมล็ดกัญชง น้ำมันกัญชง โปรตีนจากเมล็ดกัญชง ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนผสม

ของเมล็ดกัญชง จัดให้เป็นอาหารควบคุมเฉพาะ โดยการกำหนดคุณภาพและมาตรฐานการนำส่วนต่าง ๆ ของกัญชง รวมทั้งการตรวจหาสารตกค้างจากผลิตภัณฑ์ดังกล่าว ตัวอย่างอาหารที่อนุญาตให้มีส่วนประกอบของเมล็ดกัญชง น้ำมันจากเมล็ดกัญชง หรือโปรตีนจากเมล็ดกัญชง อาทิ Hemp cereals, Bakery, Hemp seeds oil, Hemp seed snacks, Hemp seed oil supplement ซึ่งในแต่ละผลิตภัณฑ์จะมีเงื่อนไขการตกค้างของสาร THC ที่แตกต่างกันไปตามปริมาณการบริโภค

แนวทางการจัดทำมาตรฐานเฉพาะสำหรับอาหารแปรรูปที่จะใช้กัญชาและกัญชงเป็นส่วนประกอบ โดยใช้หลักการประเมินความเสี่ยงในการกำหนดมาตรฐานการตกค้างของสารที่อาจมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น สาร THC ในผลิตภัณฑ์สุดท้าย ซึ่งมีขั้นตอน คือ ๑) การกำหนดประเภทผลิตภัณฑ์ที่คาดว่าจะใช้กัญชาหรือกัญชง ๒) รวบรวมและจัดทำข้อมูลความเสี่ยงของวัตถุดิบ ๓) การกำหนดข้อมูลการบริโภคอาหารของคนไทย ๔) คำนวณ exposure ต่อความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ และ ๕) การกำหนดมาตรฐาน Maximum Limit และมาตรการสื่อสารความเสี่ยง

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การตรวจวิเคราะห์สาร THC ของใบกัญชาและกัญชงจะต้องนับจากยอดลงมาไม่เกิน ๓๐ เซนติเมตร ซึ่งส่วนนี้ถือว่าเป็นส่วนที่มีสาร THC สูงที่สุดของต้นไม่ว่าจะเป็นกัญชาหรือกัญชง ซึ่งการตรวจวิเคราะห์จะต้องนำใบส่วนนั้นเข้าสู่กระบวนการทำให้แห้งแล้วจึงนำไปตรวจวิเคราะห์หาสาร THC ทั้งนี้ หากตรวจวิเคราะห์แล้วในใบกัญชงจะต้องได้สาร THC ไม่เกินร้อยละ ๑ ส่วนใบกัญชาจะได้สาร THC สูงกว่าร้อยละ ๑ ในกรณีของกัญชาที่ผ่านมาเมล็ดพันธุ์กัญชาที่ได้รับอนุญาตให้นำมาปลูกในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นพันธุ์หางกระรอกและมีการกระจายเมล็ดพันธุ์ให้กับหน่วยงานที่ได้รับอนุญาตให้ปลูกได้ ซึ่งเมล็ดพันธุ์กัญชาที่ปลูกในประเทศจะได้รับมาจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร แต่ขณะนี้ยังไม่มีข้อมูลใบกัญชาที่ได้รับเมล็ดพันธุ์จากหน่วยงานดังกล่าวว่ามีสาร THC ปริมาณเท่าใด

ปัจจุบันสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่ได้รับอนุญาตปลูกกัญชาจัดส่งข้อมูลการตรวจวิเคราะห์ส่วนต่าง ๆ ของต้นกัญชา โดยเฉพาะสาร THC ที่ใบกัญชามายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา อาทิ การตรวจสาร THC ของใบกัญชาแห้งที่ปลูกโดยมหาวิทยาลัยแม่โจ้ พบว่ามีสาร THC ร้อยละ ๐.๑๖๘ และศูนย์วิจัยสมุนไพร พบสาร THC ที่ใบกัญชา ร้อยละ ๐.๒ ทั้งนี้ หากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้รับข้อมูลการตรวจวิเคราะห์สาร THC จากหน่วยงานที่ได้รับอนุญาตให้ปลูกครบถ้วนแล้วจะได้มีการจัดทำข้อมูลดังกล่าวเผยแพร่ในเว็บไซต์ของสำนักงาน เพื่อเป็นข้อมูลให้กับผู้ที่ต้องนำใบกัญชาไปใช้ประโยชน์ในด้านต่าง ๆ ประกอบการพิจารณาในการจัดทำผลิตภัณฑ์ต่อไป

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้หารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการตรวจวิเคราะห์สาร THC ในใบกัญชาและกัญชงมีสาร พบว่า มี THC ในปริมาณไม่สูงมาก และหากนำใบมาประกอบอาหาร อาทิ นำใบกัญชามาต้มในอุณหภูมิที่ไม่สูงมากและตัวทำละลายเป็นน้ำเปล่า คาดว่าสาร THC ไม่น่าจะออกมาจากใบแต่อย่างใด เว้นแต่กรณีที่มีการต้มเป็นระยะเวลานานและมีส่วนประกอบของไขมันในน้ำต้มนั้น โดยปัจจุบันหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์สาร THC คือ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์บางแห่ง

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ดำเนินการตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกรมในเรื่องต่อไปนี้

๑) การกลั่นกรองตำรับยาและรับรองตำรับยาที่มีกัญชา โดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้รวบรวมตำรับยาจากทั่วประเทศประมาณ ๑,๐๐๐ ตำรับ และทำการกลั่นกรอง

ตำรับยาเหลือประมาณ ๙๐ ตำรับ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่ให้เสพเพื่อการรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ พ.ศ. ๒๕๖๔ เพื่อให้สามารถนำยาที่มีส่วนผสมของกัญชามาใช้ในการรักษาโรคให้กับผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ การรวบรวมองค์ความรู้ที่ไม่ได้อยู่ในตำราแผนไทยแห่งชาติ ซึ่งอาจเป็นยาเกร็ดที่หมอพื้นบ้านใช้และมีการสะสมประสบการณ์องค์ความรู้ที่ยาวนานเป็นตำรับยาที่มีส่วนผสมของสมุนไพรจำนวนไม่มากและสามารถผลิตได้ง่าย หากนำบัญชียาเกร็ดมาพิจารณาก็น่าจะได้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมเพิ่มขึ้น เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในบริการสุขภาพต่อไปได้

๒) การปลูกกัญชา แม้ว่าสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้สร้างความชัดเจนในเรื่องขั้นตอนการขออนุญาตปลูกกัญชาแล้ว แต่ในระยะที่ ๒ ซึ่งเป็นการดำเนินงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังมีเสียงสะท้อนจากวิสาหกิจชุมชนต่าง ๆ เกี่ยวกับระยะเวลาการขอรับใบอนุญาตที่ใช้เวลาในการพิจารณานาน คาดว่าส่วนหนึ่งอาจเกิดจากวิสาหกิจชุมชนยังไม่มีความพร้อม ทั้งนี้ จะได้มีการสร้างความเข้าใจกับวิสาหกิจชุมชนในเรื่องดังกล่าวต่อไป

๓) การผลิตยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย แม้ว่าตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ จะอนุญาตให้แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ รวมทั้งหมอพื้นบ้าน สามารถนำกัญชามาปรุงยาให้กับผู้ป่วยได้ แต่เป็นลักษณะการปรุงยาให้กับผู้ป่วยเฉพาะรายที่อยู่ในการดูแลของแพทย์ผู้นั้น แต่ทั้งนี้ แพทย์แผนไทยยังไม่สามารถนำกัญชามาปรุงยาให้กับผู้ป่วยเป็นการเฉพาะรายได้ เนื่องจากไม่ได้รับการสนับสนุนวัตถุดิบหรือเครื่องยากัญชาที่จะนำมาปรุงยาให้กับผู้ป่วยดังกล่าว ซึ่งจะต้องมีการประสานงานร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในฐานะผู้กำกับดูแลกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในฐานะผู้กำกับดูแลการประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล โดยเฉพาะในสถานพยาบาลเอกชน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และสภาการแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ ควรมีหน่วยงานที่สนับสนุนวัตถุดิบหรือเครื่องยากัญชา เพื่อให้ผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าวสามารถนำมาใช้ปรุงยาให้กับผู้ป่วยเฉพาะรายต่อไปได้

๔) คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ปัจจุบันคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนยังไม่ได้รับการสนับสนุนยากัญชา โดยเฉพาะยาที่เป็นตำรับยาแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ ควรต้องดำเนินงานในลักษณะการสนับสนุนวัตถุดิบหรือเครื่องยากัญชาให้กับผู้ประกอบวิชาชีพต่อไป

๕) การอบรมหลักสูตรการใช้กัญชา เป็นการฝึกอบรมให้กับแพทย์ แพทย์แผนไทยประยุกต์ และแพทย์แผนไทย เพื่อให้สามารถสั่งจ่ายยากัญชาได้ตามกฎหมาย ซึ่งควรมีการพัฒนาให้มีการอบรมผ่านสื่อออนไลน์ได้ และมีการควบคุมคุณภาพมาตรฐานการประเมินผลผู้ที่ผ่านการอบรมในลักษณะหลักสูตรออนไลน์ว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ ทักษะ และความชำนาญ ในการสั่งจ่ายยาได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้ ปัจจุบันมีภาคเอกชนหลายหน่วยงานจัดอบรมให้ความรู้กับประชาชนในการใช้กัญชาทางการแพทย์ พร้อมทั้งส่งเสริมให้มีการจำหน่ายยากัญชา โดยเฉพาะยากัญชาที่มีราคาสูงและไม่ได้มาตรฐานตามที่หน่วยงานภาครัฐกำหนด ซึ่งกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจะได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาในส่วนนี้ต่อไป

๖) การพัฒนาวิชาการและการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

Pre Clinic Research	Clinic Research
๑. ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ - โครงการทดสอบการปนเปื้อนของสาร Aflatoxin และความเป็นพิษเฉียบพลันในสัตว์ทดลองของตำรับยาที่มีกัญชา - การศึกษาหาวิธีที่เหมาะสมในการลดพิษของระย่อม โดยการตรวจวิเคราะห์หาปริมาณ Reserpine ในระย่อม (ตำรับยาแก้โรคจิต)	๑. ตำรับยาปรุงเฉพาะรายของหมอพื้นบ้าน - โครงการติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก - โครงการศึกษาประสิทธิผลเบื้องต้น คุณภาพชีวิตและความปลอดภัยของการใช้ตำรับยายอดยาวัดคำประมง ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย
๒. สารสกัดกัญชาและน้ำมันกัญชา - การศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาและการวิเคราะห์แบบแผนเมตาบอไลท์แบบองค์รวม โดยใช้เทคโนโลยีเมแทบอโลมิกส์ของผลิตภัณฑ์ที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบ	๒. ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ - โครงการความปลอดภัยหรือประสิทธิผลเบื้องต้นยาน้ำมันสนั่นไตรภพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล - โครงการศึกษาประสิทธิผลหรือความปลอดภัยเบื้องต้นของการใช้ตำรับยาแก้ลม แก้เส้น ในการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อบ่า - โครงการเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสม - โครงการประสิทธิผลและความปลอดภัยตำรับยาอไภยสาลี ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง
๓. วัตถุดิบกัญชา - การวิจัยด้านการปลูก โดยมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร และมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตสกลนคร	- โครงการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลและความปลอดภัยระหว่างตำรับยาศุขไสยาสน์ที่มีกัญชาและไม่มีกัญชา ในผู้ป่วยนอนไม่หลับ

ทั้งนี้ หากกฎหมายลำดับรองที่ออกตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกาศใช้บังคับจะทำให้การดำเนินงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ดังนี้

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านวิชาการ

๑. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการศึกษาถึงผลกระทบในระยะสั้นและระยะยาวจากการยกเลิกกัญชาและกัญชงเป็นยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ ในมิติต่าง ๆ อาทิ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านการแพทย์ รวมทั้งมาตรการรองรับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตจากกรณีดังกล่าว

๒. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการศึกษาข้อมูลการออกพระราชบัญญัติเกี่ยวกับกัญชาของต่างประเทศ อาทิ ประเทศแคนนาดาก่อนที่จะมีการออกกฎหมายดังกล่าวได้มีการหารือร่วมกันของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ ราชวิทยาลัยจิตแพทย์และราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ เนื่องจากกัญชาส่งผลต่อการพัฒนาสมองของเด็ก เพราะฉะนั้น กฎหมายของประเทศแคนนาดาจึงห้ามนำกัญชามาใช้กับเด็ก

ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ผู้ที่มีอาการทางจิต ผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรหรือการขับรถห้ามเสพกัญชาระหว่างการทำงาน ทั้งนี้ ประเทศแคนนาดาสามารถเสพกัญชาเพื่อสันทนาการได้ แต่หลังจากที่กฎหมายดังกล่าวประกาศใช้บังคับแล้วจะต้องมีการตรวจสอบการบังคับใช้กฎหมาย โดยรับฟังความคิดเห็นของนักกฎหมายทั่วประเทศ โดยได้ข้อสรุปว่า การเสพกัญชามีอันตรายเทียบเท่ากับการสูบบุหรี่ ดังนั้นประเทศไทยอาจทำการศึกษาเรื่องการยกเลิกกัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษได้จากกรณีดังกล่าว

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านปฏิบัติการ

- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ควรเร่งจัดทำคู่มือในการนำกัญชาและกัญชงมาใช้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ ให้กับประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒.๘ พิจารณาศึกษาร่างพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. ....
พิจารณาศึกษา ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๑๑๙

ด้วยคณะกรรมาธิการวิสามัญกิจการวุฒิสภา ประชุมคณะกรรมาธิการวิสามัญกิจการวุฒิสภา ๑๗/๒๕๖๔ เป็นพิเศษ (ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์) วันศุกร์ที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๔ ที่ประชุมพิจารณาเห็นว่าร่างพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. .... เป็นร่างพระราชบัญญัติที่มีความจำเป็นเกี่ยวกับประโยชน์สาธารณะ เมื่อสภาผู้แทนราษฎรมีมติรับหลักการแห่ร่างพระราชบัญญัติในวาระที่หนึ่งแล้ว ประธานวุฒิสภา จึงมอบหมายให้คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ซึ่งมีหน้าที่และอำนาจเกี่ยวข้อง เป็นผู้พิจารณา และเมื่อสภาผู้แทนราษฎรลงมติเห็นชอบในวาระที่สามแล้ว ให้ดำเนินการตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๑๑๙ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาของสมาชิกวุฒิสภา ในการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว มอบหมายให้คณะกรรมาธิการการสาธารณสุขพิจารณาศึกษา ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๑๑๙ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาของสมาชิกวุฒิสภาในการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว

<u>ผลการพิจารณา</u>

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

เจตนารมณ์ของร่างพระราชบัญญัติ คือ โดยที่ได้มีการยกเลิกการกำหนดให้พืชกระท่อมเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ จึงสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ ประกอบกับเป็นพืชที่มีมูลค่าในทางเศรษฐกิจ กรณีจึงสมควรกำหนดมาตรการกำกับดูแลการเพาะหรือปลูกพืชกระท่อม การขาย และการนำเข้าหรือการส่งออกใบกระท่อม เพื่อให้เกิดประโยชน์ทางเศรษฐกิจของประชาชนมากที่สุด และโดยที่การบริโภคใบกระท่อมมากเกินสมควรอาจเป็นอันตรายต่อผู้บริโภค สมควรกำหนดมาตรการกำกับดูแลการขาย การโฆษณา และการบริโภคใบกระท่อม เพื่อคุ้มครองสุขภาพของบุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่าสิบแปดปีและบุคคลกลุ่มเสี่ยงอื่นจากการบริโภคใบกระท่อม จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

สืบเนื่องจากพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๔ จะมีผลบังคับใช้ในวันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๔ ที่เป็นการยกเลิกพืชกระท่อมออกจากยาเสพติดให้โทษ จึงเป็นสาเหตุให้ต้องมีการเสนอร่างพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. .... ในส่วนที่เป็นการกำกับดูแลเรื่องสำคัญ กระทรวงยุติธรรม จึงเสนอร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวต่อคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๓ และสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาแล้วเสร็จเมื่อวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔ และนำเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาเห็นชอบในวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๔ และสภาผู้แทนราษฎรมีมติรับหลักการในวันที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๔ โดยตั้งคณะกรรมาธิการเพื่อพิจารณา ซึ่งคณะกรรมาธิการพิจารณาแล้วเสร็จ เมื่อวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๔

ร่างพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. .... มีทั้งหมด ๔๙ มาตรา แต่ในชั้นการพิจารณาของคณะกรรมาธิการ สภาผู้แทนราษฎร มีการเพิ่มเติม จำนวน ๒ มาตรา ตัดออก จำนวน ๑๐ มาตรา และมีการแก้ไข จำนวน ๑๕ มาตรา ทั้งสิ้นจึงมีจำนวน ๔๑ มาตรา

สาระสำคัญของร่างพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. ....

๑. การเพาะหรือปลูกพืชกระท่อม ไม่ต้องขอรับอนุญาต ประชาชนสามารถปลูกได้โดยเสรี

๒. การนำเข้าหรือส่งออกใบกระท่อมที่ยังจะต้องขอรับอนุญาตจากเลขาธิการ ป.ป.ส.

๓. การนำใบกระท่อมไปแปรรูปหรือผลิตเป็นสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ เช่น ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ยา อาหาร หรือเครื่องสำอาง จะต้องขอรับใบอนุญาตหรือดำเนินการตามกฎหมายที่ควบคุมสินค้าหรือผลิตภัณฑ์นั้น ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข

๔. การมีใบกระท่อมไว้ในครอบครอง และการขายใบกระท่อมของประชาชน สามารถกระทำได้โดยไม่ต้องขออนุญาต เว้นแต่การขายในบางกรณีไม่สามารถกระทำได้ เช่น ห้ามการขายให้แก่ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี สตรีมีครรภ์ หรือสตรีให้นมบุตร ห้ามขายในสถานศึกษา หอพัก หรือสวนสาธารณะ ห้ามขายโดยใช้เครื่องขาย

๕. กำหนดคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้ขอรับใบอนุญาตนำเข้าหรือส่งออกใบกระท่อม เพื่อควบคุมและกำกับดูแลการนำเข้าและการส่งออกความคืบหน้าและสาระสำคัญร่างพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. ....

๖. กำหนดให้ผู้อนุญาต มีอำนาจสั่งพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตได้ หากผู้รับใบอนุญาตฝ่าฝืนสตรีมีครรภ์ และสตรีให้นมบุตร

๗. ห้ามขายอาหารที่มีใบกระท่อมเป็นวัตถุดิบหรือส่วนประกอบแก่ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี

๘. ห้ามบริโภคใบกระท่อมหรือน้ำต้มใบกระท่อม ที่ปรุงหรือผสมกับยาเสพติดให้โทษ วัตถุออกฤทธิ์หรือวัตถุอันตราย เว้นแต่เพื่อการรักษาโรคหรือเพื่อการศึกษาวิจัย รวมทั้งห้ามการโฆษณาเพื่อจูงใจสาธารณชนให้บริโภคใบกระท่อมหรือน้ำต้มใบกระท่อมที่ปรุงหรือผสมกับวัตถุดังกล่าว

๙. ให้มีพนักงานเจ้าหน้าที่ ทำหน้าที่ในการควบคุมและกำกับดูแลการนำเข้าหรือส่งออกและป้องกันการนำใบกระท่อมไปใช้ในทางที่ผิด

๑๐. กำหนดบทลงโทษผู้ฝ่าฝืนนำเข้าหรือส่งออกใบกระท่อมโดยไม่ได้รับอนุญาต หรือผู้ขายและผู้บริโภคในลักษณะอันเป็นการฝ่าฝืนหรือไม่เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด เป็นต้น

ทั้งนี้ ในชั้นการพิจารณาของคณะกรรมาธิการ สภาผู้แทนราษฎร มีการตัดออกจำนวน ๑๐ มาตรา มีสาระสำคัญ ดังนี้

๑) การเพาะปลูก ตัดประเด็นกระบวนการขออนุญาตเพาะหรือปลูก เดิมการเพาะปลูกเพื่อการอุตสาหกรรมจะต้องมีการขออนุญาตจากเลขาธิการ ป.ป.ส. แต่คณะกรรมาธิการของสภาผู้แทนราษฎรพิจารณาเห็นว่า ควรตัดการขออนุญาตเพาะปลูกออกไป ไม่ว่าจะเป็นการปลูกของชาวบ้านหรือในเชิงอุตสาหกรรม สามารถทำได้โดยอิสระ

๒) การขออนุญาตขายใบกระท่อม หรือน้ำกระท่อม เดิมการขายพืชกระท่อมในเชิงอุตสาหกรรมจะต้องมีการขออนุญาตขาย ทั้งนี้ คณะกรรมาธิการของสภาผู้แทนราษฎรพิจารณาเห็นว่า ควรตัดการขออนุญาตขายออกไป ทำให้การขายไม่ว่าจะเป็นการขายในเชิงอุตสาหกรรมหรือการขายในลักษณะอื่น ๆ สามารถขายได้โดยไม่ต้องขออนุญาต เว้นแต่ห้ามขายให้แก่บางบุคคล ห้ามขายในบางสถานที่ หรือโดยวิธีการบางอย่างตามที่กฎหมายกำหนด

๓) หน้าที่ของผู้อนุญาตตามข้อ ๑) และ ๒) ถูกตัดออกไปตามมาตราที่เกี่ยวข้อง

๔) ตัดอำนาจบางประการของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย เช่น การเข้าไปสถานที่ การยึดอายัดพืชกระท่อม การตรวจหาสารใบกระท่อมในปัสสาวะ ซึ่งอาจใช้วิธีการอื่นหรือพยานหลักฐานอื่นในการตรวจหาสารแทน

สาระสำคัญของการเพิ่มเนื้อหาในร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว จำนวน ๒ มาตรา คือ

๑) การกำหนดระยะเวลาในการพิจารณาคำขอใบอนุญาตจากเลขาธิการ ป.ป.ส. ให้มีระยะเวลา ๔๕ วัน

๒) การส่งเสริมให้มีการใช้ใบกระท่อมเพื่อประโยชน์ในเชิงอุตสาหกรรม โดยให้ ป.ป.ส. มีหน้าที่สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย ส่งเสริมให้องค์ความรู้ในการพัฒนาพืชกระท่อมในเชิงเศรษฐกิจ

อย่างไรก็ตาม การปรับแก้ไขดังกล่าวทำให้ไม่สอดคล้องกับเหตุผลในการเสนอร่างพระราชบัญญัติของคณะรัฐมนตรี ซึ่งจะมีการปรับเหตุผลให้สอดคล้องกับเนื้อหาสาระสำคัญที่มีการปรับแก้ไขดังกล่าว

ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

พืชกระท่อมมีสารอัลคาลอยด์มากว่า ๔๐ ชนิด พบชนิดไมทราไจนีน (Mitragynine) มากที่สุด โดยพบประมาณ ร้อยละ ๖๖ มีการออกฤทธิ์ที่ตัวรับโอปิออยด์ (Opioids) (ที่เดียวกับฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น) ซึ่งสามารถเสพติดได้ จากการศึกษาพบว่า พืชกระท่อมมีระยะเวลาออกฤทธิ์ ๕ - ๑๐ นาที หลังได้รับสาร หากได้รับปริมาณขนาดต่ำ (๑-๕ กรัมของใบ) มีฤทธิ์กระตุ้นประสาท ปริมาณขนาดปานกลาง (๕ - ๑๕ กรัมของใบ) มีฤทธิ์เหมือนโอปิออยด์ และปริมาณขนาดสูง (มากกว่า ๑๕ กรัมของใบ) มีฤทธิ์กดประสาท

สถานการณ์พืชกระท่อมและการใช้พืชกระท่อมในทางที่ผิด มีการสำรวจครัวเรือนทุก ๓ ปี จากการสำรวจทั่วประเทศที่ใช้สารเสพติด ปี ๒๕๖๒ ประชากรอายุ ๑๒ – ๖๕ ปี พบว่า

- มีผู้ใช้โดยทั่วไปในเชิงสันทนาการ พบมากในภาคใต้
- มีการใช้ใบกระท่อมมากในกลุ่มคนที่มีอายุ ๔๕ – ๖๕ ปี แต่มีการใช้น้ำต้มใบกระท่อมมากในกลุ่มคนที่มีอายุ ๒๐ – ๒๔ ปี
- การเข้ารับการบำบัดมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ
- ผลกระทบจากการใช้กระท่อมต่อสุขภาพ พบว่า ผู้ใช้เป็นประจำจะมีผลต่อสุขภาพมากกว่าผู้ใช้เป็นครั้งคราว

<u>มุมมองการใช้พืชกระท่อมในภาพรวม</u>

- มีงานวิจัยพืชกระท่อมพบว่า มีประโยชน์ทางการแพทย์ เช่น ลดความเจ็บปวด ทดแทนผู้ที่ติดโอปิออยด์ ลดน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน ลดไขมัน
- พืชกระท่อมมีสรรพคุณและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ทางการแพทย์ได้บ้าง ซึ่งจำเป็นต้องให้แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาทำการศึกษาและขึ้นทะเบียนรับรองการใช้ตามข้อบ่งชี้ด้วยหลักการตามมาตรฐานของประเทศในปัจจุบัน
- มีโทษที่ทำให้เสพติดได้แม้ไม่รุนแรงเท่าสารเสพติดอื่น โดยผลเสียเกิดจากการใช้ในปริมาณมากและเป็นเวลานานเช่นเดียวกับสารที่มีฤทธิ์เสพติดอีกหลายชนิด
- การประยุกต์ใช้พืชกระท่อมที่เหมาะสมและเกิดคุณค่าสูงที่สุด คือ การนำมาใช้เพื่อปรับสภาพร่างกายหรือลดอาการถอนจากการติดยาเสพติดชนิดรุนแรง เช่น แอลกอฮอล์ หรือการเสพติดสารกลุ่มฝิ่นที่ประกอบไปด้วยฝิ่นดิบ มอร์ฟิน หรือเฮโรอีน
- การศึกษาสารที่มีอยู่ในพืชกระท่อมอย่างมีหลักการภายใต้หลักมาตรฐาน การขึ้นทะเบียนข้อบ่งชี้ในการใช้ยาเพื่อรักษาโรค น่าจะเป็นทางออกที่ดีและยั่งยืนที่สุด

<u>ข้อคิดเห็นต่อร่างพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. ....</u>

๑) มาตรา ๒๙ : สถานที่ที่ห้ามขายโดยทั่วไป

เสนอให้เพิ่มเติมการจำกัดสถานที่ที่อนุญาตให้ขายได้ "เพื่อบริโภค" จึงทำให้สถานที่ที่อื่นนอกเหนือจากที่กำหนดไว้ให้ห้ามขายเพื่อการบริโภค และมาตรา ๓๑ กำหนดชัดเจนว่าการบริโภคทำได้ ๒ กรณี คือ เพื่อการรักษาโรค และการวิจัย จึงควรกำหนดสถานที่ที่อนุญาตให้ขายเพื่อการบริโภคให้ชัดเจน

๒) มาตรา ๓๐ : การห้ามโฆษณา การสื่อสารการตลาดสำหรับใบกระท่อมและน้ำต้มใบกระท่อม

เสนอให้เพิ่มการห้ามโฆษณา การสื่อสารการตลาดสำหรับผลิตภัณฑ์ใด ๆ ที่มีส่วนผสมของใบรวมไปถึงสารสกัดพืชกระท่อม หรือสารสังเคราะห์ที่มีไมทราไจนีน (Mitragynine)

๓) มาตรา ๑๐ : ผู้รับใบอนุญาตปลูกที่ไม่ได้ประสงค์จะขาย

เสนอเพิ่มเติมส่วนของข้อกำหนด เช่น จำเป็นต้องแจ้งตัวโรคที่เป็น จึงจะได้รับอนุญาต ห้ามปลูกเกินจำนวนที่ใช้เพื่อบริโภคเพื่อรักษาโรค ใบรับรองการให้ใช้ใบกระท่อมจากวิชาชีพที่กำหนดในมาตรา ๓๑ เป็นต้น

ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

เห็นด้วยกับการกำหนดห้ามใช้ในเด็ก หญิงตั้งครรภ์ เพราะอาจเกิดอาการถอนยา ชักเกร็งได้ แต่มีข้อกังวลในเรื่องการห้ามใช้พืชกระท่อมผสมในอาหาร จะทราบได้อย่างไรว่า ไม่มีการผสมลงในอาหารที่ขายกันทั่วไป และมีวิธีควบคุมการใช้ในเด็กอย่างไร

พืชกระท่อมหากใช้มาก ๆ ก็จะสามารถเสพติดได้ ในต่างประเทศเริ่มมีการห้ามใช้พืชกระท่อม เนื่องจากเริ่มเห็นปัญหาการใช้จำนวนมาก

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

สืบเนื่องจากพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๔ มีผลบังคับใช้ และมีการเสนอร่างพะราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. .... นั้น สำนักงาน อย. ได้มีการดำเนินการเพื่อรองรับร่างพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. .... เมื่อประกาศใช้แล้ว ใน ๒ เรื่อง คือ

๑) มีการปรับแก้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตัดชื่อยาเสพติดประเภท ๕ โดยตัดพืชกระท่อมออกจากการเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท ๕ แล้ว ซึ่งจะมีผลบังคับใช้ในวันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป

๒) มีการดำเนินการร่างระเบียบเพื่อรองรับมาตรา ๓ ของร่างพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. .... เกี่ยวกับการใช้ใบกระท่อมตามกฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร กฎหมายว่าด้วยยา กฎหมายว่าด้วยอาหาร กฎหมายว่าด้วยเครื่องสำอาง หรือผลิตภัณฑ์อื่นใดตามกฎหมายเฉพาะที่มีการบัญญัติไว้ รวมถึงการนำเข้า และส่งออก การขาย และการโฆษณา

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ร่างพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. .... ที่ผ่านการพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มีหลักการและเหตุผลที่ดี แต่เมื่อผ่านการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎรมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงทำให้แตกต่างจากหลักการและเหตุผลเดิม จึงเห็นด้วยกับร่างพระราชบัญญัติที่เสนอโดยคณะรัฐมนตรี

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

เหตุผลที่ไม่สามารถจำกัดสิทธิในการปลูกพืชกระท่อมได้ เนื่องจากอาจขัดต่อรัฐธรรมนูญได้ ร่างพระราชบัญญัติฉบับที่คณะรัฐมนตรี เป็นผู้เสนอ กระทรวงยุติธรรม ในฐานะหน่วยงานเจ้าของเรื่อง มีความประสงค์จำกัดสิทธิการเพาะปลูกพืชกระท่อมในครัวเรือนไม่ควรเกินครอบครัวละ ๓ ต้น ซึ่งการจำกัดดังกล่าวคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาแล้วเห็นว่า พืชกระท่อมเมื่อถอดออกจากยาเสพติดแล้ว ก็มีลักษณะเป็นพืชทั่วไป ไม่เป็นพืชควบคุมอีกต่อไป ดังนั้น การจำกัดสิทธิดังกล่าว ไม่สามารถทำได้ ซึ่งอาจขัดต่อรัฐธรรมนูญ มาตรา ๔๐

อย่างไรก็ตาม พืชกระท่อมยังมีสารไมทราไจนีน (Mitragynine) ที่ยังเป็นอันตรายหากมีการใช้หรือบริโภคอย่างแพร่หลายเกินสมควร การพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาจึงเห็นควรกำหนดให้มีการควบคุมกรณีการซื้อขายในปริมาณมากในเชิงอุตสาหกรรมเท่านั้น

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ดังนี้

๑. จากการพิจารณาพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่า ร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวมีหลักการความสมดุลทั้งข้อดี ข้อด้อย ของการเพาะ การปลูก การขาย ตลอดจนนำเข้าส่งออกของพืชกระท่อม สาหรับร่างพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. .... เห็นว่า ขาดความสมดุลในประเด็น ดังนี้

๑.๑) ไม่ต้องการส่งเสริมให้ปัจเจกบุคคลรายใหม่ใช้พืชกระท่อมอย่างกว้างขวางเป็นประจำ แต่เพียงต้องการผ่อนปรนให้ผู้ใช้รายเก่าหรือในบางเขตพื้นที่ที่ใช้เป็นขนบธรรมเนียมประเพณี (วิถีชุมชน) ให้สามารถใช้โดยไม่มีข้อกฎหมายมาบังคับใช้ มิได้มีเจตนาจะให้ใช้อย่างกว้างขวางทั่วประเทศ กล่าวคือ ให้ผู้ใช้รายเก่า เขตพื้นที่ที่ใช้อยู่สามารถใช้ได้ แต่ไม่ส่งเสริมให้ผู้ใช้รายใหม่ จังหวัดอื่นเข้ามาใช้

๑.๒) หากจะเน้นเพื่ออุตสาหกรรมอื่น รวมทั้งเพื่อการบาบัดรักษาโรคต้องทาอยู่ในบริบทที่ไม่กระทบตามข้อ ๑.๑) โดยมีมาตรการทางกฎหมายโดยเฉพาะ เช่น มาตรการส่งเสริมให้เป็นพืชทางเศรษฐกิจ มาตรการใช้ในการบำบัดรักษา มาตรการเพาะปลูกเพื่อการอุตสาหกรรม มาตรการในการครอบครอง ส่งออก ซึ่งต้องไม่ก่อให้เกิดการใช้เพื่ออุตสาหกรรม ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบกับผู้ใช้รายใหม่ แม้จะไม่ใช่บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่าสิบแปดปี สตรีมีครรภ์ และสตรีให้นมบุตรก็ตาม

๑.๓) ในการศึกษางานวิจัยต้องมีความชัดเจน รวมทั้งควรส่งเสริมให้มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับผลเสียของผู้ใช้พืชกระท่อม นอกเหนือจากงานวิจัยทางด้านผลดีทางเศรษฐกิจ

๒. ร่างพระราชบัญญัติฉบับที่คณะรัฐมนตรี เป็นผู้เสนอ กระทรวงยุติธรรม ในฐานะหน่วยงานเจ้าของเรื่อง มีความประสงค์จำกัดสิทธิการเพาะปลูกพืชกระท่อมในครัวเรือนไม่ควรเกินครอบครัวละ ๓ ต้น และโดยที่จากการรับทราบถึงเหตุผลในชั้นการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา และในชั้นการพิจารณาของคณะกรรมาธิการ สภาผู้แทนราษฎร ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความเห็นด้านมาตรการการจำกัดสิทธิและควบคุมเกี่ยวกับพืชกระท่อมด้านต่าง ๆ ที่ระบุว่า จะส่งผลให้ร่างพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. .... นั้น ขัดกับมาตรา ๔๐ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยเพราะตีความว่า การถอดพืชกระท่อมจากบัญชียาเสพติดให้โทษประเภทที่ ๕ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๔ แล้ว ก็มีลักษณะเป็นพืชทั่วไปไม่เป็นพืชควบคุมอีกต่อไป ดังนั้น การจำกัดสิทธิดังกล่าว ไม่สามารถทำได้ ซึ่งอาจขัดต่อรัฐธรรมนูญ มาตรา ๔๐

ในประเด็นนี้ คณะกรรมาธิการการสาธารณสุขตั้งข้อสังเกตว่า การให้เหตุผลของการไม่จำกัดสิทธิในการปลูกพืชกระท่อมครอบครัวละ ๓ ต้น ว่า อาจขัดต่อรัฐธรรมนูญมาตรา ๔๐ ได้นั้น เห็นว่า องค์กรที่มี

อำนาจในการวินิจฉัยประเด็นข้อกฎหมาย คือ ศาลรัฐธรรมนูญ ทั้งนี้ การออกกฎหมายใด ๆ โดยอ้างเหตุผลมาตรา ๔๐ ควรมีความชัดเจน เพราะยังมิได้พิสูจน์ว่า ขัดรัฐธรรมนูญหรือไม่

โดยที่รัฐธรรมนูญ มาตรา ๔๐ กำหนดว่า “บุคคลย่อมมีเสรีภาพในการประกอบอาชีพ

การจำกัดเสรีภาพตามวรรคหนึ่งจะกระทำมิได้ เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่ตราขึ้นเพื่อรักษาความมั่นคงหรือเศรษฐกิจของประเทศ การแข่งขันอย่างเป็นธรรม การป้องกันหรือขจัดการกีดกันหรือการผูกขาด การคุ้มครองผู้บริโภค การจัดระเบียบ การประกอบอาชีพเพียงเท่าที่จำเป็นหรือเพื่อประโยชน์สาธารณะอย่างอื่น .....”

ทั้งนี้ หากพิจารณาบทบัญญัติดังกล่าว อาจเข้าบทยกเว้น กรณีเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคเนื่องจากการจำกัดดังกล่าวเป็นการควบ คุมการบริโภคอย่างแพร่หลายและเป็นประโยชน์ต่อสาธารณะ

๓. เห็นด้วยกับหลักการและเหตุผลของร่างพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. .... จำนวน ๔๙ มาตราที่เสนอโดยคณะรัฐมนตรี เนื่องจากมุ่งเน้นให้มีการใช้พืชกระท่อม โดยสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวบ้านในพื้นที่ภาคใต้ โดยสอดคล้องกับเจตนารมณ์ในการปรับแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๔ เพื่อปลดพืชกระท่อมออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษประเภทที่ ๕ และการเป็นพืชเศรษฐกิจประกอบกับการกำหนดมาตรการกำหนดและควบคุมพื้นที่การปลูก การขาย พืชกระท่อม

อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการปรับแก้ไขร่างพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. .... ในชั้นสภาผู้แทนราษฎร ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับมาตรการการกำกับดูแลด้านต่าง ๆ จะส่งผลให้การปลูกพืชกระท่อมในวงกว้างจะสามารถทำได้ทันทีเพราะไม่ต้องมีการขออนุญาต ทั้งประเภทการปลูกเพื่อบริโภคตามวิถีชีวิตชุมชน หรือการปลูกเพื่อการพาณิชย์ในเชิงอุตสาหกรรม จึงมีผลทำให้หลักการและเหตุผล ประกอบกับเจตนารมณ์ของร่างพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. .... จำนวน ๔๙ มาตรา ที่เสนอโดยคณะรัฐมนตรีเปลี่ยนไปใน ๒ ประเด็นสำคัญ คือ

๑) ไม่ได้มุ่งเน้นให้เกิดการนำมาใช้ทางการแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทย

๒) ไม่ได้มุ่งเน้นให้ตอบสนองต่อวิถีชีวิตชาวบ้านแต่กลับมุ่งเน้นการเป็นพืชเศรษฐกิจเพื่อนำมาใช้ในเชิงอุตสาหกรรม ดังนั้น ในประเด็นดังกล่าว คงจะต้องมีการพิจารณาอย่างรอบคอบอีกครั้งในชั้นการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติของวุฒิสภาต่อไป

บทที่ ๓

ด้านสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางประชากร

๓.๑ การใช้น้ำมันทอดซ้ำอย่างปลอดภัย

คณะกรรมาธิการให้ความสำคัญกับสุขภาพอนามัยของประชาชน ซึ่งวิถีชีวิตของประชาชนส่วนใหญ่จะมีการบริโภคของทอด โดยใช้น้ำมันเป็นส่วนประกอบการทำอาหาร ดังนั้น คณะกรรมาธิการจึงได้เชิญผู้แทนกรมอนามัย ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และผู้แทนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มาให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้น้ำมันทอดซ้ำอย่างปลอดภัย ระบบการจัดการน้ำมันทอดซ้ำ งานวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพ สถิติผู้ป่วยจากการบริโภค การรณรงค์หรือประชาสัมพันธ์ถึงอันตรายจากการใช้น้ำมันทอดซ้ำ รวมทั้งมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อจะเป็นข้อมูลนำมาประกอบการพิจารณาและเสนอข้อคิดเห็นต่อหน่วยงานที่เข้าให้ข้อมูลนำไปดำเนินการต่อไป สรุปได้ดังนี้

<u>ผลการพิจารณา</u>

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ มีการมอบอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการรับผิดชอบเรื่องอาหารปลอดภัย โดยการดำเนินการเรื่องอาหารปลอดภัยกรมอนามัยและสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นเจ้าภาพร่วมกัน แต่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพหลักในการควบคุมกำกับเรื่องดังกล่าว ซึ่งการลงพื้นที่ติดตามเรื่องดังกล่าวนั้น ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ มอบอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการกำกับติดตามการใช้น้ำมันทอดซ้ำในตลาดสด ตลาดนัด และสถานประกอบการในพื้นที่ ที่ผ่านมาได้มีการรณรงค์เรื่องอาหารปลอดภัย รวมถึงการใช้น้ำมันทอดซ้ำด้วย และมีการตรวจสอบการใช้น้ำมันทอดซ้ำทั้งในเขตสุขภาพ ๑๒ เขต และกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีการตรวจ ไปประมาณ ๖,๘๘๘ ตัวอย่าง ซึ่งพบว่า ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน ๖,๐๗๔ ตัวอย่าง และไม่ผ่านมาตรฐาน จำนวน ๗๙๔ ตัวอย่าง โดยน้ำมันทอดซ้ำที่ตรวจพบเกินมาตรฐานมากที่สุด คือ น้ำมันทอดมันฝรั่งและน้ำมันทอดเนื้อสัตว์ ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการตรวจสอบสารทุกชนิดไม่เพียงแต่สารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำเท่านั้น

กรมอนามัย

การดำเนินงานของกรมอนามัยจะใช้พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑ ในการบังคับใช้กับร้านอาหาร ตลาดนัด ตลาดสด และร้านอาหารบนบาทวิถี โดยให้ผู้ประกอบการและผู้ดำเนินกิจการมีการควบคุมคุณภาพอาหารประเภทปรุงสำเร็จให้สะอาดและปลอดภัย สำหรับบริโภคตามชนิดของอาหารนั้น รวมถึงอาหารที่ผ่านความร้อนหรืออาหารที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำ ซึ่งขณะนี้มีการนำเรื่องการกำหนดให้เป็นไปตามคุณภาพอาหารประเภทปรุงสำเร็จให้สะอาดและปลอดภัย ซึ่งเป็นประกาศฉบับที่ ๑ ที่ออกภายใต้กฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑ ได้เสนอต่อคณะกรรมการสาธารณสุข เพื่อพิจารณา

สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัยที่อยู่ภายใต้กำกับดูแลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของอาหาร และมีการแต่งตั้ง

คณะกรรมการพัฒนากลไกบริหารจัดการความเสี่ยงสารโพลาร์ในน้ำมันทอดอาหาร โดยได้มีการสรุปผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๔ และได้จัดทำแผนปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙ ในเรื่องดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว

ซึ่งจะเป็นการขับเคลื่อนเพื่อให้ผู้ประกอบการร้านอาหารมีความรู้ทั้งด้านกฎหมายและความปลอดภัยในการผลิตอาหาร ซึ่งกรมอนามัยมีหลักสูตรอบรมสำหรับผู้สัมผัสอาหาร คือ พ่อครัว แม่ครัว ผู้ประกอบการร้านค้าต่าง ๆ ทั่วประเทศ หลักสูตรนี้จะมีการให้ความรู้เรื่องสารเคมีที่ใช้ในการปรุงหรือประกอบอาหาร รวมทั้งการเลือกวัตถุดิบสำหรับใช้ทำอาหารให้กับผู้บริโภค ทั้งนี้ กรมอนามัยจะจัดส่งข้อมูลดังกล่าวไปยังคณะกรรมาธิการเพื่อพิจารณาต่อไป

สถิติการใช้น้ำมันทอดซ้ำของรถหน่วยตรวจเคลื่อนที่ความปลอดภัยทางด้านอาหาร (Mobile Unit for Food Safety) ที่ดำเนินการตรวจสอบสารโพลาร์ในน้ำมันที่ใช้ทอดหรือประกอบอาหารตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒๘๓) พ.ศ. ๒๕๔๗ กำหนดให้น้ำมันที่ใช้ทอดหรือประกอบอาหาร เพื่อจำหน่ายจะต้องมีสารโพลาร์ไม่เกินร้อยละ ๒๕ ของน้ำหนัก โดยสถิติย้อนหลัง ๓ ปี พบว่า ปี ๒๕๖๑ ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ ๙.๓๙ ปี ๒๕๖๒ ร้อยละ ๑๓.๘๒ และปี ๒๕๖๓ ร้อยละ ๑๑.๕๖

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

การใช้น้ำมันทอดซ้ำเกี่ยวข้องกับประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒๘๓) เรื่อง กำหนดปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันที่ใช้ทอดหรือประกอบอาหารเพื่อจำหน่าย กำหนดว่า น้ำมัน หมายความว่า น้ำมันและไขมันที่ได้จากพืชหรือสัตว์ และใช้เป็นอาหารได้ โดยน้ำมันที่ใช้ทอดหรือประกอบอาหาร เพื่อจำหน่ายจะต้องมีสารโพลาร์ได้ไม่เกินร้อยละ ๒๕ ของน้ำหนัก และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๓๔๗) พ.ศ. ๒๕๕๕ เรื่อง วิธีการผลิตอาหารที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำ ให้นิยามคำว่า “น้ำมันทอดซ้ำ” หมายความว่า น้ำมันหรือไขมันที่ใช้เป็นอาหารและผ่านการทอดมาแล้ว ซึ่งผู้ผลิตอาหารที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำในการผลิตอาหารเพื่อจำหน่าย เช่น การทอด ทา ผัด หรือใช้เป็นส่วนผสม หรือส่วนประกอบของอาหารต้องใช้น้ำมันทอดซ้ำที่มีสารโพลาร์ไม่เกินร้อยละ ๒๕ ของน้ำหนัก ซึ่งการใช้น้ำมันทอดซ้ำไม่ควรเกิน ๒ ครั้ง เนื่องจากจะก่อให้เกิดปฏิกิริยาในตัวของน้ำมันที่ทำให้น้ำมันมีสีคล้ำขึ้นและก่อให้เกิดสารบางชนิด โดยเฉพาะสารโพลาร์และสาร PAS ซึ่งสารโพลาร์ก่อให้เกิดโรค NCDs ส่วนสาร PAS เมื่อมีการสะสมจะก่อให้เกิดโรคมะเร็ง

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) จึงออกมาตรการทางกฎหมายใช้บังคับกับผู้ประกอบการที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำ โดยจะต้องดูแลการใช้น้ำมันให้มีค่ามาตรฐานสารโพลาร์ไม่เกินร้อยละ ๒๕ ของน้ำหนัก นอกจากนั้น อย. ได้มีการออกสำรวจ วางแผน เฝ้าติดตาม และตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธีมาตรฐาน ขณะเดียวกันได้มีการสำรวจสถานประกอบการที่มีการใช้น้ำมันในการทอดซ้ำ ซึ่งจะมีทีมรถหน่วยตรวจเคลื่อนที่ความปลอดภัยทางด้านอาหาร (Mobile Unit for Food Safety) ออกสำรวจในท้องตลาด โดยการทดสอบด้วย Test Kit ที่ให้ผลที่ค่อนข้างรวดเร็ว และเก็บตัวอย่างน้ำมันมาตรวจหาสารต่าง ๆ

ส่วนประเด็นการนำน้ำมันทอดซ้ำมาใช้ในการผลิตเส้นก๋วยเตี๋ยว นั้น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) มีข้อมูลผลการสำรวจร้อยละของสารโพลาร์ในน้ำมันที่นำมาใช้ทาเส้นก๋วยเตี๋ยวตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องไม่เกินร้อยละ ๒๕ ในปี ๒๕๕๔ – ๒๕๕๗ พบว่า ปี ๒๕๕๔ น้ำมันที่นำมาใช้ทาเส้นก๋วยเตี๋ยวมีสารโพลาร์เกินค่ามาตรฐาน ร้อยละ ๔๐ ปี ๒๕๕๕ ไม่พบการใช้น้ำมันที่มีสารโพลาร์เกินค่ามาตรฐาน ปี ๒๕๕๖ พบการใช้น้ำมันที่มีสารโพลาร์เกินค่ามาตรฐาน ร้อยละ ๒๖ และปี ๒๕๕๗ ไม่พบการใช้น้ำมันที่มีสารโพลาร์เกินค่ามาตรฐาน หลังจากนั้นยังไม่มีข้อมูลในเรื่องดังกล่าวแต่อย่างใด แต่ในส่วนของน้ำมันทอดซ้ำตามท้องตลาดมีการสำรวจอย่างต่อเนื่องจนถึงปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ข้อมูลผลสำรวจการใช้น้ำมันทอดอาหารที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ลงพื้นที่ไปตรวจสอบยังแห่งจำหน่ายอาหารทั่วประเทศตั้งแต่ปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ ที่ทำการสำรวจในแหล่งจำหน่ายอาหาร อาทิ ตลาดสด ตลาดนัด จะใช้ชุดเครื่องมือทดสอบอย่างง่าย เนื่องจากผลการทดสอบน้ำมันทอดซ้ำต้องมีการแปลผลที่รวดเร็ว จึงจะได้ผลตรงตามเป้าหมาย ซึ่งชุดทดสอบที่ อย. นำมาใช้ส่วนใหญ่เป็นการใช้ทดสอบ ค่าสารโพลาร์

ผลการทดสอบจากการเก็บข้อมูล อย. จะจัดส่งให้กับคณะกรรมาธิการเพื่อพิจารณาในภายหลัง ส่วนการสำรวจในเขตกรุงเทพมหานครตั้งแต่ปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ ในแต่ละปีจะมีการสำรวจประมาณ ๕๐ – ๒๐๐ ตัวอย่าง ผลการสำรวจส่วนใหญ่พบว่า การใช้น้ำมันทอดซ้ำส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสารโพลาร์ คือ มีการใช้น้ำมันทอดซ้ำที่มีค่าสารโพลาร์ไม่เกินร้อยละ ๒๕ อย่างไรก็ตาม ในส่วนของสถานประกอบการที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในแต่ละปีจะขึ้นลงไม่เท่ากัน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของราคาน้ำมันที่มีการปรับตัวสูงขึ้นหรือลดลงในปีนั้น หากปีใดน้ำมันมีราคาสูงก็จะมีแนวโน้มการใช้น้ำมันทอดซ้ำเพิ่มมากขึ้น ส่วนปีใดที่ราคาน้ำมันต่ำลงผู้ประกอบการสามารถรับผิดชอบต้นทุนจากการใช้น้ำมันได้ก็จะมีการเปลี่ยนน้ำมันในการใช้ทอดหรือประกอบอาหารมากขึ้น การสำรวจในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี ๒๕๖๔ จำนวน ๕๔ ตัวอย่าง พบว่า มีสถานประกอบการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ ๘๑ ในส่วนภูมิภาคมีข้อมูลการสำรวจถึงปี ๒๕๖๓ โดยในปี ๒๕๖๓ มีการเก็บตัวอย่าง จำนวน ๑,๙๑๗ ตัวอย่าง พบว่าสถานประกอบการที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ ๑๒ หากพิจารณาข้อมูลสถานการณ์การใช้น้ำมันทอดซ้ำทั่วประเทศ พบว่า มีสถานประกอบการที่ใช้น้ำมันที่มีสารโพลาร์เกินค่ามาตรฐานและไม่เกินค่ามาตรฐานขึ้นลงต่างกันในแต่ละปี ไม่แตกต่างกันมากนัก

หากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ตรวจพบว่า มีการใช้น้ำมันทอดซ้ำที่เกินค่ามาตรฐานสารโพลาร์จะมีการให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการและประสานไปยังหน่วยงานในพื้นที่เพื่อเฝ้าระวังต่อไป ในขณะเดียวกัน อย. ได้มีการจัดทำสื่อในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้ข้อแนะนำและส่งเสริมผู้บริโภคให้รู้จักวิธีการสังเกตลักษณะของน้ำมันที่ผู้ประกอบการใช้ทอดหรือประกอบอาหารว่าอาจก่อให้เกิดสารโพลาร์หรือสารอื่นที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพหรือไม่

ทั้งนี้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) จะดูแลผลิตภัณฑ์อาหารที่ออกมาจากโรงงานผลิตอาหารหรือสถานที่ผลิตอาหาร ซึ่งการผลิตอาหารนั้นจะเป็นอาหารที่ถูกบรรจุอยู่ในภาชนะบรรจุที่มีการปิดผนึก ในขณะเดียวกันกรณีของน้ำมันเมื่อมีการบรรจุใส่ขวดและปิดผนึกฝาขวดแล้วจะอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ อย. ทั้งหมด แต่เมื่อมีการนำน้ำมันไปใช้ในการประกอบอาหารตามท้องตลาดจะมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๓๔๗) พ.ศ. ๒๕๕๕ เรื่อง วิธีการผลิตอาหารที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำ ซึ่งภารกิจในการตรวจสอบการใช้น้ำมันทอดซ้ำจะเป็นอำนาจของแต่ละจังหวัดหรือกรมอนามัยเป็นผู้กำหนดวิธีการดำเนินการ แต่ในส่วนของ อย. จะมีทีมรถหน่วยตรวจเคลื่อนที่ความปลอดภัยทางด้านอาหาร (Mobile Unit for Food Safety) ออกสำรวจการใช้น้ำมันทอดซ้ำในท้องตลาด เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า มีการใช้น้ำมันทอดซ้ำที่มีค่าโพลาร์เกินมาตรฐาน คือ เกินร้อยละ ๒๕ ของน้ำหนัก เจ้าหน้าที่จะให้คำแนะนำและองค์ความรู้แก่ผู้ประกอบการ

สำหรับบริษัทที่ผลิตเส้นก๋วยเตี๋ยวรับซื้อน้ำมันทอดซ้ำมาจากแหล่งใด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เข้าไปตรวจสอบเรื่องนี้หรือไม่ และหากตรวจสอบแล้วพบว่ามีการกระทำความผิดจริงมีบทลงโทษผู้ประกอบการอย่างไร โรงงานผลิตอาหารหรือโรงงานผลิตเส้นก๋วยเตี๋ยวอยู่ภายใต้กำกับดูแลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ในขณะเดียวกันอาหารกลุ่มนี้ หากมีสถานที่ผลิตตั้งอยู่ในจังหวัดใดให้เป็นหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้กำกับดูแลโรงงานผลิตก๋วยเตี๋ยว เนื่องจาก อย. ได้มอบอำนาจให้กับสำนักงานสาธารณสุขทุกจังหวัดดำเนินการ แต่ทั้งนี้ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๓๔๗) พ.ศ. ๒๕๕๕ เรื่อง วิธีการ

ผลิตอาหารที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำ ไม่ได้กำหนดห้ามการใช้น้ำมันทอดซ้ำ แต่การนำน้ำมันทอดซ้ำมาใช้ต้องเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด คือ ต้องมีสารโพลาร์ไม่เกินร้อยละ ๒๕

กระบวนการผลิตน้ำมันที่มีลักษณะการนำน้ำมันทอดซ้ำมาผ่านกระบวนการทำให้ใสแล้วนำกลับไปจำหน่ายนั้น กระบวนการผลิตน้ำมันรูปแบบนี้ไม่ได้รับการอนุญาตตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ เช่น น้ำมันลูกหมู เป็นการนำน้ำมันที่ทิ้งแล้วจากครัวเรือนหรือร้านอาหารมาผ่านกระบวนการกรองและปรับคุณภาพน้ำมันให้มีความใสขึ้น ในขณะเดียวกันการกรองและการปรับคุณภาพน้ำมันให้ใสไม่สามารถทำให้น้ำมันเกิดคุณภาพกลายเป็นน้ำมันใหม่ได้ ยกเว้นน้ำมันจากไขมันสัตว์ เช่น น้ำมันทอดหนังไก่ น้ำมันจากการเจียวไขมันหมู น้ำมันที่เป็นส่วนผสมของการทำกระเทียมเจียวจะเป็นน้ำมันที่ผ่านกระบวนการทอดอาหารมาแล้วทั้งสิ้น แต่คุณภาพยังถือว่าใช้ได้ตามกระบวนการผลิตน้ำมันประเภทนั้น

ซึ่งประเด็นนี้เป็นเรื่องการกำหนดคุณภาพมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข แม้ว่าน้ำมันจะผ่านการใช้งานมาแล้ว แต่ค่ามาตรฐานโพลาร์ต้องไม่เกินร้อยละ ๒๕ ทั้งนี้ กระบวนการกำกับดูแลที่ผ่านมา อาทิ วาระแห่งชาติปี ๒๕๕๔ มีการกล่าวถึงเรื่องน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ ซึ่งต้องเข้าใจบริบทของผู้ประกอบการในการควบคุมกระบวนการใช้น้ำมันที่ไม่ให้มีการนำมาทอดซ้ำ กรณีนี้ขึ้นอยู่กับข้อมูลความปลอดภัยและข้อมูลค่ามาตรฐานโพลาร์ต้องไม่เกินร้อยละ ๒๕ ได้มีการพิจารณาเทียบเคียงแล้วว่า ค่ามาตรฐานนี้เป็นดัชนีชี้วัดที่เหมาะสมในการนำมาเป็นตัวบ่งชี้ที่ได้มาตรฐานสากล ซึ่งต่างประเทศได้มีการอ้างอิงและนำไปใช้เช่นกัน โดยปกติการตรวจสอบจะไม่ได้พิจารณาเรื่องค่าโพลาร์เพียงอย่างเดียว แต่จะพิจารณาทั้งเรื่องสี จุดเกิดควันหรือความหนืดประกอบด้วย อย่างไรก็ตามคุณภาพมาตรฐานด้านเคมีค่าโพลาร์ถือว่าเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความเหมาะสม

สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.)

ภารกิจหลักของสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) คือ การรับเรื่องราวร้องทุกข์จากผู้บริโภคในกรณีซื้อสินค้าหรือใช้บริการแล้วถูกละเมิดสิทธิจากผู้ประกอบธุรกิจ ซึ่ง สคบ. มีอำนาจในการฟ้องคดีให้กับผู้บริโภค ส่วนประเด็นการร้องเรียนเรื่องการใช้น้ำมันทอดซ้ำนั้น จากการตรวจสอบสารระบบเรื่องร้องเรียนของ สคบ. ไม่พบว่ามีการร้องเรียนในเรื่องดังกล่าวแต่อย่างใด แต่ทั้งนี้ หาก สคบ. ได้รับเรื่องร้องเรียนดังกล่าวจากผู้บริโภคก็จะต้องส่งเรื่องไปยัง อย. เป็นผู้พิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ต่อไป

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ภาพรวมการขับเคลื่อนงานเพื่อดำเนินการปัญหาการใช้น้ำมันทอดซ้ำของประเทศไทยประกอบด้วย

๑) ภาควิชาการ โดยคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้จัดทำข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับเรื่องน้ำมันทอดซ้ำ พบว่า น้ำมันทอดซ้ำมีสาระสำคัญที่ทำให้เกิดโรค คือ สารโพลาร์และสารก่อมะเร็ง ซึ่งปัจจุบันคนไทยบริโภคน้ำมันพืชไม่ต่ำกว่าปีละ ๑ ล้านตัน และมีการบริโภคในหลายรูปแบบ โดยเฉพาะการทอดที่ได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก

๒) การขับเคลื่อนนโยบายที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่เกิดจากผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า การใช้น้ำมันทอดซ้ำก่อให้เกิดโรค NCDs และสารก่อมะเร็ง โดยการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เพื่อกำหนดปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันว่าต้องไม่เกินร้อยละ ๒๕ ของน้ำหนัก และกำหนดโทษกรณีผู้ประกอบการฝ่าฝืนจะต้องระวางโทษปรับไม่เกินห้าหมื่นบาท รวมทั้งกำหนดวิธีการผลิตอาหารที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำอย่างปลอดภัย จะเห็นได้ว่า แม้กระทรวงสาธารณสุขจะมีมาตรการลงโทษผู้ประกอบการ แต่วิธีการบังคับใช้กฎหมายอาจยังไม่ครอบคลุม

๓) การสังเคราะห์หรือวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคที่ผ่านมาจากการดำเนินการ โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการสนับสนุนจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในการจัดทำข้อมูลวิชาการ เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยนำข้อมูลดังกล่าวมาขับเคลื่อนนโยบายและสื่อสารสังคม ปัจจุบันมีการทำ MOU ร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สสส. สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการแก้ปัญหาเรื่องดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม พบว่า การดำเนินงานแก้ไขปัญหาในพื้นที่ยังเกิดปัญหาอย่างมาก เช่น การดำเนินคดีกับผู้ประกอบการที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำ ซึ่งต้องเสียงบประมาณจำนวนมากในการตรวจสอบเพื่อดำเนินคดีดังกล่าว เนื่องจากการใช้น้ำมันทอดซ้ำมีการกระจายของผู้ประกอบการทั่วประเทศไม่เหมือนการดำเนินการเรื่องไขมันทรานส์ ซึ่งมีโรงงานผลิตเพียง ๓ แห่งทั่วประเทศ ทำให้สามารถควบคุมการผลิตให้เกิดประสิทธิภาพได้ ส่วนในแง่การบริหารจัดการพบว่า ประชาชนยังขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้น้ำมันทอดซ้ำ แม้ว่าจะมีการประชาสัมพันธ์จากหลายหน่วยงานก็ตาม และประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณา คือ การขาดการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ต่างฝ่ายต่างดำเนินการในส่วนรับผิดชอบของตนโดยไม่มีการประสานความร่วมมือกันอย่างเป็นรูปธรรม ส่วนในภาคเศรษฐกิจนั้น การควบคุมหรือดำเนินคดีกับผู้ประกอบการรายใหญ่ดำเนินการได้ยากจะดำเนินการได้เพียงผู้ประกอบการรายย่อยเท่านั้น

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ดังนี้

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

๑. กระทรวงสาธารณสุขควรสั่งการให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีโรงงานผลิตเส้นก๋วยเตี๋ยวตั้งอยู่ในพื้นที่ตรวจสอบเส้นทางการใช้น้ำมันในการนำมาผลิตเส้นก๋วยเตี๋ยว หากพบมีการนำน้ำมันทอดซ้ำมาใช้ในการผลิต ควรมีบทลงโทษที่รุนแรงมากกว่ากฎหมายที่ใช้บังคับอยู่

๒. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรออกประกาศหรือกฎกระทรวงเกี่ยวกับการห้ามการใช้น้ำมันทอดซ้ำในการประกอบอาหาร เช่นเดียวกับที่เคยมีการออกประกาศเกี่ยวกับไขมันทรานส์ เนื่องจากมีงานวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์ที่แสดงให้เห็นโทษของการใช้น้ำมันทอดซ้ำที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนอย่างชัดเจน

๓. กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงพลังงานควรบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันในการแก้ไขปัญหาการใช้น้ำมันทอดซ้ำ ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ควรเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินการออกกฎหมายและให้ความรู้แก่ประชาชน โดยกระทรวงพลังงานควรเป็นผู้รับซื้อน้ำมันที่ผ่านการใช้งานแล้วจากผู้ประกอบการ เพื่อช่วยลดต้นทุนการผลิตและกระตุ้นให้ผู้ประกอบการเกิดความรับผิดชอบต่อผู้บริโภคในการไม่ใช้น้ำมันทอดซ้ำเกินค่ามาตรฐาน

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านกฎหมาย

๑. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้น้ำมันทอดซ้ำอย่างเข้มงวดกับสถานประกอบการทุกระดับอย่างเป็นรูปธรรม และมีการตรวจสอบเรื่องดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง

๒. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดนิยามคำว่า “น้ำมันทอดซ้ำ” ที่ส่งผลทางกฎหมายอย่างชัดเจน และควรจัดทำข้อแนะนำเกี่ยวกับสารโพลาร์ที่ทำให้ผู้ประกอบการและประชาชนเข้าใจได้โดยง่าย อาทิ การสังเกตสีของน้ำมัน เพื่อลดปัญหาการใช้น้ำมันทอดซ้ำ

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านวิชาการ

๑. การสนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัยโครงการต่าง ๆ ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ควรนำมาสู่การขับเคลื่อนเชิงนโยบายที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจนทุกงานวิจัย เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริง

๒. การใช้น้ำมันทอดซ้ำก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ ๑ ใน ๔ ที่ทำให้ประชาชนเสียชีวิตแบบผ่อนส่งที่สังคมไทยเผชิญอยู่ในขณะนี้ ซึ่งมีสาร ๔ ชนิด ที่ถือว่าเป็นการทำลายสุขภาพประชาชนแบบผ่อนส่งที่สังคมและหน่วยงานด้านสาธารณสุขให้ความสนใจ คือ สารที่อยู่ในเหล้าและบุหรี่ ทั้งนี้ การบังคับใช้กฎหมายยังไม่เข้มงวดทั้งที่เหล้าและบุหรี่ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับและโรคมะเร็งปอด และสารอีก ๒ ชนิด ที่ทำลายสุขภาพประชาชนแบบผ่อนส่งที่สังคมไทยมองข้าม คือ เชื้อราในถั่ว ที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งตับ คนไทยเป็นโรคมะเร็งตับติดอันดับ ๑ ของโลก และสารชนิดที่ ๔ คือ สารโพลาร์ที่เกิดจากการใช้น้ำมันทอดซ้ำ ซึ่งไม่เคยมีงานวิจัยใดแสดงให้เห็นว่าสารดังกล่าวก่อให้เกิดมะเร็งที่ในส่วนใดของร่างกายอย่างชัดเจน เพียงแต่ให้ข้อมูลว่าจะทำให้เกิดโรค NCDs ซึ่งเรื่องการใช้น้ำมันทอดซ้ำเป็นเรื่องที่มีคำถามต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องว่า เมื่อหน่วยงานได้รับการจัดสรรงบประมาณในแต่ละปี แต่คนไทยยังต้องเผชิญกับความเสี่ยงของสารก่อมะเร็งทุกวันเป็นเวลานาน เรื่องนี้เป็นสิ่งที่เห็นได้ทั่วไปว่ามีการกระทำความผิด แม้กระทั่งในครัวเรือนเชื่อว่า มีการใช้น้ำมันทอดซ้ำมากกว่า ๑ ครั้ง เพราะฉะนั้น จึงไม่น่าแปลกใจที่ร้านค้าหรือสถานประกอบการทุกระดับจะใช้น้ำมันทอดซ้ำอยู่เสมอ สาเหตุสำคัญคือ ๑. คิดแต่เรื่องความสะดวกของตน ๒. ความประหยัดหรือลดต้นทุนการผลิต และ ๓. การบังคับใช้กฎหมายที่ไม่เข้มงวด โดยเฉพาะการบังคับใช้กับสถานประกอบการขนาดใหญ่ นอกจากนั้นได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนำสารบางชนิดมาใช้ในการทำให้น้ำมันทอดซ้ำมีสีที่ใสขึ้นแล้วนำกลับมาใช้ในครัวเรือนหรือนำไปจำหน่าย ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องมีการตรวจสอบต่อไป

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการ

๑. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสร้างแรงจูงใจให้กับสถานประกอบการหรือร้านค้าที่ผ่านการตรวจสอบแล้วว่า มีการใช้น้ำมันในการทอดหรือประกอบอาหารที่มีสารโพลาร์ไม่เกินค่ามาตรฐานที่กฎหมายกำหนด โดยการมอบตราสัญลักษณ์หรือประกาศนียบัตร เพื่อเป็นการรับประกันว่าผู้ประกอบการหรือร้านค้านั้นใส่ใจสุขภาพของผู้บริโภค ซึ่งถือเป็นจุดขายอย่างหนึ่งในการสร้างรายได้ให้กับผู้ประกอบการหรือร้านค้า

๒. การสร้างแรงจูงใจให้ผู้ประกอบการใส่ใจในการใช้น้ำมันทอดซ้ำมีหลายวิธี แต่ขึ้นอยู่กับว่าแรงจูงใจนั้นเป็นประโยชน์กับผู้ประกอบการอย่างไร เนื่องจากการใช้น้ำมันทอดซ้ำเป็นการลดต้นทุนค่าใช้จ่าย หากไม่มีการใช้น้ำมันทอดซ้ำผู้ประกอบการจะมีต้นทุนการผลิตอาหารที่สูงขึ้น ทำให้ไม่เกิดแรงจูงใจในการเลิกใช้น้ำมันทอดซ้ำ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรหาวิธีการสร้างแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อทั้งผู้ประกอบการและผู้บริโภคในเรื่องดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม

๓. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการประชาสัมพันธ์ในทุกรูปแบบ รวมทั้งการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพถึงอันตรายจากการใช้น้ำมันทอดซ้ำที่ส่งผลต่อสุขภาพอย่างร้ายแรง เพื่อให้ประชาชนตระหนักรู้และนำไปปฏิบัติทั้งการประกอบอาหารในครัวเรือนและการเลือกซื้ออาหารที่ปลอดภัย รวมทั้งปฏิเสธการซื้ออาหารจากร้านค้าหรือสถานประกอบการที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำ

๔. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ควรมีการประชาสัมพันธ์และรณรงค์รวมทั้งจัดทำตัวชี้วัดว่า คนไทยสามารถลดการบริโภคน้ำมันทอดซ้ำลงได้ในแต่ละปีได้จำนวนเท่าใด เพื่อเป็นการสร้างเสริมสุขภาพและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน

๕. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการดำเนินการในเรื่องการใช้น้ำมันทอดซ้ำอย่างเป็นรูปธรรม อาทิ การใส่สารหรือสีบางชนิดให้เกิดปฏิกิริยากับน้ำมัน เพื่อแสดงให้ประชาชนได้รับทราบว่าน้ำมันนั้นผ่านการใช้งานมาแล้ว ซึ่งไม่สามารถนำกลับมาใช้ซ้ำได้อีก และบริหารจัดการน้ำมันทอดซ้ำเข้าสู่กระบวนการแปรสภาพเป็นน้ำมันไบโอดีเซลหรือผลิตภัณฑ์อื่นต่อไป

๘. กรมอนามัยควรปฏิรูปหลักสูตรที่อบรมให้กับผู้สัมผัสอาหารและผู้ประกอบการใหม่ทั้งหมดที่สามารถสร้างแรงจูงใจในการฝึกอบรมให้กับผู้ประกอบการทุกระดับที่เชื่อมโยงกับผลประกอบการเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำ เช่น หากผลการตรวจน้ำมันที่ใช้ในการประกอบอาหารของสถานประกอบการใดเกินค่ามาตรฐาน ควรมีการสั่งปิดกิจการหรือร้านค้านั้นเป็นการชั่วคราวเพื่อให้ผู้ประกอบการเลิกใช้น้ำมันทอดซ้ำ

๙. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ควรเป็นเจ้าภาพหลักในการรณรงค์และประชาสัมพันธ์เรื่องการใช้น้ำมันทอดซ้ำ โดยจัดให้เป็นเรื่องเร่งด่วน เพื่อลดผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชน และควรยกระดับตราสัญลักษณ์ของ สสส. เป็นตราคุณภาพความปลอดภัยและมาตรฐานด้านอาหารให้กับร้านค้าหรือสถานประกอบการที่ผ่านการตรวจสอบมาตรฐานความปลอดภัยด้านอาหารจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ประกอบการเห็นคุณค่าและอยากได้ตราสัญลักษณ์ดังกล่าว ซึ่งเป็นการสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนและกระตุ้นยอดขายของผู้ประกอบการเพิ่มขึ้น โดยมีการกำหนดหลักเกณฑ์และระยะเวลาการรับรองมาตรฐาน เพื่อให้สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรฐานและสามารถต่ออายุการรับรองตราสัญลักษณ์นั้นได้

๓.๒ พิจารณาการควบคุมโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อประชาชน ในพื้นที่ชุมชนแออัด และการดูแลผู้ป่วย

คณะกรรมาธิการให้ความสำคัญกับกระบวนการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนในพื้นที่ชุมชนแออัด และการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยติดเตียงที่อยู่ตามชุมชนดังกล่าว การบูรณาการ การดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการบังคับใช้และผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย กฎ หรือระเบียบที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนปัญหาอุปสรรค แนวทางการแก้ไขปัญหาและประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

<u>ผลการพิจารณา</u>

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค มีหน้าที่ในการดูแลให้คำแนะนำในการเฝ้าระวังควบคุมโรคที่เกิดจากการทำงาน หรือสิ่งแวดล้อมสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชนได้กำหนดนิยามของชาวบ้านที่อาศัยริมคลอง มี ๓ ประเภท คือ ๑) คนที่อยู่ในน้ำ สร้างที่อยู่อาศัยบนผืนน้ำทั้งหมด ๒) ครึ่งบกครึ่งน้ำ สร้างที่อยู่อาศัยบนผืนน้ำบางส่วน บนผืนดินบางส่วน ๓) คนที่อยู่บนบก สร้างที่อยู่อาศัยบนพื้นดินทั้งหมด (ในรัศมีคลอง)

ทั้งนี้ ชุมชนแออัดริมคลอง อาจเกิดโรคได้จากสาเหตุ ๑) น้ำเสีย จากชุมชนหรือโรงงาน ๒) ขยะ กลิ่นขยะ ทั้งจากบนบกและในน้ำ ๓) เสียงดัง จากการเดินทางทางน้ำ ๔) มลพิษทางอากาศ ได้แก่ จากภายในบ้าน ได้แก่ การจุดเตาถ่านในครัว การผลิตในบ้าน จากภายนอกบ้าน เนื่องจากที่อยู่อาศัยไม่มิดชิด (ฝุ่น สารเคมี ควันไอเสีย ฯลฯ) และ ๕) อุบัติเหตุ

จากโครงการวิจัย “คนจนเมืองที่เปลี่ยนไปในสังคมเมืองที่กำลังเปลี่ยนแปลง” โดย ศาสตราจารย์ ดร. อรรถจักร์ สัตยานุรักษ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สนับสนุนโดย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ดำเนินการศึกษาใน ๕ พื้นที่ ได้แก่ ชุมชนแออัดในพื้นที่กรุงเทพ เชียงใหม่ ขอนแก่น ตะวันออก และสงขลา โดยชุมชนสงขลา มีทั้งหมด ๕๖ ชุมชน ได้แก่ ๑) แนวทางรถไฟเดิมอาศัยอยู่ประมาณ ๒๐,๐๐๐ คน ๒) ริมคลองอาศัยอยู่ประมาณ ๑๐,๐๐๐ คน ๓) พื้นที่ราชพัสดุอย่างชุมชนเก้าเส้ง ๔) อาศัยในพื้นที่วัด และบางส่วนเช่าที่ดินวัด และ ๕) อาศัยในที่ดินเอกชน แต่มีไม่มากซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยนำเสนอความก้าวหน้าโครงการวิจัย เมื่อวันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๓ แต่มีผู้ทรงคุณวุฒิบางคนให้ความเห็นในเชิงไม่เห็นด้วย เช่น

- เสนอนิยามใหม่ว่า คนจนเมือง คือ “ผู้ประกอบการรายย่อยภาคการผลิตแบบไม่เป็นทางการ”
- ผลักดันให้รัฐและชนชั้นกลาง รู้สึกว่าเมืองถูกขับเคลื่อนไปด้วยกลุ่มคนเหล่านี้ และมีสิทธิที่จะอยู่ในเมืองอย่างเสมอหน้า
- ร้อยละ ๕๐ ของ GDP มาจากกลุ่มคนรากหญ้าที่เป็นผู้ประกอบการรายย่อย
- ร้อยละ ๖๐ ของสัดส่วนแรงงานมาจากคนจนเมือง

กรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม มีกระบวนการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพประชาชนในที่ชุมชนแออัดที่อยู่ติดกับริมคลองต่าง ๆ ในเขตกรุงเทพมหานคร และการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยติดเตียงที่อยู่ตามชุมชนดังกล่าว ดังนี้

๑. ให้ความรู้ในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างพฤติกรรมที่ปลอดภัยในการดูแลตนเองและสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

๒. สนับสนุนและเสริมสร้างระบบบริการสำหรับการดูแลสุขภาพที่ดี ด้วยการร่วมกับภาคีเครือข่ายในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) การเป็น “หมอประจำบ้าน” พัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพของสำนักงานเขตให้มีความรู้เรื่องการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคจากสิ่งแวดล้อม และการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

๓. พัฒนาระบบฐานข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) และการจัดการศูนย์สุขภาพดีวิธีใหม่ (New Normal Wellness Center)

๔. ส่งเสริมและสนับสนุนความร่วมมือกับเครือข่าย ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองกรุงเทพมหานครและสำนักงานเขตในสังกัด แกนนำชุมชน และเครือข่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการร่วมกำหนดมาตรการการเฝ้าระวังโรคจากสิ่งแวดล้อมในชุมชน และการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

๕. ใช้กลไกทางกฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ มาใช้บังคับใช้

๖. บูรณาการงานกับภาคเครือข่ายโดยใช้กลไกการดำเนินงานกฎหมายของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและช่องทางการสื่อสาร รวมทั้งแอปพลิเคชั่น

ทั้งนี้ ข้อมูลพื้นฐานเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ข้อมูลทั้งจากกรุงเทพมหานคร สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) กรมธนารักษ์ และงานวิจัยต่าง ๆ ซึ่งนำข้อมูลพื้นฐานดังกล่าวมาประเมินความเสี่ยงและสรุปภาพรวม เพื่อจัดทำระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค โดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข

ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

สำนักอนามัย มีภารกิจหน้าที่การดูแล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ฟื้นฟู ให้บริการด้านสาธารณสุขปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ชุมชนริมคลองลาดพร้าว ได้มีการพัฒนาโดยรับการสนับสนุนจากรัฐบาลให้ย้ายชุมชนออกจากในคลอง เนื่องจากอาจทำให้เกิดน้ำเสีย และปิดกั้นการระบายน้ำ ขณะนี้ทาง กทม. เร่งทำเขื่อนกั้นตลอดริมคลอง และร่วมกับสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) เพื่อยกระดับประชาชนที่อยู่ในน้ำขึ้นมาอยู่บนบกซึ่งเป็นโครงสร้างพื้นฐานในการได้มีสุขภาวะที่ดี

ในส่วนการดูแลรักษา และส่งเสริมสุขภาพ มีศูนย์บริการสาธารณสุขทำงานร่วมกับสำนักงานเขตในพื้นที่ ในด้านการควบคุมโรค สำนักอนามัยได้ทำงานร่วมกับสำนักสิ่งแวดล้อม สำนักงานเขต และหากมีการระบาดโรคติดต่อ ศูนย์บริการสาธารณสุขจะจัดเจ้าหน้าที่ พยาบาล เข้าไปเฝ้าระวัง ควบคุมในพื้นที่ เมื่อย้ายชุมชนขึ้นมาอยู่บนบกทำให้สามารถดูแลในเรื่องสาธารณูปโภคได้สะดวกมากขึ้น และกรุงเทพมหานครสนับสนุนงบประมาณในการดูแลประชาชนอย่างเต็มที่

ประเด็น : พิจารณาแนวทางการพัฒนาและปรับผังเมืองในพื้นที่ชุมชนแออัด เพื่อให้มีสภาพแวดล้อมที่ดีและลดปัญหาโรคติดต่อในชุมชน ตลอดจนปัญหาอุปสรรค แนวทางการแก้ไขปัญหา และประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ผู้เชี่ยวชาญด้านสถาปัตยกรรมและการวางผังเมือง

แนวทางการทำงานของกลุ่มมีลักษณะเป็นอาสาพลเมือง ทางด้านสถาปัตยกรรมผังเมือง เป็นกลุ่มผังเมืองภาคปฏิบัติโดยทำงานร่วมกับภาคพลเมืองในชุมชนริมคลอง เมื่อ ๔ - ๕ ปีก่อน ได้เริ่มทำงานร่วมกับภาคชุมชน จากนั้น กรุงเทพมหานครและรัฐบาลได้เชิญมาร่วมจัดทำแผนแม่บท ทั้งนี้ ตัวอย่างการพัฒนาชุมชนริมคลองลาดพร้าว ดังนี้

การพัฒนาชุมชนริมคลองลาดพร้าว ในช่วงแรกมีปัญหามาก การทำงานได้มีการลงพื้นที่ทำความเข้าใจกับประชาชนในชุมชน โดยได้วางแนวคิดที่จะพัฒนาชุมชนริมคลองโดยการแยกระบบน้ำเสียออกจากระบบคลอง จะช่วยทำให้คลองมีความสวยและใสสะอาด และยกชุมชนขึ้นฝั่งบก จากแนวคิดดังกล่าวทำให้ได้รับรางวัล Holcim Award อีกด้วย

จากแนวคิดเมื่อ ๔ - ๕ ปีที่แล้ว ที่จะพัฒนาแม่น้ำเจ้าพระยา คลอง และเมือง โดยมีแนวคิด “แมลงปอ” ในส่วนปีกซ้าย มีคุณภาพน้ำค่อนข้างดี และปีกขวา มีแม่น้ำเจ้าพระยาซึ่งน้ำค่อนข้างเสีย จากนั้นทำแผนแม่บทคลองลาดพร้าว โดยคำนึงถึงความต้องการของชาวบ้าน โดยมีสถาบันบัณฑิตบริหารธุรกิจศศินทร์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีแมสซาชูเซตส์ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด และหลายภาคส่วน เข้าร่วมทำงานในด้านต่าง ๆ

การมีส่วนร่วมมีความสำคัญมาก โดยนำศาสตร์ของราชามาน้อมนำในการปฏิบัติ คือ ๑. การทำความเข้าใจกับคนในพื้นที่ก่อนลงมือปฏิบัติงาน นำเสนอแผนแม่บทให้เกิดเข้าใจเพื่อแก้ปัญหา ๒. ความไว้ใจ ให้ทุกคนมีส่วนร่วมทำงานด้วยกัน ๓. พัฒนาอย่างเข้าใจ จะได้มีความยั่งยืน เกิดความโปร่งใส จากนั้นจะทำให้มีงบประมาณเข้ามาสนับสนุนการดำเนินการดังกล่าว

การทำแผนแม่บทต้องมีความชัดเจน มีการเสนอความคิด Connectivity โดยประสานกรมธนารักษ์ในเรื่องที่ดิน เพื่อย้ายชุมชนขึ้นฝั่ง กรุงเทพมหานครรับผิดชอบเรื่องการทำเขื่อนริมคลอง สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) รับผิดชอบเรื่องที่อยู่อาศัย มีการสร้างท่าเรือไว้ ๓๖ ท่า ตลอดคลองลาดพร้าวทั้ง ๒ ฝั่ง ความยาว ๒๒ กิโลเมตร มีทางจักรยาน และพื้นที่สีเขียว

ชุมชนที่สำเร็จแล้ว คือ ชุมชนสยามเวนิส ชุมชนศาลเจ้าพ่อสมบุญ ซึ่งเห็นด้วยกับแผนแม่บทและร่วมกันทำงาน กรุงเทพมหานครก็เข้ามาช่วยสนับสนุนท่าเรือ มีการอำนวยความสะดวกในระบบ Digital เรื่องเรือโดยสาร ทั้งการจองเรือ และ Grab Boat, Boat Taxi

ในช่วงแรกที่ดำเนินการมีปัญหาผู้ที่ไม่เห็นด้วย ร้อยละ ๘๐ แต่เมื่อเห็นการเปลี่ยนแปลงความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ก็เริ่มค่อย ๆ เห็นด้วย ขณะนี้ได้เริ่มมีการสนับสนุนเรื่องอาชีพ เป็นวิสาหกิจชุมชนเพื่อให้เกิดรายได้ มีการส่งเสริมและพัฒนาในทุกด้านที่เป็นโครงสร้างพื้นฐาน ทำให้อาชญากรรม หนี้นอกระบบลดน้อยลง น้ำใสสะอาดขึ้น ชาวบ้านมีความสุขมากขึ้น ทั้งนี้ เริ่มดำเนินการวิสาหกิจการเดินเรือโดยชุมชน โดยมูลนิธิต่าง ๆ เข้ามาสนับสนุนเรือ และสอนวิธีการขับเรือ ซ่อมเรือ และเริ่มมีเรือมากขึ้น

ต่อมาจึงเริ่มมีมูลนิธิ กลุ่มภายนอก ดารา สมาคมการค้าธุรกิจในแม่น้ำเจ้าพระยา ๓๑ องค์กร เข้ามาร่วมต่อยอดในด้านอื่น ๆ เพื่อให้ชุมชนมีความเป็นอยู่และรายได้ที่ดีขึ้น (Wellbeing)

นอกจากนี้ ยังได้มีการพัฒนาคลองหลอด คลองโอ่งอ่าง คลองคูเมือง คลองเปรมประชากร ร่วมกับกระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย รวมถึงรอบเกาะรัตนโกสินทร์ และจังหวัดต่าง ๆ ที่ต้องการพัฒนาโดยอาศัยแนวคิดนี้

การทำงานจะเน้นที่ความโปร่งใส (Good Governance) ทุกข้อมูลสามารถตรวจสอบได้ โดยได้ความร่วมมือจากภาครัฐและเอกชน ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม และใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยให้เกิดประโยชน์ การได้รับความรับมือจากกลุ่มต่าง ๆ โดยหาคนดี คนเก่ง จุดสำคัญคือ ให้ทุกคนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ให้รู้สึกว่าชุมชนเป็นของเค้า ไม่ใช่ของคนใดคนหนึ่ง ไม่มีอิทธิพล เช่น

- กลุ่มนักศึกษาจากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เข้ามาช่วยเก็บข้อมูล พัฒนารอบเกาะรัตนโกสินทร์
- กลุ่มพัทยาพัฒนาพื้นที่ชายฝั่ง เก็บข้อมูลจากชาวประมง ชุมชน นักท่องเที่ยว เข้ามาร่วม โดยเน้นที่ Wellbeing ในการพัฒนาชุมชนบ้านอำเภอ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี
- การทำโซนนิ่งชาวฝั่งทะเล จังหวัดเพชรบุรี แบ่งเขตการประมงหอยต่าง ๆ เพื่อป้องกันปัญหาการทะเลาะเบาะแว้ง และรักษาทรัพยากรธรรมชาติ
- พัฒนาคลองมักกะสัน โดยร่วมกับสำนักนโยบายน้ำ กทม. และสหภาพรถไฟ ที่ให้ความร่วมมือในการลงพื้นที่วางแนวรถไฟ และทำการต่อคลองเพิ่มอีก ๒ คลอง
- แผนแม่บทแก้มลิง ซึ่งเป็นป่าในเมืองที่เป็นเกาะ เชื่อมต่อคลองแสนแสบ และออกแม่น้ำเจ้าพระยา
- คลองช่องนนทรี จะพัฒนาเป็นทางจักรยานเพื่อสุขภาพของประชาชน
- สะพานเขียว เป็นทางเดินลอยฟ้า ให้อากาศที่ดีกับเมือง
- จัดทำแผนย้ายลิงไปอยู่ในที่ที่เหมาะสม ซึ่งเป็นแก้มลิงในเขตบางขุนเทียน

ดำเนินการอยู่ทั้งหมด ๑๕ โครงการ ที่ช่วยกรุงเทพมหานคร โดยไม่มีสิ่งตอบแทน ทั้งนี้ ในพื้นที่ที่ยังมีความขัดแย้งมีความเห็นไม่ตรงกัน จะยังไม่ดำเนินการ ให้คนในชุมชนพูดคุยหารือกันเพื่อให้ได้ความเห็นตรงกัน เห็นว่าความขัดแย้งเกิดขึ้นจากเรื่องผลประโยชน์ แต่ลืมคุณค่าที่จะได้รับ เช่น มีเพื่อนลูกมาเที่ยวบ้าน มีสวนต้นไม้หน้าบ้าน คลองสวยน้ำใส โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพที่ดี ทั้งนี้ การมีแผนแม่บทจะทำให้ทะเลาะกันน้อยลง

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ดังนี้

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

- การพัฒนาที่เข้มแข็ง คือ การพัฒนาจากชุมชน ทั้งนี้ การรณรงค์อุบัติเหตุทางถนนเป็นแม่แบบในการพัฒนาจากชุมชน จนพัฒนามาเป็นด่านในการตรวจยาเสพติด อาชญากรรม โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครกรุงเทพมหานคร (อสส.) ทำกิจกรรมร่วมกันกับชุมชนช่วยเหลือกันเองในชุมชน เกิดความสามัคคีในชุมชน ลดปัญหายาเสพติดและอาชญากรรม และการดำเนินการควรทำอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ นอกจากทำทางสำหรับรถจักรยานแล้ว ขอให้พิจารณาทำทางสำหรับรถจักรยานยนต์ด้วยยิ่งดีเพื่อลดปัญหาอุบัติเหตุ และปัญหาคมนาคม

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านวิชาการ

- การบริหารจัดการที่ดีและชัดเจนเป็นเรื่องสำคัญที่จะช่วยให้สามารถดำเนินการได้สำเร็จ ทั้งนี้ ขอสนับสนุนการพัฒนาคลองไผ่สิงโต เนื่องจากจะช่วยให้ระบบน้ำ ระบบออกซิเจนในเขตเมือง และขอสนับสนุนการเดินเรือในเส้นคลองแสนแสบตั้งแต่สะพานผ่านฟ้า ประตูน้ำ สามารถทำเป็นการท่องเที่ยว

ทางน้ำได้ เพื่อให้ทุกคนช่วยกันรักษาสิ่งแวดล้อมไว้ ทั้งนี้ มีงานวิจัยของนักศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ในเรื่องดังกล่าวสามารถนำมาเป็นข้อมูลสนับสนุนได้

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการ

คณะกรรมาธิการขอชื่นชมการดำเนินการในการพัฒนาคลอง คู เมือง ให้มีความสะอาดและมีระเบียบ คนในชุมชนมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น นำแนวคิดและประสบการณ์มาพัฒนาประเทศให้เห็นเป็นรูปธรรม

๑. จากการดำเนินการดังกล่าวทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นมาก จากเดิมเป็นแหล่งชุมชนแออัด ปัญหาที่พบเห็น คือ คุณภาพของน้ำ คุณภาพของสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย อาชญากรรม และยาเสพติด ซึ่งทั้ง ๕ ประการนี้ มีผู้รับผิดชอบกระจายอยู่ทั้งการปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐบาลกลาง ทั้งงบประมาณ บุคลากร ขอให้กระทรวงสาธารณสุข และกรุงเทพมหานคร ปรับวิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์ และงบประมาณ เพื่อช่วยสนับสนุนแก้ไขปัญหา ๕ ประการดังกล่าว

๒. กรุงเทพมหานครควรพิจารณาดูแลปรับปรุงปัญหาน้ำเสียเพื่อให้สอดคล้องกับโครงการพัฒนาริมคลองต่าง ๆ เพื่อให้เกิดขึ้นคุณภาพกับประชาชนโดยรวม

๓.๓ พิจารณาศึกษาและติดตามข้อมูลข้อเท็จจริงกรณีที่ปรากฏเป็นข่าวเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในทางการแพทย์ ประเภทสารเสพติดเคตามีน (ยาเค)

จากกรณีที่ปรากฏเป็นข่าวเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในทางการแพทย์ ประเภทสารเสพติดเคตามีน (ยาเค) เป็นประเด็นที่มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานทางด้านการแพทย์ คณะกรรมาธิการจึงได้เชิญผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจยึดวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ประเภทสารเสพติดเคตามีน (ยาเค) มาตรการป้องกันและปราบปรามการใช้สารเสพติดในประเทศ รวมถึงการนำไปใช้ในทางการแพทย์ มาตรการทางกฎหมาย การนำเข้าและการใช้สารไตรโซเดียมฟอสเฟตในอุตสาหกรรมต่าง ๆ รวมถึงอาหารและยาในประเทศไทย พร้อมทั้งมาตรการทางกฎหมายและมาตรการอื่น ๆ ในการใช้สารดังกล่าวที่มีความปลอดภัยต่อสุขภาพของประชาชน โดยมีประเด็นการพิจารณาดังนี้

(๑) ผลการตรวจยึดวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ประเภทสารเสพติดเคตามีน (ยาเค) ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และมาตรการป้องกันและปราบปรามการใช้สารเสพติดในประเทศ รวมถึงการนำไปใช้ในทางการแพทย์ มาตรการทางกฎหมาย ตลอดจนการติดตามการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

(๒) การนำเข้าและการใช้สารไตรโซเดียมฟอสเฟตในอุตสาหกรรมต่าง ๆ รวมถึงอาหารและยาในประเทศไทย พร้อมทั้งมาตรการทางกฎหมายและมาตรการอื่น ๆ ในการใช้สารดังกล่าวที่มีความปลอดภัยต่อสุขภาพของประชาชน รวมทั้งประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

(๓) ผลการตรวจวิเคราะห์สารเคตามีน หรือสารอื่น ๆ ที่อาจพบความเป็นไปได้ของความเหมือนหรือความคลาดเคลื่อนของการทำทดสอบระหว่างสารเสพติดดังกล่าวและสารอาหาร รวมทั้งปัญหาและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพของประชาชน ตลอดจนการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่น

(๔) สถานการณ์ หลักเกณฑ์และแนวทางการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในทางการแพทย์ รวมทั้งมาตรการควบคุมกำกับเพื่อไม่ให้เป็นช่องทางที่จะนำไปใช้ในทางที่ผิด ตลอดจนบทลงโทษสำหรับแพทย์ในกรณีที่มีการกระทำความผิดดังกล่าว

<u>ผลการพิจารณา</u>

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

สารไตรโซเดียมฟอสเฟตที่อยู่ในการกำกับดูแลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จัดเป็น ๒ ผลิตภัณฑ์ คือ อาหารและยา โดยยาจัดเป็นสารที่ไม่ออกฤทธิ์หรือสารปรุงแต่งที่ใช้ในการผลิตยาเพื่อให้ยามีคุณภาพตามที่ต้องการ ส่วนอาหารจัดเป็นวัตถุเจือปนอาหาร ซึ่งผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าจะต้องมีใบอนุญาตในการผลิตหรือนำเข้า และผลิตภัณฑ์ต้องขึ้นทะเบียนตำรับอาหาร โดยการขึ้นทะเบียนตำรับอาหารจะมีการตรวจสอบคุณภาพมาตรฐาน สารไตรโซเดียมฟอสเฟตที่เป็น Food Grade จะต้องมีความบริสุทธิ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕ และมาตรฐาน Coliform ซึ่งการอนุญาตให้ใช้สารไตรโซเดียมฟอสเฟตในอาหารของ อย. จะกำหนดให้ติดฉลากที่ผลิตภัณฑ์อาหารตามที่กฎหมายกำหนด คือ ต้องปรากฏชื่อผู้ผลิต ผู้นำเข้า น้ำหนักของสาร วันที่ผลิต และวัตถุประสงค์ รวมทั้งวิธีการนำผลิตภัณฑ์ไปใช้ ทั้งนี้ กรณีที่ปรากฏเป็นข่าวพบสารไตรโซเดียมฟอสเฟตในฉลากจะระบุว่า เป็น Technical grade ซึ่งจะมีความบริสุทธิต่ำกว่าร้อยละ ๙๐ ไม่สามารถนำมาใช้ในการผลิตอาหารหรือยาได้

การควบคุมการใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. ๒๕๕๙ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทแบ่งออกเป็น ๔ ประเภท คือ ประเภทที่ ๑

วัตถุออกฤทธิ์ที่ไม่ใช้ในทางการแพทย์ และอาจก่อให้เกิดการนำไปใช้ หรือมีแนวโน้มในการนำไปใช้ในทางที่ผิดสูง เช่น Gamma Hydroxybutyrate (GHB) ประเภทที่ ๒ วัตถุออกฤทธิ์ที่ใช้ในทางการแพทย์ และอาจก่อให้เกิดการนำไปใช้ หรือมีแนวโน้มในการนำไปใช้ในทางที่ผิดสูง เช่น Ketamine, Ephedrine, Pseudoephedrine, Midazolam, Alprazolam ประเภทที่ ๓ วัตถุออกฤทธิ์ที่ใช้ในทางการแพทย์ และอาจก่อให้เกิดการนำไปใช้ หรือมีแนวโน้มในการนำไปใช้ในทางที่ผิด เช่น Pentazocine, Pentobarbital และประเภทที่ ๔ วัตถุออกฤทธิ์ที่ใช้ในทางการแพทย์ และอาจก่อให้เกิดการนำไปใช้ หรือมีแนวโน้มในการนำไปใช้ในทางที่ผิดน้อยกว่าประเภทที่ ๓ เช่น Diazepam, Lorazepam

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) จะเป็นผู้จัดหาวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภทที่ ๒ คือ Ketamine สำหรับใช้ในทางการแพทย์และควบคุมการจำหน่ายให้กับสถานพยาบาลทั่วประเทศที่ได้รับอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภทที่ ๒ ซึ่งการสั่งจ่าย Ketamine จะต้องสั่งจ่ายโดยแพทย์และต้องมีการจัดทำรายงานการรับจ่าย Ketamine เสนอต่อ อย.

การขาย Ketamine การมีไว้ในครอบครอง หรือใช้ประโยชน์ ผู้ที่จะดำเนินการได้จะต้องได้รับอนุญาต หรือได้รับใบอนุญาตจากหน่วยงานที่มีอำนาจในการอนุญาต เว้นแต่การมีไว้ในครอบครองของบุคคลในปริมาณพอสมควร เพื่อการเสพตามคำสั่งแพทย์ ทันตแพทย์ หรือสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง หรือการมีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ตามหน้าที่ของกระทรวง ทบวง กรม สภากาชาดไทย หรือหน่วยงานตามที่กฎหมายกำหนด

ผู้ที่ได้รับอนุญาตให้ผลิต ขาย นำเข้า หรือเก็บวัตถุออกฤทธิ์ทุกประเภทจะต้องเก็บไว้ในสถานที่ที่ได้รับอนุญาต และผู้ที่ได้รับอนุญาตให้ขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภทที่ ๒ จะขายวัตถุออกฤทธิ์ได้เฉพาะกรณีการขายสำหรับคนไข้ที่ให้การรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลตามกฎหมายทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน และขายเฉพาะวัตถุออกฤทธิ์ในประเภทที่ ๒ ซึ่งผู้อนุญาตได้อนุญาตให้ผลิตหรือนำเข้าเท่านั้น ทั้งนี้ ผู้รับอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทันตกรรม การสัตวแพทย์ กระทรวง ทบวง กรม สภากาชาดไทย หรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย ที่ได้ดำเนินกิจการเกี่ยวกับการผลิต การขาย การนำเข้า การส่งออก การนำผ่าน หรือมีไว้ในครอบครอง ต้องเสนอรายงานเกี่ยวกับการดำเนินการดังกล่าวต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ผลิตภัณฑ์ Ketamine ที่มีการนำเข้ามาใช้ในทางการแพทย์ของประเทศไทยจะเป็นผลิตภัณฑ์ในรูปแบบยาฉีดขนาด ๕๐ มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นผู้ควบคุมการจำหน่ายให้กับโรงพยาบาลที่ได้รับอนุญาตทั่วประเทศ ข้อมูลการนำเข้า Ketamine ในปี ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐ มีการนำเข้าประมาณ ๗ – ๑๔ กิโลกรัมต่อปี ข้อมูลการกระจาย Ketamine ในปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๓ ประมาณ ๒๓๐,๐๐๐ มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ส่วนใหญ่จะเป็นการกระจายไปยังสถานพยาบาลของรัฐเป็นหลัก รองลงมา คือ สถานพยาบาลเอกชน

ประเทศไทยนำเข้า Ketamine มาดำเนินการตามข้อบ่งชี้หลัก Ketamine จะใช้ในการนำสลบเพื่อทำการผ่าตัดทางการแพทย์

แพทยสภา

ข้อบ่งใช้ของ Ketamine มีดังนี้

๑. การใช้เพื่อเป็นยาระงับความรู้สึก โดยใช้นำสลบในผู้ป่วยที่เป็นหอบหืด ความดันโลหิตต่ำมากที่มิได้เกิดจากการเสียเลือด การใช้ทางสูติกรรม โดยใช้ร่วมกับการฉีดยาเข้าไขสันหลังก่อนเด็กคลอด เนื่องจากเป็นยาที่ไม่ผ่านรกไปสู่ทารก การใช้ในภาวะบีบรัดหัวใจ โดยใช้นำสลบซึ่งจะไม่ไปกดทับการทำงานของหัวใจและการหายใจ การใช้ในการทำหัตถการสั้น ๆ ที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ หรือเป็นหัตถการที่มีความเจ็บปวดมาก อาทิ การแคะสิ่งแปลกปลอมในรูหู จมูกสำหรับผู้ป่วยเด็ก การดัดหรือจัดข้อกระดูกที่หลุดจากเบ้า

กรณีเกิดอุบัติเหตุ การฟอกทำความสะอาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ทั้งนี้ ในปัจจุบันมียาชนิดอื่นใช้แทนกันได้ คือ Propofol แต่ในโรงพยาบาลต่างจังหวัดยังมีการใช้ Ketamine โดยที่วิสัญญีพยาบาลสามารถใช้ได้โดยไม่ต้องมีวิสัญญีแพทย์ควบคุมแต่อย่างใด

๒. การระงับอาการปวด (Off – label used) ต้องใช้โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องการระงับปวด (Pain specialist) อาทิ การระงับอาการปวดหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองกับยาระงับปวดชนิดอื่น เช่น ผู้ป่วยติดยา การระงับอาการปวดในโรคเรื้อรัง เช่น โรคเกี่ยวกับระบบประสาท

๓. การระงับประสาทสำหรับผู้ป่วยหนักใน ICU ที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ เป็นการรักษาโดยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต แต่ปัจจุบันมียาชนิดอื่นใช้แทนได้และมีผลข้างเคียงน้อยกว่า

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

เคตามีน (Ketamine) มี ๒ รูปแบบ คือ รูปแบบเคตามีน (Ketamine) และรูปแบบเกลือไฮโดรคลอไรด์ (Glucosamine Hydrochloride) การตรวจสอบเคตามีน หากเป็นเคตามีนที่ผิดกฎหมายจะสังเกตได้จากฉลากผลิตภัณฑ์จะเป็นรูปหลอดฉีดยาและขนาดตัวอักษรไม่ถูกต้องตามที่ได้รับอนุญาต ซึ่งจะมีขนาดประมาณ ๑๐ มิลลิลิตร เมื่อวันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๓ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้รับของกลางจัดส่งมาจากสถานีตำรวจภูธรเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการขนย้ายข้ามมาจากสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มีปริมาณ ๑๐๐ กิโลกรัม เป็นเคตามีนอัดก้อน

ไตรโซเดียมฟอสเฟต (Trisodium Phosphate) สูตรโครงสร้างจะไม่เหมือนกับเคตามีน (Ketamine) ลักษณะเป็นผงสีขาว น้ำยาที่ใช้ในการทดสอบตามกรณีที่ปรากฏเป็นข่าวการจับกุมจะเป็นน้ำยาโคบอลต์ไธโอไซยาเนต (Cobalt Thiocyanate) เป็นน้ำยาสำหรับตรวจเคตามีน ประกอบด้วย โคบอลต์ ไธโอไซยาเนต ร้อยละ ๒ และโซเดียมไฮดรอกไซด์ (NaOH) ๑ Molar โดยการหยดน้ำยาลงที่ละหนึ่งหยด ซึ่งการทดสอบอาจทดสอบในหลอดทดลองหรือหลุมทดสอบ ส่วนผลบวกจากน้ำยาจะเปลี่ยนจากสีชมพูเป็นสีม่วงและมีตะกอนเกิดขึ้น ซึ่งการแปลผลจะต้องบอกว่า วัตถุต้องสงสัยอาจจะเป็นเคตามีนหรือมีเคตามีนเป็นส่วนผสม

วิธีการทดสอบเคตามีน (Ketamine) ดำเนินการได้ ๒ วิธี คือ วิธีที่ ๑ การหยดน้ำยาโคบอลต์ไธโอไซยาเนต (Cobalt Thiocyanate) ร้อยละ ๒ ลงไปก่อน แล้วตามด้วยโซเดียมไฮดรอกไซด์ (NaOH) 1 Molar ซึ่งน้ำยาโคบอลต์ ไธโอไซยาเนตจะมีสีชมพู เมื่อหยดโซเดียมไฮดรอกไซด์ลงไปจะทำให้เกิดตะกอนและน้ำยาโคบอลต์ไธโอไซยาเนตจะเปลี่ยนจากสีชมพูเป็นสีม่วง วิธีที่ ๒ คือ การหยดโซเดียมไฮดรอกไซด์ (NaOH) 1 Molar ลงไปก่อน และตามด้วยน้ำยาโคบอลต์ ไธโอไซยาเนต (Cobalt Thiocyanate) ร้อยละ ๒ จะเกิดตะกอนสีขาวขุ่น เมื่อหยดน้ำยาโคบอลต์ ไธโอไซยาเนตสีชมพู ร้อยละ ๒ ลงไป จะทำให้เกิดสีม่วงและตะกอนจะเปลี่ยนเป็นสีม่วงด้วย

การเปรียบเทียบผลการทดสอบระหว่างเคตามีน (Ketamine) และเกลือโซเดียมฟอสเฟต ๓ ชนิด ปรากฏว่า น้ำยาโคบอลต์ ไธโอไซยาเนต (Cobalt Thiocyanate) ร้อยละ ๒ จะให้สีฟ้าอมเขียว ส่วนเคตามีนให้สีม่วงและเกิดตะกอนร่วมด้วย โซเดียมไดไฮโดรเจนฟอสเฟตให้สีชมพู ไดโซเดียมฟอสเฟตให้สีม่วง และไตรโซเดียมฟอสเฟต จะให้สีม่วง นอกจากนั้น ยังมีการทดสอบกับสารเคมี ๙๔ ชนิด ที่เป็นกลุ่มยาหรือยาเสพติดจำนวนหนึ่ง อาทิ Ketamine Base จะไม่เกิดสี Ketamine HCI จะเป็นสีม่วง เป็นต้น

เนื่องจากมีการนำเสนอข่าวว่า กลุ่มยาถือเป็นสารอินทรีย์ จึงมีการทดสอบเกลืออนินทรีย์ (Inorganic Compound) คือ Sodium bitartrate, Sodium carbonate, Sodium sulfate, Soluble starch ที่ให้สีชมพูและสีฟ้า ซึ่งการทดสอบแบบ Color test คือ การนำสารเคมีชนิดหนึ่ง หรือชุดสารเคมี ทำปฏิกิริยากับสารเคมีที่ต้องการทดสอบ และสังเกตการเปลี่ยนแปลงของสีที่เกิดขึ้นทันที หรือการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของสีทีละขั้นตอน

แล้วแต่ชนิดของน้ำยาทดสอบ ส่วนน้ำยาทดสอบ Ketamine ชนิดอื่น อาทิ น้ำยา Janovsky reagent เมื่อทดสอบกับ Ketamine จะให้สีม่วง น้ำยา Mandelin เมื่อทดสอบกับ Ketamine จะให้สีส้ม น้ำยา Co $(SCN)_4$ เมื่อทดสอบกับ Ketamine จะให้สีม่วง

ขั้นตอนการตรวจสารเสพติด ประกอบด้วย ๑. การตรวจสอบลักษณะทางกายภาพ ได้แก่ ลักษณะสภาพตัวอย่าง เช่น มีสถานะเป็นของแข็ง หรือของเหลว มีลักษณะเป็นผง เป็นเกล็ด หรือเป็นก้อน มีสีหรือไม่ ลักษณะหีบห่อภาชนะบรรจุเป็นอย่างไร ๒. การตรวจทางเคมี อาทิ การตรวจเบื้องต้นด้วยน้ำยาเคมีหรือชุดทดสอบ การตรวจยืนยันผลในห้องปฏิบัติการเปรียบเทียบกับสารมาตรฐาน ประกอบด้วย การตรวจหลาย ๆ เทคนิค ซึ่งเป็นการตรวจระดับโครงสร้างทางเคมีของสารแต่ละชนิด และมีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น เทคนิค TLC, FTIR, GCMS เป็นต้น และ ๓. การแปลผล ซึ่งผลการตรวจพิสูจน์ในแต่ละวิธีที่ใช้จะต้องให้ผลสอดคล้องกันจึงจะสามารถรายงานผลว่าเป็นสารชนิดใด

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

เคตามีนหรือยาเค ประกอบด้วย

๑. ความเป็นมา : เคตามีน (Ketamine) เป็นอนุพันธุ์ของเฟสไซคลิดีน (Phencyclidine : PCP) ถูกสังเคราะห์ขึ้น เพื่อใช้เป็นยาสลบ ในวงการแพทย์เรียกว่า “Ketamine HCL” มีลักษณะเป็นผงผลึกสีขาว มีกลิ่นอ่อน ๆ เฉพาะตัว ละลายได้ในน้ำและแอลกอฮอล์ หรือเป็นน้ำบรรจุอยู่ในขวดสีชา ใช้ในทางการแพทย์ช่วยไม่ให้รู้สึกเจ็บระหว่างที่มีการรักษาในมนุษย์และสัตว์ ซึ่งมีการผลิตเป็นยาอย่างถูกต้องตามกฎหมาย เมื่อประมาณ ปี พ.ศ. ๒๕๐๙ ต่อมาเป็นที่รู้จักกันว่า “เคตามีน (Ketamine)” เป็นยาแก้ปวด ยาชาที่ใช้ในการผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลาสั้น ๆ ซึ่งจะออกฤทธิ์ประมาณ ๕ – ๑๐ นาที เมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๗ สหรัฐอเมริกามีการใช้เคตามีนเพื่อช่วยลดอาการเครียดจากบาดแผล ต่อมามีการนำมาใช้ในการรักษาภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในการควบคุมดูแลของแพทย์ สาเหตุที่ทำให้เคตามีนกลายเป็นปัญหา เนื่องจากวัยรุ่นบางกลุ่มนำไปใช้เป็นสิ่งมึนเมา โดยทำให้เป็นผงด้วยกรรมวิธีผ่านความร้อน แล้วนำมาสูดดม เพื่อให้เกิดอาการมึนเมา เพราะฤทธิ์ของยาทำให้เกิดอาการเคลิบเคลิ้มเมายา นิยมใช้ในหมู่นักท่องเที่ยวกลางคืน นอกจากนั้นยังพบว่า มีการนำเคตามีนมาใช้ผสมกับยาเสพติดชนิดอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ยาอี หรือโคเคน

เคตามีนมีชื่อเรียกที่แตกต่างกัน เช่น Special K, K, Super C, Cat Valium, Jet, Super add, Green เป็นต้น และชื่อทางการค้า Ketalar, Super, Ketaject, Ket, Vit.K, Cat – Valium ยาเค เคตาวา (Ketava) เคตาลา (Ketalar) หรือคาลิบโซ่ (Calypzo) คำเรียก เคตามีน เช่น ของแรง ของหายาก คาลิปโซ่ น้ำ แป้ง เค เคตาลา เคตาวาแครกซ์ เป็นต้น

๒. เคตามีนที่ใช้ในประเทศไทยในอดีตมี ๒ รูปแบบ คือ เคตามีนแบบน้ำบรรจุในขวด และเคตามีนแบบเกล็ดใส โดยเมื่อช่วง พ.ศ. ๒๕๕๙ เริ่มมีการลักลอบนำเข้าเคตามีนชนิดเกล็ดใสบรรจุในถุงชา ผลิตจากพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำ ซึ่งถูกนำเข้ามาในประเทศไทย จากข้อมูลพบว่า การผลิตเคตามีนโดยกลุ่มนักเคมีชาวจีน/ไต้หวันที่ผลิตในพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำ จากนั้น ปรากฏการจับกุมการลักลอบนำเข้าเคตามีนชนิดเกล็ดใสในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง โดยลักลอบนำเข้ามาคู่กับยาบ้าหรือยาไอซ์ทางชายแดนจังหวัดต่าง ๆ ในประเทศไทย อาทิ จังหวัดเชียงราย จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดตาก จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดหนองคาย จังหวัดบึงกาฬ จังหวัดนครพนม เป็นต้น หากเป็นล็อตใหญ่มากกว่า ๑๐๐ กิโลกรัมขึ้นไป หลายคดีพบว่า มีการลำเลียงผ่านไปยังประเทศที่สาม อาทิ ไต้หวัน ฮ่องกง และมาเลเซีย โดยเครือข่ายการค้าเคตามีนระหว่างประเทศที่สำคัญ คือ กลุ่มนักค้าชาวจีน จีนไต้หวัน จีนฮ่องกง ชาวมาเลเซีย และชาวสิงคโปร์ ที่เคลื่อนไหวในไทย อย่างไรก็ตาม มีบางส่วนที่แพร่ระบาดในกลุ่มเยาวชนและนักท่องเที่ยวตามสถานบันเทิง

๓. สถิติจับกุมในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือนตุลาคม – เดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๓ สามารถจับกุมได้จำนวน ๑๐ คดี และของกลาง จำนวน ๕๑๐ กิโลกรัม ขณะที่ตลอดปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ สามารถจับกุมได้จำนวน ๓๓๑ คดี และของกลาง จำนวน ๑.๑๗๙ กิโลกรัม และปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ สามารถจับกุมได้จำนวน ๗๐๗ คดี และของกลาง จำนวน ๙๐๔ กิโลกรัม ซึ่งปริมาณของกลางมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนข้อมูลการกระทำผิดในคดีเคตามีน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นคดีเสพ ร้อยละ ๗๖.๑ โดยเพศชายเป็นผู้เสพ ร้อยละ ๘๗.๔ ผู้กระทำผิดส่วนใหญ่เป็นรายใหม่ ร้อยละ ๗๕.๓ และอยู่ในช่วงอายุ ๒๐ – ๒๔ ปี ร้อยละ ๓๑.๘ รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ ๒๕ – ๒๙ ปี ร้อยละ ๒๑.๗ พื้นที่ที่จับกุมคดีเคตามีนมากที่สุด ได้แก่ จังหวัดนครปฐม กรุงเทพมหานคร สมุทรสาคร ราชบุรี ชลบุรี และสงขลา

ราคาเคตามีนที่มีการซื้อขายในกลุ่มผู้เสพจะเป็นเคตามีนแบบขวดราคาต่ำสุดขวดละ ๔๐๐ บาท สูงสุดราคาขวดละ ๑,๐๐๐ บาท ราคาทั่วไปขวดละ ๗๐๐ บาท ราคาเคตามีนชนิดผงแบ่งจำหน่ายแบบตัก ราคาต่ำสุดตักละ ๒๐๐ บาท ราคาสูงสุดตักละ ๘๐๐ บาท และราคาทั่วไปตักละ ๕๐๐ บาท

๔. ราคาในต่างประเทศเมื่อเปรียบเทียบกับราคาในประเทศไทยจะแตกต่างกัน ๓ เท่า โดยในประเทศไทยราคาเคตามีนแบบเกล็ดขายส่งกิโลกรัมละ ๓๕๐,๐๐๐ – ๔๐๐,๐๐๐ บาท ขณะที่ประเทศอื่นจำหน่ายกิโลกรัมละ ๑,๘๐๒,๐๐๐ บาท

๕. มาตรการปราบปรามและการบังคับใช้กฎหมาย แนวโน้มของสถานการณ์การแพร่ระบาดยังคงปรากฏตามเมืองใหญ่และเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มีสถานบันเทิงจำนวนมาก โดยเฉพาะในจังหวัดนครปฐม กรุงเทพมหานคร สมุทรสาคร ราชบุรี ชลบุรี และสงขลา แนวโน้มราคาของเคตาที่เริ่มมีราคาถูกลง อาจส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการใช้เคตามีนของกลุ่มผู้เสพในประเทศเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มนักเที่ยวกลางคืน ซึ่งสำนักงาน ป.ป.ส. ได้บูรณาการการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และเข้มงวดกวดขันกับพื้นที่แหล่งท่องเที่ยว รวมทั้งสถานบันเทิง เพื่อให้เป็นพื้นที่ปลอดภัยจากยาเสพติด รวมทั้งรณรงค์สร้างการรับรู้เชิงรุกถึงโทษ พิษภัย และผลกระทบที่เกิดจากการใช้เคตามีน

เคตามีนจัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภทที่ ๒ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข โดยพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. ๒๕๕๙ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๕๙ มีผลบังคับใช้วันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๖๐ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ พ.ศ. ๒๕๖๑ เล่ม ๑๓๕ ตอนพิเศษ ๒๐๕ ง ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ “เคตามีน” อยู่ในบัญชีท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข ลำดับที่ ๑๖

บทกำหนดโทษตามมาตรา ๑๑๗ ผู้ใดผลิต นำเข้า หรือส่งออกซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา ๑๕ วรรคหนึ่ง ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ ๕ – ๒๐ ปี และปรับตั้งแต่ ๕๐๐,๐๐๐ – ๒,๐๐๐,๐๐๐ บาท มาตรา ๑๑๘ ผู้ใดขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา ๑๖ วรรคหนึ่ง ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ ๔ – ๒๐ ปี และปรับตั้งแต่ ๔๐๐,๐๐๐ – ๒,๐๐๐,๐๐๐ บาท

การออกฤทธิ์และการใช้เคตามีน : เคตามีนจะออกฤทธิ์หลอนประสาท อาการผู้เสพจะเคลิบเคลิ้ม มึนงง ความคิดสับสน ตาลาย หูแว่ว การรับรู้และการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมจะเปลี่ยนแปลงไป การเคลื่อนไหวของร่างกายไม่สัมพันธ์กัน การใช้ในปัจจุบันจะเสพโดยการนัตถ์ คือ สูดเข้าทางจมูก

Ketamine จัดให้เป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท เนื่องจาก Ketamine จะส่งผลต่อจิตและประสาทของผู้เสพ โดยจะทำให้ผู้เสพมีความรู้สึกเคลิบเคลิ้มและสนุกสนาน สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะกระทรวงมหาดไทยตรวจสอบสถานบันเทิงหลายแห่ง พบว่า นักท่องเที่ยวในสถานบันเทิงมีการนำ Ketamine มาใช้ร่วมกับยาอีเพิ่มมากขึ้น แต่เนื่องจาก Ketamine เป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทไม่ได้จัดเป็นสารเสพติดตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ

พ.ศ. ๒๕๒๒ เมื่อพบผู้เสพ Ketamine จึงต้องนำคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติที่ ๑๐/๒๕๖๑ เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมบัญชีท้ายประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐๘/๒๕๕๗ มาใช้บังคับ เพื่อให้ผู้เสพ Ketamine เข้าสู่กระบวนการบำบัดและฟื้นฟูตามคำสั่งดังกล่าว

ตามที่ปรากฏเป็นข่าวการจับกุมสารเคตามีน (Ketamine) แต่ผลการตรวจสอบจึงปรากฏว่าเป็นสารไตรโซเดียมฟอสเฟต (Trisodium Phosphate) นั้น โดยเคตามีนเริ่มเข้ามาในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๖ โดยการตรวจพบในสถานบันเทิง ที่ผ่านมาชุดตรวจสอบที่สำนักงาน ป.ป.ส. นำไปตรวจสอบไม่สามารถตรวจหาสารเคตามีนในนักท่องเที่ยว ตามสถานบันเทิงต่าง ๆ ได้ เนื่องจากเคตามีนเพิ่งเริ่มเข้ามาแพร่ระบาด ทำให้ยังไม่มีน้ำยาตรวจสอบ ส่วนน้ำยาที่นำไปตรวจสอบจะเป็นชุดตรวจสอบผู้เสพยาไอซ์ ยาบ้า และกัญชา เท่านั้น เพราะฉะนั้น สถิติผู้เสพเคตามีนที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดตั้งแต่ก่อน พ.ศ. ๒๕๕๖ มีจำนวนน้อยมาก แต่หลังจาก พ.ศ. ๒๕๕๖ สำนักงาน ป.ป.ส. ได้จัดหาน้ำยาสำหรับตรวจสารเคตามีนโดยตรง ซึ่งน้ำยาตรวจปัสสาวะเพื่อตรวจหาสารเสพติดในร่างกายกับน้ำยาตรวจยาเสพติดเป็นน้ำยาต่างประเภทกัน

ที่ผ่านมามีนโยบายกำหนดไว้ว่า “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” จึงมีกระบวนการบำบัดผู้เสพยาเสพติด แต่ระเบียบดังกล่าวไม่ครอบคลุมถึงผู้เสพเคตามีนจึงเกิดช่องว่างในการดำเนินการกับผู้เสพเคตามีน ดังนั้น จึงมีคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติที่ ๑๐/๒๕๖๑ เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมบัญชีท้ายประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐๘/๒๕๕๗ ประกาศใช้บังคับ เพื่อให้ครอบคลุมถึงผู้เสพเคตามีน ในการเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟู ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๗ จึงมีน้ำยาสำหรับตรวจสารเคตามีน ทำให้สำนักงาน ป.ป.ส. สามารถจับกุมและดำเนินคดีกับผู้เสพเคตามีนในสถานบันเทิงได้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งการตรวจสอบของสำนักงาน ป.ป.ส. จะมีน้ำยาตรวจสอบสำหรับสารเคตามีน ยาบ้า ยาไอซ์ และกัญชา แยกจากกัน ทำให้ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๗ สถิติผู้เสพสารเคตามีนที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ

สารไตรโซเดียมฟอสเฟต โดยโครงสร้างทางเคมีไม่มีความเกี่ยวข้องกับการเป็นสารตั้งต้นของการผลิตยาเสพติดหรือวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทแต่อย่างใด แต่สารไตรโซเดียมฟอสเฟต ตามกรณีที่ปรากฏเป็นข่าว พบว่า จากการตรวจสอบเบื้องต้นให้ผลบวกรวมที่มีลักษณะคล้ายกับสารเคตามีนเท่านั้น หากเปรียบเทียบกับคดียาเสพติดที่ผ่านมา ในชั้นการจับกุมเจ้าหน้าที่ไม่สามารถพิจารณาได้ด้วยตาเปล่าว่าเป็นยาเสพติดหรือไม่ แต่จะพิจารณาจากรูปแบบหรือข้อมูลการจับกุมที่ผ่านมา อาทิ รูปแบบผลิตภัณฑ์ยาบ้า เฮโรอีน ยาไอซ์ ประกอบกับผลการตรวจสารไตรโซเดียมฟอสเฟตด้วยน้ำยาตรวจที่ให้ผลตรวจสอบเบื้องต้นเป็นผลบวกรวม จึงทำให้สำนักงาน ป.ป.ส. คาดว่า สิ่งที่ตรวจยึดได้เป็นยาเสพติด ซึ่งกรณีดังกล่าว เป็นการตรวจพิสูจน์เบื้องต้นยังไม่สามารถนำไปใช้ดำเนินคดีทางศาลได้ต้องรอผลการตรวจยืนยันในห้องปฏิบัติการต่อไป โดยของกลางในคดีนี้ตรวจยึดได้ จำนวน ๔๙๓ กระสอบ และอยู่ระหว่างการตรวจพิสูจน์ร่วมกันของสำนักงาน ป.ป.ส. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และกองพิสูจน์หลักฐานกลาง สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

สถิติการจับกุมเคตามีนเริ่มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๙ เป็นต้นไป โดยเริ่มมีการลักลอบนำเข้ามาจากประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งกระบวนการดำเนินงานของสำนักงาน ป.ป.ส. ตามที่ปรากฏเป็นข่าวเริ่มเมื่อปลายเดือนกันยายน ๒๕๖๓ โดยสำนักงาน ป.ป.ส. ได้รับการประสานงานจากเจ้าหน้าที่ของประเทศไต้หวันประจำประเทศไทยว่า ประเทศไต้หวันได้มีการตรวจยึดสารเคมีที่ส่งมาจากประเทศไทย และตรวจสอบพบว่าเป็นสารเคตามี จำนวน ๓๐๐ กิโลกรัม ปะปนไปกับสารแคลเซียมไบคาร์บอเนตและสารไตรโซเดียมฟอสเฟต ซึ่งในประเทศไต้หวันถือว่าสารดังกล่าวเป็นยาเสพติดประเภท ๓ ดังนั้น สำนักงาน ป.ป.ส. จึงตรวจสอบข้อมูลเส้นทางการส่งสารดังกล่าวไปยังประเทศไต้หวัน และพบว่า มีการส่งจากโกดังที่ปรากฏเป็นข่าว ซึ่งตามสัญญาเช่าผู้เช่าระบุวัตถุประสงค์การเช่าเพื่อเก็บเฟอร์นิเจอร์ แต่มีการนำสารดังกล่าวไปเก็บไว้ในโกดัง

ก่อนนำส่งต่อไปยังประเทศไต้หวัน หลังเกิดเหตุผู้ให้เช่าโกดังไม่สามารถติดต่อผู้เช่าโกดังได้ ปัจจุบันกรณีดังกล่าวอยู่ในชั้นการพิจารณาสืบสวนสอบสวนของพนักงานคดี ป.ป.ส.

ประเด็นกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันสามารถใช้ดำเนินคดีกับผู้มีไว้ในครอบครองซึ่งสารแคลเซียมไบคาร์บอเนตและสารไตรโซเดียมฟอสเฟต โดยไม่ชอบด้วยกฎหมายได้หรือไม่ นั้น

ยาเสพติดที่แพร่ระบาดอยู่ในปัจจุบันมาจากเคมีภัณฑ์ และเคมีภัณฑ์ที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดเรียกว่า “สารตั้งต้น” (Precursor) ทั้งนี้ มีสารเคมีบางชนิดที่โดยตัวของสารเคมีเองไม่ใช่สารตั้งต้น แต่สามารถนำมาสกัดเพื่อเป็นสารตั้งต้นได้ ดังนั้น การควบคุมจึงเป็นการควบคุมสารตั้งต้น (Precursor) แต่เคมีภัณฑ์ที่นำมาสกัดก่อนเป็นสารตั้งต้นจะต้องมีการกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากอาจมีการลักลอบนำไปสกัดเป็นสารตั้งต้นต่อไป แต่เนื่องจากตัวของเคมีภัณฑ์ดังกล่าวไม่ได้เป็นสารต้องห้ามโดยตัวของสารเคมีนั้นเอง จึงทำให้ผู้มีไว้ในครอบครองซึ่งสารเคมีดังกล่าวไม่มีความผิดตามกฎหมาย สำนักงาน ป.ป.ส. จึงต้องมีการกำกับดูแลสารเคมีดังกล่าวอย่างใกล้ชิด เพื่อไม่ให้มีการนำไปใช้ในทางที่ผิดกฎหมายต่อไป

สำหรับสารแคลเซียมไบคาร์บอเนตและสารไตรโซเดียมฟอสเฟตสามารถพัฒนาเป็นวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท หากเปรียบเทียบสารแคลเซียมไบคาร์บอเนตและสารไตรโซเดียมฟอสเฟตกับสารซูโดอีเฟดรีน (Pseudoephedrine) ที่เป็นส่วนผสมของยาแก้ไข้หวัด และภายหลังได้มีการนำซูโดอีเฟดรีนมาสกัดเป็นสารตั้งต้นของยาบ้า ทั้งนี้ สำนักงาน ป.ป.ส. ไม่สามารถเสนอความเห็นล่วงหน้าได้ว่า สารเคมีชนิดใดบ้าง ที่อาจพัฒนาเป็นสารตั้งต้นและนำไปใช้ผลิตยาเสพติดที่ส่งผลกระทบต่อจิตและประสาทต่อไปได้ เนื่องจากสารเคมีแต่ละชนิดสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในทางที่ถูกกฎหมายได้หลายประการ ดังตัวอย่างสารซูโดอีเฟดรีนที่สามารถนำมาใช้เป็นส่วนผสมของยาแก้ไขหวัดได้

๓.๔ พิจารณาศึกษาการควบคุมกำกับการเผยแพร่ และการใช้สื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์

คณะกรรมาธิการให้ความสำคัญกับการควบคุมกำกับการเผยแพร่และการใช้สื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ เนื่องจากการคุ้มครองผู้บริโภคเป็นหนึ่งในประเด็นปฏิรูปประเทศตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ประกอบกับสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) และสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) ได้จัดตั้งคณะอนุกรรมการทำหน้าที่ในตรวจสอบการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ แต่ปัจจุบันพบว่า ยังคงเกิดปัญหาดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นคณะกรรมาธิการจึงได้เชิญผู้แทนจากหน่วยงานดังกล่าวมาให้ข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมกำกับการเผยแพร่และการใช้สื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ การป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชน รวมถึงมาตรการป้องกันและการเยียวยาความเสียหาย ผู้ได้รับผลกระทบจากการใช้สื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์ดังกล่าว กฎหมาย กฎระเบียบ รวมถึงการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นและปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน

<u>ผลการพิจารณา</u>

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

การควบคุมผลิตภัณฑ์สุขภาพและติดตามตรวจสอบ เพื่อให้มีคุณภาพมาตรฐานและความปลอดภัยต่อสุขภาพของประชาชน โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีการกำหนดยุทธศาสตร์ Smart Regulation : พัฒนาระบบและกลไกการควบคุม กำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพเชิงรุกและเป็นมาตรฐานสากล และกำหนดเป้าประสงค์ คือ ระบบการควบคุม กำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับในระดับสากล ประกอบด้วย ๗ กลยุทธ์ ดังนี้

๑. พัฒนากฎหมายเพื่อการควบคุม กำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ ยา อาหาร เครื่องสำอาง วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือน เครื่องมือแพทย์ วัตถุเสพติด (วัตถุออกฤทธิ์ ยาเสพติด สารระเหย) และผลิตภัณฑ์สมุนไพร ให้ทันสมัย อำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ และเกิดประโยชน์ต่อประชาชนมากขึ้น สอดคล้องกับมาตรฐานสากล เพื่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ โดยปี ๒๕๖๓ มีการปรับปรุงกฎหมายในระดับอนุบัญญัติหรือกฎหมายลำดับรอง จำนวน ๘๖ ฉบับ ประกอบด้วย กฎหมายด้านยา จำนวน ๗ ฉบับ กฎหมายด้านอาหาร จำนวน ๑๙ ฉบับ กฎหมายด้านเครื่องมือแพทย์ จำนวน ๓๑ ฉบับ กฎหมายด้านเครื่องสำอาง จำนวน ๑๒ ฉบับ กฎหมายด้านวัตถุเสพติด จำนวน ๑๔ ฉบับ และกฎหมายด้านวัตถุอันตราย จำนวน ๓ ฉบับ

๒. พัฒนาระบบ Pre – marketing การกำกับดูแลก่อนผลิตภัณฑ์ออกสู่ท้องตลาด โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ดำเนินการพิจารณาอนุญาตสถานประกอบการ เช่น สถานที่ผลิต ขาย นำเข้า ส่งออก มีไว้ในครอบครอง การอนุญาตผลิตภัณฑ์ และการอนุญาตหรือให้ความเห็นข้อความที่จะโฆษณาหรือเผยแพร่แก่สาธารณะตามที่กฎหมายกำหนด โดยยึดหลักตามความเสี่ยงของผลิตภัณฑ์ โดยในปี ๒๕๖๓ มีการพิจารณาอนุญาตเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ จำนวน ๑,๓๐๓,๙๗๖ รายการ อนุญาตโฆษณา จำนวน ๘,๔๒๒ รายการ และสถานประกอบการ จำนวน ๑๖,๔๙๒ รายการ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓)

๓. พัฒนาระบบการควบคุมและกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพหลังออกสู่ตลาด (Post – marketing Control) ให้เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) มีกระบวนการตรวจสอบ เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ ฉลาก โฆษณา และสถานประกอบการ เพื่อให้ผู้ประกอบการปฏิบัติอย่างถูกต้องตามที่ได้รับอนุญาตไว้ ซึ่งจะกำหนดแนวทางเพื่อลดและขจัดปัญหาการกระทำการฝ่าฝืนกฎหมาย กำหนดผลิตภัณฑ์ที่เป็นปัญหาในภาพรวมของประเทศ รวมถึงมาตรการดำเนินการเมื่อพบการฝ่าฝืนกระทำผิดกฎหมาย โดยปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ มีผลการตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน ๒๕,๒๑๙ รายการ พบผลิตภัณฑ์ผ่านมาตรฐาน ร้อยละ ๙๕.๑ ตรวจสอบฉลากผลิตภัณฑ์ จำนวน ๓๒๖,๒๘๑ รายการ พบฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพดำเนินการถูกต้อง ร้อยละ ๙๙.๗๑ ตรวจสอบโฆษณา จำนวน ๒๑,๒๔๓ รายการ พบโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพดำเนินการถูกต้อง ร้อยละ ๕๑.๗๑ และตรวจสอบสถานประกอบการ จำนวน ๔,๘๔๔ แห่ง พบผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ ๙๘.๗๙

โดยปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้ดำเนินคดีกับผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับสถานประกอบการผลิตภัณฑ์และโฆษณา จำนวนคดีที่สิ้นสุดแล้ว จำนวน ๒,๔๑๗ คดี คิดเป็นเงินค่าปรับ จำนวน ๒๘,๑๘๖,๓๕๐ บาท และคดีส่งพนักงานสอบสวน จำนวน ๓๐๔ คดี นอกจากนั้น อย. ได้มีการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับสำนักงานตำรวจแห่งชาติในการขยายผลการจับกุมและดำเนินคดีกับผู้กระทำการฝ่าฝืนกฎหมาย จำนวน ๑๐๖ แห่ง และยึดของกลางได้ ๑,๑๐๓ รายการ จำนวน ๒,๐๕๗,๓๕๖ ชิ้น คิดเป็นมูลค่า ๓๖๖,๖๕๙,๕๔๐ บาท (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓)

๔. พัฒนาระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นหนึ่งในภารกิจที่สำคัญของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ในการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยเฉพาะภายหลังผลิตภัณฑ์ออกสู่ตลาด การดำเนินงานดังกล่าวอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Health Product Vigilance Center : HPVC) โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ มีการรวบรวมรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และรายงานปัญหาจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพในมนุษย์ ข้อมูลที่ได้รับจากเครือข่าย จำนวน ๓๕,๘๘๕ ฉบับ รายงานปัญหาจากการใช้เครื่องมือแพทย์และรายงาน การดำเนินการแก้ไขเพื่อความปลอดภัยในการใช้เครื่องมือแพทย์ ข้อมูลที่ได้รับจากผู้ประกอบการ จำนวน ๒๗,๑๓๕ เรื่อง รายงานการติดตามและประเมินประสิทธิผลจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ มีการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับกัญชาทางการแพทย์ จำนวน ๑๑,๓๖๔ ราย โดยมีผู้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ประมาณ ร้อยละ ๗ ส่วนใหญ่เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่ร้ายแรง เช่น อาการปากแห้ง เวียนศีรษะ ง่วงซึม อาเจียน จากนั้นได้นำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อกำหนดมาตรการจัดการความเสี่ยง เช่น การปรับปรุงข้อความคำเตือนของยา และเอกสารกำกับยา การเรียกคืนผลิตภัณฑ์ ที่ไม่ปลอดภัย เป็นต้น

๕. พัฒนาระบบการแจ้งเตือนภัยผู้บริโภค โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการเฝ้าระวังและตรวจสอบโฆษณาทางสื่อออนไลน์ เช่น ระบบเฝ้าระวังและรวบรวมข้อมูลโฆษณาทางสื่อสังคมออนไลน์และอีมาร์เก็ตเพลส หรือเรียกว่า “ระบบ intensive watch” เช่น เฟซบุ๊ก ยูทูบ อินสตาแกรม ลาซาด้า ช้อปปี้ รวมถึงมีการเฝ้าระวังทางสื่อวิทยุกระจายเสียงและโทรทัศน์ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) ทั่วประเทศอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีข้อมูลเพื่อขยายผลต่อในการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มข้นมากยิ่งขึ้น เช่น การพักใช้เพิกถอนผลิตภัณฑ์ ยกเลิกเลขสารบบอาหาร จำนวน ๘๘ เลขสารบบ โดยเป็นเหตุจากคดีโฆษณา จำนวน ๒๓ เลขสารบบ สั่งระงับโฆษณาและดำเนินการตามกฎหมายกับตำรา หรือผู้มีชื่อเสียง จำนวน ๒๘ คน บุคลากรทางการแพทย์ จำนวน ๒ คน และแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์ที่พบการโฆษณาฝ่าฝืนกฎหมายผ่านข่าว

ประชาสัมพันธ์ในเว็บไซต์ อย. และส่งข้อมูลให้ศูนย์ต่อต้านข่าวปลอม DES แจ้งเตือนภัย ต่อประชาชน จำนวน ๗๗ รายการ

๖. บูรณาการการขับเคลื่อนการจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เฝ้าระวังตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพและการโฆษณาทางช่องทางต่าง ๆ เพื่อจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย มุ่งคุ้มครองผู้บริโภคให้ปลอดภัยจากการตกเป็นเหยื่อโฆษณาเกินจริง ซึ่งเป็นการตอบสนองนโยบายรัฐบาลในการคุ้มครองผู้บริโภคและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยหากพบการโฆษณาที่ไม่ได้ขออนุญาตหรือมีการโอ้อวดสรรพคุณเกินจริง หลอกลวงผู้บริโภคให้เข้าใจผิดในสาระสำคัญ จะดำเนินการตามกฎหมายอย่างเข้มงวด ทั้งการเปรียบเทียบปรับ ดำเนินคดี และแจ้งให้เจ้าของผลิตภัณฑ์และสื่อโฆษณาระงับการโฆษณาทันที พร้อมกันนี้ยังส่งเรื่องต่อไปยังภาคเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง อาทิ กสทช. ในการระงับเปรียบเทียบปรับสื่อโทรทัศน์และวิทยุ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมดำเนินการระงับและปิดกั้นเว็บไซต์ กองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคตรวจจับผู้กระทำผิดกฎหมาย และสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) กรณีการเรียกร้องค่าเสียหายการดำเนินธุรกิจขายตรงและการตลาดแบบตรง เพื่อดำเนินการกับผู้กระทำความผิดอย่างเข้มงวด นอกจากนี้ได้มีการเฝ้าระวังข่าวสารและการแจ้งเตือนจากต่างประเทศ รวมทั้งร่วมมือกับ e – marketplace ในการคัดกรองผลิตภัณฑ์ที่นำมาจำหน่ายทางหน้าเว็บไซต์ของตนด้วย

๗. สร้างและพัฒนาเครือข่ายการควบคุม กำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ครอบคลุมและเข้มแข็ง โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) สนับสนุนเครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ภายใต้ภารกิจรับมอบอำนาจจาก อย. รองรับการดำเนินงานควบคุมกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพหลังออกสู่ตลาด (Post - marketing) และการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Pre - marketing) ภายใต้มาตรฐานการปฏิบัติงานเดียวกันทั้งประเทศ รวมไปถึงการกำหนดกรอบภารกิจที่ถ่ายโอนอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไว้ในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน ๔ ภารกิจ คือ ๑) การผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและยา ๒) การเสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภคด้านความรู้ในการบริโภคและเรียกร้องสิทธิอันชอบธรรม ๓) การสร้างและขยายเครือข่ายการมีส่วนร่วมในงานคุ้มครองผู้บริโภคในท้องถิ่น และ ๔) การตรวจสอบติดตามและคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในสถานที่จำหน่าย

มาตรการและแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัย ทั้งนี้ นอกจากการกำหนดยุทธศาสตร์ Smart – Regulation เพื่อพัฒนาระบบและกลไกการควบคุมกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพและดำเนินการบังคับใช้กฎหมายต่อผู้กระทำความผิดอย่างเข้มแข็ง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ยังได้กำหนดมาตรการและแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัย ภายใต้ยุทธศาสตร์ Smart – Regulation : ส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้บริโภคมีความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เนื่องจากตระหนักดีว่าการใช้มาตรการควบคุมตามกฎหมายเพียงอย่างเดียวไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่จะคุ้มครองผู้บริโภคให้ปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ จึงดำเนินการพัฒนาผู้บริโภคให้มีความรู้ ความเข้าใจด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและรู้จักพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของตนเอง ส่งเสริมความร่วมมือในการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดปัญหาในการบริโภคด้วยการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ที่ถูกต้องผ่านช่องทางต่าง ๆ รวมทั้งจัดทำโครงการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการรณรงค์ปลูกฝังเยาวชนและประชาชนให้เกิดจิตสำนึกในการดูแลความปลอดภัยของตนเองและคนรอบข้างอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าประสงค์ คือ ผู้บริโภคมีความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประกอบด้วย ๕ กลยุทธ์ ดังนี้

๑) การส่งเสริมให้ผู้บริโภคเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลข่าวสารและมีทัศนคติที่เหมาะสมในการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๒) การมีระบบแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าใจและเข้าถึงได้ง่ายผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น บัญชีทางการของไลน์ (Line Official Account) : FDA Thai จำนวน ๒,๐๓๕,๐๐๐ ข้อความต่อเดือน ช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) : FDA Thai โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ การจัดกิจกรรมเสวนา และผ่านทางเว็บไซต์ Safety Alert เพื่อเป็นช่องทางให้ข้อมูลและตอบโต้ข่าวโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย

๓) จัดทำข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) โครงการพัฒนาศูนย์ตรวจสอบข้อเท็จจริงของข้อมูลข่าวสารและสร้างเครือข่ายระหว่างประเทศ ในการรับมือกับข่าวปลอมร่วมกับกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ บริษัท อสมท. จำกัด (มหาชน) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และสถาบันบริหารศาสตร์ เพื่อพัฒนาระบบการตรวจสอบข้อมูลข่าวสารบนสื่อออนไลน์

๔) การสานพลังเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ และโรงเรียน อย. น้อย โดยมุ่งหวังให้กลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเพิ่มขึ้น โดยสร้างความรอบรู้ทั้งในระดับบุคคลและชุมชน สร้างการมีส่วนร่วมอย่างบูรณาการร่วมกับภาคส่วนต่าง ๆ เช่น ภาคสังคม ภาคการศึกษา เพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งร่วมกันสร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่ง่ายต่อการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่จะสนับสนุนให้คนในองค์กรและชุมชนมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี เพื่อให้ประชาชนสามารถคิด วิเคราะห์ แยกแยะ เพื่อตัดสินใจเลือกได้อย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงผลลัพธ์ต่อสุขภาพเป็นสำคัญ นอกจากนี้ ยังได้สร้างและพัฒนาชุดความรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งอาหารและยาให้กับนักเรียน อย. น้อย ประกอบด้วยแผนการเรียนรู้เรื่องยาและอาหารร่วมกับการใช้สื่อนวัตกรรม สื่อการ์ตูนผนวกกับกิจกรรมเกมส์ สำหรับเป็นเครื่องมือให้ครูใช้ในชั่วโมงการสอน

๕) พัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้เสียจากทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วม รับรู้ ร่วมคิด ร่วมเสนอปัญหาและร่วมแก้ไข กับ อย. เพื่อคุ้มครองประชาชนให้ได้รับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย และมีการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างเหมาะสม โดยจัดตั้งคณะทำงานภาคประชาชนที่มาจากการรวมกลุ่มของตัวแทนจำนวน ๓๕ หน่วยงาน จากหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ภาคการศึกษา โดยมีพันธกิจที่สำคัญร่วมกันประการหนึ่ง คือ การสื่อสารเตือนภัย เพื่อลดความเสี่ยงจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพภายใต้แนวคิด “ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ”

<u>ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน</u>

ปัจจุบันพบปัญหาการโฆษณาและขายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายทางสื่อออนไลน์ที่มีจำนวนมาก เนื่องจากผู้โฆษณาใช้กลยุทธ์ทางการค้าในรูปแบบ Data – Driven Business รวมทั้งปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence : AI) ตรงสู่กลุ่มเป้าหมาย ทำให้ผู้บริโภคเห็นโฆษณาและผลิตภัณฑ์ที่แตกต่างกัน ตามความสนใจของแต่ละคน ทำให้หลงเชื่อและตกเป็นเหยื่อโฆษณาโอ้อวด หลอกลวง และอาจได้รับผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยต่อการบริโภค โดยในการสืบหาตัวผู้กระทำผิด พบว่า มีความซับซ้อนและยา ลำบากในการสืบหาผู้กระทำผิดมากขึ้น เนื่องจากผู้กระทำผิดไม่เกรงกลัวต่อบทกำหนดโทษตามกฎหมายและมีพฤติการณ์หลบหลีกไม่ให้ถูกดำเนินคดีได้โดยง่าย เช่น มีการให้เก็บเงินปลายทาง แจ้งที่อยู่เท็จบนกล่องพัสดุ หรือมีการใช้บุคคลอื่นในการเปิดบัญชีธนาคารเพื่อรับโอนค่าสินค้า มีการย้ายถิ่นที่อยู่ซึ่งไม่ตรงกับที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร ในขณะที่อัตรากำลังของพนักงานเจ้าหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) มีจำนวนจำกัด เมื่อดำเนินการวิเคราะห์ช่องว่างของปัญหาและนำไปกำหนดกลยุทธ์ในการจัดการปัญหาเพิ่มเติม เช่น การจัดทำคำสั่งมอบอำนาจ

การสั่งระงับโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ กรณีที่ผู้กระทำผิดอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดให้หน่วยงานในระดับภูมิภาค คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เพื่อเพิ่มอัตรากำลังของพนักงานเจ้าหน้าที่ในการดำเนินการตามกฎหมายและจัดการให้โฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายถูกระงับมากขึ้น การสร้างความตระหนักให้เจ้าของแพลตฟอร์มเพื่อผลักดันให้เกิดการตรวจสอบโฆษณาและผลิตภัณฑ์ในแพลตฟอร์มของตนเอง การขยายผลบังคับใช้กฎหมาย ตลอดจนการปราบปรามผู้กระทำผิดรายใหญ่ และการสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายภาคประชาชน เครือข่ายภาคการศึกษา หรือมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ในการช่วยรายงานผ่านช่องทางของแพลตฟอร์ม เพื่อปิดกั้นโฆษณาหรือการขายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย เป็นต้น

<u>การบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง</u>

ที่ผ่านมาสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) มีการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องด้วยดีมาโดยตลอด อาทิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงาน กสทช. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) สถาบันการศึกษา เช่น คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์ สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนามคมแห่งชาติ (กสทช.)

คณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนามคมแห่งชาติ (กสทช.) มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแลการโฆษณาสื่อวิทยุและสื่อโทรทัศน์เท่านั้น ไม่รวมถึงการกำกับดูแลการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ โดย กสทช. ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ขึ้นตามกฎหมาย เพื่อทำหน้าที่ในการพิจารณาเสนอแนะการกำกับดูแลและคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งการดำเนินงานในการคุ้มครองผู้บริโภคเกี่ยวกับสื่อโฆษณาทางวิทยุและโทรทัศน์ของ กสทช. คือ การเฝ้าระวังและตรวจสอบไม่ให้ผู้ประกอบกิจการวิทยุกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์กระทำการในลักษณะที่เป็นการเอาเปรียบผู้บริโภค โดย กสทช. ได้มีการกำหนดการกระทำที่เป็นการเอาเปรียบผู้บริโภคไว้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาอาหารและยา คือ การโฆษณาสินค้าหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยไม่ได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในกรณีดังกล่าวถือว่าผู้ได้รับใบอนุญาตกระทำการที่เป็นการเอาเปรียบผู้บริโภค การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพในลักษณะที่เป็นการหลอกลวงเกินจริงหรือเป็นเท็จ ในกรณีที่ผู้รับใบอนุญาตรายดังกล่าวมีการโฆษณาสินค้าหรือผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับอาหารและยาที่เป็นการเอาเปรียบผู้บริโภค ตามกฎหมายให้อำนาจ กสทช. ในการสั่งระงับการกระทำดังกล่าว หากมีการกระทำที่เป็นการฝ่าฝืนซ้ำอีก กสทช. มีอำนาจทางปกครองในลงโทษปรับไม่เกิน ๕ ล้านบาท และปรับรายวันไม่เกินวันละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท

กระบวนการตรวจสอบเฝ้าระวังการโฆษณาอาหารและยาที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ กสทช. ส่วนกลาง และเจ้าหน้าที่ กสทช. ส่วนภูมิภาค ทำหน้าที่ตรวจสอบเฝ้าระวังการโฆษณาอาหารและยาในสื่อวิทยุและสื่อโทรทัศน์ ทั้งนี้ ได้มีการจัดทำข้อตกลงร่วมระหว่างสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนามคมแห่งชาติ (กสทช.) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ในการตรวจสอบเฝ้าระวังการโฆษณาสินค้าหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในสื่อวิทยุและสื่อโทรทัศน์ ซึ่งวัตถุประสงค์หลักในการจัดทำข้อตกลงร่วมกัน คือ การบูรณาการการบังคับใช้กฎหมายร่วมกันระหว่างหน่วยงานดังกล่าว เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและเกิดความรวดเร็วยิ่งขึ้นการแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกันในการตรวจสอบเฝ้าระวังการโฆษณาดังกล่าว การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เพื่อเพิ่มศักยภาพให้แก่ผู้บริโภคในการเลือกซื้อสินค้าหรือบริโภคผลิตภัณฑ์ดังกล่าว

ที่ผ่านมา กสทช. ได้มีการตรวจสอบเฝ้าระวังการโฆษณาสินค้าหรือผลิตภัณฑ์อาหารและยาในสื่อวิทยุและสื่อโทรทัศน์ โดยมีการตรวจสอบในสื่อโทรทัศน์ดิจิตอล จำนวน ๑๙ สถานี โทรทัศน์ดาวเทียม จำนวน ๕๒๙ สถานี และในสื่อวิทยุที่กระจายทั่วประเทศ จำนวน ๔,๔๒๗ สถานี โดยศูนย์ตรวจสอบเฝ้าระวังเนื้อหาสาระโฆษณาที่ออกอากาศในสื่อวิทยุและสื่อโทรทัศน์ การใช้ระบบ Intensive watch การใช้โปรแกรม PSS ควบคู่กับรถตรวจสอบเฝ้าระวังของ กสทช. เป็นการตรวจสอบสื่อวิทยุในส่วนภูมิภาคและต่างจังหวัด โดย กสทช. เขตภูมิภาค เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการบันทึกเทปการกระทำความผิด เพื่อดำเนินคดีกับผู้ประกอบการตามกฎหมาย ในปี ๒๕๖๓ พบการกระทำผิดในสื่อวิทยุกระจายเสียง จำนวน ๑,๙๑๖ สถานี กรณีที่พบการกระทำความผิดคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์จะเป็นผู้ดำเนินการพิจารณาวินิจฉัย ทั้งนี้ หาก กสทช. พิจารณาแล้วเห็นว่า กรณีดังกล่าวมีความจำเป็นเร่งด่วนจะใช้มาตรการระงับการโฆษณาสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ดังกล่าวก่อน หลังจากนั้นจึงเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของคณะอนุกรรมการตามปกติ เมื่อ กสทช. ออกคำสั่งระงับการโฆษณาแล้วจะมีการตรวจสอบเฝ้าระวังสินค้าหรือผลิตภัณฑ์นั้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้มีการกระทำความผิดซ้ำซ้อน หากพบการกระทำความผิดซ้ำอีกจะมีการลงโทษปรับทางปกครองไม่เกิน ๕ ล้านบาท ปรับไม่เกินวันละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท และอาจปรับลดอายุใบอนุญาตประกอบกิจการของผู้ประกอบกิจการวิทยุและโทรทัศน์ นอกจากนั้น กสทช. ยังได้ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ในการให้ความรู้กับผู้ประกอบการหรือผู้รับใบอนุญาตให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการโฆษณาสินค้าหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องตามกฎหมาย

ส่วนปัญหาการดำเนินการตรวจสอบเฝ้าระวังของ กสทช. อาทิ การตรวจสอบเฝ้าระวังการกระทำความผิดทางสถานีวิทยุที่มีรัศมีการออกอากาศครอบคลุมภายในจังหวัด คือ รัศมีการออกอากาศไม่เกิน ๔๐ กิโลเมตร ทำให้เกิดปัญหาในการตรวจสอบเฝ้าระวัง ซึ่งสถานีเขตพื้นที่ กสทช. มีไม่ครบทุกจังหวัด จึงจะต้องนำรถตรวจสอบเฝ้าระวังไปทำการตรวจสอบยังพื้นที่อื่นร่วมด้วย เพื่อให้เกิดความครอบคลุมทุกพื้นที่ ปัญหาการบังคับใช้กฎหมายในการระงับการโฆษณาสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ดำเนินการได้เฉพาะสินค้ายี่ห้อที่พบการกระทำผิดเท่านั้น แต่เมื่อ กสทช. สั่งระงับการโฆษณาสินค้าชนิดนั้นแล้ว ผู้ประกอบการได้มีการนำสินค้าที่ถูกสั่งระงับเปลี่ยนแปลงเป็นยี่ห้อใหม่และนำมาโฆษณาซ้ำอีก จึงทำให้เกิดปัญหาว่า กสทช. ต้องออกคำสั่งใหม่หรือสามารถดำเนินการเปรียบเทียบปรับผู้ประกอบการได้ทันทีหรือไม่ ปัจจุบัน กสทช. ได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยการออกคำสั่งระงับการโฆษณาสินค้าหรือผลิตภัณฑ์นั้น รวมทั้งผลิตภัณฑ์อื่นที่มีลักษณะการดำเนินการที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งผู้รับใบอนุญาตได้มีการโต้แย้งประเด็นดังกล่าว และนำคดีขึ้นฟ้องร้องต่อศาลปกครอง เพื่อพิจารณาวินิจฉัยการดำเนินการดังกล่าวของ กสทช.

สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.)

สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) เป็นหน่วยงานที่รับเรื่องราวร้องทุกข์และฟ้องร้องดำเนินคดีแทนผู้บริโภค ซึ่งเป็นหน่วยงานปลายน้ำที่ดำเนินการภายหลังจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องพิจารณาเห็นว่า การโฆษณาหรือการกระทำของผู้ประกอบธุรกิจเป็นการกระทำความผิดตามกฎหมาย ปัจจุบันสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคมีพนักงานจ้างเหมา จำนวน ๔ คน ดำเนินการเฝ้าระวัง การโฆษณาสินค้า หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เป็นการหลอกลวงหรือการโฆษณาเกินความเป็นจริงในสื่อออนไลน์ โดยร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

ส่วนการเฝ้าระวังการโฆษณาในสื่อวิทยุและสื่อโทรทัศน์ได้ร่วมกับชมรมตรวจพิจารณาภาพยนตร์โฆษณาทางวิทยุโทรทัศน์ (ประเทศไทย) ในการคัดกรองและเฝ้าระวังการนำข้อมูลการโฆษณาสินค้าหรือบริการที่เป็นการหลอกลวงผู้บริโภคหรือเกินความเป็นจริงก่อนเข้าสู่กระบวนการเผยแพร่ของสื่อวิทยุและสื่อโทรทัศน์

ทั้งนี้ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคจะดำเนินคดีแทนผู้บริโภคในกรณีที่ผู้บริโภคได้รับสินค้าที่เป็นอันตรายหรือได้รับอันตรายจากการใช้สินค้า ที่ผ่านมาเมื่อผู้บริโภคร้องเรียนมายังสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานจะส่งเรื่องเรียนไปให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เพื่อพิจารณาตรวจสอบว่าการโฆษณาสินค้าดังกล่าวดำเนินการถูกต้องหรือไม่ หาก อย. พิจารณาแล้วเห็นว่า ผู้ประกอบธุรกิจกระทำความผิดเป็นเหตุให้ผู้บริโภคได้รับความเสียหาย สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคจะเป็นผู้ดำเนินคดีแทนผู้บริโภคดังกล่าว ที่ผ่านมาคดีส่วนใหญ่ผู้ประกอบธุรกิจจะดำเนินการจ่ายค่าชดเชยเยียวยาให้กับผู้บริโภคต่อสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งทำให้ไม่มีการฟ้องร้องดำเนินคดีต่อผู้ประกอบการแต่อย่างใด นอกจากนั้น สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคได้ดำเนินการเฝ้าระวัง โดยการประชาสัมพันธ์ร่วมกับสมาพันธ์คุ้มครองผู้บริโภคและสมาคมผู้บริโภค รวมทั้งบูรณาการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินงานเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคในทุกมิติ

การดำเนินคดีเกี่ยวกับการโฆษณาที่สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคสามารถดำเนินการได้จะเป็นกรณีการโฆษณาที่เป็นการส่งเสริมการขายเท่านั้น ซึ่งไม่ครอบคลุมถึงเรื่องคุณภาพของอาหารหรือผลิตภัณฑ์นั้น ๆ แต่อย่างใด หากผู้ประกอบธุรกิจมีการดำเนินการส่งเสริมการขาย โดยการลด แลก แจก แถม หรือชิงรางวัล การโฆษณาสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ประเภทนั้นจะต้องให้ข้อมูลที่ครบถ้วนตามที่กฎหมายกำหนดไว้ หากผู้ประกอบธุรกิจระบุข้อความไม่ครบถ้วนตามที่กฎหมายกำหนดจะมีโทษจำคุก ๓ เดือน ปรับไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

มูลนิธิเพื่อผู้บริโภคได้ดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายภาคีผู้บริโภคภาคประชาชน ในการติดตาม เฝ้าระวัง ตรวจสอบ ร้องเรียน และสร้างกลไกในการคุ้มครองผู้บริโภค รวมทั้งการผลักดันให้เกิดนโยบายในการคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ ในปี ๒๕๕๔ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) สั่งห้ามการโฆษณาที่ใช้ คำว่า “รังนก ๑๐๐ เปอร์เซ็น” ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีที่ทุกหน่วยงานเข้ามาร่วมกันจัดการปัญหาการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เป็นการเอาเปรียบผู้บริโภค แต่ปัจจุบันปัญหาการใช้ถ้อยคำในการโฆษณาสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ยังคงมีอยู่เช่นเดิม ทั้งนี้ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภคได้ดำเนินงานร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ในการเฝ้าระวังตรวจสอบสื่อวิทยุและสื่อโทรทัศน์ที่มีการกระทำความผิด โดยส่งเรื่องให้กับหน่วยงานต่าง ๆ พิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง อาทิ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น

ตลอดระยะเวลา ๑๐ ปีที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่า ผู้บริโภคหลายคนที่บริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเกิด การเสียชีวิตจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ดังกล่าว ในปี ๒๕๕๙ มีผู้บริโภคเสียชีวิตจากการรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารลดความอ้วน จำนวน ๙ ราย ประกอบด้วย คนไทย ๔ ราย และชาวต่างชาติ จำนวน ๕ ราย ปี ๒๕๖๑ มีการตรวจจับผลิตภัณฑ์เสริมอาหารลดความอ้วน และมีผู้บริโภคเสียชีวิตจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ดังกล่าว จำนวน ๔ ราย นอกจากนั้น ยังมีการขายผลิตภัณฑ์ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) สั่งห้ามผลิตและจำหน่ายใน e – marketplace ต่าง ๆ ปัจจุบันผลิตภัณฑ์ที่ อย. ประกาศว่า เป็นผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมายยังคงมีจำหน่ายอยู่ใน e – marketplace ซึ่งใช้บุคคลที่มีชื่อเสียงในวงการต่าง ๆ เป็นพรีเซ็นเตอร์ในการขายสินค้าดังกล่าว ในปี ๒๕๖๑ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภคได้จัดทำความร่วมมือกับ e – marketplace หลายแห่งเพื่อสร้างมาตรฐาน e – marketplace ที่ปลอดภัยให้กับผู้บริโภค โดยไม่ให้มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมาย

ใน e – marketplace ซึ่งมูลนิธิเพื่อผู้บริโภคได้มีการเฝ้าระวังและตรวจสอบการจำหน่ายสินค้าใน e – marketplace ที่ทำความร่วมมือกับมูลนิธิเพื่อผู้บริโภคมาโดยตลอด

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค อาทิ ปัญหาการเปิดเผยข้อมูลสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมาย เพื่อให้ประชาชนได้รับทราบ ทำให้มูลนิธิเพื่อผู้บริโภคถูกฟ้องร้องดำเนินคดี การขาดการบูรณาการข้อมูลร่วมกันของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เมื่อผู้บริโภคร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมายตามที่ อย. ประกาศ ไปยังหน่วยงานต่าง ๆ อาทิ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ หน่วยงานดังกล่าวจะส่งเรื่องกลับไปยัง อย. เพื่อพิจารณาดำเนินการในเบื้องต้นก่อน ทำให้กระบวนการพิจารณาเรื่องดังกล่าวเกิดความล่าช้า ทั้งนี้ ควรมีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องกับผู้ประกอบการ โดยการใช้ Application Programming Interface (API) ให้กับ e – marketplace ต่าง ๆ หรือประชาชนทั่วไป เพื่อตรวจสอบข้อมูลการโฆษณาสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ ที่ผิดกฎหมาย ปัญหาขั้นตอนและกระบวนการพิจารณาวินิจฉัยเรื่องร้องเรียนของ กสทช. ใช้ระยะเวลานาน และการติดตามผลการพิจารณาเรื่องร้องเรียนของผู้บริโภคที่ไม่ได้รับคำตอบที่ชัดเจน ทำให้กระบวนการคุ้มครองผู้บริโภคเกิดความล่าช้า ปัญหาการบังคับใช้ประกาศของสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคตามพระราชบัญญัติขายตรงและตลาดแบบตรง พ.ศ. ๒๕๔๕ กรณีผู้ประกอบการมีรายได้ไม่เกิน ๑.๘ ล้านบาท ไม่ต้องจดทะเบียนผู้ประกอบการตามพระราชบัญญัติดังกล่าว ซึ่งผู้ประกอบการที่ดำเนินการขายแบบออนไลน์มีรายได้เกินกว่าที่ประกาศของ สคบ. กำหนด ซึ่งเป็นปัญหาหนึ่งที่ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาการโฆษณาสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ดังกล่าวได้ นอกจากนั้น ยังมีกรณีการโฆษณาแฝงที่เกิดขึ้นในสื่อวิทยุทุกสถานีซึ่งประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายกำกับดูแลการโฆษณาแฝงแต่อย่างใด ทำให้การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ยังสามารถดำเนินการได้อยู่ในปัจจุบัน

ปี ๒๕๖๓ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภคได้รับเงินสนับสนุนจาก สสส. ประมาณ ๒ ล้านบาท เพื่อจัดทำคลังข้อมูลเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค โดยการสร้างผังข้อมูลที่ใช้ AI ตรวจจับการร้องเรียนของผู้บริโภคในสื่อออนไลน์ต่าง ๆ เข้าสู่กระบวนการตรวจสอบปัญหาของผู้ร้องเรียน และตอบกลับไปยังผู้บริโภคที่ร้องเรียนในสื่อออนไลน์นั้น ขณะเดียวกัน AI ยังทำหน้าที่ประมวลผลและจัดอันดับปัญหาต่าง ๆ ของผู้บริโภค เพื่อให้มูลนิธิเพื่อผู้บริโภคนำปัญหาดังกล่าวไปหารือร่วมกับผู้ประกอบการ โดยจะได้มีการจัดทำข้อตกลงร่วมกับผู้ประกอบการเพื่อให้ดำเนินการแก้ไขปัญหาให้กับผู้บริโภคภายในระยะเวลาที่ตกลงร่วมกัน

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ดังนี้

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

- การคุ้มครองผู้บริโภค ควรมีการจัดตั้งเป็นองค์กรอิสระเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคตามมาตรา ๔๐ ภายใต้รัฐธรรมนูญที่ไม่ใช่หน่วยงานของรัฐ เพื่อให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการ

๑. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรบูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อช่วยเหลือผู้บริโภคที่ถูกเอาเปรียบจากผู้ประกอบการ โดยเฉพาะการโฆษณาสินค้าที่เป็นการโอ้อวดหรือเกินความเป็นจริง โดยให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เป็นเจ้าภาพหลัก ในการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนามคมแห่งชาติ (กสทช.) สำนักงาน

คณะกรรมการอาหารและยา (อย.) สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เพื่อแก้ไขปัญหาการเอาเปรียบผู้บริโภคในทุกมิติ

๒. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันจัดทำเว็บไซต์ที่เป็นแหล่งข้อมูลในการให้ความรู้เกี่ยวกับสินค้าหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพต่าง ๆ ให้กับผู้บริโภคที่สนใจสามารถค้นหาข้อมูลดังกล่าวได้โดยสะดวก เพื่อป้องกันการถูกหลอกลวงหรือถูกเอาเปรียบจากผู้ประกอบการกิจสินค้าหรือผลิตภัณฑ์นั้น

๓.๕ พิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับมลพิษที่เกิดจากฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในด้านต่าง ๆ

ฝุ่น $PM_{2.5}$ ถือว่าเป็นมลพิษที่มีผลกระทบกับสุขภาพมากที่สุดในบรรดามลพิษทางอากาศโดยทั่วไป เนื่องจากขนาดที่เล็กมาก $PM_{2.5}$ สามารถเข้าไปสู่ระบบทางเดินหายใจของมนุษย์ได้ และฝุ่นดังกล่าวจะเข้าไปยังร่างกาย เป็นสาเหตุของผลกระทบด้านสุขภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาว จากข้อมูล State of Global Air ระบุว่า $PM_{2.5}$ ก่อให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประเทศไทย ซึ่งถือว่าเป็นวิกฤตด้านสาธารณสุขกับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในสังคมมากที่สุด ซึ่งคณะกรรมาธิการได้ให้ความสำคัญกับปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนจากมลพิษที่มาจากฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ ในด้านต่าง ๆ ซึ่งได้มีการศึกษาในประเด็นดังต่อไปนี้

(๑) ผลกระทบ และวิธีการแก้ไขจากปัญหาการเกิดฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ ต่อสุขภาพของประชาชน

(๒) อุปกรณ์ในการป้องกันฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ ที่สามารถป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(๓) วิธีการดูแลรักษาสุขภาพในช่วงเกิดฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ ทั้งในที่โล่งแจ้งและภายในอาคาร พร้อมทั้งหลักฐานทางวิชาการที่มารองรับ

(๔) การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และระยะยาว รวมทั้งปัญหาอุปสรรค ตลอดจนประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

<u>ผลการพิจารณา</u>

กรมควบคุมมลพิษ

สถานการณ์ปัญหาฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ พบว่า สภาพทางอุตุนิยมวิทยาไม่สามารถควบคุมได้ : เนื่องจากเกิดจากสภาพความกดอากาศสูงจากจีนแผ่ลงมาปกคลุมประเทศไทย ขณะที่ความกดอากาศอ่อนกำลังทำให้มีสภาพอากาศนิ่ง อากาศไม่ลอยตัว ลมสงบ ฝุ่นละอองไม่กระจายตัวและสะสมในบรรยากาศสูงเกินค่ามาตรฐาน ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปริมณฑลและบางจังหวัด

แหล่งกำเนิดที่ควบคุมได้ : การคมนาคมขนส่งและการจราจร อุตสาหกรรม การเผาในที่โล่งและการก่อสร้าง

มลพิษหลักจากรถยนต์ : เครื่องยนต์ดีเซล เป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดมลพิษสูงสุด PM, NOx ส่วนเครื่องยนต์เบนซิน ก่อให้เกิด CO, HC

ปริมาณฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ เฉลี่ย ๒๔ ชั่วโมง ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๓ ค่ามาตรฐานอยู่ที่ ๕๐ มคก./ลบ.ม. (๕๐ ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) ค่าฝุ่นละอองที่เกินค่ามาตรฐานส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในช่วงเดือนตุลาคม ต่อเนื่องมาจนกระทั่งเดือนมกราคม กุมภาพันธ์ และมีนาคม เป็นช่วง ๓ เดือนที่มีค่าฝุ่นเกินค่ามาตรฐานสูงสุด ซึ่งเป็นรายงานจากสถานีตรวจวัดของกรมควบคุมมลพิษที่อยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

สถานการณ์ปี ๒๕๖๔ เริ่มเกิดขึ้นในเดือนตุลาคม สืบเนื่องจนกระทั่งกลางเดือนธันวาคม พบค่าฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ เกินค่ามาตรฐานที่สูงสุด และอาจต่อเนื่องจนถึงปลายเดือน ทั้งนี้ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีสภาพฝุ่นที่มีอยู่แล้ว และเมื่อมีสถานการณ์เพดานอากาศลดต่ำลง จะส่งผลให้ค่าฝุ่นสูงขึ้น

การสื่อสารแจ้งเตือนและคาดการณ์สถานการณ์ $PM_{2.5}$

- แอปพลิเคชั่น Air4Thai
- Air4Thai.pcd.go.th
- bangkokairquality.com
- ศูนย์แก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ (ศกพ.) Center for Air Pollution Mitigation (CAMP) ภายใต้คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ
- Facebook fanpage : กลุ่มประชาสัมพันธ์กรมอุตุนิยมวิทยา

การดำเนินงานของภาครัฐในการป้องกันและแก้ไขปัญหา $PM_{2.5}$

- ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ คณะรัฐมนตรีประกาศให้การแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง เป็นวาระแห่งชาติ
- ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒ นายกรัฐมนตรี เรียกประชุมหน่วยงานอย่างเร่งด่วน เพื่อหามาตรการแก้ไขปัญหา
- ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ คณะรัฐมนตรี มีมติเห็นชอบแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ "การแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง" และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ
- ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ นายกรัฐมนตรี ประชุมทางไกลกำชับผู้ว่าราชการจังหวัดให้เร่งแก้ไขปัญหาฝุ่นละออง
- ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ คณะรัฐมนตรีเห็นชอบแผนเฉพาะกิจเพื่อการแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง

แผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ "การแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง" ได้กำหนดมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาตามระดับความรุนแรงของสถานการณ์ $PM_{2.5}$ โดยกำหนดระดับการแก้ไขปัญหา ดังนี้

- แผนระดับที่ ๑ ลดแหล่งกำเนิด : ค่าฝุ่นละอองไม่เกิน ๕๐ มคก./ลบ.ม. ดำเนินการโดยมุ่งเน้นการแจ้งเตือนสถานการณ์ผ่านสื่อต่าง ๆ สัปดาห์ละ ๒ ครั้ง
- แผนระดับที่ ๒ หยุดยั้งปัญหา : ค่าฝุ่นละอองระหว่าง ๕๐ – ๗๕ มคก./ลบ.ม. มุ่งเน้นการควบคุมแหล่งกำเนิดฝุ่น เช่น รถยนต์ และโรงงานอุตสาหกรรม
- แผนระดับที่ ๓ ควบคุมพื้นที่ : ค่าฝุ่นละอองระหว่าง ๗๖ – ๑๐๐ มคก./ลบ.ม. และมีแนวโน้มสูงติดต่อกันหลายวัน จะต้องมีการออกแถลงการณ์เร่งด่วน และสั่งการให้ดำเนินการตามแผนเพื่อแก้ไขปัญหาเร่งด่วน

แผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ "การแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละอองและ**แผนเฉพาะกิจเพื่อแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง**" โดยคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบแผนดังกล่าว วันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ ได้กำหนดมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหา ดังนี้

- มาตรการที่ ๑ การเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการเชิงพื้นที่ (การแก้ไขปัญหาในระยะเร่งด่วนและในช่วงวิกฤติ)
- มาตรการที่ ๒ การป้องกันและลดการเกิดมลพิษที่ต้นทาง (แหล่งกำเนิด)
- มาตรการที่ ๓ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการมลพิษ (การแก้ไขปัญหาในระยะสั้นและระยะยาว)

นอกจากนี้ มีการดำเนินการมาตรการต่าง ๆ ที่สำคัญ ดังนี้

- การตั้งคณะอนุกรรมการด้านต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาด้านมลภาวะอากาศ ด้านฝุ่นละออง ด้านไฟป่าและหมอกควัน

- ข้อสั่งการรองนายกรัฐมนตรี พลเอก ประวิตร วงศ์สุวรรณ (วันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๓) มุ่งเน้นการขับเคลื่อนมาตรการ และลดปัญหาที่ต้นเหตุ โดยการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการตามมาตรการอย่างต่อเนื่อง และบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง รวมถึงการดำเนินการตามแผนอย่างเข้มข้น

การแก้ไขปัญหา $PM_{2.5}$ ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

<u>กระทรวงมหาดไทย</u>

- ใช้กลไก “Single Command” เข้าควบคุมสถานการณ์ตามระดับ $PM_{2.5}$

- ถือปฏิบัติตามหลักในการอำนวยการ สั่งการ ควบคุมและแก้ไขปัญหาไฟป่า หมอกควัน และ $PM_{2.5}$ ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- ทบทวนและจัดทำแผนเผชิญเหตุ สำหรับใช้แก้ปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจนถึงระดับอำเภอและตำบล

- ตั้งคณะทำงานติดตามสถานการณ์ในพื้นที่ พร้อมทั้งให้ความสำคัญกับการใช้เทคโนโลยี อาทิ ภาพถ่ายดาวเทียม และ Application เสริมประสิทธิภาพการติดตามตรวจสอบข้อมูลคุณภาพอากาศ และการบัญชาการดับไฟป่า ตลอดจนใช้เป็นข้อมูลในการอำนวยการ สั่งการ และแจ้งเตือนประชาชน

- เน้นย้ำการป้องกันและลดการเกิดมลพิษที่ต้นทาง (แหล่งกำเนิด) โดยบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด และสร้างการรับรู้ ความตระหนักให้แก่ประชาชน

- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยประสานอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ เร่งสร้างความเข้มแข็งและเสริมสร้างความรู้ให้ผู้นำชุมชน จิตอาสา อาสาสมัคร และประชาชน

- ประชาสัมพันธ์สร้างการรับรู้ประชาชนให้ตระหนักถึงผลกระทบจากกิจกรรมที่ก่อให้เกิด $PM_{2.5}$

<u>กระทรวงคมนาคม</u>

- บูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตรวจจับรถควันดำ
- การจัดหารถโดยสารใหม่เป็นรถใช้เชื้อเพลิงที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม
- การควบคุมดูแลการก่อสร้างทางและการก่อสร้างรถไฟฟ้า

<u>กระทรวงพลังงาน</u>

- ส่งเสริมการใช้เชื้อเพลิงสะอาด B10/NGV
- การปรับมาตรฐานเชื้อเพลิงสู่ EURO 5 ตั้งแต่ ๑ มกราคม ๒๕๖๗
- การสนับสนุนส่งเสริมยานยนต์ไฟฟ้า EV
- ส่งเสริมการใช้เชื้อเพลิงสะอาดในภาคอุตสาหกรรม

<u>กระทรวงอุตสาหกรรม</u> <u>การควบคุมมลพิษจากยานพาหนะ</u>

- บังคับใช้มาตรฐานการระบายมลพิษจากรถยนต์ใหม่ให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล
- มาตรการจูงใจเพื่อสนับสนุนการใช้รถยนต์ไฟฟ้า

<u>ภาคอุตสาหกรรม</u>

- เข้มงวดการควบคุมฝุ่นละอองจากโรงงานอุตสาหกรรม
- กำกับดูแลให้โรงงานระบายอากาศตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนดอย่างเคร่งครัด
- ตรวจสอบและเฝ้าระวังโรงงานเพื่อป้องกันการเกิดฝุ่นละอองและมลพิษทางอากาศ
- สุ่มตรวจวัดมลพิษทางอากาศ ตรวจวัดปล่อง/หม้อไอน้ำของโรงงาน
- กำชับให้สำนักงานเศรษฐกิจอุตสาหกรรม เร่งรัดขับเคลื่อนมาตรการส่งเสริมการใช้ยานยนต์ไฟฟ้าภายในประเทศ
- การให้สถานประกอบการอุตสาหกรรม สามารถอยู่ร่วมกับประชาชนและชุมชนในพื้นที่ได้อย่างสมดุลและยั่งยืนต่อไป

<u>ภาคการเกษตร</u>

- กำหนดมาตรการการรับอ้อยไฟไหม้เข้าหีบไม่เกิน ร้อยละ ๕๐ ในฤดูกาลผลิตปี ๒๕๖๓ ร้อยละ ๒๐ ในฤดูกาลผลิตปี ๒๕๖๔ และร้อยละ ๕ ในฤดูกาลผลิตปี ๒๕๖๕
- ทบทวนระเบียบ ประกาศ เกี่ยวกับการหักเงินค่าอ้อยไฟไหม้ให้เหมาะสม
- กำหนดพื้นที่ปลอดการเผาอ้อยต้นแบบ ร้อยละ ๑๐๐ จำนวน ๕ จังหวัด ในปี ๒๕๖๓
- จัดทำมาตรการการจัดรูปที่ดินให้เหมาะกับเกษตรแปลงใหญ่
- จัดหาแหล่งเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำเพื่อช่วยเหลือเกษตรกรในการจัดหาเครื่องจักรกลการเกษตร

<u>กระทรวงเกษตรและสหกรณ์</u>

- กำหนด ๓ มาตรการ ประกอบด้วย

๑) การป้องกัน การเผา และส่งเสริมการใช้เศษวัสดุการเกษตรทดแทนการเผา

๒) การยับยั้ง/เผชิญเหตุ ติดตามสถานการณ์พื้นที่เสี่ยงต่อการเผา และแจ้งเตือนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ และ

๓) การแก้ไข/ฟื้นฟู

- ถอดบทเรียนเหตุการณ์ไฟป่าหมอกควัน เพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานและทบทวนกำหนดแผนปฏิบัติการในปีถัดไป

<u>กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม</u>

- คาดการณ์ปัจจัยทางอุตุนิยมวิทยาที่มีผลต่อปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$)

<u>กระทรวงสาธารณสุข</u>

- จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฯ กรณีเกิดผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก
- เฝ้าระวังสถานการณ์ฝุ่นละออง ประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพและแจ้งเตือนสถานการณ์และการปฏิบัติตน
- พัฒนาระบบข้อมูล เฝ้าระวังและแจ้งเตือนความเสี่ยงต่อสุขภาพ
- ให้คำแนะนำการจัดบ้าน/ห้องปลอดฝุ่นสำหรับอาคารสาธารณะ/บ้านเรือน
- เฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ และสอบสวนโรคอย่างทันท่วงที

<u>สำนักงานตำรวจแห่งชาติ</u>

- บังคับใช้กฎหมายและเพิ่มจุดตรวจวัดควันดำจาก ๒๐ จุด เป็น ๕๐ จุด หากตรวจพบมีค่าควันดำเกินมาตรฐาน ให้ใช้มาตรการห้ามใช้รถชั่วคราวจนกว่าจะแก้ไขให้ถูกต้อง ดำเนินการเชิงรุกโดยขอความร่วมมือจากกรมการขนส่งทางบก กรมควบคุมมลพิษ และกรุงเทพมหานคร
- ร่วมตรวจสถานประกอบการขนส่ง อู่ซ่อมรถ เพื่อตรวจค่าควันดำ หากเกินค่ามาตรฐานให้ขอความร่วมมือผู้ประกอบการดำเนินการปรับปรุงแก้ไข มีการประชาสัมพันธ์ตรวจวัดควันดำให้กับประชาชนโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ในพื้นที่กองบัญชาการตำรวจนครบาล

<u>กรุงเทพมหานคร</u>

- กำหนดมาตรการในการควบคุมฝุ่นละออง เป็น ๓ ระดับ ตามปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) ได้แก่

๑) ไม่เกิน ๕๐ ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร

๒) ๕๐ - ๗๕ ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร และ

๓) ๗๖ - ๑๐๐ ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร

นอกจากนี้ มีมาตรการเร่งด่วนในการหยุดก่อสร้างในพื้นที่ที่ทำให้เกิดฝุ่นละออง บังคับใช้กฎหมาย โดยจับ – ปรับผู้ที่จอดรถไม่ดับเครื่อง และเข้มงวดจับปรับเผาในพื้นที่โล่ง ฉีดล้างถนนและให้บุคลากรของกรุงเทพมหานครลดการใช้รถยนต์ส่วนตัว เป็นต้น

- จัดกิจกรรม Big Cleaning Day ร่วมกับกระทรวงกลาโหม กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และกรมประชาสัมพันธ์เพื่อช่วยบรรเทาปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$)

<u>กระทรวงกลาโหม</u>

- เน้นย้ำความพร้อมในการสนับสนุนกำลังพลและยุทโธปกรณ์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาฝุ่นละออง ทั้งการฉีดพ่นละอองน้ำและการล้างทำความสะอาดพื้นผิวถนน
- สนับสนุนอากาศยานบินโปรยละอองน้ำ
- สนับสนุนการรณรงค์ประชาสัมพันธ์และสร้างการรับรู้แก่ประชาชน

<u>กระทรวงศึกษาธิการ</u>

- จัดตั้งศูนย์ประสานงานและแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการศูนย์ประสานงานเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$)
- ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขในการจัดทำแนวทางลดและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) สำหรับสถานศึกษา

<u>สำนักนายกรัฐมนตรี</u>

- จัดทำข่าวประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาองค์ความรู้และเผยแพร่ข้อมูลที่เกี่ยวข้องในรูปแบบที่เข้าใจง่าย
- เฝ้าระวังและตอบโต้ข่าวเท็จและมีผลกระทบ
- ขอความร่วมมือหน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินการจัดทำชุดข้อมูลให้กับกรมประชาสัมพันธ์ เพื่อใช้ในการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ และสื่อสารแนวทางการแก้ไขปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) ให้กับประชาชน นอกจากนี้ขอความร่วมมือหน่วยงาน แจ้งแผนงานหรือกำหนดการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้กรมประชาสัมพันธ์ทราบ เพื่อจัดส่งเจ้าหน้าที่ร่วมทำข่าว/สื่อประชาสัมพันธ์ และเผยแพร่ให้กับประชาชน มุ่งหวังการสร้างการรับรู้และความเข้าใจต่อความพยายามในการแก้ไขปัญหาของภาครัฐ

<u>กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม</u>

- เฝ้าระวัง คาดการณ์และแจ้งเตือนสถานการณ์
- เน้นย้ำให้ทุกหน่วยงานเร่งรัดดำเนินการตามแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ การแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง และแผนเฉพาะกิจเพื่อการแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง ๑๒ ข้อ ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๓
- แต่งตั้งคณะอนุกรรมการสื่อสารการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ
- บูรณาการความร่วมมือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินมาตรการเร่งด่วนรับมือสถานการณ์ฝุ่นละออง อาทิ ตรวจสอบตรวจจับรถควันดำและปรับแผนตั้งจุดตรวจให้สอดคล้องกับสถานการณ์ จัดทำ “โครงการบำรุงรักษารถยนต์ลดฝุ่น $PM_{2.5}$”
- ประสานงานกับกระทรวงมหาดไทย เสนอการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาไฟป่า หมอกควัน และฝุ่นละออง ภายใต้คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติเป็นวาระเร่งด่วน เพื่อเป็นกลไกหลักในการกำหนดแผนงาน และกำกับติดตามการดำเนินงานในการป้องกันและแก้ไขปัญหา ตามพระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. ๒๕๕๐

<u>ค่ามาตรฐานฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ ในบรรยากาศ</u>

๑. องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดค่ามาตรฐานฝุ่น $PM_{2.5}$ ค่าเฉลี่ย ๒๔ ชั่วโมง = ๗๕ มคก./ลบ.ม. ค่าเฉลี่ย ๑ ปี = ๒๕ มคก./ลบ.ม. ทั้งนี้ ค่าเฉลี่ยแนะนำ (WHO Guidline) แบ่งเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

- Interim Target -๑ ค่าเฉลี่ย ๒๔ ชั่วโมง = ๕๐ มคก./ลบ.ม. ค่าเฉลี่ย ๑ ปี = ๒๕ มคก./ลบ.ม.
- Interim Target -๒ ค่าเฉลี่ย ๒๔ ชั่วโมง = ๓๗.๕ มคก./ลบ.ม. ค่าเฉลี่ย ๑ ปี = ๑๕ มคก./ลบ.ม.
- Interim Target -๓ ค่าเฉลี่ย ๒๔ ชั่วโมง = ๒๕ มคก./ลบ.ม. ค่าเฉลี่ย ๑ ปี = ๑๐ มคก./ลบ.ม.

สำหรับประเทศไทย ค่ามาตรฐานของประเทศไทยกำหนดค่ามาตรฐานฝุ่น $PM_{2.5}$ ค่าเฉลี่ย ๒๔ ชั่วโมง = ๕๐ มคก./ลบ.ม. และค่าเฉลี่ย ๑ ปี = ๒๕ มคก./ลบ.ม. และประเทศไทยมีแผนในการลดค่าเฉลี่ยลดลงเพื่อให้มีค่าเฉลี่ย ๒๔ ชั่วโมง อยู่ที่ ๓๗.๕ มคก./ลบ.ม. ทั้งนี้ การกำหนดค่ามาตรฐานของแต่ละประเทศขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมแต่ละประเทศที่จะกำหนดและดำเนินการได้ตามระดับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกดังกล่าว โดยในกรณีของประเทศไทยก่อนที่จะประกาศค่ามาตรฐานจะต้องพิจารณาถึงความพร้อมและการควบคุมเพื่อลดแหล่งกำเนิดมลพิษฝุ่น เพื่อให้สามารถดำเนินการได้ตามมาตรฐานดังกล่าว

ผู้แทนกรมอนามัย ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกรณีดังกล่าว โดยสรุปได้ดังนี้

ผลกระทบจากมลพิษฝุ่น $PM_{2.5}$ ที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพ เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกได้กำหนดค่ามาตรฐาน ๑๐ มคก./ลบ.ม./ต่อปี และประเมินว่า ประชากรโลก ร้อยละ ๙๐ ได้รับผลกระทบจากฝุ่นที่เกินค่ามาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ ซึ่งมลพิษต่าง ๆ มีที่มาจากอุตสาหกรรม เกษตรกรรม การจัดการขยะและครัวเรือน

โรคจากมลพิษทางอากาศ

- ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเป็นสาเหตุอันดับ ๒ ของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อรองจากสูบบุหรี่
- เป็นสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๒๔ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ ๔๓ โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ ๒๕ มะเร็งปอด ร้อยละ ๒๙
- ๗ ล้านคน เสียชีวิตก่อนเวลาอันควรจากมลพิษทางอากาศ/ปี

- ปี ๒๕๕๙ ประชากร ๔.๒ ล้านคน จากมลพิษทางอากาศในบรรยากาศ (Ambient Air Pollution: AAP) ๓.๘ ล้านคนจากมลพิษอากาศในครัวเรือน (Household Air Pollution: HAP

- เด็ก ๐ – ๕ ปี เสียชีวิตจากมลพิษทางอากาศ ประมาณ ๕๗๐,๐๐๐ คน/ปี

- ผลกระทบจากมลพิษอากาศต่อสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะเด็กที่เป็นกำลังสำคัญในอนาคต ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาการและความสามารถในการรับรู้ ดังนั้น จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องระดมมาตรการด้านการจัดการมลพิษทางอากาศที่ทุกประเทศ ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกันแก้ไขอย่างจริงจังและเร่งด่วน

สถานการณ์การเสียชีวิตจากมลพิษทางอากาศในประเทศไทย (ข้อมูล Souce : WHO, 2016)

การเสียชีวิตจากมลพิษทางอากาศในระดับภูมิภาค ๔ ลำดับ เรียงลำดับจากน้อยที่สุด ได้แก่ ประเทศมัลดีฟ ติมอร์ และเกาหลีเหนือ และประเทศไทย โดยสาเหตุการเสียชีวิตมาจากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง รองลงมา คือ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สำหรับประเทศไทยยังไม่ได้มีผลการศึกษาการเสียชีวิตจากมลพิษทางอากาศ เนื่องจากการก่อโรคจะต้องใช้ระยะเวลายาวนาน นอกจากนี้ มีการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีค่าใช้จ่ายที่ต้องซื้ออุปกรณ์ป้องกันฝุ่น $PM_{2.5}$ ปี ๒๕๖๒/๒๕๖๓ จะมีค่าใช้จ่ายสูงถึง ๑๗,๓๗๙ ล้านบาท/ปี

การดำเนินงานด้านมลพิษทางอากาศ ($PM_{2.5}$) ของกรมอนามัย

Source : การควบคุมแหล่งกำเนิด อาศัยอำนาจโดยกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ เพื่อควบคุมกิจการ/สถานประกอบการ โดยมอบอำนาจให้ราชการส่วนท้องถิ่นดำเนินการควบคุมกิจการและกิจกรรมที่ก่อให้เกิดฝุ่น รวมทั้งประสานความร่วมมือกับภาคอุตสาหกรรม เกษตรกรรม และคมนาคม

Pathway : เฝ้าระวังมลพิษอากาศในบรรยากาศ และเฝ้าระวังมลพิษอากาศในอาคาร พร้อมทั้งการสื่อสาร แจ้งเตือน และป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ ตลอดจนพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การงดสูบบุหรี่ในครัวเรือนโดยเฉพาะบ้านที่มีเด็กเล็ก การใช้ธูปไร้ควันในศาสนสถาน/บ้าน การจัดสภาพแวดล้อมในอาคาร

Receptor : เฝ้าระวังการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากมลพิษอากาศ /Biomarker มีการสอบสวนโรคและดำเนินงานขับเคลื่อนโดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ รวมทั้งการให้คำปรึกษา และการรักษาโรค

มาตรการด้านสาธารณสุข ๖ ด้าน

- พัฒนาฐานข้อมูลเฝ้าระวัง และแจ้งเตือนความเสี่ยงต่อสุขภาพ
- เฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพและสอบสวนโรคอย่างทันท่วงที
- ยกระดับความรู้และตอบโต้ความเสี่ยงสุขภาพ
- การดูแลสุขภาพแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย และมุ่งเน้นกลุ่มเสี่ยง
- มาตรการทางกฎหมาย
- ส่งเสริมต้นแบบองค์กรลดมลพิษทางอากาศและสร้างพื้นที่สีเขียว

การลดฝุ่นละอองจากแหล่งกำเนิด

๑) การใช้มาตรการตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ ในการจัดการฝุ่นละอองขนาดเล็ก ดังนี้

<u>แนวทางที่ ๑</u> การควบคุมแหล่งกำเนิดฝุ่น โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกข้อบัญญัติท้องถิ่นควบคุมการประกอบกิจการ ได้แก่

- การจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย (มาตรา ๒๐)

- กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (มาตรา ๓๒)
- ตลาด สถานที่จำหน่ายอาหาร และสถานที่สะสมอาหาร (มาตรา ๔๐)
- การจำหน่ายสินค้าในหรือทางสาธารณะ (มาตรา ๔๓)

<u>แนวทางที่ ๒</u> การควบคุมเหตุรำคาญจากฝุ่น โดยให้เจ้าพนักงานท้องถิ่น ประกาศพื้นที่ควบคุมเหตุรำคาญ ภายใต้เงื่อนไข ๑) มีแหล่งกำเนิดเหตุรำคาญในพื้นที่นั้น ๒) มีแหล่งกำเนิดเหตุรำคาญมากกว่า ๑ แหล่ง และ ๓) มีผลกระทบต่อสุขภาพหรือสภาวะความเป็นอยู่ที่เหมาะสมของประชาชนจำนวนมากและครอบคลุมพื้นที่เป็นบริเวณกว้าง เจ้าพนักงานสามารถที่จะระงับเหตุรำคาญได้โดยอาศัยอำนาจตามมาตรา ๒๗ มาตรา ๒๘ และประกาศพื้นที่ควบคุมเหตุรำคาญตาม ๒๘/๑

๒) การลดและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ การสื่อสาร แจ้งเตือน โดยกรมอนามัยประกาศเรื่อง ค่าเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กในบรรยากาศ ดังนี้

ประกาศกรมอนามัย เรื่อง ค่าเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กในบรรยากาศ

ระดับ $PM_{2.5}$ เฉลี่ย 24 ชั่วโมง (มคก./ลบ.ม.)	สี	ความหมาย
0 - 25	ฟ้า	ดีมาก
26 - 37	เขียว	ดี
38- 50	เหลือง	ปานกลาง
51 - 90	ส้ม	เริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพ
91 ขึ้นไป	แดง	มีผลกระทบต่อสุขภาพ

ลงวันที่ 28 ธันวาคม 2561

จากประกาศกรมอนามัยดังกล่าว มีคำแนะนำในการปฏิบัติตนดูแลสุขภาพของประชาชน ดังนี้

สีฟ้า : ดีมาก

- ประชาชนทั่วไป ทำกิจกรรมได้ตามปกติ
- เด็กเล็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว ทำกิจกรรมได้ตามปกติ

สีเขียว : ดี

- ประชาชนทั่วไป ทำกิจกรรมได้ตามปกติ
- เด็กเล็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว ลดการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายกลางแจ้ง และเฝ้าระวังอาการ หากมีอาการผิดปกติให้รีบพบแพทย์ทันที

สีเหลือง : ปานกลาง

- ประชาชนทั่วไป เลี่ยงการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายกลางแจ้ง และเฝ้าระวังอาการ หากมีอาการผิดปกติให้รีบพบแพทย์ทันที
- เด็กเล็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว ลดการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายกลางแจ้ง หากต้องออกนอกอาคาร ควรสวมหน้ากากอนามัยหรือ N95 และเฝ้าระวังอาการ หากมีอาการผิดปกติให้รีบพบแพทย์ทันที

สีส้ม : เริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพ

- ประชาชนทั่วไป ลดการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายกลางแจ้ง หากต้องออกนอกอาคาร ควรสวมหน้ากากอนามัยหรือ N95 และเฝ้าระวังอาการ หากมีอาการผิดปกติให้รีบพบแพทย์ทันที

- เด็กเล็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว ลดการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายกลางแจ้ง ควรสวมหน้ากากป้องกันฝุ่น และไม่อยู่นอกอาคารเป็นเวลานาน รวมทั้งผู้มีโรคประจำตัวควรเตรียมยาประจำตัวให้พร้อม

สีแดง : มีผลกระทบต่อสุขภาพ

- ประชาชนทั่วไป งดทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายกลางแจ้ง หากต้องออกนอกอาคาร ควรสวมหน้ากากอนามัยหรือ N95 ลดกิจกรรมที่ทำให้เกิดฝุ่นในบ้าน เช่น กวาดบ้าน จุดธูป

- เด็กเล็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว งดออกนอกอาคาร ควรอยู่ในอาคารโดยเฉพาะห้องสะอาด และหากต้องออกนอกอาคาร สวมหน้ากากอนามัยหรือ N95 ทุกครั้ง รวมทั้งผู้มีโรคประจำตัวควรเตรียมยาประจำตัวให้พร้อม

นอกจากนี้ กรมอนามัยได้มีการจัดทำวิดีโอ และอินโฟกราฟิก เพื่อแนะนำแนวทางการปฏิบัติตัวของประชาชนและกลุ่มเสี่ยง โดยสามารถดาวน์โหลด ได้ที่ Line : Chat Bot และhttp://hia.anamai.moph.go.th/main.php?filename=hia_book_2

มาตรการระยะยาว

- สร้างความตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพและศึกษาผลกระทบระยะยาวจากมลพิษทางอากาศ

- ศึกษาวิจัยผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายต่าง ๆ เพื่อสนับสนุน/ผลักดันนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- ลดผลกระทบต่อสุขภาพจาก $PM_{๒.๕}$ ที่สำคัญ คือ ต้องมีการจัดการแหล่งกำเนิด ทั้งการเผาในที่โล่ง การคมนาคม อุตสาหกรรม หมอกควันข้ามแดน และภาคครัวเรือน ซึ่งต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน รวมถึงการสร้างความตระหนักให้กับประชาชนในการลดแหล่งกำเนิดและการจัดการสุขภาพตนเอง

ผู้แทนกรมควบคุมโรค ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกรณีดังกล่าว โดยสรุปได้ดังนี้

การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน ($PM_{2.5}$)

การดำเนินงานในระยะเร่งด่วนและในช่วงวิกฤติ

เฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

- ดำเนินการเฝ้าระวังเชิงรุก : ผนึกกำลังค้นหาผู้ป่วยด้วยโรคหรืออาการที่เกิดจาก $PM_{2.5}$ ในพื้นที่ที่มีค่าฝุ่นละอองสูงเกินค่ามาตรฐานติดต่อกัน ๓ วัน

- ระบบการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ : ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล และพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑ – ๑๒ (๓๓ จังหวัด) เพื่อเฝ้าระวัง ๕ กลุ่มโรค ได้แก่ กลุ่มโรคทางเดินหายใจ กลุ่มโรคหัวใจหลอดเลือดสมอง กลุ่มโรคผิวหนังอักเสบ กลุ่มโรคตาอักเสบ และกลุ่มโรคอื่น ๆ

ทั้งนี้ นอกจากปัญหาจากฝุ่นละออง ยังพบปัญหาสารเคลือบฝุ่นละออง เช่น จากการจราจรและการขนส่งก่อให้เกิดสารเคลือบฝุ่นจากน้ำมัน และอาจเกิดจากสารเคลือบอื่น ๆ ที่จะทำให้เกิดโรคจากสารเคลือบแต่ละชนิด ดังนั้น การเกิดโรคมะเร็งอาจจะไม่ได้เกิดจากอนุภาคฝุ่น $PM_{2.5}$ โดยตรง แต่อาจจะเกิดจากสารเคลือบฝุ่น

- รวบรวมข้อมูลพื้นฐานกลุ่มเสี่ยงตามวัย
- ลงสอบสวนโรคอย่างทันท่วงที
- สื่อสารความเสี่ยง และให้ข้อมูลสุขภาพประชาชน ผ่าน “สายด่วน กรมควบคุมโรค ๑๔๒๒”
- ลงพื้นที่ให้ความรู้ เผยแพร่ สนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์แก่ประชาชน พร้อมจัดทำชุดความรู้ในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองให้กับประชาชน (ทั้งสื่อออนไลน์และแผ่นพับ)

การดำเนินงานในระยะยาว

- จัดทำฐานข้อมูลฝุ่นและสุขภาพเพื่อการเฝ้าระวังและแจ้งเตือน (Linkage) โดยเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลสุขภาพและข้อมูลฝุ่นละออง ระหว่างกรมควบคุมมลพิษและกรมควบคุมโรค
- การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลสุขภาพและข้อมูลสิ่งแวดล้อม
- ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ “การแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง” และพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ ด้านการเฝ้าระวังสุขภาพ การรายงานโรค และการสอบสวนโรค โดยประกาศกำหนดให้โรคหรืออาการที่เกิดจาก $PM_{2.5}$ ซึ่งมีอันตรายสูง เป็นโรคที่ควรควบคุมภายใต้กฎหมายดังกล่าว ทั้งนี้อยู่ระหว่างการจัดทำประกาศรายชื่อโรคที่เกิดจาก $PM_{2.5}$ รวมทั้งกำหนดให้มีหลักสูตรพัฒนาการฝึกอบรมหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่ทุกจังหวัดเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ทั้งนี้ หน่วยงานใดเป็นผู้มีอำนาจสั่งการ เพื่อควบคุมสถานการณ์ปัญหามลพิษฝุ่น $PM_{2.5}$ ในลักษณะ Single Commander ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เป็นอำนาจของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร โดยสั่งการไปยังหน่วยงานภายใต้สังกัดกรุงเทพมหานคร สำหรับในส่วนงานอื่นเป็นอำนาจสั่งการของแต่ละกระทรวงที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ เพื่อแก้ไขปัญหาจะต้องดำเนินการให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติการวาระแห่งชาติว่าด้วยการแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง ซึ่งได้กำหนดมาตรการไว้ ๓ ระดับ โดยหากฝุ่นละอองอยู่ในระดับใดจะมีมาตรการที่กำหนดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ สำหรับในพื้นที่ต่างจังหวัดใช้อำนาจสั่งการโดยผู้ว่าราชการจังหวัด เพื่อให้หน่วยงานในพื้นที่ดำเนินการ ประกอบกับอำนาจตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ และกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. ๒๕๒๒ พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณสุขภัย พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นต้น

กรณีดังกล่าว **คณะกรรมาธิการมีความเห็นว่า** ในพื้นที่กรุงเทพมหานครไม่มีผู้มีอำนาจสั่งการสถานการณ์ภาพรวมเหตุการณ์ แต่เป็นการดำเนินการเฉพาะของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามที่กฎหมายแต่ละด้านให้อำนาจหน่วยงาน ประกอบกับแผนดังกล่าวมีลักษณะเป็นแผนเชิงรับ เนื่องจากได้กำหนดระดับการแก้ไขปัญหาภายหลังที่เกิดสถานการณ์ขึ้นแล้ว กรณีดังกล่าว ควรมีการเสนอแก้ไขปัญหาเพื่อให้มีหน่วยงานระดับ Single Commander ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เช่นเดียวกับการสั่งการสถานการณ์โรคโควิด ๑๙ และควรกำหนดมาตรการให้ทุกหน่วยงานปฏิบัติตามแผนแบบบูรณาการร่วมกันอย่างจริงจัง

แผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติว่าด้วยการแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง ได้กำหนดให้มีแผนระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว ซึ่งแผนระยะสั้น เป็นแผนตั้งรับและการดำเนินในขณะเผชิญเหตุ และมีแผนระยะยาว ซึ่งเกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาแหล่งกำเนิดของฝุ่นละออง โดยมีมาตรการลดแหล่งกำเนิดในแผนระยะยาว ทั้งนี้ อำนาจดำเนินการ เป็นการใช้กลไกตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ โดยมีคณะกรรมการควบคุมมลพิษ และคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ประกอบกับหน่วยงานที่ต้องดำเนินการตามแผนต่าง ๆ ตามอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานตามที่กฎหมายที่เกี่ยวข้องให้อำนาจ ซึ่งหากทุกหน่วยงานดำเนินการตามแผนอย่างเข้มงวดและบูรณาการร่วมกันอย่างจริงจังจะสามารถแก้ไขปัญหาได้ทั้งด้านการตรวจจับและแก้ไขรถควันดำ และการเผาในที่โล่งแจ้ง

คณะกรรมาธิการมีข้อเสนอแนะว่า กรณีปัญหารถควันดำเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดปัญหาฝุ่น $PM_{2.5}$ อำนาจในการตรวจวัดควันดำ ตามพระราชบัญญัติการขนส่งทางบก พ.ศ. ๒๕๒๒ ควรพิจารณาเพื่อแก้ไขปัญหา โดยอาจมอบหมายให้ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครตรวจจับควันดำได้ รวมถึงการมอบอำนาจตามกฎหมายอื่น ๆ เพื่อให้กรุงเทพมหานครสามารถแก้ไขปัญหาภาพรวมได้ในทุกปัญหา และทันท่วงที

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ดังนี้

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

- ประเทศไทยควรเร่งรัดการประกาศใช้น้ำมัน EURO 5 ซึ่งนโยบายเดิมเคยกำหนดให้มีการใช้ในปี ๒๕๖๕ แต่มีการเลื่อนระยะเวลาออกไปให้ใช้ในปี ๒๕๖๗ กรณีดังกล่าวจะส่งผลให้การแก้ไขปัญหาฝุ่นละอองได้รับการแก้ไขล่าช้าออกไปอีก

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการ

๑. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกระตุ้นให้สถาบันการศึกษามีการทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับหน้ากากผ้า เนื่องจากเป็นชนิดหน้ากากที่ประชาชนสามารถเข้าถึงการใช้ได้สะดวกที่สุด และยังไม่มีผลการศึกษาวิจัยที่ชัดเจน เพื่อสื่อสารให้ประชาชนทราบ

๒. ประเทศไทยควรดำเนินการลดค่ามาตรฐานฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ จาก ๕๐ มคก./ลบ.ม. ให้เป็นไปตามค่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก ๒๕ มคก./ลบ.ม. หรือ ๓๕ มคก./ลบ.ม. เป็นมาตรการเร่งด่วน ประกอบกับเพื่อให้เป็นไปตามคำแนะนำของกรมควบคุมโรคที่ให้ประชาชนใช้หน้ากากเมื่อมีสถานการณ์ค่าฝุ่นละอองในระดับสีเหลือง (๓๘ – ๕๐ มคก./ลบ.ม.) ซึ่งถือว่าเป็นสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย

๓. ควรมีการพิจารณาปัญหาและอุปสรรคของหน่วยงานผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ อาทิ ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร และผู้ว่าราชการจังหวัด โดยเฉพาะจังหวัดปริมณฑล เพื่อให้ทราบข้อจำกัด ความต้องการการสนับสนุนในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค รวมทั้งมาตรการเชิงกฎหมายที่ควรได้รับการพิจารณาหรือแก้ไข

๓.๖ พิจารณาศึกษาและติดตามสถานการณ์โรคโควิด ๑๙

จากข้อมูลการจัดทำรายงานโรคโควิด ๑๙ เมื่อปีที่ผ่านมา คณะกรรมาธิการได้ศึกษาและติดตามวิเคราะห์สถานการณ์ของการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ มาตั้งแต่เริ่มต้นและติดตามมาอย่างต่อเนื่อง นับจากวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒ ซึ่งมีรายงานผู้ป่วยรายแรก จากเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย สาธารณรัฐประชาชนจีน และเริ่มระบาดมาสู่ประเทศไทยเป็นลำดับที่ ๒ จนปัจจุบันนี้เป็นเวลา ๖ เดือน ที่โรคโควิด ๑๙ ได้ระบาดใหญ่ไปทั่วโลก (Pandemic) มีผู้ติดเชื้อกว่า ๑๐ ล้านคนและเสียชีวิตกว่า ๕ แสนคน ใน ๒๑๕ ประเทศทั่วโลก ครอบคลุมประเด็นความรู้เกี่ยวกับโรคและไวรัสก่อโรค การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ สถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง การป้องกัน การรักษา ความคืบหน้าของการวิจัยพัฒนายาและวัคซีน ตลอดจนแนวทางการบริหารจัดการ การผลิต การนำเข้า และการกระจายอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้รับผิดชอบโดยตรง

โดยคณะกรรมาธิการยังคงดำเนินการศึกษา วิเคราะห์ และติดตามอย่างใกล้ชิด จึงทำให้คณะกรรมาธิการได้รวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านต่าง ๆ มาเพื่อเป็นองค์ความรู้ให้กับผู้สนใจ นอกจากนั้น คณะกรรมาธิการยังมีข้อเสนอแนะและการผลักดันในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เสนอแนวทางการบริหารจัดการวัคซีน ผลักดันการพัฒนาแอพหมอพร้อมเรื่องของการทำวัคซีนพาสปอร์ต เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนที่ต้องเดินทางระหว่างประเทศ เป็นต้น

<u>ประเด็นการพิจารณา</u> พิจารณาศึกษาและติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ในสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาตามแนวพรมแดน ผลกระทบต่อประเทศไทยและมาตรการป้องกันควบคุมโรค

<u>สรุปผลการพิจารณา</u> สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ของสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา เมื่อวันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๖๓ พบว่า มีผู้ป่วยสะสม จำนวน ๑๘,๗๘๑ คน ผู้ป่วยที่ยังรักษา อยู่ในโรงพยาบาล จำนวน ๑๒,๗๘๙ คน และผู้เสียชีวิต จำนวน ๔๔๔ คน โดยสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาได้กำหนดมาตรการฝ้าระวังโรคในด่านโรคติดต่อระหว่างประเทศและชุมชนเสี่ยงตั้งแต่วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๓ โดยมีการระงับบริการเที่ยวบินภายในประเทศทุกเส้นทางถึงวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ อนุญาตเฉพาะเที่ยวบินของสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาที่อพยพชาวเมียนมากลับจากต่างประเทศ และเที่ยวบินพิเศษของเจ้าหน้าที่รัฐนักการทูตและองค์การระหว่างประเทศ มีการจัด Stay at home ในเมืองชิตตเว เมืองยะไข่ และ ๒๘ เขตในเมืองย่างกุ้ง จังหวัดมะริด มณฑลตะนาวศรี รัฐมอญ มัณฑะเลย์ พะโค และอิระวดี โดยจำกัดการเคลื่อนย้ายระหว่างเมือง และมีการตรวจหาเชื้อ หรือขออนุญาตเมื่อเดินทางมาจากเมืองที่มีการระบาดของโรคไปยังเมืองอื่น การสร้างสถานที่กักตัว (Quarantine center) เมืองย่างกุ้ง เนปิดอว์ รัฐฉาน และเมียวดี ซึ่งสามารถรองรับผู้ป่วยได้มากกว่า ๑๐,๐๐๐ ราย และปรับการกักตัว

โดยหลังจากครบกำหนด ๑๔ วัน ให้กลับไปกักตัวที่บ้านต่อไปอีก จำนวน ๙ วัน นอกจากนั้น ในเมืองย่างกุ้งได้มีการตั้งศูนย์ "No smell canters" ในโรงพยาบาลหรือคลินิกตามเมืองต่าง ๆ มหาวิทยาลัย และโรงเรียนใกล้โรงพยาบาลที่สามารถรองรับผู้ป่วยได้จำนวน ๕๐๐ คนเพื่อรักษาผู้ที่สูญเสียการได้กลิ่น รวมทั้งแจกจ่ายชุดตรวจหาเชื้อ SAR - COV - 2 แบบรวดเร็ว จำนวน ๒๐๐,๐๐๐ ชุด โดยนำร่องใช้ที่โรงพยาบาล จำนวน ๙ แห่ง ในเมืองย่างกุ้ง อย่างไรก็ตาม แนวโน้มการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙

ในสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง บริเวณที่พบการแพร่ระบาดหนักเป็นเมืองใหญ่หรือเมืองหลวงของประเทศ รวมทั้งรัฐที่มีพื้นที่ติดต่อกับประเทศไทย อาทิ รัฐมอญ ชาน และตะนาวศรี มีการพบผู้ป่วยยืนยันอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาจะมีการกำหนดมาตรการเฝ้าระวังการแพร่ระบาด แต่การดำเนินการดังกล่าวยังมุ่งเน้นเฉพาะในเมืองหลักซึ่งเป็นศูนย์กลางของประเทศเท่านั้น

ประเทศไทยมีการดำเนินงานเพื่อเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ จากสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาที่อาจเข้ามาในประเทศไทย ซึ่งแบ่งการดำเนินงานออกเป็น ๒ ส่วน คือ การป้องกันโรคเข้าประเทศโดยการตรวจหาโรคในกลุ่มคนที่เดินทางเข้ามาในประเทศ และการป้องกันการเข้าประเทศโดยผิดกฎหมายซึ่งประเทศไทยมี ๑๐ จังหวัดที่มีชายแดนติดต่อกับสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา คือ กาญจนบุรี ชุมพร เชียงราย เชียงใหม่ ตาก ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี แม่ฮ่องสอน ระนอง และราชบุรี โดยผู้ที่เดินทางจากสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาเข้ามาในประเทศไทย ร้อยละ ๙๘.๑๗ เดินทางเข้ามาโดยผ่านพรมแดน ระหว่างประเทศ ในลักษณะการขนส่งสินค้า ซึ่งผู้ขนส่งสินค้าส่วนใหญ่ไม่ได้พักค้างคืนในประเทศไทย ส่วนร้อยละ ๑.๙๕ เป็นการเดินทางกลับประเทศของผู้ที่มีสัญชาติไทย

ทั้งนี้ ประเทศไทยได้ให้ความช่วยเหลือสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาตามที่ได้มีการประสานความร่วมมือมายังสถานทูตไทยในสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา โดยขอความอนุเคราะห์เกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์และเวชภัณฑ์ที่สำคัญ เพื่อใช้ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ส่วนในระยะยาวจะมีการพัฒนาความร่วมมือทางบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกันต่อไป

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ดังนี้

- ควรมีมาตรการในการป้องกันแรงงานชาวเมียนมานอกระบบที่ลักลอบเดินทางเข้าประเทศไทยผิดกฎหมาย โดยเฉพาะตามพรหมแดนธรรมชาติ
- มาตรการช่วยเหลือรัฐบาลเมียนมา รัฐบาลต้องคำนึงถึงสัดส่วนโดยเฉพาะอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อสำรองไว้ให้เพียงพอสำหรับในประเทศไทย หากเกิดการระบาดในรอบที่สองด้วยเช่นกัน
- เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองควรดำเนินการให้ความช่วยเหลือตามพรมแดนด้วยความบริสุทธิ์ใจ ซึ่งจะช่วยให้ป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด ๑๙
- งบประมาณในการตรวจและกักตัวแรงงามข้ามชาติที่มีข้อเสนอให้มีการงดเว้นกับแรงงานข้ามชาตินั้น งบประมาณดังกล่าวสามารถนำมาใช้รวมกับค่าแรงขั้นต่ำที่ใช้จ้างแรงงานข้ามชาติ เพื่อทำให้งานประเภทต่าง ๆ ที่เคยจ้างแรงงานข้ามชาติ มีผลตอบแทนสูงขึ้น เพื่อนำมาใช้จูงใจคนไทยที่กำลังตกงาน
- ควรมุ่งเน้นมาตรการเชิงรุกในการตรวจค้นหาแรงงานข้ามชาติที่ไม่ถูกกฎหมาย เพื่อนำไปสู่การกำหนดมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด ๑๙ ในระลอกที่สอง จากแรงงามข้ามชาติ เหมือนที่ประเทศสิงคโปร์เผชิญ

<u>ประเด็นการพิจารณา</u> ความคืบหน้าการใช้จ่ายงบประมาณที่คณะรัฐมนตรีเห็นชอบจัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุขในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ เพื่อป้องกัน ควบคุม และแก้ไขปัญหาสถานการณ์ในปัจจุบัน

<u>สรุปผลการพิจารณา</u> กระทรวงสาธารณสุขได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปี ๒๕๖๓ จากงบกลางเพื่อเตรียมการรับมือและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โควิด ๑๙) รวมทั้งสิ้น ๑๐,๕๖๕.๔๙ ล้านบาท โดยกรมต่าง ๆ ได้ดำเนินการและใช้จ่ายงบประมาณแล้ว ดังนี้ ๑) กรมอนามัย จำนวน ๑๐.๖ ล้านบาท ๒) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน ๓,๖๘๗.๖ ล้านบาท ๓) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน ๑๓.๒ ล้านบาท ๔) กรมควบคุมโรค จำนวน ๕๔๑.๑ ล้านบาท

๕) กรมการแพทย์ จำนวน ๒๙.๔ ล้านบาท ๖) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๒,๒๘๒.๑ ล้านบาท และ ๖) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑,๘๒๗ ล้านบาท ซึ่งการเบิกจ่ายภาพรวม คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๖๙

โดยมีปัญหาอุปสรรค คือ ๑. งบประมาณที่ได้รับจัดสรรไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขที่เกิดขึ้นจริง ๒. การหาผู้รับจ้างดำเนินการปรับปรุงห้อง Cohort Ward ค่อนข้างยาก ๓. การตื่นตระหนกของประชาชนในการใช้ชีวิตประจำวันที่แตกต่างไปจากเดิม แนวทางแก้ไข คือ ๑. กระทรวงสาธารณสุขจะเสนอคำของบกลางประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ เพิ่มเติม ๒. จัดลำดับความเร่งด่วนของการจัดหาผู้รับจ้างเพิ่มจากช่องทางจัดซื้อจัดจ้างกรณีพิเศษ การรับบริจาคทั้งจากภาครัฐ/เอกชน ๓. เน้นการสื่อสารที่หลากหลายช่องทาง เพิ่มความถี่และการเข้าถึงตามมาตรการการหยุดเชื้อเพื่อชาติ

การพิจารณาอนุมัติโครงการที่เสนอขอใช้จ่ายเงินกู้ภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้ใช้หลักเกณฑ์การพิจารณาโครงการด้านการแพทย์และสาธารณสุข คือ ความจำเป็นเร่งด่วน ความพร้อมในการดำเนินการ และความคุ้มค่าของโครงการ

ทั้งนี้ คณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติโครงการที่เสนอขอใช้จ่ายเงินกู้ภายใต้พระราชกำหนดฯ ตามที่คณะกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้เสนอในส่วนแผนงานหรือโครงการที่มีวัตถุประสงค์ทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน ๕ โครงการ วงเงินรวม ๒,๕๕๕.๔๙๖๒ ล้านบาท คงเหลือกรอบวงเงินกู้ ๔๒,๔๔๔.๕๐๓๘ ล้านบาท และยังมีโครงการที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้แล้ว แต่คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นควรให้ใช้จ่ายจากงบกลาง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๒ โครงการ วงเงินรวม ๔,๖๒๒.๓๑๙๕ ล้านบาท ปัจจุบันยังมีโครงการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่อยู่ระหว่างการพิจารณาปรับปรุงข้อมูล ทั้งสิ้น ๗๓ โครงการ วงเงิน ๓๗,๑๐๘.๙๘๒๙ ล้านบาท

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ดังนี้

๑. ควรมีการใช้จ่ายงบประมาณจากพระราชกำหนดเงินกู้ฯ อย่างประหยัดและคุ้มค่า เนื่องจากหากมีการระบาดระลอกที่ ๒ ควรมีการบริหารจัดการจากงบประมาณที่ยังไม่ได้มีแผนงานโครงการดังกล่าว จำนวน ๕,๐๐๐ ล้านบาท และควรดำเนินการให้ได้รับจัดสรรไปในทุกพื้นที่และทุกหน่วยงานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน

๒. กระทรวงสาธารณสุข ควรเร่งพิจารณาและทบทวนแผนงาน โครงการโดยจัดลำดับความสำคัญของแผนงาน โครงการที่จำเป็นเร่งด่วน และต้องใช้ระยะเวลาดำเนินการ และไม่ควรใช้แนวคิดการแก้ไขปัญหาว่า หากมีการระบาดสามารถใช้งบกลางได้ เนื่องจากงบประมาณมีจำกัด

๓. ควรมีการจัดทำห้องเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสำหรับบุคลากร เช่น ห้องทันตกรรมในโรงพยาบาล โดยจะต้องมีเครื่องดูดเพื่อป้องกันการกระจายเชื้อ โดยพิจารณาในหลักการที่ไม่ว่าจะมีผู้ป่วยในปัจจุบันหรือไม่ก็ตาม เนื่องจากเป็นความจำเป็นที่จะต้องเตรียมการป้องกัน โดยที่งบประมาณอาจอยู่ที่ประมาณ ๕ ล้านบาท เนื่องจากมีโรงพยาบาลบางแห่งดำเนินการแล้วจากเงินบริจาคของประชาชนและภาคเอกชน ทั้งนี้ การอนุมัติงบประมาณจะต้องพิจารณาเผื่อระยะเวลาที่จะต้องมีการจัดซื้อจัดจ้างอีกอย่างน้อย ๖ เดือน และควรพิจารณาถึงความจำเป็นของห้องแล็บอื่น ๆ รวมถึงการสร้างโรงพยาบาลสนามที่ต้องเตรียมความพร้อมด้วย

๔. สภาพัฒน์ฯ และกระทรวงสาธารณสุข ควรเร่งดำเนินการเตรียมเพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดที่อาจเกิดขึ้น และเพื่อป้องกันและสร้างความมั่นใจกับให้กับนักท่องเที่ยว เพื่อส่งผลการฟื้นฟูเศรษฐกิจของประเทศจากการท่องเที่ยว นอกจากนี้ ควรมีการพิจารณาการตรวจคัดกรองที่รวดเร็ว เพื่อให้สามารถเข้ารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที เพื่อลดการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว โดยอาจพิจารณาวิธีการตรวจลักษณะเช่นเดียวกับการตรวจการตั้งครรภ์ที่สามารถทราบผลเบื้องต้นได้ทันที

๕. การจัดทำห้องความดันลบ และ Cohort ward โรงพยาบาลบางส่วนมีงบประมาณในการสร้างจากการบริจาค แต่การก่อสร้างมีความล่าช้า เนื่องจากไม่มีแบบมาตรฐานกลางให้กับทุกโรงพยาบาล ดังนั้น แม้ว่าจะมีงบประมาณก็ยังไม่สามารถสร้างได้ทันที เนื่องจากจะต้องมีการออกแบบ จึงควรมีการจัดทำมาตรฐานกลางสำหรับการจัดสร้างห้องดังกล่าว

๖. ควรมีการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงการป้องกันตนเองจากการแพร่ระบาดของเชื้อ โดยเฉพาะกลุ่มประชาชนและเยาวชนที่ประท้วง ซึ่งเกิดขึ้นในหลายพื้นที่พร้อมกัน และหากมีการติดเชื้อจะสามารถแพร่กระจายได้ง่าย และการติดตามสอบสวนโรค รวมถึงการติดตามผู้สัมผัสกลุ่มเสี่ยงทำได้ยาก เนื่องจากประชาชนมารวมตัวกันโดยที่ไม่รู้จักกัน จึงยากต่อการติดตามสอบสวนโรค

๗. ควรมีการพิจารณาการใช้งบประมาณเพื่อการป้องกันการแพร่ระบาดอย่างเข้มข้น ซึ่งรวมถึงพื้นที่ชายแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่มีพื้นที่ติดต่อกัน โดยเฉพาะเมียนม่าที่มีการแพร่ระบาดรุนแรงอยู่ในปัจจุบัน ทั้งนี้ประเทศไทยอาจเข้าไปช่วยเหลือในส่วนที่จะสามารถป้องกันการแพร่เชื้อได้ เช่น การแจกหน้ากากอนามัยในพื้นที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศไทย

<u>ประเด็นการพิจารณา</u> พิจารณาความคืบหน้าการวิจัยและพัฒนาวัคซีนเพื่อป้องกันโรคโควิด ๑๙ การจองซื้อวัคซีน รวมทั้งการจัดซื้อจัดหาวัคซีนเพื่อการสำรองวัคซีนสำหรับใช้ในประเทศไทย

<u>สรุปผลการพิจารณา</u> ประเทศไทยได้กำหนดแนวทางดำเนินการเพื่อให้คนไทยเข้าถึงวัคซีนโควิด ๑๙ ไว้ ๓ แนวทาง คือ

๑. การวิจัยพัฒนาวัคซีนในประเทศ ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการพัฒนากว่า ๒๐ ชนิดวัคซีน ใน ๖ รูปแบบ โดยวัคซีนที่มีความก้าวหน้าและอยู่ระหว่างการทดลองในสัตว์ทดลอง ได้แก่ วัคซีนที่วิจัยพัฒนาโดยศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางวิจัยและพัฒนาวัคซีน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ เป็นวัคซีนชนิด mRNA บริษัทไบเอเนท-เอชีย จำกัด เป็นวัคซีนชนิด DNA และบริษัทใบยาโตฟาร์ม จำกัด เป็นวัคซีน recombinant ในพืช

๒. การทำความร่วมมือกับต่างประเทศ อยู่ระหว่างการเจรจาเพื่อขอรับการถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิตวัคซีนจากบริษัทชั้นนำที่กำลังทดสอบวัคซีนในระยะที่ ๓ โดยมหาวิทยาลัยอ๊อกซฟอร์ด ประเทศอังกฤษ และบริษัท แอสตร้าเซนเนก้า ได้ลงนาม MOU เป็นข้อตกลงว่า บริษัทแอสตร้าเซนเนก้า จะมอบวัคซีนตัวอย่างที่ได้รับการรับรองแล้ว ถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิตวัคซีน ให้กับบริษัทสยามไบโอไซเอนซ์ สำหรับผลิตใช้ภายในประเทศ และยังได้ให้สิทธิประเทศไทยในการจัดจำหน่ายวัคซีนให้แก่ประเทศในกลุ่มอาเซียน

๓. การจัดซื้อจัดหาวัคซีนจากต่างประเทศ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การจัดหาวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) ในกรณีมีเหตุฉุกเฉินหรือเหตุจำเป็น พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยประเทศไทยเข้าร่วมโครงการ COVAX ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นตัวกลางเพื่อความเท่าเทียมกันทุกประเทศในการเข้าถึงวัคซีน โดยประเทศไทยได้ทำการจองซื้อล่วงหน้าไว้ ร้อยละ ๒๐ จากประชากรในประเทศ ซึ่งหากวัคซีนได้ผลและมีประสิทธิภาพจะได้ดำเนินการจัดหาเพิ่มเติมต่อไป

ทั้งนี้ บริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด มีความพร้อมในการผลิตวัคซีน และมีกำลังการผลิตเพียงพอ สามารถผลิตวัคซีนได้ ๒๐๐ ล้านโดส ต่อปี หรือเดือนละ ๑๖ – ๑๘ ล้านโดส ซึ่งคาดว่าภายใน ๑ ปี จะสามารถผลิตเพื่อใช้กับประชาชนภายในประเทศได้ทุกคน

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ดังนี้

๑. การจัดซื้อจัดหาหรือการจองซื้อวัคซีนโควิด ๑๙ ล่วงหน้า กระทรวงการสาธารณสุข และสถาบันวัคซีนแห่งชาติ ในฐานะหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง ควรดำเนินการจัดทำหนังสือขอความคิดเห็นจากสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาให้มีความเห็นทางกฎหมาย และสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ต่อกรณีดังกล่าวเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้เกิดความรอบคอบทางกฎหมายมากที่สุด และไม่ควรดำเนินการในลักษณะที่เป็นการหารือแบบไม่เป็นทางการกับหน่วยงานดังกล่าว ทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปอย่างรอบคอบมากที่สุดในทุกขั้นตอน โดยเฉพาะสัญญาการจัดซื้อจัดหา ควรให้ตัวแทนจากสำนักงานอัยการเข้ามามีส่วนร่วมในการตรวจสอบสัญญาด้วย

๒. การจัดซื้อจัดหาหรือการจองซื้อวัคซีนโควิด ๑๙ ตามเกณฑ์ร้อยละ ๕๐ ของประชากรทั้งหมด น่าจะเป็นเกณฑ์การจัดซื้อจัดหาขั้นต่ำ แต่การจัดซื้อจัดควรกำหนดเกณฑ์การฉีดวัคซีนให้แก่ประชากรอย่างน้อยร้อยละ ๖๐ ของประชากรทั้งหมด เพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่ (herd immunity) หรือหากเป็นไปได้ควรดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙ ให้ได้จำนวนร้อยละ ๑๐๐ เหมือนแนวทางการป้องกันโรคโควิด ๑๙ ของประเทศญี่ปุ่น ทั้งนี้ ไม่ต้องการให้หน่วยงานมีข้อห่วงกังวลเกี่ยวกับงบประมาณในการจัดซื้อจัดหา เพราะเมื่อเปรียบเทียบกับรายได้จากภาคการท่องเที่ยวของประเทศไทย จากนักท่องเที่ยวกว่า ๓๘ ล้านคน มูลค่ากว่า ๒ ล้านล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๒ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) เมื่อปี ๒๕๖๒ ก็อาจจะมีความคุ้มค่าในการจัดซื้อจัดหาวัคซีนเมื่อเปิดประเทศและสามารถให้บริการการท่องเที่ยวได้ตามปกติ นอกจากนี้ หากดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙ ได้ไม่ครบทุกคน อาจจะถูกหยิบยกมาเป็นประเด็นทางการเมืองจากกลุ่มผู้เห็นต่างจากรัฐและผู้ชุมนุมได้

๓. กรณีการจัดซื้อจัดหาวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙ มีความเสี่ยงที่อาจจะซ้ำรอยการใช้จ่ายงบประมาณของรัฐบาลที่ไม่มีความคุ้มค่าเหมือนกรณีอื่น ๆ หรือไม่ ซึ่งประเด็นดังกล่าวนี้อาจถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นประเด็นทางการเมืองเพื่อใช้ลดความน่าเชื่อถือของรัฐบาลได้

๔. ข้อมูลเชิงลึกจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งเข้าให้ข้อมูลต่อคณะกรรมาธิการมีความสำคัญต่อการป้องกันและยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ เป็นอย่างยิ่ง เช่น งบประมาณการจองซื้อที่ได้รับการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรี (ครม.) มีไว้สำหรับการจัดหาจัดเตรียมวัตถุดิบในการผลิตจำนวนมาก เพื่อไม่ให้เกิดการขาดแคลน และไม่เคยมีกรณีใดที่รัฐบาลจัดสรรงบประมาณให้บริษัทเอกชนต่างประเทศ แล้วมาจ้างบริษัทเอกชนในประเทศผลิตวัคซีนให้ประชาชนในประเทศ ดังนั้น การดำเนินการจำเป็นจะต้องมีความรอบคอบทางด้านกฎหมาย

๕. สำหรับแนวทางการวิจัยและพัฒนาหรือการจัดซื้อจัดหาวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙ มีความเห็นว่า ไม่ควรทุ่มทรัพยากรทั้งหมดไปกับการดำเนินการดังกล่าวแต่เพียงอย่างเดียว เนื่องจากโดยปกติแล้วการวิจัยและพัฒนาวัคซีนจนประสบความสำเร็จได้ มักจะต้องใช้ระยะเวลาประมาณหนึ่ง เนื่องจากยังไม่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคมากพอ

๖. ควรมุ่งเน้นมาตรการเชิงรุกในการตรวจค้นหาแรงงานข้ามชาติที่ไม่ถูกกฎหมาย เพื่อนำไปสู่การกำหนดมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด ๑๙ ในระลอกที่สองต่อไป หากจะมีการระบาดอีกครั้งตามมา โดยเฉพาะจากแรงงามข้ามชาติเหมือนที่ประเทศสิงคโปร์ดำเนินการ เมื่อเกิดการระบาดในระลอกที่สอง

๗. ควรดำเนินการจัดการตรวจหาเชื้อโรคโควิด ๑๙ ให้แก่ สมาชิกรัฐสภา เนื่องจากมีภารกิจในการเดินทางไปศึกษาดูงานภายในประเทศ ซึ่งไม่อาจหลีกเลี่ยงการปฏิสัมพันธ์ต่อประชาชนหรือผู้คนจำนวนมาก จึงน่าจะมีการตรวจหาเชื้อโควิด ๑๙ เพื่อให้ประชาชนมีความมั่นใจมากยิ่งขึ้นต่อทั้งสมาชิกรัฐสภาและผลการตรวจหาเชื้อโควิด ๑๙ ของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในภาพรวม

<u>ประเด็นการพิจารณา</u> ความพร้อมด้านนวัตกรรมโรคโควิด ๑๙ รวมทั้งการวิจัย การพัฒนาคุณภาพและขีดความสามารถด้านนวัตกรรมป้องกันโรคโควิด ๑๙ การผลิตอุปกรณ์ป้องกัน โดยเฉพาะชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) สำหรับการรองรับการระบาดรอบใหม่

<u>สรุปผลการพิจารณา</u> การวิจัยพัฒนาคุณภาพและขีดความสามารถผลิตภัณฑ์ป้องกันโรคโควิด ๑๙ เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์โควิดในอนาคต โดยหน่วยงานต่าง ๆ ได้มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์เพื่อป้องกันโรคโควิด ๑๙ อาทิ การผลิตต้นแบบเครื่องกำเนิดพลาสม่า การสร้างระบบฆ่าเชื้อในอากาศ ห้องแยกโรคและอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้ป่วยในรูปแบบต่าง ๆ การทดสอบเชื้อโรค รวมทั้งการนำไปใช้กับอาสาสมัครในกลุ่มเสี่ยง และถูกกักตัวแบบ RCT การผลิตชุด PPE Level ๓ แบบใช้ซ้ำ การผลิตรถความดันบวก (positive pressure) เป็นรถที่ปลอดเชื้อใช้สำหรับให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าไปตรวจและทำหัตถการผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด ๑๙ พร้อมทั้งมีระบบสื่อสารผ่านไมโครโฟน เพื่อซักถามอาการของผู้ป่วย

การผลิตเครื่อง Air Sterilizer เพื่อยับยั้งเชื้อจุลชีพและไวรัสที่ก่อโรคในอากาศด้วยระบบ Plasma Flame ใช้ในยับยั้งโรคในพื้นที่ปิด อาทิ สถานพยาบาลสถานกักกัน ห้องแยกโรค คลินิก รถพยาบาล เครื่องบิน เป็นต้น Cold Atmosphere Plasma ใช้ในการยับยั้งเชื้อไวรัสโควิด ๑๙ ในโพรงจมูก ช่องปากของผู้ติดเชื้อและผู้มีความเสี่ยง ทำให้ลดความสามารถในการแพร่เชื้อของไวรัส การใช้ Application Alarm เป็นการช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมง สเปรย์พ่นหน้ากาก เป็นการป้องกันไวรัสโควิด ๑๙ และกันฝุ่น $PM_{2.5}$ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันไวรัสและกรองเชื้อโรค ซึ่งเป็นทางเลือกในการใช้หน้ากากผ้าแก่บุคคลทั่วไป เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การผลิตผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์ เพื่อรองรับวิกฤตโรคโควิด ๑๙

ในอนาคตยังคงประสบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการที่ควรได้รับการแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน อาทิ ปัญหาความขาดแคลนห้องปฏิบัติการรับรองผลิตภัณฑ์ในประเทศ ซึ่งควรมีการรวบรวมความต้องการด้านการทดสอบผลิตภัณฑ์ทั้งประเทศและกำหนดแนวทางแก้ไขตามปริมาณความต้องการ โดยภาครัฐให้การสนับสนุนในเรื่องที่มีความต้องการสูงและช่วยในการเจรจาต่อรองกับห้องปฏิบัติการต่างประเทศ เพื่อลดต้นทุนการทดสอบผลิตภัณฑ์ ปัญหาระบบการรับรองและขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ที่ยังไม่มีความพร้อมในการรองรับผลิตภัณฑ์ใหม่ที่เกิดขึ้น ซึ่งต้องพัฒนาองค์กรความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญ อาทิ สภาความร่วมมือด้านผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์แห่งประเทศไทย (MPCT) ให้มีความยั่งยืนและพร้อมที่จะรองรับระบบการรับรองและขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ใหม่ รวมทั้งการจัดตั้งศูนย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการให้คำแนะนำและจัดทำระบบมาตรฐานต่าง ๆ ที่จำเป็น

ปัญหาด้านวัตถุดิบที่นำมาใช้ในการผลิตผลิตภัณฑ์ ซึ่งต้องอาศัยวัตถุดิบ เครื่องมือ และเครื่องจักรจากต่างประเทศ เพื่อการผลิตและทดสอบมาตรฐาน ซึ่งควรได้รับการสนับสนุนให้เกิดการลงทุนด้านโรงงานผลิตวัตถุดิบ เครื่องมือและเครื่องจักรที่จำเป็นสำหรับอุตสาหกรรมการแพทย์มากขึ้น โดยการกำหนดเป้าหมายและลำดับการลงทุนในห่วงโซ่การผลิตให้ชัดเจน เพื่อให้สามารถพัฒนาห่วงโซ่การผลิตได้อย่างสมบูรณ์ รวมทั้งการจัดตั้งศูนย์ที่มีผู้เชี่ยวชาญรับผิดชอบดูแลการให้คำแนะนำด้านการผลิตและเทคโนโลยีในการผลิตเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และการเจรจากับต่างประเทศ เพื่อพัฒนาอุตสาหกรรมการผลิตในประเทศ

นอกจากนั้น ควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนและพัฒนาต่อยอดนวัตกรรมไทย เพื่อสร้างมาตรฐานการทดสอบและการนำไปใช้ของนวัตกรรมใหม่ในการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ รวมทั้งการสนับสนุนเครื่องมือและพัฒนา Lab ในประเทศเพื่อใช้ในการทดสอบนวัตกรรมใหม่ ยกระดับให้เป็นศูนย์ทดสอบมาตรฐานผลิตภัณฑ์ และนวัตกรรมด้านโควิดที่ได้รับการยอมรับของภูมิภาคและของโลกต่อไป

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ดังนี้

๑. การวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมโควิด ๑๙ ของกระทรวงอุตสาหกรรม และกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) ที่ผ่านมามีปัญหาด้านการประชาสัมพันธ์ จึงทำให้สังคมไม่พบความก้าวหน้า

๒. ควรสนับสนุนและผลักดันนวัตกรรมเกี่ยวกับพลาสมาที่มีประสิทธิภาพในการยับยั้งการแพร่ระบาดของโรค SARs และโรค MERs ซึ่งสามารถนำประยุกต์ใช้ในการยับยั้งการระบาดของโรคโควิด ๑๙ ภาคเอกชนจึงควรนำแนวคิดดังกล่าวไปเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณในการป้องกันและยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙

๓. หากทำการวิเคราะห์ด้วยเครื่องมือ SWOT Analysis จะพบว่า ประเทศไทยมีผลงานการป้องกันโรคโควิด ๑๙ ได้เป็นอย่างดี หากได้รับการสนับสนุนด้านการวิจัยและพัฒนาก็จะยิ่งส่งผลให้ประเทศไทยมีความก้าวหน้าด้านการสาธารณสุข ดังนั้น จึงเป็นโอกาสของประเทศไทย

๔. การริเริ่มจัดตั้งหน่วยงาน TCELS มีจุดประสงค์เพื่อให้เกิดการวิจัยและพัฒนาแอปพลิเคชั่น ดังที่ TCELS กำลังดำเนินการ จึงอยากให้ TCELS จัดทำคู่มือเพื่อกำหนดมาตรฐานในการพัฒนาอุตสาหกรรมเกี่ยวกับอุปกรณ์ป้องกันและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น พลาสมา โดยการทดลองนำไปติดตั้งบนเครื่องบินเป็นเวลา ๑๐ ชั่วโมง เพื่อพิสูจน์ว่า สามารถยับยั้งการกระจายของโรคโควิด ๑๙ ได้หรือไม่ ซึ่งเราจะได้ฐานข้อมูลจากประสบการณ์ (Experiment Data) ขนาดใหญ่ และสามารถต่อยอดได้โดยการนำไปติดตั้งในร้านอาหาร หรือโรงภาพยนตร์ ก็จะช่วยทำให้ได้รับความเชื่อมั่น ดังนั้น TCELS จึงควรกำหนดบทบาทในฐานะผู้ประสานเพื่อให้เกิดการทดลองดังกล่าว

๕. การกำหนดมาตรฐานของต่างประเทศ ในแง่มุมหนึ่ง คือ การกีดกันทางการค้า เนื่องจากในเชิงพาณิชย์การส่งออกสินค้าต่าง ๆ ต้องเป็นไปตามมาตรฐานของสหภาพยุโรปที่กำหนดไว้ค่อนข้างสูง ซึ่งเป็นปัญหาที่ภาครัฐจะต้องดำเนินการแก้ไข

๖. เชื่อมั่นว่าการศึกษาวิจัยโดย TCELS จะช่วยสร้างความก้าวหน้าให้ประเทศไทยได้ ทั้งในด้านการศึกษาวิจัยที่ได้รับการอุดหนุนงบประมาณ และการสร้างรูปแบบทางธุรกิจ (Business Model)

๗. ควรทบทวนหน้าที่และอำนาจในการรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ที่มีอย่างกว้างขวาง เนื่องจากพบว่า เกี่ยวข้องไปถึงการรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวกับสิ่งทอด้วย ซึ่งน่าเสียดายว่า บางผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงด้านสาธารณสุขยังติดขัดกับหน่วยงานของภาครัฐที่ขาดการประสานและเชื่อมโยงการทำงานระหว่างกัน

๘. การตรวจรับรองมาตรฐานของ อย. กรณีการนำเข้าหน้ากากอนามัยจากประเทศจีน โดยให้ผู้นำเข้าหรือบริษัทผู้ผลิตดำเนินการตรวจรับรองมาตรฐานของตนเอง ก่อนที่ อย. จะให้การรับรองเมื่อนำเข้ามาในประเทศไทย เนื่องจากภาระหน้าที่ของ อย. มีปริมาณมาก ไม่น่าจะใช่การดำเนินการที่ถูกต้อง ประเทศไทยควรมีการตรวจรับรองมาตรฐานได้ด้วยตนเอง หน้าที่และอำนาจของ อย. ดำเนินการภายใต้กฎหมายในลักษณะของการควบคุมและลงโทษ แต่ไม่มีกฎหมายในด้านการส่งเสริม ซึ่งประเทศไทยควรจะมี

กฎหมายที่ส่งเสริมภาคเอกชนให้มีขีดความสามารถในการวิจัยและการพัฒนาเครื่องมือแพทย์ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการส่งออกไปขายยังตลาดโลกได้

๙. บริษัท Astrazeneca ที่ร่วมมือกับบริษัทสยามไบโอไซน์เอนซ์ จำกัด นั้น ไม่ได้ผลิตวัคซีนแต่ผลิตยา แต่เนื่องจากการผลิตยาได้รับมาตรฐานโลก ทางมหาวิทยาลัยอ๊อกซฟอร์ด จึงเล็งเห็นว่า มาตรฐานโลกดังกล่าวสามารถปรับสายการผลิตจากยามาเป็นการผลิตวัคซีนได้ จึงสามารถลงนามกับบริษัท สยามไบโอไซน์เอนซ์ จำกัด เพื่อเป็นแหล่งในการผลิตวัคซีนของ Astrazeneca ได้ ดังนั้น การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมต่าง ๆ เช่น พลาสมา ก็จำเป็นจะต้องมีแหล่งตรวจมาตรฐานที่สถาบันระดับโลกรับรองการจะดำเนินการสร้างหน่วยงานเพื่อกำหนดมาตรฐานในระยะสั้นนั้นเป็นไปไม่ได้ แต่หากจะส่งผลิตภัณฑ์ไปขอรับการรับรองมาตรฐานจากสหรัฐอเมริกาหรือสหภาพยุโรปก็อาจจะใช้งบประมาณจำนวนมากจนทำให้เอกชนไม่อาจลงทุนได้ ดังนั้น หากหน่วยงานของรัฐจะใช้สถาบันในการตรวจรับรองมาตรฐานเดิมที่มีอยู่มาปรับให้เป็นการรับรองมาตรฐานระดับโลกอาจจะทำได้ เพราะรัฐมีทรัพยากรต่าง ๆ

๑๐. เห็นด้วยกับข้อเสนอเกี่ยวกับการรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์ หากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับรับรองมาตรฐาน เช่น อย. ไม่เพียงพอ จะเป็นไปได้หรือไม่ว่า ภาคเอกชนจะช่วยกันสมทบงบประมาณและบุคลากรในการผลักดันสถาบันหรือหน่วยงานเพื่อเป็นห้องปฏิบัติการในการตรวจสอบมาตรฐาน เนื่องจากภาคเอกชนก็จะได้ประโยชน์ในส่วนนี้ด้วย เพราะหากรองบประมาณจากภาครัฐอย่างเดียวอาจมีความล่าช้าหรือไม่เพียงพอ หากมีสถาบันกลางขึ้นมาจากความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในเรื่องของงบประมาณ ผลงาน และบุคลากร คาดว่า จะเป็นการลงทุนที่ยั่งยืน สำหรับการรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์เพื่อส่งออกไปยังต่างประเทศ

๑๑. สถาบันทดสอบมาตรฐานต่าง ๆ ตลอดจนความยั่งยืนของโครงการวิจัยและพัฒนาต้องคำนึงเชิงพาณิชย์ สถาบัน AO Research Institute ของประเทศสวิตเซอร์แลนด์ มีการรวบรวมทีมแพทย์ วิศวกร นักวัสดุ ฝ่ายผลิต เพื่อดำเนินการค้นคว้าทดลองเครื่องมือที่นำไปใช้ในการผ่าตัดสำหรับแพทย์ศัลยกรรมกระดูกทั่วโลก

<u>ประเด็นการพิจารณา</u> พิจารณาศึกษาสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ รอบใหม่ โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร พร้อมทั้งมาตรการและแนวทางการดำเนินการเพื่อป้องกันและยับยั้งการแพร่ระบาด

<u>สรุปผลการพิจารณา</u>

สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

แผนการปฏิบัติการป้องกันและเฝ้าระวังการระบาดโรคโควิด ๑๙ ในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร ได้มีการมาตรการเฝ้าระวังเชิงรุก (Active Surveillance) เป็นระยะเวลา ๒ สัปดาห์ด้วยการลงพื้นที่ตรวจหาเชื้อในพื้นที่เสี่ยง ๕ เป้าหมาย ได้แก่ ๑) โรงงานขนาดใหญ่ที่มีแรงงานจำนวนมากกว่า ๕๐๐ คน ๒) โรงงานขนาดกลางที่มีแรงงานจำนวน ๒๐๐ - ๕๐๐ คน ๓) โรงงานขนาดเล็กที่มีแรงงานจำนวนน้อยกว่า ๒๐๐ คน ๔) ตลาดสด และ ๕) ชุมชน ซึ่งหากพื้นที่เสี่ยงใดพบการติดเชื้อจำนวนร้อยละ ๑๐ ขึ้นไป จึงจะดำเนินการตรวจหาเชื้อบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

กรมควบคุมโรค

ภาพรวมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ จำเป็นต้องระดมสรรพกำลังทุกภาคส่วนในการแก้ไขปัญหา ซึ่งกรมควบคุมโรคได้มีเป้าหมายในการป้องกันการแพร่ระบาดโรคโควิด ๑๙ คือ การเสียชีวิตของผู้ที่ติดเชื้อดังกล่าวต้องไม่เกินร้อยละ ๐.๑๑ ของผู้ป่วยทั้งหมดในประเทศไทย ซึ่งจะพบว่า จุดระบาดใหญ่ (Super-spreading) เกิดขึ้นใน ๖ พื้นที่ คือ จังหวัดสมุทรสาคร และจังหวัดระยอง ส่งผลให้การระบาดระลอกใหม่กระจุกตัวอยู่ในพื้นที่ ๗ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสมุทรสาครกรุงเทพมหานคร จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดนนทบุรี จังหวัดระยอง จังหวัดชลบุรี และจังหวัดจันทบุรีซึ่งมีจำนวนผู้ติดเชื้อคิดเป็นร้อยละ ๙๕ ของทั้งประเทศ

ศาสตราจารย์ยง ภู่วรวรรณ หัวหน้าศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านไวรัสวิทยาคลินิกภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ให้ข้อมูล

การระบาดระลอกใหม่ในประเทศไทยเกิดจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ที่แพร่ระบาดมาจากประเทศอินเดีย ผ่านประเทศพม่าเข้าสู่ประเทศไทยในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ก่อนระบาดเข้าสู่พื้นที่จังหวัดสมุทสาคร ซึ่งแตกต่างจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ สายพันธุ์ประเทศอังกฤษที่มีความรุนแรงที่ตรวจพบในสถานที่กักกันของรัฐ (State Quarantine) จึงมีการดำเนินการมาตรการให้กักกันเพื่อเฝ้าระวังการแพร่ระบาดเป็นระยะเวลานานกว่าปกติเพื่อเฝ้าระวังไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดในประเทศไทย

สำหรับการจัดหาและพัฒนาวัคซีนเพื่อป้องกันโรคโควิด ๑๙ นั้น จำเป็นจะต้องคำนึงถึงคุณลักษณะในอุดมคติ ๖ ข้อ คือ ๑) อาการข้างเคียงต่ำ ๒) ประสิทธิภาพสูง ๓) ราคาถูก ๔) รับเพียงครั้งเดียวสามารถป้องกันโรคได้ตลอดชีวิต ๕) สามารถเก็บที่อุณหภูมิห้องได้โดยไม่ต้องใช้ความเย็น และ ๖) ต้องเป็นที่ยอมรับ ทั้งนี้จากการจัดทำแบบสอบถามและดำเนินการสำรวจด้วยตนเองผ่านการส่งต่อไปยังผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) จำนวน ๓๓,๑๐๖ คน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามเกินร้อยละ ๘- พร้อมรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙ โดยไม่มีค่าใช้จ่ายและจะมีความเชื่อถือวัคซีนที่มาจากผู้ผลิตในประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ และไทย มากกว่าประเทศจีนและรัสเซีย

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ดังนี้

ภาพรวมการบริหารจัดการป้องกันการแพร่ระบาดโรคโควิด ๑๙ ที่ยังพบว่า มีอุปสรรคในการดำเนินการตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ทั้งในเชิงโครงสร้างและการจัดสรรงบประมาณ ซึ่งวุฒิสภาในฐานะฝ่ายนิติบัญญัติที่มีหน้าที่และอำนาจการติดตามเร่งรัดและเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ควรมีการดำเนินการให้ข้อคิดเห็นต่อร่างแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติโรคติดต่อ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ที่อยู่ระหว่างการพิจารณาในชั้นของคณะกรรมการกฤษฎีกาเพื่อให้การกำหนดมาตรการและแนวทางการป้องกันโรคระบาดของประเทศไทยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ ขอชื่นชมการปฏิบัติหน้าที่เฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดโรคโควิด ๑๙ ระลอกใหม่ของบุคลากรด้านสาธารณสุขในจังหวัดสมุทรสาครที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นด่านหน้าในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นอย่างดียิ่ง

หลังจากที่มีการระบาดเป็นกลุ่มก้อนระลอกที่สองในประเทศไทยซึ่งเกิดขึ้นเมื่อวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๓ ที่ตลาดกลางค้ากุ้งมหาชัย จังหวัดสมุทรสาคร จนนำมาซึ่งการระบาดเป็นการติดเชื้อภายในประเทศเป็นลำดับมา จากการวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะกลุ่มผู้ติดเชื้อในประเทศ ซึ่งมีความสำคัญในการพิจารณาการระบาดครั้งนี้มากกว่าการติดเชื้อในกลุ่มแรงงานต่างด้าว ซึ่งติดเชื้ออยู่ก่อนแล้วนั้น จะเห็นได้ว่า

- ในสัปดาห์ที่หนึ่งของการติดเชื้อ (ระหว่างวันที่ ๑๘ – ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๓) มีผู้ติดเชื้อภายในประเทศเพียง ๑๐๑ คน
- ในสัปดาห์ที่สอง (ระหว่างวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๓) ได้เพิ่มขึ้นเป็น ๗๔๑ คน

- ในสัปดาห์ที่สาม (ระหว่างวันที่ ๑ – ๗ มกราคม ๒๕๖๔) เพิ่มขึ้นเป็น ๑,๓๘๕ คน

- ในสัปดาห์นี้ชะลอตัวเมื่อครบสัปดาห์ แต่มีลักษณะเริ่มคงตัว และเมื่อรัฐบาลได้ประกาศควบคุมโรคโควิด ๑๙ ภายใต้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน ให้มีผลในวันจันทร์ที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๔ การจะทราบว่ามาตรการดังกล่าว มีผลในการควบคุมการระบาดได้มากน้อยเพียงใด จะต้องใช้เวลา ๗ – ๑๔ วัน (ตามระยะเวลาการฟักตัวของเชื้อไวรัส) หลังมาตรการกำหนด ซึ่งจะต้องดูตัวเลขผู้ติดเชื้อรายใหม่ภายในประเทศ ในช่วงวันที่ ๑๑ – ๑๘ มกราคม ๒๕๖๔ ซึ่งขณะนี้ตัวเลขช่วงวันที่ ๑๑ – ๑๓ มกราคม ๒๕๖๔ ต้องถือว่าไม่เพิ่มขึ้น แต่ก็ยังไม่ลดลง

จึงกล่าวได้ว่า มาตรการดังกล่าวสามารถยับยั้งการเพิ่มขึ้นได้ แต่ยังไม่สามารถลดจำนวนผู้ติดเชื้อลงได้เช่นกัน จึงจำเป็นที่จะต้องติดตามสถานการณ์ต่อไปอย่างใกล้ชิด ว่าจะต้องออกมาตรการเพิ่มขึ้นหรือผ่อนคลายมาตรการในอนาคตต่อไปอย่างไร

สำหรับความเห็นเกี่ยวกับการประชุมของสมาชิกวุฒิสภา เนื่องจากสมาชิกวุฒิสภา มีภูมิลำเนามาจากหลากหลายจังหวัด และมีอายุเฉลี่ยค่อนข้างสูง ประกอบกับมีโรคประจำตัวตามวัย จึงถือเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จะมีอาการรุนแรงได้เมื่อมีการติดเชื้อ จึงควรพิจารณา ดังนี้

ประการที่หนึ่ง ควรรอดูผลผู้ติดเชื้อใหม่ภายในประเทศ ในช่วงสัปดาห์วันที่ ๑๑ – ๑๘ มกราคม ๒๕๖๔ ให้เรียบร้อยเสียก่อน แล้วจึงพิจารณากำหนดทิศทางต่อไปได้

ประการที่สอง หลังจากนั้น เมื่อมีความจำเป็น หรือมีความเหมาะสมที่จะประชุมวุฒิสภาได้ ควรดำเนินการ ดังต่อไปนี้

๑) ในการประชุมใหญ่วุฒิสภา ควรจัดให้สมาชิกนั่งห่างกันอย่างน้อย ๒ เมตร และใส่หน้ากากอนามัยไว้ตลอดเวลา แม้กระทั่งในระหว่างการอภิปราย เนื่องจากฝอยละอองจากการอภิปราย สามารถแพร่ไปได้ไกลกว่า ๒ เมตร หากอยู่ในห้องซึ่งเป็นระบบปิด

๒) ห้องอาหาร ควรกลับไปใช้มาตรการเข้มงวดของรอบที่หนึ่ง คือ จัดรอบการรับประทานอาหารรอบละ ๓๐ นาที โดยแบ่งเป็นสามรอบ และแนะนำให้สมาชิกนั่งทานอาหารตรงโต๊ะที่มีการจัดฉากกั้นแผ่นใสไว้ ไม่ควรไปนั่งทานรวมกลุ่มกัน ตลอดจนดูแลความสะอาดของช้อนส้อม และบุคลากรที่มาทำอาหาร ตักอาหาร และเสิร์ฟอาหาร

๓) ห้องน้ำ เนื่องจากมีรายงานชัดเจนว่า มีผู้ติดเชื้อและตรวจพบเชื้อไวรัสที่อุปกรณ์ห้องน้ำต่าง ๆ เป็นจำนวนที่ชัดเจนในการระบาดรอบนี้ จึงควรเน้นย้ำสมาชิกวุฒิสภาทุกท่าน ให้ล้างมือก่อนออกจากห้องน้ำทุกราย และควรให้เจ้าหน้าที่เข้าไปทำความสะอาดห้องน้ำทุก ๑๕ – ๓๐ นาที

๔) ควรทำการตรวจเชิงรุกเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัสในผู้ที่เกี่ยวข้องกับรัฐสภา อันประกอบด้วยบุคลากรของสำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย

๕) ควรตรวจเชิงรุกกับแรงงานที่มาก่อสร้างอาคารรัฐสภาด้วย

ทั้งนี้ การดำเนินการดังกล่าว จะส่งผลให้สมาชิกวุฒิสภาสามารถปฏิบัติหน้าที่ต่อไปได้ โดยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่ำ จากข้อมูลดังกล่าว ประธานคณะกรรมาธิการ จะได้นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะดังกล่าว เสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมาธิการวิสามัญกิจการวุฒิสภา เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

<u>ประเด็นการพิจารณา</u> พิจารณาศึกษาและติดตามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานต่อการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ ในประเด็น ดังนี้

๑) การตรวจหาเชื้อโควิด ๑๙ ที่ใช้ในปัจจุบัน การพัฒนาการตรวจหาเชื้อด้วยวิธีการต่าง ๆ และการพัฒนาชุดตรวจ COVID-๑๙ คุณภาพและความแม่นยำของชุดตรวจ ข้อจำกัดของชุดตรวจ Rapid Test

๒) การพัฒนา Application "หมอชนะ" อำนาจและหน้าที่ขอหน่วยงานที่รับผิดชอบ Application ดังกล่าว รูปแบบการดำเนินงานของ Application "หมอชนะ" เช่น การบันทึกข้อมูล การระบุตำแหน่ง การตรวจสอบความเสี่ยงของผู้ใช้งาน เป็นต้น รวมทั้งความปลอดภัยและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลจากการใช้ Application ดังกล่าว ปัญหาอุปสรรค ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนแนวทางการพัฒนา Application ในระยะต่อไป

<u>สรุปผลการพิจารณา</u> การตรวจหาเชื้อโควิด ๑๙ ที่ใช้ในปัจจุบัน การพัฒนาการตรวจหาเชื้อด้วยวิธีการต่าง ๆ และการพัฒนาชุดตรวจ COVID-19 คุณภาพและความแม่นยำของชุดตรวจ ข้อจำกัดของชุดตรวจ Rapid Test

กรมควบคุมโรค

การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Active case finding) ในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาครเมื่อเดือนมกราคม ๒๕๖๔ ภาพรวมการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกประมาณร้อยละ ๕ เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่า มีการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในโรงงานขนาดใหญ่ที่มีคนงานตั้งแต่ ๕๐๐ คนขึ้นไป พบผู้ติดเชื้อ ร้อยละ ๑๓ ส่วนพื้นที่อื่นในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร อาทิ แหล่งชุมชน ตลาด พบผู้ติดเชื้อประมาณร้อยละ ๐.๑ – ๐.๓ จึงทำให้ภาพรวมจังหวัดสมุทรสาครในการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Active case finding) เมื่อวันที่ ๒๕ – วันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๔ มีการตรวจหาเชื้อ จำนวน ๕๔,๗๕๐ ตัวอย่าง และตรวจพบผู้เชื้อจำนวน ๓,๑๐๐ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๕.๖

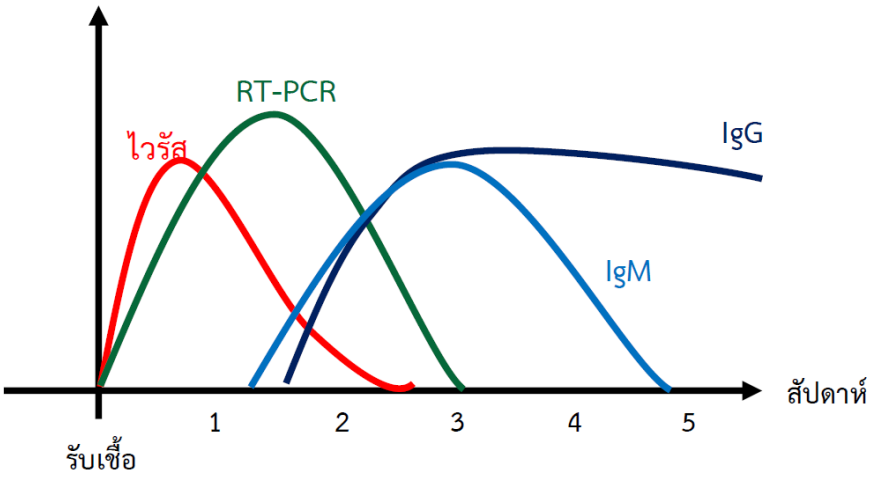
การดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาครเป็นการดำเนินงานเชิงรุก ขณะนี้มีเป้าหมายในการเรียกตรวจหาผู้ติดเชื้อทุกวัน ๆ ละประมาณ ๑๐,๐๐๐ ราย ในจำนวนนี้พบผู้ติดเชื้อที่เป็นคนต่างด้าวประมาณ ๖๐๐ – ๗๐๐ ราย และเป็นการติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการมาก ร้อยละ ๙.๕ ที่ผ่านมาผู้ติดเชื้อที่เป็นคนต่างด้าวมีการใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน ๑ ราย และเสียชีวิต จำนวน ๑ ราย ซึ่งผู้เสียชีวิตเป็นผู้ที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย จึงไม่ได้เสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคโควิดโดยตรง

เป้าหมายการดำเนินงานของกรมควบคุมโรคมุ่งที่การค้นหาผู้ติดเชื้อ เพื่อนำมาสู่การรักษา กรณีพบผู้ติดเชื้อจะดำเนินการกักกันโรค เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไปยังบุคคลอื่น ส่วนยุทธศาสตร์การดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาครจะแบ่งพื้นที่ออกเป็น ๓ ส่วน คือ ๑) พื้นที่อำเภอเมือง ซึ่งมีโรงงานจำนวนมาก ใช้กลยุทธ์ที่เรียกว่า “ทะลายรังปลวก” โดยดำเนินการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ให้ดีมากที่สุด มาตรการหลัก คือ การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Active case finding) ร้อยละ ๑๐๐ ในพื้นที่เสี่ยง การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Active case finding) ร้อยละ ๑๐๐ ในตำบลพื้นที่เสี่ยง การจัดหาพื้นที่ Quarantine กักกันกลุ่ม High Risk Contact การลดการเคลื่อนที่ของประชาชนในตำบลเสี่ยง และการประชาสัมพันธ์มาตรการการป้องกันทุกวันโดยท้องถิ่น ๒) พื้นที่อำเภอกระทุ่มแบน ใช้กลยุทธ์ที่เรียกว่า “ยึดพื้นที่คืน” เนื่องจากในพื้นที่มีโรงงานจำนวนไม่มาก และพบผู้ติดเชื้อน้อยกว่าพื้นที่อำเภอเมือง โดยใช้มาตรการหลักเช่นเดียวกับอำเภอเมือง และ ๓) พื้นที่อำเภอบ้านแพ้ว ใช้กลยุทธ์ที่เรียกว่า “ปกป้อง” เนื่องจากเป็นพื้นที่ค่อนข้างปลอดภัยจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

การติดเชื้อและการตรวจของไวรัส Covid 19

กราฟแสดงปริมาณไวรัสกับการขึ้นของภูมิคุ้มกัน



ตัวอย่าง ผู้ติดเชื้อรับเชื้อไวรัสในวันที่ ๑ สารพันธุกรรมไวรัสจะค่อย ๆ เพิ่มจำนวนขึ้น วิธีการตรวจสอบสารพันธุกรรมของไวรัสด้วยวิธี Real – time (RT PCR) เมื่อเกิน ๑ สัปดาห์ ภูมิคุ้มกันชนิด Immunoglobulin M (IgM) เริ่มเพิ่มขึ้น (IgM คือ ภูมิคุ้มกันที่พบในน้ำเหลืองและเลือด มีขนาดใหญ่ที่สุดและเป็นภูมิคุ้มกันตัวแรกที่ร่างกายสร้างขึ้น เพื่อต่อสู้กับเชื้อโรคตัวใหม่) และเมื่อระยะเวลาผ่านไป ๕ – ๑๐ วัน ภูมิคุ้มกันชนิด Immunoglobulin G (IgG) จะเริ่มขึ้นตามมา (เป็น IgG คือ เป็นภูมิคุ้มกันชนิดที่พบมากที่สุด ซึ่งพบในของเหลวภายในร่างกาย และช่วยป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียและไวรัส ภูมิคุ้มกันนี้สามารถป้องกันทารกจากการติดเชื้อ)

การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อโคโรนาไวรัส ๒๐๑๙ ทางห้องปฏิบัติการ มีการตรวจหลัก ๒ รูปแบบ คือ ๑) การตรวจหาเชื้อไวรัส และ ๒) การตรวจหาแอนติบอดีหรือการตรวจหาภูมิคุ้มกัน ซึ่งวิธีมาตรฐานการตรวจสารพันธุกรรมของไวรัส คือ วิธีการตรวจแบบ Real – time (RT – PCR) โดยนำสารคัดหลั่งที่เก็บจากโพรงจมูกและบริเวณลำคอมาแยกสลายสารพันธุกรรมของไวรัส แล้วนำเข้าเครื่องเพื่อเพิ่มจำนวนจนสามารถดักจับได้ปริมาณหนึ่ง หากมีสารพันธุกรรมปริมาณน้อยเกินสมควรจะไม่สามารถดักจับได้ หรือหากไม่มีเลยก็ไม่สามารถดักจับได้เช่นกัน ซึ่งไวรัสจะเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ หากไวรัสเพิ่มมากขึ้นและไม่สามารถดักจับสารพันธุกรรมได้ก็สันนิษฐานว่า น่าจะไม่มีสารพันธุกรรมของไวรัสนั้น ๆ

วิธีการเก็บตัวอย่างโดยการป้าย (Swab) โดยใช้ไม้ Swab ป้ายหลังโพรงจมูก (Nasopharyngeal swab) และป้ายจากลำคอ (Throat swab) ควรมีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติให้สามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้อง ซึ่งกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้จัดทำคู่มือเผยแพร่ในเว็บไซต์ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถดาวน์โหลดคู่มือดังกล่าว เพื่อนำไปศึกษาวิธีการดำเนินการเก็บตัวอย่างและดำเนินการร่วมกับกรมควบคุมโรคในการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ เพื่อให้สามารถเก็บตัวอย่างโดยการป้าย (Swab) ได้อย่างถูกต้อง

วิธีการเก็บตัวอย่างน้ำลาย (Saliva) มีข้อดี คือ ผู้ที่จะทำการป้าย (Swab) สามารถดำเนินการเก็บตัวอย่างน้ำลายได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปเก็บตัวอย่างให้ โดยก่อนการเก็บน้ำลายจะต้องงดแปรงฟัน งดบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปาก งดเคี้ยวหมากฝรั่ง งดดื่ม หรือทานอาหารเป็นเวลา ๑ ชั่วโมง และต้องใช้ตัวอย่างน้ำลาย ๓ – ๕ ลูกบาศก์เซนติเมตร ขึ้นไป เมื่อรับกระป๋องเก็บน้ำลายแล้วให้บ้วนน้ำลาย

ใส่กระป๋องปิดฝาให้สนิท นำกระป๋องใส่ซิปล๊อคและติดด้วยพาราฟิล์ม (Parafilm) ส่วนข้อเสีย คือ ความจำเพาะไม่สามารถเทียบเคียงกับการป้าย (Swab) โดยใช้ไม้ป้ายหลังโพรงจมูก (Nasopharyngeal swab) และป้ายจากลำคอ (Throat swab) ได้ ซึ่งวิธีการดังกล่าวได้รับการยอมรับจากองค์การอนามัยโลกว่า เป็นวิธีการที่ได้มาตรฐาน ทั้งนี้การเก็บตัวอย่างน้ำลายเป็นทางเลือกทางหนึ่ง แต่ไม่ใช่ทางเลือกแรก ซึ่งจะใช้เมื่อจำเป็นต้องเก็บตัวอย่างปริมาณมากในวันนั้น และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เพียงพอ

การตรวจหาเชื้อไวรัสที่ไม่ใช่การตรวจหาสารพันธุกรรม อาทิ ๑) วิธีการเพาะแยกเชื้อไวรัส (Viral isolation) คือ การนำสารพันธุกรรมจากการ Swab มาเพาะเชื้อ ขั้นตอนนี้จะใช้เวลาประมาณ ๔ สัปดาห์ จึงจะทราบว่า การเพาะเชื้อขึ้นหรือไม่ ซึ่งวิธีนี้เป็นวิธีการที่ได้มาตรฐานเช่นเดียวกับการ Swab เพียงแต่ใช้ระยะเวลานานในการตรวจหาเชื้อไวรัส ๒) วิธีการตรวจหาโปรตีน (Antigen) ของไวรัส เป็นการตรวจโปรตีนที่เปลือกของเชื้อไวรัสด้วยเทคนิคต่าง ๆ แต่วิธีการที่ดำเนินการส่วนใหญ่ใช้วิธี Rapid Antigen test ใช้เวลาไม่เกิน ๑ ชั่วโมง ๓) วิธีการตรวจที่เรียกว่า “ELISA Antigen” เป็นการตรวจที่คล้ายกับวิธี Rapid Antigen test แต่จะนำเข้าเครื่องตรวจ เพื่อวัดปริมาณของโปรตีน และ ๔) วิธีการตรวจที่เรียกว่า “Chemiluminescence Antigen” เป็นการตรวจโปรตีนของเปลือกของไวรัส

<u>การตรวจหาแอนติบอดี</u> ประกอบด้วย

๑) แอนติบอดีที่ร่างกายสร้างขึ้นภายหลังการติดเชื้อ ประกอบด้วย Immunoglobulin M (<u>IgM</u>) และ Immunoglobulin G (<u>IgG</u>) การตรวจแอนติบอดีสารพันธุกรรมดังกล่าวสามารถตรวจได้หาวิธี อาทิ ชุดตรวจแบบรวดเร็ว (Rapid diagnostic test : RDT) Enzyme – linked immunosorbent assay (Elisa) และ Chemiluminescence immunoassay

๒) การตรวจแอนติบอดีที่สามารถยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัส (Neutralizing antibodies : NAb) วิธีการนี้จะต้องดำเนินการในห้องปฏิบัติการที่มีความปลอดภัยระดับ ๓ (BSL - 3) หลักการทดสอบ คือ ผสมซีรั่มที่ต้องการหา neutralizing antibody ที่เจือจางในอัตราส่วนต่าง ๆ กับไวรัสที่ได้จากการเพาะเลี้ยงและทราบความแรง หลังจากบ่มในระยะเวลาหนึ่ง แล้วจึงนำมาใส่ลงในเซลล์เพาะเลี้ยงที่จำเพาะกับไวรัส

ชุดตรวจสอบแอนติบอดีต่อเชื้อ SARS – CoV – 2 ชนิดรวดเร็ว ปัจจุบันกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีการพัฒนาชุดตรวจทดสอบแอนติบดีต่อเชื้อดังกล่าว ซึ่งการตรวจ antigen rapid test จะต้องตรวจและแปลผลโดยบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น

การใช้ชุดตรวจแอนติบดีจะใช้เมื่อ ๑) กรณีที่ผู้ป่วยตรวจด้วย real – time RT – PCR ให้ผลเป็นลบและตรวจซ้ำแล้วยังคงได้ผลเป็นลบ แต่มีอาการทางคลินิกที่เข้าได้กับโรคโควิด ๑๙ ซึ่งอาจเป็นเพราะมีปริมาณไวรัสต่ำกว่าขีดจำกัด (limit of detection) ของการตรวจด้วยวิธี real – time RT – PCR หรือในกรณีที่ไม่สามารถเก็บตัวอย่างจากทางเดินหายใจได้ ๒) การใช้สนับสนุนการวินิจฉัย กรณีที่ real – time RT – PCR ให้ผลเป็นบวก เพื่อประเมินระยะโรค ๓) การใช้สำหรับการสำรวจทางระบาดวิทยา หรือศึกษาอัตราความชุกในชุมชน และ ๔) การใช้บ่งบอกการตอบสนองต่อวัคซีน ทั้งนี้ protein antigen ในชุดตรวจต้องเป็นชนิดเดียวกับวัคซีน ตรวจแล้วทราบว่ากระตุ้นภูมิได้ แต่ไม่ได้บอว่าป้องกันโรคได้

ประเทศไทยใช้ชุดตรวจแอนติบอดีต่อการติดเชื้อ SARS – CoV – 2 ต้องผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) โดยให้จำหน่ายได้เฉพาะสถานพยาบาล โรงพยาบาลเฉพาะทางคลินิกเวชกรรม คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม คลินิกเทคนิคการแพทย์ หรือสหคลินิกที่จัดให้มีการประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือเทคนิคการแพทย์ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ซึ่งการตรวจและการแปลผลต้องดำเนินการโดยบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น

ในช่วงที่เริ่มมีการแพร่ระบาดของเชื้อ SARS – CoV – 2 มีห้องปฏิบัติการเพียง ๒ แห่ง ที่สามารถตรวจหาเชื้อไวรัสได้ คือ ห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และห้องปฏิบัติการศูนย์โรคอุบัติใหม่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ต่อมาในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ได้มีการขยายเครือข่ายทางห้องปฏิบัติการส่วนภูมิภาคให้สามารถตรวจเชื้อ SARS – CoV – 2 โดยมีเป้าหมาย ๑ จังหวัด ๑ ห้องปฏิบัติการ และสามารถรายงานผลได้ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ปัจจุบันมีห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองตรวจ Covid 19 มีจำนวน ๒๖๐ แห่ง กระจายอยู่ทุกจังหวัดทั่วประเทศ โดยแยกเป็นกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน ๙๖ แห่ง ห้องปฏิบัติการภาครัฐ จำนวน ๓๙ แห่ง และห้องปฏิบัติการภาคเอกชน จำนวน ๕๗ แห่ง ห้องปฏิบัติการต่างจังหวัด จำนวน ๑๖๔ แห่ง แบ่งเป็นห้องปฏิบัติการภาครัฐ จำนวน ๑๓๒ แห่ง และห้องปฏิบัติการภาคเอกชน จำนวน ๓๒ แห่ง

ผลการตรวจ Covid 19 ระหว่างวันที่ ๑ – ๒๘ มกราคม ๒๕๖๔ มีการตรวจหาเชื้อค่อนข้างสูง คือ ๖๑๙,๕๗๓ ราย โดยมีการประสานความร่วมมือกับกรมควบคุมโรคในการตรวจหาเชื้อในพื้นที่ ทำให้ทราบผลการตรวจในแต่ละวัน ตัวอย่าง กรณีเขตสุขภาพที่ ๕ มีศักยภาพในการตรวจประมาณ ๘,๐๐๐ ตัวอย่างต่อวัน ส่วนกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง สถาบันบำราษฎ์นราดูร โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี สามารถช่วยเขตสุขภาพที่ ๕ ตรวจได้ประมาณ ๕,๐๐๐ ตัวอย่างต่อวัน นอกจากนั้นยังมีเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHOSNET) ช่วยตรวจอีกประมาณ ๑๐,๐๐๐ ตัวอย่างต่อสัปดาห์ ทั้งนี้ มีการกำหนดเป้าหมายว่า ภายใน ๑ สัปดาห์ การตรวจของเครือข่ายทั้งส่วนกลางและเขตสุขภาพที่ ๕ จะต้องตรวจให้ได้ ๑๐๐,๐๐๐ ตัวอย่างต่อสัปดาห์ ซึ่งที่ผ่านมาสามารถดำเนินการตรวจหาเชื้อได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

ปริมาณน้ำยาตรวจคงคลังของประเทศไทย เมื่อวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๔ มีน้ำยา RNA Extraction จำนวน ๓๗๙,๔๖๕ หน่วย และน้ำยา RT – PCR จำนวน ๕๐๑,๓๘๕ หน่วย วันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๔ มีน้ำยา RNA Extraction จำนวน ๓๑๙,๑๓๔ หน่วย และน้ำยา RT – PCR จำนวน ๕๖๖,๑๒๒ หน่วย และวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๔ มีน้ำยา RNA Extraction จำนวน ๓๓๗,๘๗๔ หน่วย และน้ำยา RT – PCR จำนวน ๕๙๗,๖๑๗ หน่วย ทั้งนี้ แต่ละห้องปฏิบัติการจะมีการบริหารจัดการการใช้น้ำยาตรวจด้วยตนเอง ส่วนหลักการของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์จะมีการบริหารจัดการให้สามารถมีน้ำยาตรวจได้ในกรณีที่ไม่มีน้ำยาเติมเข้ามาในระบบเลยอย่างน้อย ๓ เดือนขึ้นไป

วิธีการตรวจแบบรวมตัวอย่าง (Pooled Sample Testing) มีวัตถุประสงค์การใช้ คือ การใช้ในกรณีตรวจตัวอย่างเป็นจำนวนมาก เร่งด่วน และมีข้อจำกัดในการเก็บตัวอย่าง NP Swab โดยใช้วิธีการตรวจแบบ Pooled Saliva และการตรวจแบบ Pooled Swab ปัจจุบันได้มีการเชิญชวนเครือข่ายทั้งหมด ๒๖๐ แห่ง ให้เข้าร่วมเป็นเครือข่ายที่สามารถตรวจแบบรวมตัวอย่างได้ ปัจจุบันมีห้องปฏิบัติการที่ตรวจแบบรวมตัวอย่างโดยวิธีการตรวจแบบ Pooled Saliva จำนวน ๙๑ ห้องปฏิบัติการ และการตรวจแบบ Pooled Swab จำนวน ๑๒๐ ห้องปฏิบัติการ

<u>สรุปผลการพิจารณา</u> การพัฒนา Application "หมอชนะ" อำนาจและหน้าที่ขอหน่วยงานที่รับผิดชอบ Application ดังกล่าว รูปแบบการดำเนินงานของ Application "หมอชนะ" เช่น การบันทึกข้อมูล การระบุตำแหน่ง การตรวจสอบความเสี่ยงของผู้ใช้งาน เป็นต้น รวมทั้งความปลอดภัยและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลจากการใช้ Application ดังกล่าว ปัญหาอุปสรรค ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนแนวทางการพัฒนา Application ในระยะต่อไป

กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (ดีอีเอส)

"หมอชนะ" เป็นแอปพลิเคชั่นที่จะช่วยให้การติดตามและเฝ้าระวังโรคโควิด ๑๙ ซึ่งมีความครอบคลุมมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อประชาชนต้องตกอยู่ในภาวะความเสี่ยงที่มีโอกาสได้เข้าใกล้หรือสัมผัสกับผู้ป่วยโรคโควิด ๑๙ จะได้รับการแจ้งเตือน เพื่อให้ทราบได้อย่างรวดเร็ว และเฝ้าระวังตนเองได้อย่างทันท่วงที ตลอดจนสามารถทำงานกับไทยชนะ เพื่อร่วมกันส่งข้อมูลให้กรมควบคุมโรค เมื่อพบผู้ป่วยติดเชื้อโรควิด ๑๙ หมอชนะสามารถสอบย้อนประวัติการเดินทางและการเข้าพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อจะชี้ตัวบุคคลอื่นที่อยู่ในพื้นที่เดียวกันในช่วงเวลาเดียวกัน เพื่อจะสามารถแจ้งให้บุคคลนั้นเข้าสู่กระบวนการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

"ไทยชนะ" เป็นระบบให้ประชาชน Check in และ Check out ตามสถานที่ที่ประชาชนได้เข้าไปใช้บริการ เพื่อช่วยตรวจสอบได้ง่ายขึ้น กรณีที่เกิดสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดในสถานที่ที่ผู้ป่วยโรคโควิด ๑๙ เข้าใช้บริการ

การลงทะเบียนใช้งานในแอปพลิเคชั่น "หมอชนะ" เริ่มจากการดาวน์โหลดแอปพลิเคชั่น "หมอชนะ" กดลงทะเบียน โดยยอมรับข้อตกลงในแอปพลิเคชั่น และถ่ายรูปยืนยันตัวตนว่า เป็นเจ้าของแอปพลิเคชั่นนั้น ซึ่งภาพถ่ายจะไม่มีการเก็บไว้ในเซิร์ฟเวอร์กลาง แต่จะปรากฏเฉพาะในโทรศัพท์ของผู้ลงทะเบียนเท่านั้น หลังจากนั้นจะมีการเปิดอนุญาต GPS เปิด Bluetooth และเปิดยอมรับการแจ้งเตือนจากกรมควบคุมโรค ที่ผ่านมาในช่วงระหว่างวันที่ ๗ – วันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๔ มีการดาวน์โหลดแอปพลิเคชั่น "หมอชนะ" ประมาณ ๘.๕ ล้านครั้ง ปัจจุบันยอดดาวน์โหลดการใช้งานลดลงเหลือประมาณ ๖.๗ ล้านครั้ง

การใช้แอปพลิเคชั่น "หมอชนะ" จะพิจารณาจากสถานที่ที่กรมควบคุมโรคระบุว่าเป็นสถานที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ซึ่งสามารถติดตามและทราบข้อมูลบุคคลที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ จากผู้ดาวน์โหลดแอปพลิเคชั่น "หมอชนะ" ที่เดินทางไปยังสถานที่เสี่ยง โดยกรมควบคุมโรคจะเป็นผู้ส่งข้อความแจ้งเตือนให้กับผู้ดาวน์โหลดแอปพลิเคชั่นดังกล่าว ซึ่งการแจ้งเตือนระดับความเสี่ยงต่ำ มีประมาณ ๑๑,๐๒๘ ราย ทั้งนี้ ข้อมูลจากแอปพลิเคชั่น "หมอชนะ" กรมควบคุมโรคเท่านั้นที่สามารถขอรับข้อมูลดังกล่าวได้ เพื่อให้ทราบจำนวนผู้เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการเดินทางไปยังสถานที่เสี่ยงตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด

<u>ประเด็นการพิจารณา</u> พิจารณาศึกษาเกี่ยวกับความคืบหน้าของการพัฒนาและการจัดหาวัคซีนโควิด ๑๙ และการกลายพันธ์ของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

<u>สรุปผลการพิจารณา</u> จากไวรัสจำนวน ๑,๑๕๘ สายพันธุ์ พบไวรัส จำนวน ๓ สายพันธุ์ ที่ก่อให้เกิดความกังวล โดยมีการเปลี่ยนแปลงโปรตีน Spike ซึ่งเป็นส่วนที่พาไวรัสเข้าเซลมนุษย์ ซึ่งรหัสยีนที่เปลี่ยนชื่อ N501Y อาจส่งผลให้ไวรัสแพร่กระจายได้เร็วขึ้น พบได้ทั้ง ๓ สายพันธุ์ ส่วนรหัสยีนที่เปลี่ยนชื่อ E484K พบในสายพันธุ์ SA และ Brazil อาจส่งผลต่อการตอบสนองของภูมิคุ้มกัน และอาจรวมถึงวัคซีนด้วย ขณะนี้มีการ submit sequence ในรหัสพันธุกรรมทั้งจีโนมของโควิด ๑๙ ในฐานข้อมูล GSAID จำนวน ๘๔๑ ลำดับ Seq (๓.๑๔%๖) จำนวน ๔๐ เชื้อสาย โดยมีความร่วมมือของสภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์ จุฬามหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชน และกรมควบคุมโรค สำหรับงบประมาณที่นำมาใช้สนับสนุนจาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สำนักงานวิจัยแห่งชาติ และทุนวิจัยจากโครงการ BTRP US DTRA ซึ่งมีเพียงพอสำหรับ ๓๐๐ ตัวอย่าง ทั้งนี้ อยู่ระหว่างการหาแหล่งทุน

เพิ่มเติมเพื่อให้สามารถดำเนินโครงการได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเฝ้าระวัง variant ๓ กลุ่ม ประกอบด้วย Variantsที่เดินทางมาจากต่างประเทศ VOC กลายเป็น local transmission และ New local Thai variant

กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวัคซีนแห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้ร่วมกันเร่งรัดการดำเนินการจัดหาวัคซีนโควิด ๑๙ โดยดำเนินการ ๓ แนวทาง เพื่อให้ประชาชนมีวัคซีนใช้ในระยะเวลาที่ใกล้เคียงกับประเทศอื่นทั่วโลก ดังนี้

๑. การวิจัยพัฒนาวัคซีนภายในประเทศ ปัจจุบันมีการวิจัยพัฒนาวัคซีนโควิด ๑๙ หลากหลายเทคโนโลยี จำนวนมากกว่า ๒๐ ชนิด โดยวัคซีนที่มีความก้าวหน้ามากที่สุดอยู่ระหว่างเตรียมการทดสอบในมนุษย์ระยะที่ ๑ จำนวน ๓ ชนิด คือ วัคซีนชนิด mRNA ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วัคซีนชนิด DNA ของบริษัทไบโอเนท - เอเชีย จำกัด และวัคซีนชนิด Inactivated egg - based ขององค์การเภสัชกรรม

๒. การเจรจาขอความร่วมมือรับการถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิตวัคซีนโควิด ๑๙ จากต่างประเทศ ซึ่งจากการที่ประเทศไทยได้ตกลงทำความร่วมมือ เพื่อจัดหาวัคซีนโควิด ๑๙ กับ AstraZeneca ส่งผลให้ประเทศไทยได้รับการถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิตวัคซีนโควิด ๑๙ ชนิด Viral vector ซึ่งเป็นเทคโนโลยีใหม่และเป็นที่ยอมรับในระดับสากล โดย AstraZeneca ได้พิจารณาความเหมาะสมและคัดเลือกให้บริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด เป็นผู้รับการถ่ายทอดเทคโนโลยีกรผลิตดังกล่าวในรูปแบบการจ้างผลิต ถือได้ว่าเป็นการพัฒนาศักยภาพและสร้างความเชี่ยวชาญในการผลิตวัคนของผู้ผลิตวัคซีนในประเทศ และเป็นการสร้างความมั่นคงด้านวัคซีนในระยะยาว

๓. การจองซื้อวัคซีนล่วงหน้า เพื่อให้การจัดหาวัคซีนมีความรวดเร็วทันต่อสถานการณ์ลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และประชาชนมีโอกาสเข้าถึงวัคซีน กระทรวงสาธารณสุข โดยคณะกรรมการขับเคลื่อนการจัดหาวัคซีนโควิด ๑๙ เพื่อประชาชนไทย ได้มีมติเห็นชอบแนวทางการจัดหาวัคซีนโควิด ๑๙ เพื่อประชาชนไทยในปี ๒๕๖๔ ให้ครอบคลุมจำนวน ร้อยละ ๕- ของประชากร ผ่าน ๓ แนวทาง ได้แก่ ๑) การจัดหาวัคซีนให้กับ AstraZeneca จำนวนร้อยละ ๒๐ ของประชากร ๒) จัดหาวัคซีนผ่าน COVAX Facility จำนวนร้อยละ ๒๐ ของประชากร และ ๓) จัดหาวัคซีนผ่านความร่วมมือแบบทวิภาคี จำนวนร้อยละ ๑๐ ของประชากรซึ่งปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการจัดหาวัคซีนกับ AstraZeneca เรียบร้อยแล้ว จำนวน ๒๖ ล้านโดส และจัดหาวัคซีนจากสาธารณรัฐประชาชนจีน จำนวน ๒ ล้านโดส

อย่างไรก็ตาม ในสถานการณ์ปัจจุบันการพัฒนาวัคซีนโควิด ๑๙ มีความก้าวหน้าและมีวัคซีนหลายชนิดที่มีโอกาสจะประสบความสำเร็จ ดังนั้น เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อประเทศสูงสุด ที่ประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนการจัดหาวัคซีนโควิด ๑๙ เพื่อประชาชน จึงพิจารณาขยายสัดส่วนการจัดซื้อวัคซีนโควิด ๑๙ เพิ่มเติม ให้เป็นไปตามนโยบายของรัฐบาลที่ระบุให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงวัคซีนโควิด ๑๙ ได้โดยเป็นไปตามความสมัครใจของประชาชน และให้มีความยืดหยุ่นในการเจรจาเพื่อจัดหาวัคซีน โดยไม่ยึดติดกับกรอบเดิมที่วางไว้ ทั้งนี้ ได้มีมติมอบหมายให้กรมควบคุมโรคและสถานบันวัคซีนแห่งชาติ ดำเนินการเจรจาต่อรองกับบริษัท AstraZeneca สำหรับจัดหาวัคซีนเพิ่มเติม จำนวน ๓๕ ล้านโดส และให้เจรจาต่อรองกับบริษัทผู้ผลิตวัคซีน จำนวน ๖ แห่ง ซึ่งเป็นชนิดที่เป็น Protein subunit และ viral vector ชนิด single dose เพิ่มเติมด้วย

<u>ประเด็นการพิจารณา</u> พิจารณาศึกษาและติดตามการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ในประเด็น การบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และพื้นที่ต่าง ๆ ความคืบหน้าในการพัฒนาและการจัดหาวัคซีน การตรวจรับรองคุณภาพมาตรฐานของวัคซีน รวมทั้งการบริหารจัดการวัคซีนและยาฟาวิพิราเวียร์ และการดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาและผลิตวัคซีน การจัดหา การบริหารจัดการและการกระจายวัคซีน

<u>สรุปผลการพิจารณา</u> สถานการณ์โควิด ๑๙ ในประเทศไทยมีการระบาด ในระลอกเดือนเมษายน ๒๕๖๔ มีผู้ป่วยติดเชื้อ และเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เป็นผู้ป่วยติดเตียง และบางรายมารับการรักษาช้า ปัจจัยเสี่ยงติดเชื้อมาจากคนในครอบครัว ผู้ร่วมงาน และเป็นผู้ประกอบอาชีพในสถานที่แออัด ยุทธศาสตร์การควบคุมโรคโควิด ๑๙ ในการระบาดระลอกเมษายน มีการจัดแบ่งระดับความรุนแรงสถานการณ์ เป็น ๕ ระดับ ได้แก่ ๑. ไม่พบการแพร่ระบาด (ปกติ) ๒. พบผู้ติดเชื้อ น้อยกว่า ๑ ต่อแสนประชากรต่อสัปดาห์ (ไม่รุนแรง) ๓. มีการระบาดรุนแรงน้อย พบผู้ติดเชื้อ ๑ - ๕ รายต่อแสนประชากรต่อสัปดาห์ (สะเก็ดไฟ) ๔. มีการระบาดรุนแรงปานกลาง พบผู้ติดเชื้อ ๕ - ๑๕ รายต่อแสนประชากรต่อสัปดาห์ (ไฟลามทุ่ง) และ ๕. มีการระบาดรุนแรงมาก พบผู้ติดเชื้อ ๑๕ รายต่อแสนประชากรต่อสัปดาห์ (รังปลวก) เพื่อกำหนดกลยุทธ์ในการควบคุมโรค โดยมีวัตถุเพื่อลดการติดเชื้อใหม่ ลดการเสียชีวิตให้น้อยกว่า ร้อยละ ๑ และลดผลกระทบทางสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และเพิ่มความมั่นคงของประเทศ

แผนการบริหารจัดการวัคซีนโควิด ๑๙ นายกรัฐมนตรีได้ประกาศให้การฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ เป็น “วาระแห่งชาติ” โดยมีแผนการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ ให้ครบทุกกลุ่มเป้าหมาย ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ให้ทุกคนในประเทศได้รับวัคซีนตามความสมัครใจ มีเป้าหมายครอบคลุมประชากร ๗๐ ล้านคน หรือร้อยละ ๗๐ เท่ากับประชากร ๕๐ ล้านคน โดยใช้วัคซีนจำนวน ๑๐๐ ล้านโดส ดังนี้

๑) กลุ่มประชากรเป้าหมาย
- บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด่านหน้า บุคลากรกลุ่มอื่นที่มีโอกาสสัมผัสผู้ป่วย
- ผู้สูงอายุ และผู้ป่วย ๗ กลุ่มโรคเรื้อรัง
- วัยทำงานอาชีพเสี่ยง กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ และประชากรทั่วไป

๒) พื้นที่เป้าหมาย
- จังหวัดที่มีการระบาดต่อเนื่อง เช่น กรุงเทพมหานคร
- จังหวัดฟื้นฟูเศรษฐกิจ และท่องเที่ยว
- จังหวัดทั่วไป

๓) ระยะเวลา
- ทั้งประเทศในเวลา ๗ เดือน (เข็มที่ ๑ ตั้งแต่มิถุนายน – กันยายน ๒๕๖๔)
- พื้นที่ระบาดใช้เวลา ๑ - ๒ เดือน ในการฉีดเข็มที่ ๑

นอกจากนี้ ยังมีกลยุทธ์ฉีดวัคซีนปูพรม ในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดปริมณฑล สำหรับการเตรียมการและสำรองยาฟาวิพิราเวียร์ มีปริมาณคงเหลือ ๑,๑๒๑,๕๖๗ เม็ด และจะนำเข้ามาอีก ๒ ล้านเม็ดในสัปดาห์หน้า

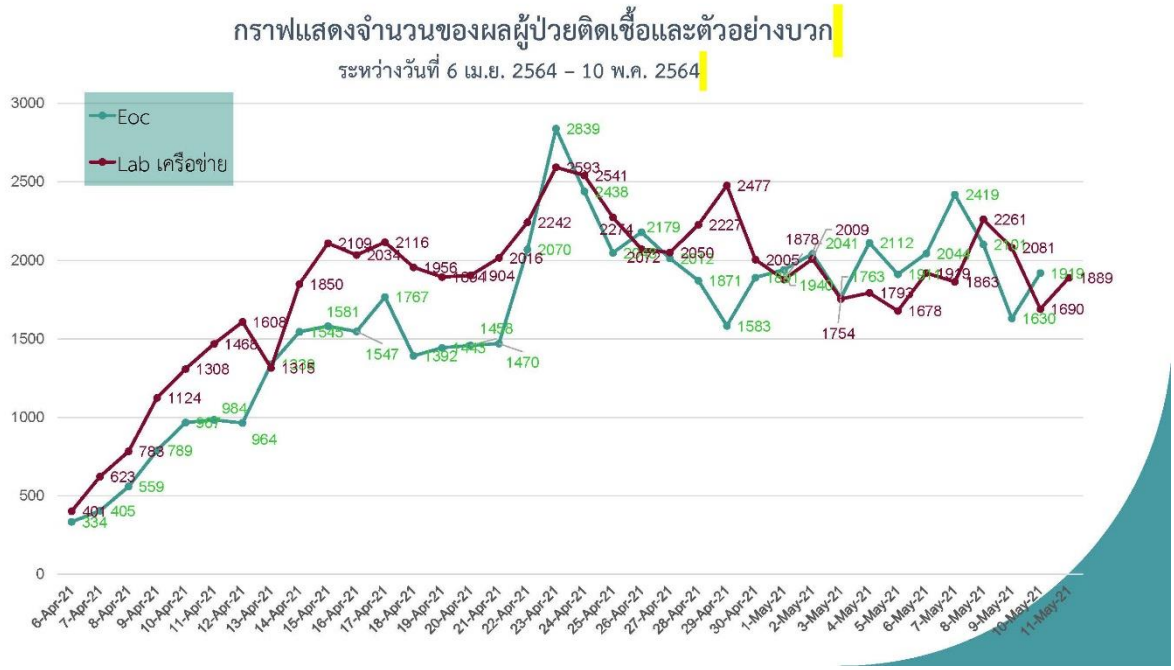
การวิจัยพัฒนาวัคซีนโควิด ๑๙ ในประเทศไทย มีความก้าวหน้าใน ๓ ชนิด ที่เริ่มเข้าสู่การทดสอบทางคลินิกในมนุษย์ในระยะที่ ๑ ได้แก่ ๑) ชนิด NDV-HXP-S โดยเทคโนโลยีการผลิตด้วยไข่ไก่ ขององค์การเภสัชกรรม ๒) ชนิด mRNA ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ ๓) ชนิด DNA ของบริษัท ไบโอเนท-เอเชีย จำกัด

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ ได้แก่ ชนิดของวัคซีนมีตัวเลือกไม่ได้หลากหลายตามความคาดหวังของสังคม ข่าวปลอมเป็นอุปสรรคในการสร้างความเชื่อมั่นต่อการบริหารจัดการวัคซีน และประเด็นอาการอันไม่พึงประสงค์หลังการได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน

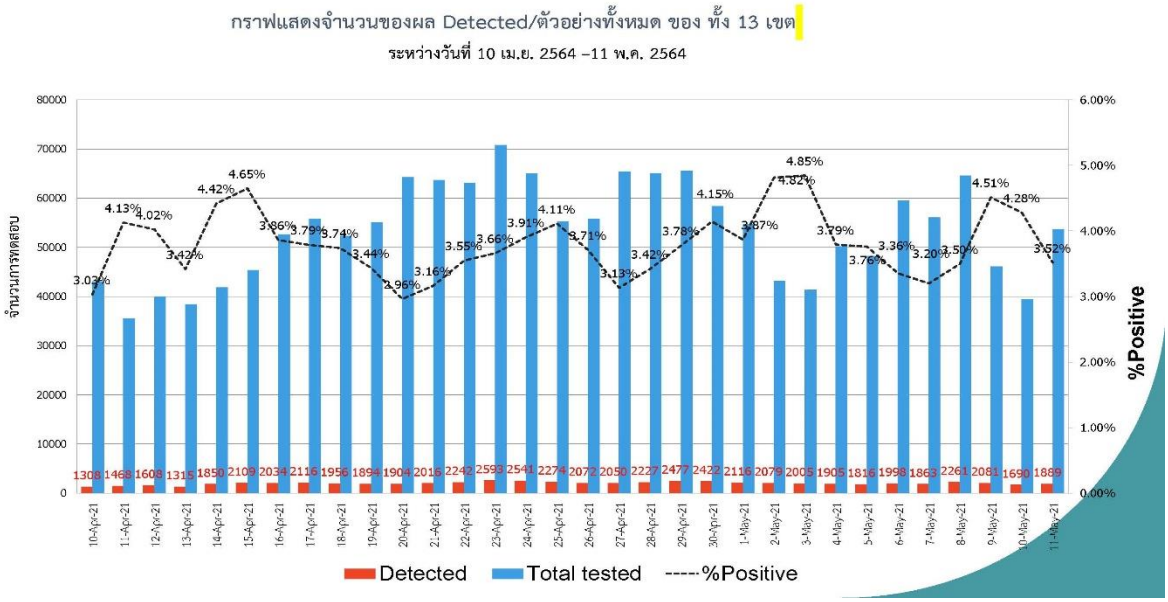
การบริหารจัดการสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ จากข้อมูลของ **กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์** พบว่า ภาครัฐและภาคเอกชนมีการดำเนินการตรวจหาโรคโควิด ๑๙ ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๕๖๔ รวมจำนวนทั้งสิ้น ๕,๒๖๗,๙๕๖ ตัวอย่าง สำหรับเขตสุขภาพทั้ง ๑๓ เขต มีการดำเนินการตรวจหาโรคโควิด ๑๙ และอัตราการตรวจพบผลบวก ดังนี้

เขตสุขภาพที่ ๑ มีการตรวจ จำนวน ๔๐๖,๘๗๔ ตัวอย่าง พบผลบวก จำนวน ๕,๘๕๖ ตัวอย่าง เขตสุขภาพที่ ๒ มีการตรวจ จำนวน ๑๓๒,๓๒๐ ตัวอย่าง พบผลบวก จำนวน ๑,๓๖๗ ตัวอย่าง เขตสุขภาพที่ ๓ มีการตรวจ จำนวน ๔๒,๓๘๘ ตัวอย่าง พบผลบวก จำนวน ๘๒๑ ตัวอย่าง เขตสุขภาพที่ ๔ มีการตรวจ จำนวน ๘๕๗,๒๔๘ ตัวอย่าง พบผลบวก จำนวน ๑๕,๖๐๓ ตัวอย่าง เขตสุขภาพที่ ๕ มีการตรวจ จำนวน ๓๗๙,๙๖๖ ตัวอย่าง พบผลบวก จำนวน ๙,๐๒๓ ตัวอย่าง เขตสุขภาพที่ ๖ มีการตรวจ จำนวน ๘๐๖,๗๓๙ ตัวอย่าง พบผลบวก จำนวน ๑๓,๖๘๔ ตัวอย่าง เขตสุขภาพที่ ๗ มีการตรวจ จำนวน ๑๒๑,๙๕๑ ตัวอย่าง พบผลบวก จำนวน ๑,๕๕๑ ตัวอย่าง เขตสุขภาพที่ ๘ มีการตรวจ จำนวน ๙๑,๒๔๑ ตัวอย่าง พบผลบวก จำนวน ๘๓๓ ตัวอย่าง เขตสุขภาพที่ ๙ มีการตรวจ จำนวน ๑๓๒,๔๐๒ ตัวอย่าง พบผลบวก จำนวน ๑,๑๘๘ ตัวอย่าง เขตสุขภาพที่ ๑๓ มีการตรวจ จำนวน ๕๐,๑๓๗ ตัวอย่าง พบผลบวก จำนวน ๙๑๙ ตัวอย่าง เขตสุขภาพที่ ๑๑ มีการตรวจ จำนวน ๑๗๔,๙๐๐ ตัวอย่าง พบผลบวก จำนวน ๒,๗๑๘ ตัวอย่าง เขตสุขภาพที่ ๑๒ มีการตรวจ จำนวน ๑๘๘,๙๒๑ ตัวอย่าง พบผลบวก ๒,๘๑๗ ตัวอย่าง และเขตสุขภาพที่ ๑๓ มีการตรวจ จำนวน ๑,๘๘๑,๘๖๒ ตัวอย่าง พบผลบวก จำนวน ๔๒,๕๘๖ ตัวอย่าง

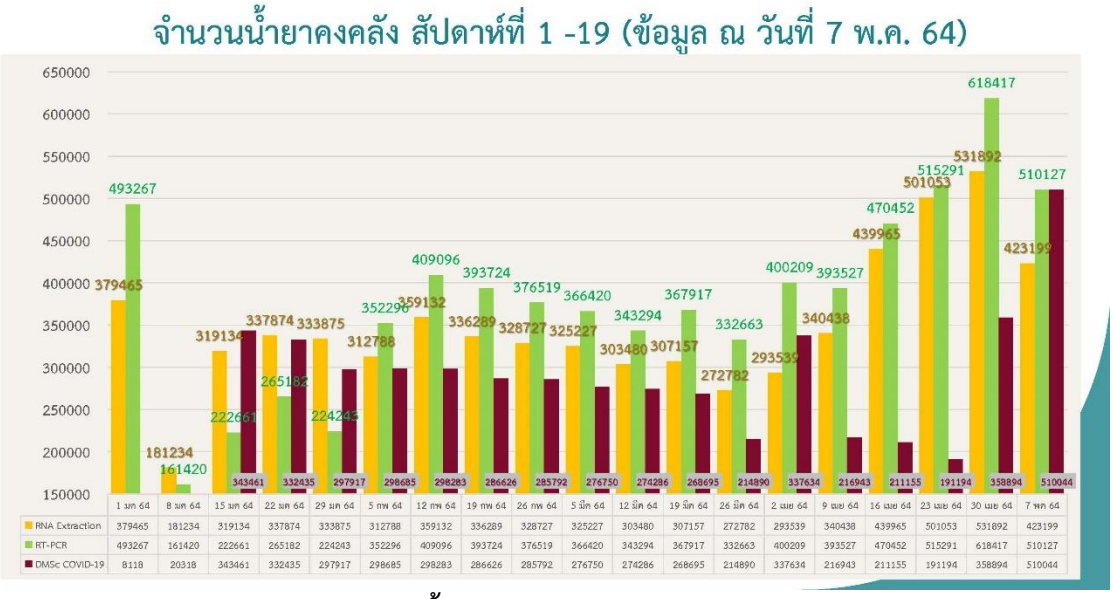
การระบาดระลอกที่ ๓ จากข้อมูล ระหว่างวันที่ ๖ เมษายน ๒๕๖๔ - วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๔ พบว่า การระบาดในวงกว้างเกิดขึ้นภายหลังวันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๖๔ ซึ่งเป็นช่วงเทศกาลสงกรานต์ที่ประชาชนมีการเคลื่อนย้าย ดังรายระเอียดกราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อและตัวอย่างบวกด้านล่าง



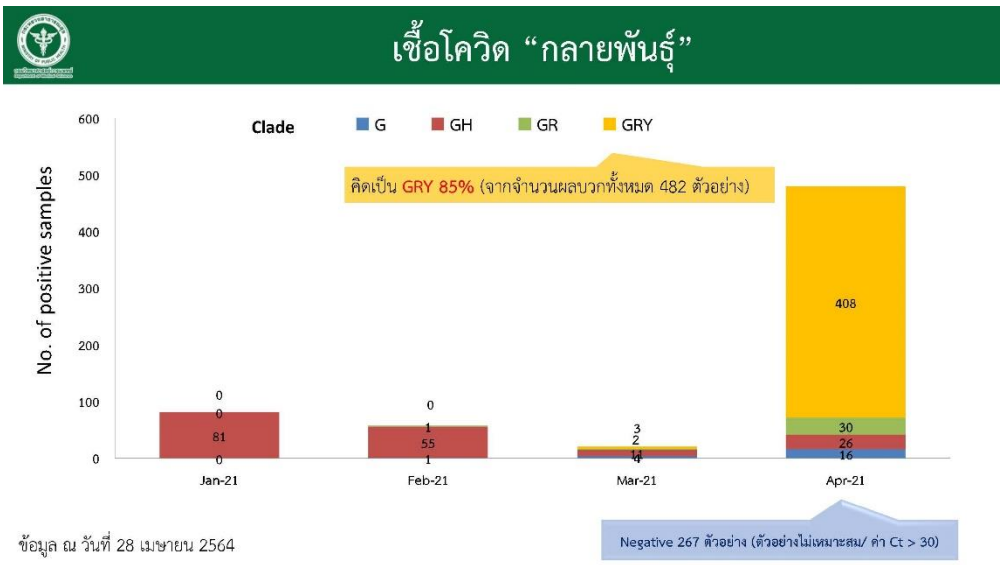
ทั้งนี้ สามารถจำแนกการตรวจพบการติดเชื้อ โดยจำแนกตาม ๑๓ เขตสุขภาพ จากข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔ ดังนี้



นอกจากนี้ จำนวนน้ำยาตรวจคงคลัง จากข้อมูล ณ วันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔ โดยเปรียบเทียบกับอัตราการตรวจและอัตราการพบเชื้อ มีดังนี้



สำหรับ **มาตรการเฝ้าระวังเชื้อโควิด ๑๙ "กลายพันธุ์"** กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้รับมอบหมายให้เป็นศูนย์กลางในการรวบรวมข้อมูล โดยอยู่ระหว่างการดำเนินงานจัดทำเว็บไซต์กลางเพื่อให้หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เข้ารายงานข้อมูลเกี่ยวกับการค้นพบสายพันธุ์ต่าง ๆ ทั้งนี้ จากการตรวจหาเชื้อและอัตราการติดเชื้อ พบว่า ร้อยละ ๗๐ - ร้อยละ ๘๐ ของการระบาดระลอกที่ ๓ คือ เชื้อ Variants VUI202012/01 GRY (B.1.1.7) หรือ สายพันธุ์อังกฤษ โดยมีรายละเอียดการตรวจพบเชื้อกลายพันธุ์ระหว่างเดือนมกราคม - เดือนเมษายน ๒๕๖๔ ดังนี้



<u>ความคืบหน้าการผลิตวัคซีนของ บริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด</u>

- วัคซีน CoronaVac นำเข้าล็อตที่ ๕ ในวันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๔ จำนวน ๓ รุ่น โดยผลการตรวจวิเคราะห์ในวันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๕๖๔ ทั้ง ๓ รุ่น พบว่า **ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด** ทั้งนี้ อยู่ระหว่างรอเอกสารสรุปกระบวนการผลิตและควบคุมคุณภาพ มีกำหนดส่งในวันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔ และวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๔ นอกจากนี้ วัคซีนชนิดดังกล่าว มีแผนนำส่งล็อตที่ ๖ จำนวน ๖๐๐,๐๐๐ โดส ในวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔ ตามลำดับ

- วันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๔ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้ให้การรับรองการผลิตโดย AstraZeneca จะมีการส่งข้อมูลการผลิตของ บริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด ให้ อย. เพื่อขออนุญาตเพิ่มสถานที่ผลิตในวันที่ ๘ และ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๔ ซึ่ง อย. ได้อนุมัติการเพิ่มสถานที่การผลิตในวันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๖๔ ขณะที่ บริษัทแม่ของ AstraZeneca จะดำเนินการรับรองการผลิตดังกล่าวให้แล้วเสร็จเพื่อเพิ่มวัตถุดิบการผลิตวัคซีนให้ทันภายในเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๔

<u>ความคืบหน้าการพัฒนาวัคซีนภายในประเทศ</u> จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น ๖ ชนิด ดังนี้

๑. DNA - บริษัท ไบโอทเค-เอเชีย จำกัด เป็นผู้พัฒนา

๒. mRNA – จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม เป็นผู้พัฒนา

๓. Protine Subunit - คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม เป็นผู้พัฒนา

๔. VLP – มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม เป็นผู้พัฒนา

๕. Inactivated - องค์การเภสัชกรรม เป็นผู้พัฒนา

๖. Viral Vector - สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม เป็นผู้พัฒนา

<u>บทบาทกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ในขั้นตอนการควบคุมกำกับคุณภาพวัคซีน</u> แบ่งออกเป็น ๔ ขั้นตอน ดังนี้

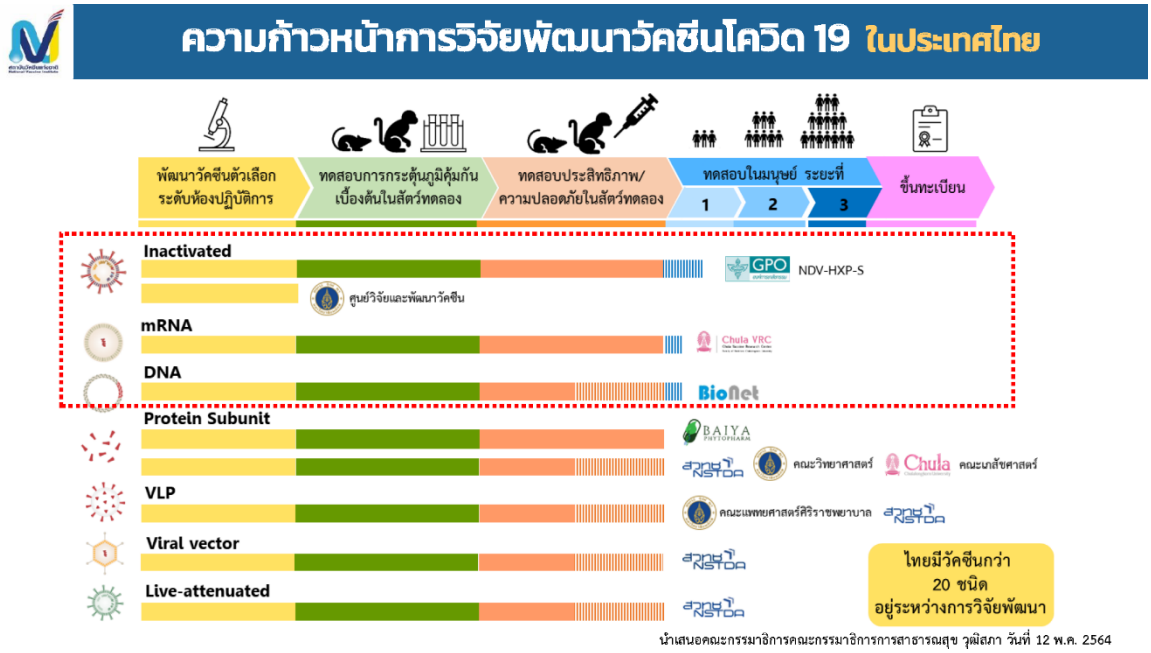
๑. การขึ้นทะเบียน โดยมีผู้เชี่ยวชาญตรวจประเมินเอกสาร ผลการวิจัยพรีคลินิก ผลการวิจัยในมนุษย์ กระบวนการผลิตการควบคุมคุณภาพ การทดสอบความลงตัว ตลอดจน สูตรตำรับยา กล่อง/ภาชนะบรรจุ

๒. การตรวจวิเคราะห์คุณภาพโดยห้องปฏิบัติการภาครัฐ

๓. ภายหลังขึ้นทะเบียนก่อนจำหน่าย จะดำเนินการรับรองรุ่นการผลิต (พิจารณาเอกสารการผลิตและการควบคุมคุณภาพ โดยห้องปฏิบัติการภาครัฐ)

๔. ภายหลังการจำหน่าย จะดำเนินการเฝ้าระวังการใช้วัคซีน เพื่อดูผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

<u>การดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาและผลิตวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙</u> การวิจัยพัฒนาวัคซีนโควิด ๑๙ ในประเทศไทย ของ**สถาบันวัคซีนแห่งชาติ** มีความคืบหน้าดังรายละเอียดในภาพ



สำหรับวัคซีนที่อยู่ระหว่างการวิจัยพัฒนาที่มีความก้าวหน้าในเป็นลำดับแรกที่เข้าสู่ขั้นตอนการทดสอบในคน ได้แก่ วัคซีน (NDV-HXP-S) ขององค์การเภสัชกรรม ที่ได้ร่วมมือกับคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นวัคซีนชนิดเชื้อตาย (Inactivated) ที่ได้รับการอนุมัติให้มีการทดสอบจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ให้ทดสอบทางคลินิกในมนุษย์ระยะที่ ๑ มีจุดเด่น คือ หัวเชื้อไวรัสตั้งต้นนี้เกิดจากการตัดแต่งพันธุกรรมไวรัสนิวคาสเซิล ซึ่งก่อโรคในไก่แต่ไม่ก่อโรคในคนทำให้มีโปรตีนหนาม (Spike Protein) ของไวรัสโควิด ๑๙ เพื่อดูลักษณะการติดเชื้อ แต่มีความปลอดภัยไม่ก่อให้เกิดโรค แล้วนำเชื้อไปเพิ่มจำนวนด้วยวิธีไข่ไก่ฟัก ซึ่งองค์การเภสัชกรรมเคยใช้เทคโนโลยีนี้ในการผลิตวัคซีนไข้หวัดใหญ่มาก่อน

ทั้งนี้ การวิจัยพัฒนาวัคซีนสามารถจำแนกตามแหล่งงบประมาณที่มีการสนับสนุนสำหรับการวิจัยพัฒนา และพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านวัคซีน มีดังนี้

๑. งบประมาณจากพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๓ วงเงิน ๑,๘๑๐ ล้านบาท

๒. งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ วงเงิน ๙๙๕ ล้านบาท

๓. งบประมาณสำหรับสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ วงเงิน ๑๕๐ ล้านบาท

รายงานการขึ้นทะเบียนวัคซีนโควิด ๑๙ จากทั่วโลก แบ่งออกเป็น ๓ ประเภท ดังนี้

๑. ได้รับอนุญาตให้ใช้ในกรณีฉุกเฉิน (Emergency Use Authorization) หรือ EUA จำนวน ๑๓ ชนิด ได้แก่ ๑) Pfizer/BioNTech ๒) Moderna ๓) AstraZeneca ๔) Sinopharm-Beijing ๕) Sinopharm-Wuhan ๖) Sinovac ๗) Gameleya ๘) Cansino ๙) Johnson&Johnson ๑๐) Anhui Zhifei Longcom/IMCAS ๑๑) Vector Institute ๑๒) Bharat Biotech ๑๓) Chumakov Center

๒. ได้รับการรับจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) จำนวน ๔ ชนิด ได้แก่ ๑) Pfizer/BioNTech ๒) AstraZeneca ๓) Johnson&Johnson ๔) Sinopharm

๓. ขึ้นทะเบียนฉุกเฉินแบบมีเงื่อนไข โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) จำนวน ๓ ชนิด ได้แก่ ๑) AstraZeneca ๒) Sinovac และ ๓) Johnson&Johnson

<u>การจัดหา การบริหารจัดการ และการกระจายวัคซีน แบ่งออกเป็น ๔ ขั้นตอน ดังนี้</u>

๑. การจัดหาวัคซีนวิด ๑๙ เพิ่มเติม มีการดำเนินการผ่านคณะทำงาน ๒ คณะ ได้แก่

๑.๑ คณะทำงานพิจารณาจัดหาวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ที่มีศาสตราจารย์พิเศษคลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาการ เป็นประธาน มีมติในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๔ จำนวน ๒ ข้อ คือ ๑) ให้คณะกรรมการขับเคลื่อนการจัดหาวัคซีนโควิด ๑๙ ของกระทรวงสาธารณสุข จัดหาวัคซีนเพิ่มเติม จากเดิม จำนวน ๖๓ ล้านโดส เป็น ๑๐๐ ล้านโดส สำหรับประชาชนทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย (คิดเป็นร้อยละ ๗๐ ของประชากร หรือจำนวน ๕๐ ล้านคน) ๒) การจัดหาวัคซีนเพิ่มในส่วนภาครัฐ ไม่ควรซ้ำซ้อนกับชนิดวัคซีนที่ภาคเอกชนจะจัดหาเพื่อการจำหน่ายเป็นส่วนเสริม

๑.๒ คณะกรรมการขับเคลื่อนการจัดหาวัคซีนโควิด ๑๙ เพื่อประชาชนไทย ที่มีนายแพทย์เกียรติภูมิ วงศ์รจิต ปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีมติในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๖๔ จำนวน ๓ ข้อ คือ ๑) เห็นชอบการจัดหาวัคซีนโควิด ๑๙ เพิ่มเติมให้ครบ ๑๐๐ ล้านโดส เป้าหมายการส่งมอบวัคซีนในไตรมาสที่ ๓ - ๔ ปี ๒๕๖๔ ๒) มอบหมายให้กรมควบคุมโรคร่วมกับสถาบันวัคซีนแห่งชาติ เจรจากับผู้ผลิตเพื่อจัดหาวัคซีนเพิ่มเติมสำหรับประชากร จำนวน ๑๕ ล้านคน ทั้งในส่วนของเงื่อนไขและเอกสารสัญญาต่าง ๆ โดยแบ่งเป็นของ Pfizer จำนวน ๕ - ๑๐ ล้านโดส Johnson&Johnson จำนวน ๕ - ๑๐ ล้านโดส และ Sputnik V จำนวน ๕ - ๑๐ ล้านโดส และ ๓) มอบหมายให้กรมควบคุมโรค เสนอรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ความเห็นชอบ และเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อขอความเห็นและอนุมัติงบประมาณจัดซื้อวัคซีนต่อไป

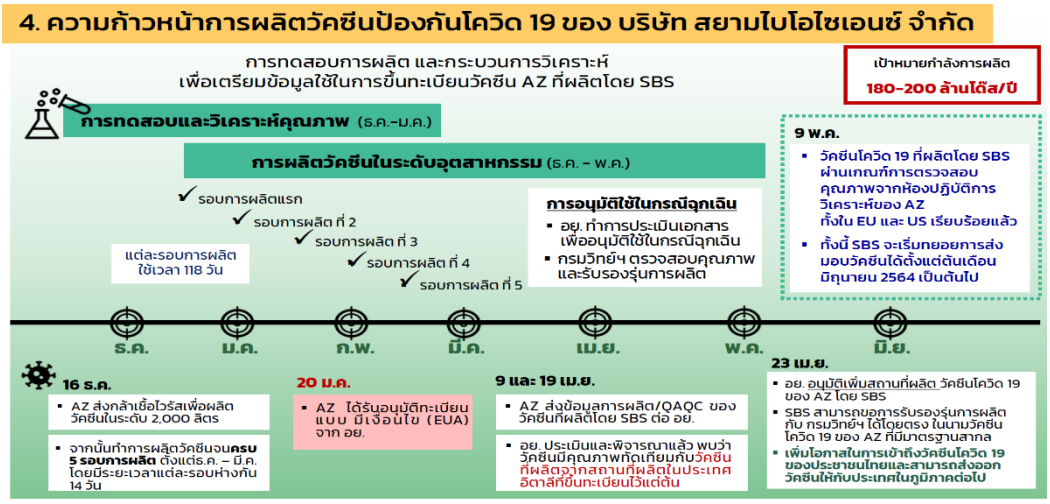
๒. การจัดหาวัคซีนผ่านโครงการ COVAX Facility เมื่อวันที่ ๙ เมษายน ๒๕๖๔ COVAX ได้แจ้งความล่าช้าในการจัดหาวัคซีน และขอเลื่อนการส่งวัคซีน จากเดือนมีนาคม ๒๕๖๔ เป็นเดือนเมษายน ๒๕๖๔ โดยสาเหตุเกิดจากประเทศอินเดียมีความต้องการโควิด ๑๙ เพิ่มขึ้น จึงต้องมีการแบ่งสัดส่วนของวัคซีนที่ผลิตให้กับประเทศอินเดียเพิ่มขึ้น โดยสถานการณ์ปัจจุบันของ COVAX ได้จัดส่งวัคซีน จำนวน ๓๘ ล้านโดส ให้กับ ๑๔๕ ประเทศที่เข้าร่วมโครงการ ส่วนใหญ่เป็นประเทศรายได้ต่ำ จำนวน ๙๒ ประเทศ และได้รับสนับสนุนวัคซีนโควิด ๑๙ โดยไม่เสียค่าจัดซื้อ ประเทศไทยยังคงมีช่องทางการเจรจากับ COVAX แต่มีแนวโน้มที่จะไม่ลงนามซื้อวัคซีนจากโครงการดังกล่าว

๓. ความก้าวหน้าในการเจรจาจัดหาวัคซีนแบบทวิภาคี มีจำนวน ๓ ยี่ห้อ ได้แก่

๓.๑ Pfizer ความคืบหน้าเมื่อวันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔ กระทรวงสาธารณสุขได้เจรจากับผู้แทนบริษัทดังกล่าวเพื่อจัดหาวัคซีนสำหรับผู้ที่มีอายุ ๑๒ ปี ขึ้นไป โดยคาดว่าบริษัทจะทยอยส่งมอบวัคซีน จำนวน ๑๐ - ๒๐ ล้านโดส ได้ภายในไตรมาสที่ ๓ หรือ ๔ ของปี ๒๕๖๔

๓.๑ Johnson&Johnson ความคืบหน้าเมื่อวันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๔ ได้รับการอนุมัติทะเบียนแบบมีเงื่อนไขสำหรับใช้ในกรณีฉุกเฉินจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) โดยคาดว่าจะส่งมอบวัคซีน จำนวน ๕ ล้านโดส ได้ภายในไตรมาส ๔/๒๕๖๔ โดยมีบริษัทมีเงื่อนไขที่จะขายให้แก่ภาครัฐเท่านั้น

๔. ความก้าวหน้าการผลิตวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙ ของบริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด มีรายละเอียดดังแผนภาพด้านล่างนี้



<u>ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน</u> มีดังนี้

๑. การสนับสนุนเร่งรัด งานวิจัยพัฒนาวัคซีนเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน

๒. การจัดการโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นต่อการวิจัยพัฒนาวัคซีน

๓. การเพิ่มสมรรถนะด้านการผลิตและประกันคุณภาพวัคซีน

๔. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านวัคซีนของประเทศ

๕. ความต่อเนื่องและการสนับสนุนอย่างมียุทธศาสตร์

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ดังนี้

๑. ควรเร่งพัฒนาและหามาตรการรองรับให้แอพพลิเคชันหมอพร้อมมีความพร้อมต่อการรับรองการลงทะเบียนฉีดวัคซีนของประชาชนที่คาดว่าจะมีจำนวนมากในอนาคต

๒. ควรนำรูปแบบการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ลงพื้นที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการฉีดวัคซีนของจังหวัดลำปาง จนทำชาวจังหวัดลำปางมีความเชื่อมั่นลงทะเบียนรับการฉีดวัคซีนจำนวนกว่า ๒๐๐,๐๐๐ คน มาประยุกต์ใช้กับการให้ความเชื่อมั่นต่อประชาชนต่อการฉีดวัคซีนในพื้นที่อื่น ๆ ทั่วประเทศไทย

๓. การผลิตวัคซีนของบริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด เพื่อคืนให้กับสถาบันวัคซีนแห่งชาติตามมูลค่าที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจะเป็นภูมิคุ้มกัน มิให้ถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นประเด็นโจมตีทางการเมือง

๔. สถาบันวัคซีนควรสื่อสารกับสังคมให้มากขึ้นเกี่ยวกับการจัดหาวัคซีนทางเลือกให้ประชาชนได้รับทราบมากขึ้น และการกำหนดระยะเวลาการได้รับวัคซีนในไตรมาสที่ ๓ หรือ ๔ของปี ๒๕๖๔ ยังไม่อาจตอบสนองต่อความคาดหวังและความต้องการของประชาชนได้

<u>ประเด็นการพิจารณา</u> พิจารณาศึกษาและติดตามการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ (ต่อเนื่อง)

<u>สรุปผลการพิจารณา</u>

กรมการแพทย์

การบริหารจัดการเตียงรองรับ COVID-19 ของกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จะพบว่าเตียงระดับ ๓ มีจำนวน ๙๖๙ เตียง เตียงระดับ ๒ มีจำนวน ๙,๔๒๘ เตียง และเตียงระดับ ๑ มีจำนวน ๑๖,๖๙๗ เตียง ซึ่งภาพรวมเตียงแต่ละระดับยังว่าง แต่เพียงพอสำหรับการหมุนเวียนผู้ป่วยภายในเท่านั้นไม่ถือว่ามากเพียงพอ โรงพยาบาลจะต้องสำรองเตียงระดับ ๓ ไว้ร้อยละ ๕ - ๑๐ เพื่อเตรียมรับรองผู้ป่วยระดับ ๖ กรณีเกิดอาการฉุกเฉิน จึงต้องมีการบริหารจัดการเรื่องเตียงให้เพียงพอ ส่วนการบริหารจัดการสถานการณ์เตียงของโรงพยาบาลราชทัณฑ์ พบปัญหา คือ ไม่มีทีมแพทย์พยาบาลดูแลอย่างทั่วถึงจึงจัดบริการหมุนเวียนทีมแพทย์เข้าไปทำหน้าที่ ๓ ชุด จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียนแพทย์แพทย์ทหาร และแพทย์ตำรวจ เพื่อให้เกิดการบริการอย่างเพียงพอ มิเช่นนั้นจำนวนผู้ป่วยจะมีจำนวนมากต้องส่งออกมายังโรงพยาบาลภายนอก สำหรับการประชาสัมพันธ์หาเตียงกำหนดให้เหลือเพียงสายด่วน๑๖๖๘ และกำหนดให้โรงพยาบาลสนามอาคารนิมิตรบุตรสามารถวอล์คอินได้กรณีที่ป่วยที่อาการทรุดต้องการเตียงอย่างเร่งด่วน

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

การประเมินการขึ้นทะเบียนวัคซีน จะมี ๕ ขั้นตอน คือ ๑) การให้คำปรึกษาก่อนยื่นคำขอขึ้นทะเบียนยา ๒) การยื่นคำขอขึ้นทะเบียนยา ๓) การประเมินทางวิชาการ ครอบคลุมด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และแผนจัดการความเสี่ยง ๔) ประชุมคณะอนุกรรมการขึ้นทะเบียนตำรับยาแผนปัจจุบันสำหรับมนุษย์ และ ๕) พิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์ยาแบบมีเงื่อนไขในสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีการระบาดใหญ่ ซึ่งขณะนี้ สถานะของการขึ้นทะเบียนวัคซีนของประเทศไทยได้รับการอนุมัติแล้ว จำนวน ๔ ราย คือ ๑) AstraZeneca เมื่อวันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๔ ๒) Sinovac เมื่อวันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ๓) johnson&johnson เมื่อวันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๔ ๔) Modenna เมื่อวันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๔ นอกจากนี้ ยังอยู่ระหว่างดำเนินการ ๒ ราย คือ ๑) Bharat และ ๒) Sputnik V

กรมอนามัย

บทบาทกรมอนามัยช่วงระบาดโควิดจะเป็นการเตรียมความพร้อมยกระดับศูนย์อนามัยจนถึงปลายปี ๒๕๖๔ ให้มีความพร้อมสนับสนุนเกี่ยวกับการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม การให้ความรู้ในโครงการขับเคลื่อนกลุ่มวัยและกลุ่มเปราะบาง ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ เพื่อป้องกันการติดเชื้อลดผลกระทบต่อสุขภาพ ครอบคลุมทุกกลุ่ม แม่และเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยผู้สูงอายุ ขณะเดียวกัน ยังใช้ช่องทางออนไลน์รณรงค์ขับเคลื่อนการให้ความรู้ ภายใต้กรอบคิดการขับเคลื่อน ๓ สร้าง คือ สร้างมาตรฐาน สร้างความมั่นใจ สร้างความปลอดภัย ให้ประชาชนตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคโควิด ๑๙

อย่างไรก็ตาม คณะกรรมาธิการได้ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบริหารจัดการเตียง ซึ่งกรมการแพทย์ควรพิจารณาเกี่ยวกับการประสานงานระหว่างโรงพยาบาล กรณีที่จะต้องมีการส่งต่อผู้ป่วย เนื่องจากการประสานจะทำได้ค่อนข้างยากโดยเฉพาะกรณีที่เกิดการระบาดใหญ่ทำให้เตียงในหลายสังกัดไม่เพียงพอต่อการให้บริการ เช่น โรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร เมื่อจำนวนเตียงเต็มจะต้องประสานงานไปยังโรงพยาบาลสังกัดอื่น ๆ เมื่อพบว่า เตียงไม่เพียงพอ จึงต้องมีการประสานไปยังโรงพยาบาล

นอกเขตพื้นที่ทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรค นอกจากนี้ ควรมีการจัดเตรียมความพร้อมด้านอื่น ๆ ให้เพียงพอ กรณีการระบาดมีความยาวนาน เช่น การจัดหาออกซิเจน

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ

จากการศึกษาข้อมูลยาฟาวิพิราเวียร์ ซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพการรักษาที่ไม่สูงมาก และมียาอื่นที่ใช้ได้โดยในต่างประเทศก็มีการใช้ยาชนิดอื่น จึงควรมีการปรับเปลี่ยนยาที่ใช้ในการรักษาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งประเทศไทยมีสมุนไพรไทยหรือสารสกัดฟ้าทะลายโจรที่มีฤทธิ์ต้านเชื้อดังกล่าวได้เช่นเดียวกัน ดังนั้น การป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยที่มีอาการน้อยไม่ให้มีอาการป่วยรุนแรง ควรมีการศึกษาและนำสารสกัดฟ้าทะลายโจรมาใช้อย่างจริงจัง

นอกจากนี้ การดำเนินการฉีดวัคซีนของประเทศไทย ควรพิจารณาค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นในการฉีด เช่น การใช้ PPE จำนวนมากในพื้นที่ที่ไม่จำเป็น หรือการเปลี่ยนถุงมือทุกครั้งที่ฉีดวัคซีน รวมทั้งควรให้มีการแยกขยะให้ถูกต้องเกี่ยวกับขยะติดเชื้อ และไม่ติดเชื้อ เนื่องจากมีวิธีการกำจัดที่แตกต่างกัน

<u>ประเด็นการพิจารณา</u> พิจารณาศึกษาการวิจัยและการพัฒนาสมุนไพรฟ้าทะลายโจร และประสิทธิภาพของสมุนไพรฟ้าทะลายโจร เพื่อการป้องกันและรักษาโรคโควิด ๑๙

<u>สรุปผลการพิจารณา</u>

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ความก้าวหน้าการพัฒนาสมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการรักษาโรคโควิด ๑๙

ยาฟ้าทะลายโจร (Andrographolides) เป็นยาที่มาจากสมุนไพร และอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ มีข้อบ่งชี้ในการลดไข้ ต้านอักเสบ ต้านไวรัสชนิด Inhibit viral replication และกระตุ้นภูมิคุ้มกันทั้ง Adaptive immunity (humoral and cell mediated) and Innate immunity

การทดสอบสารสกัดฟ้าทะลายโจร กับการรักษาโรคโควิด ๑๙ (Pre-Clinical Study) ปรากฏผล ดังนี้

- การทดสอบการยับยั้งการติดเชื้อของเซลล์ (cell protection test) ทั้ง Andrographolide และสารสกัดหยาบฟ้าทะลายโจรไม่มีฤทธิ์ในการยับยั้งการติดเชื้อไวรัส
- การทดสอบฤทธิ์ยับยั้งเชื้อไวรัส (viral inactivation test) สารสกัดหยาบฟ้าทะลายโจรมีฤทธิ์ยับยั้งไวรัสโควิด ๑๙ มากกว่า Andrographolide โดยค่า IC50 ของสารสกัดฟ้าทะลายโจร และ Andrographolide มีค่า < 1 และ 15.6 μg/ml ตามลำดับ
- การทดสอบฤทธิ์ต้านการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัส (antiviral test) ทั้งสารสกัดหยาบฟ้าทะลายโจรและ Andrographolide มีฤทธิ์ยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสในเซลล์ (viral replication) โดยค่า IC50 ของสารสกัดฟ้าทะลายโจรและ Andrographolide เท่ากับ 3.02 (AP=0.53) และ 0.64 μg/ml ตามลำดับ

การดำเนินงานที่ผ่านมา มีการทำการศึกษาของฟ้าทะลายโจร แบ่งเป็น ๔ ระยะ ได้แก่

๑. Preliminary ดำเนินการในช่วงเดือนพฤษภาคม – ตุลาคม ๒๕๖๓
๒. RCT ดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคม ๒๕๖๓ –มีนาคม ๒๕๖๔
๓. Retrospective observational ดำเนินการในช่วงเดือนธันวาคม ๒๕๖๓ – มีนาคม ๒๕๖๔
๔. R2R on Going Process ดำเนินการในช่วงเดือนมีนาคม ๒๕๖๔ – ปัจจุบัน และดำเนินการต่อไป

งานวิจัยในมนุษย์ : ฟ้าทะลายโจรกับโควิด ๑๙ ในระยะ Clinical Trial

๑. ระยะ Preliminary ผู้ป่วย จำนวน ๖ ราย เพื่อทำการศึกษาโครงการศึกษานำร่องผลของสารสกัดฟ้าทะลายโจรขนาดสูงต่อผู้ป่วยโรคโควิด ๑๙ ระดับรุนแรงน้อย พบว่า สารสกัดฟ้าทะลายโจรมีผลลดความรุนแรงของโรคได้ ความรุนแรงของอาการไอ อาการเจ็บคอ อาการปวดศีรษะลดลง รวมถึงปริมาณเสมหะ และความถี่ของอาการไอลดลง (p-value< 0.05) และมีแนวโน้มลดปริมาณเชื้อไวรัสและต้านการอักเสบได้

๒. ระยะ RCT ผู้ป่วย จำนวน ๕๗ คน เพื่อทำการศึกษาโครงการศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของสารสกัดฟ้าทะลายโจรขนาดสูงต่อระยะเวลาการหายจากอาการโรคโควิด ๑๙ พบว่าในกลุ่มไม่ได้รับฟ้าทะลายโจรจำนวน ๒๘ ราย เกิดปอดอักเสบ จำนวน ๓ ราย กลุ่มที่ได้รับฟ้าทะลายโจรจำนวน ๒๙ ราย ไม่เกิดปอดอักเสบ ค่าเฉลี่ยคะแนน VAS ทั้งสองกลุ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (p-value <0.001) มีแนวโน้มต้านการอักเสบได้ แนวโน้มพบเชื้อไวรัสลดลงในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญ และค่าการทำงานของตับและไตของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p-value >0.05)

๓. ระยะ Retrospective observational ผู้ป่วย จำนวน ๕๖๘ ราย เพื่อการศึกษาย้อนหลังเชิงสังเกตผลของสารสกัดฟ้าทะลายโจรขนาดสูงต่อผู้ป่วยโรคโควิด ๑๙ ระดับรุนแรงน้อย พบว่า แฟ้มข้อมูลผู้ป่วยระหว่างเดือนธันวาคม ๒๕๖๓ ถึง มีนาคม ๒๕๖๔ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับฟ้าทะลายโจร จำนวน ๓๐๖ ราย มีปอดอักเสบ จำนวน ๗๑ ราย ผู้ป่วยที่ได้รับฟ้าทะลายโจร จำนวน ๒๖๒ ราย มีปอดอักเสบ จำนวน ๒ ราย ผู้ป่วยโควิด ๑๙ ที่ได้รับยาฟ้าทะลายโจร ขนาด ๑๘๐ มิลลิกรัม/วัน ติดต่อกัน ๕ วัน เกิดภาวะปอดอักเสบน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาฟ้าทะลายโจรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.001) [กลุ่มทดลอง Risk 0.011/ กลุ่มควบคุม Risk 0.235] ใช้ฟ้าทะลายโจรในผู้ป่วย จำนวน ๑๐๐ คน จะป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบได้ ๒๒ คน และไม่พบอาการข้างเคียง

๔. ระยะ R2R (การทำการศึกษาต่อเนื่องไปข้างหน้า) ผู้ป่วยสะสม จำนวน ๓,๓๔๑ คน เพื่อทำการศึกษาโครงการฟ้าทะลายโจร สมุนไพรไทยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยร่วมต้านภัยโควิด ๑๙ On Going Process (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔) พบว่า ดำเนินการเก็บในโรงพยาบาล ๗ แห่ง โรงพยาบาลสนาม ๕ แห่ง เรือนจำ ศูนย์นิมิบุตร และโรงพยาบาลบุษราคัม รับยาครบ ๕ วัน จำนวน ๑,๓๒๔ ราย อยู่ในระหว่างรับยาและติดตามผล จำนวน ๒,๐๑๗ ราย ยังไม่พบผู้ป่วยเกิดภาวะปอดอักเสบ และยังไม่ได้สรุปและประมวลผลอย่างเป็นทางการ

การนำฟ้าทะลายโจรไปใช้ในภาคสนาม

๑. โรงพยาบาลและโรงพยาบาลสนาม จำนวน ๓,๐๐๐ ราย ได้แก่ โรงพยาบาล ๗ แห่ง และโรงพยาบาลสนาม ๕ แห่ง

๒. เรือนจำ จำนวน ๗,๕๐๐ ราย ได้แก่ เรือนจำกลางคลองเปรม เรือนจำจังหวัดนนทบุรี และเรือนจำจังหวัดเชียงใหม่

ทั้งนี้ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้มีความพยายามผลักดันเสนอยาฟ้าทะลายโจรเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อรักษาผู้ป่วยโควิด ๑๙ จากการประชุมคณะอนุกรรมการบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร ครั้งที่ ๖/๒๕๖๔ วันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔ ที่ประชุมคณะอนุกรรมการมีมติคัดเลือกรายการยาสารสกัดฟ้าทะลายโจร และยาจากผงฟ้าทะลายโจรเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ โดยมีข้อบ่งใช้ : ใช้กับผู้ป่วยโควิด ๑๙ ที่มีความรุนแรงน้อย เพื่อลดการเกิดโรคที่รุนแรง ขนาดใช้ : ฟ้าทะลายโจรที่มี Andrographolide จำนวน ๑๘๐ มิลลิกรัมต่อวัน โดยแบ่งรับประทานวันละ ๓ ครั้ง

เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยฟ้าทะลายโจร ต่อผู้ป่วย จำนวน ๑ ราย

๑. ยาพาราเซตามอล ราคา ๖๐ บาท เพื่อหวังในการลดไข้ให้แก่ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการรุนแรง

๒. ยาฟ้าทะลายโจร ราคา ๑๘๐ บาท เพื่อลดไข้ ลดอักเสบ และลดไวรัส

๓. ยา Favipiravir ราคา ๔,๘๐๐ บาท เพื่อลดไวรัส

นอกจากนี้ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ทำการศึกษาร่วมมหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้ทำการศึกษาเรื่องของกระชายทั้งในหลอดทดลอง พบว่า มีฤทธิ์ในเรื่องการต้านไวรัสต่าง ๆ เช่น HIV, SARS-CoV และมีฤทธิ์ต้านการอักเสบด้วย ขณะนี้ได้เริ่มการศึกษาในมนุษย์

มูลค่าการสั่งใช้สมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔ มีแนวโน้มลดลง รายการยาที่มีการจ่ายยามาที่สุด คือ ฟ้าทะลายโจร แต่มูลค่าการสั่งซื้ออยู่ที่ขมิ้นชัน

โรงพยาบาลเจ้าพระยาภัยภูเบศร

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ได้มีการใช้ยาฟ้าทะลายโจรตั้งแต่มีการระบาดของโควิด ๑๙ ครั้งแรกในปี ๒๕๖๓ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรได้ส่งสารสกัดหยาบของฟ้าทะลายโจรให้มหาวิทยาลัยมหิดลทดสอบ พบว่า มีผลยับยั้งการแบ่งตัวของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ๒๐๑๙ เช่นเดียวกับยาต้านไวรัสที่ใช้รักษาโรคโควิด ๑๙ เพิ่มภูมิคุ้มกันในการสู้กับไวรัส และลดการอักเสบในหลายอวัยวะ รวมถึงปอด

ฟ้าทะลายโจรมีผลิตภัณฑ์ที่ขายในต่างประเทศ โดยเฉพาะการปรับภูมิคุ้มกัน ซึ่งเป็นแนวคิดของการแพทย์ตะวันออก ซึ่งการแพทย์ในประเทศจีนมีแนวคิดในเรื่องการป้องกันการก่อโรค เป็นกลไกที่สำคัญในการขับไล่เชื้อโรค

ฟ้าทะลายโจร อยู่ในวิถีชีวิตชาวบ้าน เริ่มมีการบันทึกและเผยแพร่ในวงกว้างปี ๒๕๒๘ นอกจากประเทศไทยแล้ว ก็ยังมีประเทศจีนและประเทศอินเดียก็มีการนำฟ้าทะลายโจรมาใช้ และในปี ๒๕๔๒ เริ่มมีบัญชียาสมุนไพร ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ประกอบด้วยยา ๒ กลุ่ม จำนวน ๘ รายการ ได้แก่

๑. ยาจากสมุนไพรที่มาจากภูมิปัญญาดั้งเดิม จำนวน ๓ รายการ ได้แก่ ยาแก้ไข้ (ยาห้าราก) ยาประสะไพล ยาประสะมะแว้ง

๒. ยาพัฒนาจากสมุนไพร (ตามหลักทางวิทยาศาสตร์) จำนวน ๕ รายการ ได้แก่ ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจร ชุมเห็ดเทศ พญายอ และไพล

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เลือกใช้ยาฟ้าทะลายโจรร่วมกับการรักษามาตรฐานสำหรับผู้ป่วยและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด ๑๙ จากการเก็บข้อมูลการใช้ยาฟ้าทะลายโจรในผู้ป่วยที่มีอาการน้อยหรือไม่มีอาการในโรงพยาบาลสนามในเขตสุขภาพที่ ๖ ในผู้ป่วยแรกรับ จำนวน ๑๘ ราย มี ๑๗ ราย ได้ยาฟ้าทะลายโจร เป็นเวลา ๕ วัน และ ๑ ราย ไม่ได้รับยาฟ้าทะลายโจรและยาฟาวิพิราเวียร์ และมี ๑ ราย (จาก ๑๗ ราย) ที่ถูกส่งกลับมารับยาฟาวิพิราเวียร์ ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ทั้งนี้ เขตสุขภาพที่ ๖ เห็นว่าฟ้าทะลายโจรจะเป็นประโยชน์แก่โรงพยาบาลสนาม ซึ่งมีหลายแห่งที่นำมาไปใช้

ความปลอดภัยของการนำฟ้าทะลายโจรมาใช้

๑. โรงพยาบาลมีระบบติดตามความปลอดภัยของการใช้ฟ้าทะลายโจรตั้งแต่การระบาดระลอกแรก

๒. มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อห้าม ข้อควรระวังในการใช้ยาฟ้าทะลายโจร

๓. ผู้ป่วยโควิด ๑๙ จำนวนมากมีค่าเอนไซม์ตับขึ้นสูงหลังจากติดเชื้อ แต่เมื่อได้รับฟ้าทะลายโจรและ/หรือ Flavipiravir ก็ลดลง

๔. ผู้ป่วยบางรายแพทย์พิจารณาหยุดฟ้าทะลายโจร หากมียาหรือโรคร่วมที่เกรงว่าอาจจะมีผลกับการทำงานของตับ

๕. ปัจจุบันยังไม่มีรายงานผลข้างเคียงจากการใช้ฟ้าทะลายโจรในผู้ป่วยโควิด ๑๙

<u>แนวทางการศึกษาวิจัยเพื่อผลักดันให้เป็น Flagship product of Thailand</u>

๑. ใช้แนวทาง Reverse pharmacology approach เริ่มจากองค์ความรู้ภูมิปัญญา ประสบการณ์การใช้ เป็นฐานในการศึกษาวิจัยต่อยอด

๒. ทำให้เกิดงานวิจัย real world evidence studies ให้มีความสมบูรณ์ นำไปสู่การวิจัยพัฒนาผลิตภัณฑ์อย่างเป็นระบบ

๓. ทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาของฟ้าทะลายโจรอย่างรอบด้าน ตั้งแต่การปลูก แปรรูปเบื้องต้น สกัด และฤทธิ์เภสัชวิทยา

๔. ผลักดันให้เกิดนวัตกรรมของฟ้าทะลายโจรในทุกระดับ ตั้งแต่ภาคประชาชน อุตสาหกรรม ผลิตภัณฑ์ และการท่องเที่ยว

<u>ความท้าทายของการพัฒนาผลิตภัณฑ์ฟ้าทะลายโจร</u>

๑. คุณภาพของวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์

๒. ความคงสภาพของสารสกัด

๓. รูปแบบผลิตภัณฑ์ที่หลากหลาย

๔. ข้อบ่งใช้ในการบรรเทาอาการหวัด ลดการอักเสบ ปรับภูมิคุ้มกัน เช่น ภูมิแพ้ ลำไส้แปรปรวน ข้ออักเสบรูมาตอยด์

การสกัดที่มีองค์ประกอบของสารหลายชนิดให้ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่ครอบคลุม นอกจาก Andrograholide แล้ว สาระสำคัญหลายตัวมีฤทธิ์โดยเฉพาะเรื่องการลดการอักเสบ

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ดังนี้

๑. ควรเร่งรัดให้มีการบรรจุฟ้าทะลายโจรอยู่ใน Clinical Practice Guidelines เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด ๑๙ และเป็นประโยชน์ต่อการเก็บข้อมูลวิจัยอีกทางหนึ่ง

๒. ผู้ป่วยควรมีสิทธิในการร้องขอใช้ยาฟ้าทะลายโจรจากแพทย์ในการรักษา บุคลากรทางการแพทย์ไม่อาจปฏิเสธได้ ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนให้ใช้ยาฟ้าทะลายโจรได้ในกรณีที่ผู้ป่วยร้องขอได้ เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย

๓. ปริมาณการใช้ยา เป็นปัญหาเร่งด่วนควรต้องแก้ไข บริษัทผู้ผลิตยาต่าง ๆ ควรกำหนดให้ใช้ปริมาณยาที่ผู้ป่วยจะใช้ยาฟ้าทะลายโจรในมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นแก่ผู้ใช้ยา

๔. ควรพัฒนาฟ้าทะลายโจรเป็นผลิตภัณฑ์ส่งออกของประเทศ เป็นที่น่าเสียดายหากต่างประเทศนำฟ้าทะลายโจรไปปลูกและพัฒนาวิจัยเป็นผลิตภัณฑ์ของตนเอง อีกทั้งควรมี Action Plan ในการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม สนับสนุนให้ฟ้าทะลายโจรเป็นผลิตภัณฑ์ประจำชาติ ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่เกษตรกรอีกด้วย

<u>ประเด็นการพิจารณา</u> พิจารณาศึกษาและติดตามสถานการณ์ของโรค โควิด ๑๙ โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัสดังกล่าว รวมทั้งผลต่อการตอบสนองของวัคซีน มาตรการในการเฝ้าระวังปัญหาและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

<u>สรุปผลการพิจารณา</u>

นายอนันต์ จงแก้ววัฒนา ผู้อำนวยการกลุ่มวิจัยนวัตกรรมสุขภาพสัตว์และการจัดการศูนย์พันธุ์วิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ ไบโอเทค

ในมุมมองของนักไวรัสวิทยาเห็นว่า การกลายพันธ์ของเชื้อไวรัสเป็นเรื่องปกติ เนื่องจากเชื้อไวรัสจะมีการเปลี่ยนแปลงสารพันธุกรรมตลอดเวลา สำหรับเชื้อไวรัสโควิด ๑๙ ถือว่ามีการกลายพันธุ์ในระดับต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับไวรัสชนิดอื่น เช่น HIV

เชื้อไวรัสโควิด ๑๙ ที่ระบาดอยู่ทั่วโลกปัจจุบันมีเปลี่ยนแปลงสารพันธุกรรมอยู่ตลอดเวลา ซึ่งมากกว่าร้อยละ ๙๙ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่มีนัยสำคัญ ไม่มีความสามารถแพร่กระจายได้ สำหรับไวรัสที่มีการกลายพันธุ์อย่างเป็นนัยสำคัญที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม พิจารณาได้ ๓ ประเด็น คือ

๑) ไวรัสแพร่กระจายจากคนสู่คนได้อย่างเร็วขึ้นเมื่อเทียบกับสายพันธุ์ดั้งเดิม

๒) ไวรัสมีความรุนแรงขึ้นเมื่อเข้าสู่ผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการปอดติดเชื้อ

๓) ไวรัสมีความสามารถดื้อต่อวัคซีน หรือภูมิคุ้มกันได้

ปัจจุบันมีสายพันธุ์ที่น่ากังวล อยู่ ๔ สายพันธุ์ ได้แก่

๑) สายพันธุ์ B.1.1.7 ที่พบครั้งแรกในอังกฤษ เรียกว่า อัลฟา มีการแพร่กระจายมากที่สุดในปัจจุบัน ประมาณร้อยละ ๔๔ ทั่วโลก ขณะนี้ประเทศไทยมีการแพร่ระบาดสายพันธุ์นี้เป็นไวรัสที่ติดเข้าไปในเซลล์ของคน และมีการแพร่กระจายได้ดี ความรุนแรง ถ้าผู้ป่วยทราบผลเร็วและรักษาได้ทัน อัตราการเสียชีวิตจะเท่ากับสายพันธุ์ดั้งเดิม แต่หากพบเชื้อช้า มีอาการป่วยค่อนข้างสูงและมีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูง วัคซีนชนิด mRNA หรือชนิด Viral vector สามารถป้องกันไวรัสชนิดนี้ได้ค่อนข้างดี

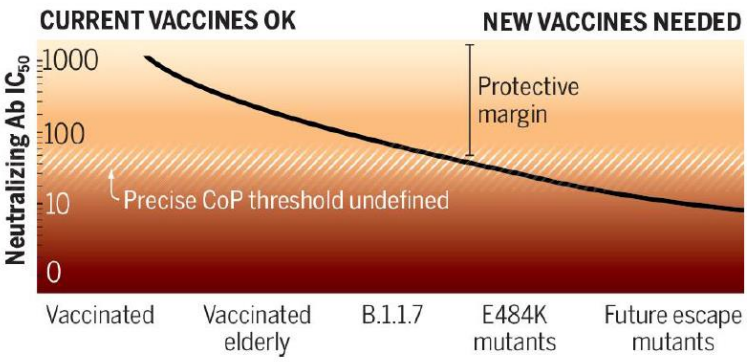
๒) สายพันธุ์ B1.617.2 ที่พบครั้งแรกในอินเดีย เรียกว่า เดลตา พบการระบาดอยู่ที่ประเทศอังกฤษและกว่าอีก ๕๘ ประเทศ ประเทศอินเดียมีการระบาดหลายสายพันธุ์มากที่สุด ความสามารถแพร่กระจายของเชื้อชนิดนี้มีการแพร่กระจายได้ดีกว่าสายพันธุ์ B.1.1.7 ถึงร้อยละ ๕๐ ความรุนแรงของเชื้อยังไม่พบข้อมูล

๓) สายพันธุ์ B.1.351 ที่พบครั้งแรกในแอฟริกาใต้ เรียกว่า เบตา เป็นสายพันธุ์ที่มีมาก่อนสายพันธุ์ B.1.1.7 การแพร่กระจายของเชื้อค่อนข้างช้า ไม่มีการกลายพันธุ์ พบการติดเชื้อซ้ำในผู้ป่วยที่เคยหายแล้วได้ค่อนข้างสูงมาก ข้อกังวลนี้ สายพันธุ์นี้มีภูมิคุ้มกันตัวเองได้ดี

๔) สายพันธุ์ P1 ที่พบในบราซิล เรียกว่า แกมมา มีการระบาดอยู่ในทวีปอเมริกาใต้ เช่น บราซิล ชิลี อุรุกวัย เวเนซุเอลา ประมาณร้อยละ ๖๒ ของประเทศบราซิลพบสายพันธุ์ชนิดนี้ และสายพันธุ์ชนิดนี้มีคุณสมบัติคล้ายกับสายพันธุ์ B.1.351 มีภูมิคุ้มกันตัวเองได้ดี

ประเทศอังกฤษจะพบไวรัสทั้ง ๔ สายพันธุ์ ในเดือนมีนาคม โดยพบสายพันธุ์ B.1.1.7 ร้อยละ ๑๐๐ ทั้งประเทศ ต่อมาในเดือนพฤษภาคม พบสายพันธุ์ B1.617.2 ประมาณร้อยละ ๗๐ ซึ่งส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มผู้ที่ยังไม่ได้รับวัคซีน คือ กลุ่มคนที่มีอายุน้อย สายพันธุ์ B.1.1.7 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่สายพันธุ์ B1.617.2 เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจจะต้องมีการพิจารณาใช้วัคซีนในเข็มที่ ๓

วัคซีนแต่ละชนิดจะสร้างภูมิคุ้มกันไม่เท่ากัน หากสามารถผลิตวัคซีนให้มีการสร้างภูมิขึ้นในระดับ ๑,๐๐๐ ยูนิต/มล. ก็จะทำให้ไม่มีพื้นที่ให้ไวรัสสามารถกลายพันธุ์ได้



จากการรวบรวมข้อมูลของสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) เกี่ยวกับประสิทธิภาพของวัคซีน Sinovac ต่อไวรัส SARS-CoV-2 ในผู้ได้รับวัคซีน จำนวน ๒๓ ตัวอย่าง ที่ได้รับวัคซีน Sinovac ไปแล้ว ๑ เดือน จำนวน ๒ เข็ม เพื่อตรวจวัดความสามารถในการยับยั้งเชื้อไว้รัส พบว่า ร้อยละ ๑๐๐ ทุกคนมีภูมิคุ้มกันที่จะยับยั้งเชื้อไวรัสได้ สอดคล้องกับข้อมูลจากโรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แต่มีจำนวน ๓ คน ที่มีภูมิคุ้มเพียงร้อยละ ๔๐

เทคโนโลยีวัคซีนเพื่อรองรับการกลายพันธุ์ของไวรัส คือ

๑) Basic Booster การนำวัคซีนตัวเดิมมาฉีดซ้ำเพื่อให้ภูมิคุ้มกันที่เริ่มลดลงให้กลับมาสูงขึ้น โดยมีการเริ่มใช้แล้วในกลุ่มประเทศที่ใช้วัคซีนซิโนฟาร์ม จำนวน ๒ เข็ม เป็นเข็มที่ ๓ เช่น ประเทศบาห์เรน สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์

๒) Strain Adapted Vaccine โดยการสร้างวัคซีนตัวใหม่ขึ้นมาด้วยวิธีกลับพันธุกรรมของวัคซีนให้ตรงกับสายพันธุ์ที่มีการระบาด มีการเริ่มทำในวัคซีนของ Moderna และ Phizer

๓) Multivalent Booster เป็นการนำวัคซีนสายพันธุ์เดิมและสายพันธุ์ใหม่มารวมกันในขวดเดียวกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของภูมิคุ้มกัน ซึ่งยังมีข้อที่ต้องพิจารณา

๔) Spike Plus เป็นการนำแอนติเจนตัวอื่นในไวรัสเดียวกัน อาจเป็นการเพิ่มภูมิคุ้มกันของการใช้ Spike ตัวเดิมได้ แต่ยังไม่มีการใช้จริง

แผนการเตรียมวัคซีนเพื่อรองรับการกลายพันธุ์ของประเทศไทย ประเทศไทยมีนักวิจัยและพัฒนาวัคซีนจากหลายหน่วยงานที่กำลังทำงานเพื่อค้นหาวัคซีนสำหรับโควิด ๑๙ เรียกว่า ทีมไทยแลนด์ ทั้งจากสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) ศูนย์วิจัยวัคซีน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และบริษัท ใบยา ไฟโตฟาร์ม จำกัด ขณะนี้ได้อยู่ระหว่างการดำเนินการวิจัยและพัฒนาวัคซีนเพื่อให้สามารถรองรับการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัสในทุกสายพันธุ์

<u>ประเด็นการพิจารณา</u> การบริหารจัดการวัคซีน โควิด ๑๙ และแผนการกระจายวัคซีน รวมทั้งการดำเนินงานให้บริการวัคซีนเพื่อฉีดให้ครอบคลุมเร็วขึ้น ทั้งในพื้นที่ระบาดรุนแรง และพื้นที่อื่น ๆ กระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการวัคซีนที่จะสร้างความเชื่อมั่นและความปลอดภัยสำหรับประชาชน

<u>สรุปผลการพิจารณา</u>

กรมควบคุมโรค

การบริหารจัดการวัคซีนโควิด ๑๙ ของประเทศไทย มีกลยุทธ์และมาตรการสำคัญระยะฉีดวัคซีน ดังนี้

๑. ฉีดวัคซีนแบบกลยุทธ์ให้กลุ่มเป้าหมายสำคัญและพื้นที่สำคัญโดยเร็ว

๑.๑ ป้องกันกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วย ๗ ประเภท และประชากรกลุ่มเปราะบางอื่น ๆ

๑.๒ ฉีดประชากรกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อสูง กลุ่มมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อสูง และกลุ่ม settings ที่มีโอกาสระบาดรุนแรงวงกว้างจังหวัดที่มีการระบาดรุนแรงวงกว้างและพื้นที่ยุทธศาสตร์

๑.๓ ระดมฉีดเข็มแรก AZ ปูพรมให้ครอบคลุม แล้วเข็มสองในพื้นที่ระบาด

๒. ตรวจจับสัญญาณระบาดให้เร็วและเพิ่มการควบคุมจุดเสี่ยงต่อระบาดรุนแรงวงกว้าง (super – spreading settings)

๒.๑ ประเมินความเสี่ยง สำรวจ และเข้มงวดมาตรการใน super – spreading settings ได้แก่ สถานที่พัก สถานที่ทำงานของแรงงานต่างด้าว โรงงาน สถานที่ทำงานขนาดใหญ่ แคมป์ก่อสร้าง ตลาดสด ชุมชนที่อยู่แออัด สถานบันเทิง บ่อนการพนัน พื้นที่ชายแดน เป็นต้น

๒.๒ จำกัดกิจกรรมรวมตัวที่มีคนเกินกว่าที่กำหนด จำกัดการเดินทาง ปิดสถานที่เฝ้าระวังบุคคลที่อยู่ในสถานที่เสี่ยงสูง และโอกาสแพร่กระจายเชื้อสูง คัดกรองเชิงรุกกับบุคคลที่เสี่ยงป่วยรุนแรงและบุคคลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่การระบาดรุนแรงวงกว้าง

๓. ปรับมาตรการควบคุมโรคและผ่อนคลายมาตรการสังคมตามระดับความรุนแรงสถานการณ์และกลุ่มก้อนการระบาดใหญ่

๔. เตรียมระบบและปรับมาตรการ เพื่อรองรับการเปิดกิจการ กิจกรรม ภายหลังการฉีดวัคซีนได้ครอบคลุม ดังนี้

๔.๑ ปรับมาตรการบุคคล สังคม ตามวิถีชีวิตใหม่

๔.๒ ปรับมาตรการค้นหา เฝ้าระวัง สอบสวน และการแพทย์

๔.๓ ประเมินความพร้อมกิจการที่เสี่ยงต่อการระบาดวงกว้างและกิจกรรมรวมตัวที่มีความเสี่ยง

๔.๔ จัดทำพื้นที่ทดลอง (Sand box) ก่อนเปิดวงกว้าง

๕. สื่อสารสังคมสร้างความร่วมมือทุกภาคส่วนสู่เป้าหมายเดียวกัน

เป้าประสงค์การควบคุมโควิด ๑๙ ในระยะฉีดวัคซีน มีวัตถุประสงค์ เพื่อ ๑) ลดการติดเชื้อให้อยู่ในระดับต่ำ (Low level transmission) ๒) ลดการเสียชีวิตให้น้อยกว่าร้อยละ ๑ และ ๓) ประคองและฟื้นฟูเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของประเทศ โดยแผนการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ สำหรับประชากรไทยจำนวน ๑๕๐ ล้านโดส เป้าหมายการฉีดวัคซีนร้อยละ ๗๐ หรือประชากร ๗๐ ล้านคน (คนไทย ๖๗ ล้านคนและคนต่างชาติ ๓ ล้านคน) เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันในระดับประชากรและฟื้นฟูให้ประเทศกลับเข้าสู่ภาวะปกติ

ระยะที่ ๑ ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ – เดือนเมษายน ๒๕๖๔ มีการนำเข้าวัคซีน Sinovac จากประเทศจีน จำนวน ๒.๕ ล้านโดส และจำนวน ๕.๖ ล้านโดส โดยแหล่งเงินงบประมาณได้รับมาจากงบกลาง ซึ่งเมื่อวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๔ คณะรัฐมนตรีอนุมัติจัดซื้อวัคซีน จำนวน ๒ ล้านโดส จำนวน ๑,๒๘๐.๖๐ ล้านบาท เมื่อวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๔ คณะรัฐมนตรีอนุมัติงบกลาง เพื่อจัดซื้อวัคซีน จำนวน ๕ แสนโดส จำนวน ๓๒๑.๖๐ ล้านบาท และเมื่อวันที่ ๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔ คณะรัฐมนตรีอนุมัติงบกลาง เพื่อจัดซื้อวัคซีน จำนวน ๕.๖ ล้านโดส จำนวน ๓,๓๑๕.๓๗ ล้านบาท

ระยะที่ ๒ ช่วงเดือนพฤษภาคม – เดือนธันวาคม ๒๕๖๔ คาดว่า ประเทศไทยสามารถผลิตวัคซีนที่ผ่านการถ่ายทอดเทคโนโลยีจาก Astra Zeneca ได้จำนวน ๖๑ ล้านโดส การจัดหาวัคซีนเพิ่มเติมให้ครบเป้าหมายการฉีดจำนวน ๓๐.๙ ล้านโดส และ ๕๐ ล้านโดส ตามลำดับ โดยแหล่งเงินงบประมาณได้รับมาจากงบกลาง ซึ่งเมื่อวันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๔ คณะรัฐมนตรีอนุมัติจัดซื้อวัคซีนจำนวน ๒๖ ล้านโดส จำนวน ๕,๒๘๗.๒๙ ล้านบาท เมื่อวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๔ คณะรัฐมนตรีอนุมัติจัดซื้อวัคซีนจำนวน ๓๕ ล้านโดส จำนวน ๖,๓๗๘.๒๓ ล้านบาท ส่วนวัคซีนที่จัดหาเพิ่มเติมอยู่ระหว่างการจัดหาแหล่งเงินงบประมาณ

กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์และ อสม. บุคคลทั่วไป ผู้มีโรคประจำตัวเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปี ขึ้นไป เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคโควิด ๑๙ ที่มีโอกาสสัมผัสผู้ป่วย

ส่วนกลุ่มเป้าหมายในระยะที่ ๑ ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากด่านหน้า ผู้ประกอบอาชีพภาคการท่องเที่ยว เช่น พนักงานโรงแรม สถานบันเทิง ผู้เดินทางระหว่างประเทศ เช่น นักบิน ลูกเรือ นักธุรกิจระหว่างประเทศ ประชาชนทั่วไป นักการทูต เจ้าหน้าที่องค์กรระหว่างประเทศ และแรงงานในภาคอุตสาหกรรม ภาคบริการ

การจัดหาวัคซีนโควิด ๑๙ ของประเทศไทย (ข้อมูล ณ วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๔) มีเป้าหมายการจัดหาวัคซีน จำนวน ๑๐๐ ล้านโดส ครอบคลุมประชากร จำนวน ๕๐ ล้านคน (ร้อยละ ๗๐ ของประชากร) ภายในปี ๒๕๖๔

ผู้ผลิต	สถานะ	กำหนดส่งมอบ	ผู้ดำเนินการ
Astra Zeneca	ทำสัญญาเรียบร้อยแล้ว จัดหา ๖๑ ล้านโดส	- ทยอยส่งมอบตั้งแต่เดือนมิถุนายน ๒๕๖๔	- สถาบันวัคซีนแห่งชาติ และกรมควบคุมโรค
Sinovac	ส่งมอบแล้ว ๖ ล้านโดส - ได้รับบริจาคจากรัฐบาลจีน จำนวน ๑ ล้านโดส - จัดหาเพิ่มเติม จำนวน ๑๐ – ๑๕ ล้านโดส - ทยอยส่งมอบเดือนละ ๒ – ๓ ล้านโดส ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ๒๕๖๔ เป็นต้นไป	- ทยอยส่งมอบตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๔	- องค์การเภสัชกรรม และกรมควบคุมโรค
Pfizer	อยู่ระหว่างเจรจาเงื่อนไขในสัญญาจัดหา ๒๐ ล้านโดส	- คาดว่าภายในไตรมาส ๓ ของปี ๒๕๖๔	- สถาบันวัคซีนแห่งชาติ และกรมควบคุมโรค
Johnson & Johnson	อยู่ระหว่างเจรจาเงื่อนไขในสัญญาจัดหา ๕ ล้านโดส	- คาดว่าภายในไตรมาส ๔ ของปี ๒๕๖๔	- สถาบันวัคซีนแห่งชาติ และกรมควบคุมโรค
Moderna	อยู่ระหว่างดำเนินการ		

แผนการจัดสรรวัคซีน Astra Zeneca เข็มที่ ๑ ในเดือนมิถุนายน – กันยายน ๒๕๖๔ (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๖๔) ซึ่งประเทศไทยได้กำหนดให้วัคซีน Astra Zeneca เป็นวัคซีนหลักสำหรับการป้องกันโรคโควิด ๑๙ โดยในเดือนมิถุนายน – กันยายน ๒๕๖๔ มีแผนการฉีดวัคซีน Astra Zeneca จำนวน ๓๖ ล้านโดส เพื่อฉีดวัคซีนปูพรมเป็นเข็มที่ ๑ ในเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๔ มีแผนการฉีดวัคซีน Astra Zeneca เป็นเข็มที่ ๒

แผนการกระจายวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙ ในประเทศไทยปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ระบาดในปัจจุบัน โดยคำนึงถึง ๔ ปัจจัยสำคัญ ดังนี้ ๑) จำนวนวัคซีนที่มี ๒) จำนวนประชากร ๓) สถานการณ์การระบาดในปัจจุบัน และ ๔) กลุ่มเป้าหมาย เช่น ครู แรงงาน เป็นต้น

กลุ่มเป้าหมายในการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ ประกอบด้วย ๑) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด่านหน้าทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ๒) เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคโควิด ๑๙ หรือบริการประชาชนและมีโอกาสสัมผัสผู้ป่วย ๓) ผู้ที่มีโรคเรื้อรังประจำตัว ๔) ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ๕) ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค เช่น ครู พนักงานขับรถสาธารณะ ชาวไทยที่จะไปศึกษา ทำงาน หรือประกอบธุรกิจยังต่างประเทศ ๖) คณะทูตานุทูตและครอบครัว รวมทั้งองค์กรระหว่างประเทศ ๗) ประชาชนทั่วไป ๘) ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ๙) นักธุรกิจ ผู้ประกอบการ ชาวต่างชาติ แรงงานต่างด้าว ที่มีถิ่นพำนักในประเทศไทย และ ๑๐) อื่น ๆ ตามความจำเป็น และสถานการณ์ระบาด

แผนบริหารจัดการวัคซีน “สามเหลี่ยมเขยื้อนวัคซีน” ประกอบด้วย

๑. พื้นที่ : การกระจายวัคซีนตามความจำเป็นเร่งด่วน แบ่งเป็น

- สีแดง : พื้นที่ความจำเป็นเร่งด่วนมากที่สุด
- สีเหลือง : พื้นที่ความจำเป็นเร่งด่วนมาก
- สีเขียว : พื้นที่ความจำเป็นเร่งด่วน

๒. ข้อมูล : ครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลา ประกอบด้วย

- การลงทะเบียน/นัดหมาย
- การจัดส่งและการจัดเก็บวัคซีน
- การให้บริการ
- การติดตามผลหลังฉีดวัคซีน
- การเฝ้าระวังหลังรับวัคซีน

๓. สถานที่ให้บริการเพียงพอและเหมาะสม ประกอบด้วย โรงพยาบาล โรงพยาบาลสนาม และจุดฉีดวัคซีนนอกโรงพยาบาล

ทั้งนี้ ได้มีการ Kick off ฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ ทั่วประเทศตั้งแต่วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๔ โดยจำนวนการได้รับวัคซีนของประเทศไทย (จัดสรรวัคซีนทั้งหมด ๗,๑๑๑,๙๖๘ โดส) ดังนี้

๑. จำนวนการได้รับวัคซีนในวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๔ รวม ๒๖๙,๖๓๒ โดส แบ่งเป็น

๑) จำนวนผู้ได้รับวัคซีน เข็มที่ ๑ จำนวน ๑๘๖,๑๖๔ ราย

๒) จำนวนผู้ได้รับวัคซีน เข็มที่ ๒ จำนวน ๘๓,๔๖๘ ราย

๒. จำนวนการได้รับวัคซีนสะสม (๒๘ กุมภาพันธ์ – ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๔) รวม ๖,๗๘๐,๘๑๖ โดส แบ่งเป็น

๑) จำนวนผู้ได้รับวัคซีน เข็มที่ ๑ (จำนวนผู้ได้รับวัคซีนทั้งหมด) ๔,๙๔๘,๒๒๗ ราย เป็นผู้ได้รับวัคซีน Sinovac จำนวน ๓,๑๕๘,๙๕๕ ราย และผู้ได้รับวัคซีน Astra Zeneca จำนวน ๑,๗๘๙,๒๗๒ ราย

๒) จำนวนผู้ได้รับวัคซีน เข็มที่ ๒ (จำนวนผู้ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์) จำนวน ๑,๘๓๒,๕๘๙ ราย เป็นผู้ได้รับวัคซีน Sinovac จำนวน ๑,๗๙๓,๒๒๓ ราย และผู้ได้รับวัคซีน Astra Zeneca จำนวน ๓๙,๓๖๖ ราย

๓. จำนวนการได้รับวัคซีนสะสมจำแนกตามบริษัทผู้ผลิต (๒๘ กุมภาพันธ์ – ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๔) แบ่งเป็นผู้ได้รับวัคซีน Sinovac จำนวน ๔,๙๕๒,๑๗๘ ราย และผู้ได้รับวัคซีน Astra Zeneca จำนวน ๑,๘๒๘,๖๓๘ ราย

สถานการณ์การจัดหาและบริหารจัดการวัคซีนโควิด ๑๙ ในประเทศไทย ซึ่งวัคซีนที่มาถึงประเทศไทย หรือผู้ผลิตเตรียมส่งมอบ เพื่อให้บริการจำนวน ๑๑.๑ ล้านโดส แบ่งเป็น Sinovac จำนวน ๗.๕ ล้านโดส โดยจัดส่งไปยังพื้นที่ จำนวน ๕.๒ ล้านโดส รอตัดบัญชี จำนวน ๑.๓ ล้านโดส และรอตรวจคุณภาพ จำนวน ๑ ล้านโดส Astra Zeneca จำนวน ๓.๖ ล้านโดส โดยจัดส่งไปยังพื้นที่ จำนวน ๑.๙ ล้านโดส รอตัดบัญชี จำนวน ๐.๒ ล้านโดส และรอตรวจคุณภาพ จำนวน ๑.๕ ล้านโดส

ทั้งนี้ ผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีนแล้วมีผลข้างเคียงที่ไม่รุนแรงมีพอสมควร เช่น มีไข้ ปวดศรีษะ โดยมีการตั้งคณะกรรมการที่มีผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ดำเนินการสอบสวนและประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่าเกี่ยวข้องกับการฉีดวัคซีนหรือไม่ ซึ่งคณะกรรมการแบ่งเป็น ๒ ระดับ คือ คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญระดับเขต และคณะกรรมการระดับประเทศ การตัดสินว่ากรณีที่เกิดการเสียชีวิตหรือมีอาการรุนแรงเกิดจากการฉีดวัคซีน

หรือไม่ เป็นกระบวนการพิจารณาของคณะกรรมการระดับประเทศ ปัจจุบันได้มีการพิจารณาไปแล้ว จำนวน ๑๒ ราย และผลการพิจารณาพบว่า การเสียชีวิตไม่ได้เกิดจากการฉีดวัคซีนแต่อย่างใด

กรมการแพทย์

สรุปการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙ ณ ศูนย์วัคซีนกลางบางซื่อ วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๔ สามารถฉีดวัคซีนโดสที่ ๑ จำนวน ๔,๖๘๖ โดส และฉีดวัคซีนโดสที่ ๒ จำนวน ๗,๓๒๔ โดส รวมจำนวน ๑๒,๐๑๐ โดส โดยยอดฉีดวัคซีนสะสมระหว่างวันที่ ๒๔ พฤษภาคม - วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๔ จำนวน ๒๖๑,๔๘๑ โดส เฉลี่ยฉีดวัคซีนต่อวัน ประมาณ ๑๐,๐๐๐ - ๑๕,๐๐๐ โดส

กรุงเทพมหานคร

สำนักอนามัย กรุงเทพหานคร ได้เริ่มดำเนินการฉีดวัคซีนตั้งแต่วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ บริเวณพื้นที่เสี่ยงที่ติดต่อเขตจังหวัดสมุทรสาคร เริ่มจากกลุ่มเสี่ยง คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกโรงพยาบาลเพื่อให้มีภูมิคุ้มกันก่อนการให้บริการประชาชน โดยวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๔ ดำเนินการฉีดวัคซีน จำนวน ๕๖,๕๕๔ โดส ปริมาณการฉีดวัคซีนสะสมระหว่างวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ - วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๔ ได้ให้บริการฉีดวัคซีนบริเวณพื้นที่กรุงเทพมหานครทั้งสิ้น ๑,๙๒๑,๕๒๔ โดส จากเป้าหมายการฉีดวัคซีนให้ชาวกรุงเทพมหานคร ๕ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๗ ของประชากรกรุงเทพมหานครทั้งหมด

ภาพรวมกรุงเทพมหานครได้ดำเนินการฉีดวัคซีนให้แก่กลุ่มประชากรต่าง ๆ ดังนี้

๑) กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ได้รับวัคซีน ร้อยละ ๓๘ ทั้งนี้ ยังมีบุคลากรในกลุ่มนี้ที่มีรายชื่ออยู่ในระบบแต่ยังไม่ได้รับการจัดสรรวัคซีน จำนวน ๙๐,๐๐๐ กว่าราย

๒) กลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ ได้รับวัคซีนร้อยละ ๑๑

๓) กลุ่มผู้ป่วย ๗ โรคเรื้อรัง ได้รับวัคซีน ร้อยละ ๗

๔) กลุ่มเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าป้องกันโรคโควิด ๑๙ ได้รับวัคซีนร้อยละ ๓

๕) ประชาชนทั่วไป ได้รับวัคซีน ร้อยละ ๔๔

อย่างไรก็ตาม คณะกรรมาธิการได้แสดงความเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบริหารจัดการวัคซีนว่าได้รับกรจัดสรรมาจำนวนจำกัด และมีการปรับเปลี่ยนสัดส่วนของแต่ละหน่วยงานที่ได้รับการจัดสรรมาไม่เท่ากัน โดยเฉพาะเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครที่ยังพบการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ อย่างต่อเนื่อง ควรจัดทำแผนสำรองกรณีที่ไม่ได้รับการจัดสรรวัคซีนตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ มีข้อสังเกตว่า อุปสรรคการบริหารจัดการวัคซีนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เนื่องจากไม่มีหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดกรุงเทพมหานคร จึงทำให้ไม่มีศูนย์สั่งการแบบเบ็ดเสร็จ (Single Command)

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ดังนี้

๑. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรระวังการฉีดกระตุ้นวัคซีน Sinovac เข็มที่สอง ซึ่งจะต้องฉีดกระตุ้นภายใน ๒๑ วัน หลังจากรับฉีดวัคซีน Sinovac เข็มแรก ตัวอย่างคือ หากในเดือนกรกฎาคม มีการฉีดวัคซีน Astra Zeneca จำนวน ๙ ล้านโดส และฉีดวัคซีน Sinovac จำนวน ๑ ล้านโดส ในเดือนสิงหาคมจะต้องมีวัคซีน Sinovac ฉีดให้กับประชาชนภายหลังที่ได้รับวัคซีนเข็มแรกแล้ว ภายใน ๒๑ วัน ขณะที่วัคซีนแอสตร้าเซนเนก้ายังไม่สามารถฉีดเข็มที่สองได้ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรตรวจสอบจำนวนการฉีดวัคซีน Sinovac ที่จะต้องมีการฉีดเข็มที่สองก่อนการฉีดวัคซีน Astra Zeneca เข็มที่สองอย่างรอบคอบ เพื่อลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นในการให้บริการฉีดวัคซีนเข็มที่สองของโรงพยาบาลต่าง ๆ เนื่องจากวัคซีนแต่ละชนิดอาจเกิดการขาดแคลนและไม่เพียงพอต่อการให้บริการแก่ประชาชน

๒. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรระมัดระวังการให้บริการฉีดวัคซีน Astra Zeneca เข็มที่สอง ทั้งนี้ควรมีการหารือร่วมกันเพื่อให้ได้ข้อยุติที่เกิดประโยชน์ต่อประชาชนว่า ระยะเวลาการฉีดกระตุ้นเข็มที่สองจะต้องดำเนินการภายในกี่สัปดาห์หลังจากการรับวัคซีนเข็มแรกแล้ว เพื่อให้เกิดการสร้างภูมิคุ้มกันและลดความสับสนให้กับประชาชนในการรับบริการดังกล่าว

๓. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำข้อมูลจำนวนบุคลากรทางการศึกษาทั้งหมดและจัดสรรวัคซีนฉีดให้กับบุคลากรดังกล่าว เพื่อให้การจัดการศึกษาสามารถดำเนินการต่อไปได้

๔. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรตรวจสอบการเสียชีวิตของผู้ที่อ้างว่า ได้รับวัคซีนแล้วเกิดการเสียชีวิตอย่างละเอียดรอบคอบก่อนการจ่ายค่าชดเชยในกรณีดังกล่าว เพื่อลดปัญหาการฟ้องร้องและการใช้งบประมาณในเรื่องดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ

<u>ประเด็นการพิจารณา</u> พิจารณาศึกษานโยบาย การบริหารจัดการ การดำเนินการ และงบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินการตามนโยบายการจัดซื้อจัดหาชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ที่มีมาตรฐาน รวมถึงการตรวจหาเชื้อเชิงรุกและแนวทางการบริหารจัดการเพื่อรองรับผู้ป่วยรักษาแบบ Home Isolation ทั้งในส่วนพื้นที่กรุงเทพมหานครและจังหวัดต่าง ๆ

<u>สรุปผลการพิจารณา</u> นโยบาย การบริหารจัดการ การดำเนินการ และงบประมาณ เพื่อใช้ในการดำเนินการตามนโยบายการจัดซื้อจัดหาชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK)

กรมควบคุมโรค

<u>แนวทางการตรวจหาเชื้อเชิงรุกแบบ Antigen Test Kit (ATK)</u>

การตรวจด้วย Antigen Tests Kit เป็นการตรวจที่ต้องทำโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยผู้ที่เข้าเกณฑ์เพื่อรับการตรวจ ATK ประเภทการตรวจบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (Professional Use) ได้แก่

- ผู้ป่วยที่เข้ารับการคัดกรองเบื้องต้นที่สถานพยาบาล เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ มีประวัติไข้หรืออุณหภูมิได้ตั้งแต่ง ๓๗.๕ องศาเซลเซียสขึ้นไป มีอาการ ไอ เจ็บคอ ไม่ได้กลิ่นลิ้นไม่รับรส หายใจเร็ว หายใจเหนื่อยหรือหายใจลำบาก ตาแดง ผื่น ถ่ายเหลว
- ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากการทำการตรวจคัดกรองเชิงรุก (Active Case Finding) ในชุมชน
- ผู้ที่มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยยืนยัน
- ประชาชนที่ตรวจ ATK ด้วยตนเองได้ผลเป็นบวกภายใน ๕ วัน

การตรวจสามารถทำได้ที่สถานพยาบาลหรือเป็นการตรวจในชุมชน เช่น การตรวจโดยทีม Comprehensive Covid-19 Response Team (CCRT) โดยต้องเตรียมความพร้อมทั้งด้านสถานที่ บุคลากร อุปกรณ์ และสื่อสำหรับให้คำแนะนำประชาชน

สำหรับการตรวจ ATK ในพื้นที่ระบาดวงกว้างให้พิจารณาการใช้ ATK เพื่อการคัดกรองผู้ป่วยสำหรับการรักษาและควบคุมโรคในจังหวัดที่ไม่สามารถรองรับการคัดกรองด้วย RT-PCR ได้ทันเวลา โดยพิจารณาว่าจังหวัดใดเป็นพื้นที่ระบาดในวงกว้าง จากข้อมูลในจังหวัดที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อ/PUI/ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงมาก โดยใช้เกณฑ์ต่อไปนี้

๑) จำนวนผู้ป่วยยืนยันเฉลี่ยต่อสัปดาห์ มากกว่า ๕๐๐ รายต่อวัน
๒) จำนวนผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและ PUI มากกว่า ๒,๐๐๐ รายต่อวัน
๓) จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต มีอันตราย มากกว่า ๕ ต่อประชากรต่อ ๑๐๐,๐๐๐ คนต่อสัปดาห์

ส่วนข้อบ่งชี้ในการใช้เครื่องตรวจ ATK ด้วยตนเอง (Self-Test) ทำกับบุคคลซึ่งมีอาการ/อาการแสดงเข้าได้กับเกณฑ์อย่างน้อย ๑ ข้อ ร่วมกับมีประวัติเสี่ยงอย่างน้อย ๑ ข้อ ดังนี้

เกณฑ์อาการ/อาการแสดง

๑) ผู้ป่วยที่มีอาการต้องสงสัยติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น ผู้ที่มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ มีประวัติไข้ หรือวัดอุณหภูมิได้ตั้งแต่ ๓๗.๕ องศาเซลเซียสขึ้นไป ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ ไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส หายใจเร็ว หายใจเหนื่อยหรือ หายใจลำบาก ตาแดง ผื่น ถ่ายเหลว

๒) ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงทั้งที่มีอาการหรือไม่มีอาการ ควรเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจหลังจากมีประวัติสัมผัสโรคแล้ว เป็นเวลา ๓ - ๕ วัน

เกณฑ์ประวัติเสี่ยง

๑) ประวัติอาศัย/เดินทางเข้าไปในพื้นที่ระบาดหรือสถานที่ที่พบผู้ติดเชื้อในช่วง ๑๔ วัน

๒) สมาชิกครอบครัว/เพื่อน/เพื่อนร่วมงาน เป็นผู้ติดเชื้อเข้าข่าย/ผู้ป่วยยืนยัน

<u>ขั้นตอนการดำเนินการตรวจ ATK</u>

- เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลพิจารณาให้ชัด ตรวจ ATK (Self-Test) กับผู้ที่เข้าเกณฑ์ตรวจ และต้องบันทึกข้อมูลในระบบลงทะเบียน
- เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลให้ข้อมูลรายละเอียดของ ATK (Self-Test) ขั้นตอนการทำและการแปลผลแก่ผู้ขอรับชุดตรวจ รวมถึงแจ้งหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ประสานของสถานพยาบาล และทีม CCRT ของพื้นที่
- เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลบันทึกและรายงานผลการตรวจตามที่ทางจังหวัดและกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ทั้งนี้ แนวปฏิบัติการตรวจ ATK การดูแลรักษาและการรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อเข้าข่าย (Probable Case) มีรายละเอียดดังแผนภาพที่ปรากฏด้านล่าง

<u>การรายงานโรค</u>

การรายงานผู้ติดเชื้อเข้าข่ายมีผลตรวจ ATK ต่อเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ให้ผลบวก มีดังนี้

- สถานพยาบาลบันทึกข้อมูลผู้รับบริการโดยให้ข้อมูลรายละเอียดของ ATK และการแปลผลแก่ประชาชนภายหลังการให้บริการตรวจ ATK โดยให้ข้อมูลสำหรับการติดต่อกลับมายังสถานพยาบาลเพื่อการวินิจฉัยและรักษาอย่างต่อเนื่อง และนำส่งข้อมูลการตรวจ ATK ไปยังหน่วยงานควบคุมโรคระดับจังหวัด

- หน่วยงานควบคุมโรคระดับจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร) เก็บรวบรวม**ข้อมูลและการรายงานจำนวนผู้ได้รับการตรวจ/ผลตรวจ พร้อมกับจำนวนผู้ที่เข้าระบบการกักตัว/รักษาใน Home Isolation (HI) / Community Isolation (CI)/โรงพยาบาลสนาม/โรงพยาบาล** และบันทึกข้อมูลตามแนวทางกรมควบคุมโรคภายใน ๒๔ ชั่วโมง

<u>ข้อพิจารณาการใช้ ATK ในกลุ่ม PUI</u>

- **กรณีที่ผลตรวจ ATK เป็นบวก และตรวจ RT-PCR เป็น Inclusive/Not detected** ให้เก็บตัวอย่างส่งตรวจ RT-PCR ซ้ำหลังจากเก็บตัวอย่างครั้งแรก ๒๔ ชั่วโมง และให้ถือว่า บุคคลนั้นเป็นผู้ติดเชื้อเข้าข่าย การดูแลรักษาให้เป็นไปตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้ทำการรักษา

- **กรณีที่ผลตรวจ ATK ประเภท Self-Test เป็นบวก และดำเนินการรักษาใน Home Isolation (HI) และผลตรวจ ATK ประเภท Professional Use ที่ทำโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นลบ** ให้ถือว่า บุคคลนั้นเป็นผู้ติดเชื้อเข้าข่าย และให้ดำเนินการตรวจ ATK ประเภท Professional Use ซ้ำในวันที่ ๓ - ๕ หลังจากเก็บตัวอย่างครั้งแรก การดูแลรักษาให้ดำเนินการตามแนวทางของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

- **ศพเข้าข่ายโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ซึ่งมีผลการตรวจ ATK เป็นบวก** ให้ตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR ทุกราย

<u>ข้อพิจารณาการใช้ ATK ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิด</u>

- ในกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูงที่ไม่มีอาการตามนิยาม PUI สามารถส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจได้ทั้ง RT-PCR หรือ ATK โดยวิธีการ ดังนี้ ๑) เก็บตัวอย่าง ๑ ตัวอย่าง ส่งตรวจเชื้อด้วยวิธี PCR อย่างน้อย ๑ ครั้ง หลังสัมผัสผู้ป่วยยืนยันครั้งสุดท้ายไม่น้อยกว่า ๗ วัน กรณีที่พร้อมตรวจ RT-PCR อาจตรวจตั้งแต่พบผู้สัมผัสอีก ๑ ครั้ง เพื่อแยกกักผู้ติดเชื้อเร็วขึ้น ๒) ตรวจ ATK ทันที หากผลเป็นลบให้ตรวจ ATK ซ้ำได้อีกช่วง ๓ - ๕ วัน และ ๑๐ - ๑๔ วัน นับจากครั้งแรก (ไม่เกิน ๑๔ วัน นับจากวันที่มีประวัติเสี่ยงวันสุดท้าย) หรือมีอาการป่วย ทั้งนี้ทีม CCRT ต้องติดตามอาการผลตรวจ ATK ด้วยทุกครั้ง โดยผู้สัมผัสเสี่ยงสูงที่มีอาการตามนิยาม PUI ให้ใช้การตรวจด้วยวิธี RT-PCR ในการวินิจฉัยโรคโควิด ๑๙

- ในกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำ อาจพิจารณาตรวจคัดกรองด้วย ATK หากมีไข้หรืออาการของระบบทางเดินหายใจให้แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที เพื่อเก็บสิ่งส่งตรวจ ติดตามอาการและวัดไข้ ตามแนวทางผู้สัมผัสเสี่ยงสูง

<u>กรณีผลการทดสอบ ATK (Self-Test) ให้ผลบวก</u>

สถานพยาบาล/ทีม CCRT ประเมินอาการและพิจารณาใช้มาตรการ Home Isolation หรือ Community Isolation ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

- กรณีผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาใน HI หรือ CI จะต้องมีทีม CCRT ติดตามดูแลผู้ติดเชื้อเข้าข่ายในขณะแยกกักเพื่อติดตามและประเมินอาการของผู้ป่วย เพื่อส่งต่อหรือไปรักษาในโรงพยาบาลสนาม/โรงพยาบาลในกรณีอาการป่วยรุนแรง

- กรณีผู้ป่วยอาการรุนแรงปานกลาง หรืออาการหนัก (สีเหลือง/แดง) สถานพยาบาล ควรจัดให้มีช่องทาง Fast Tract สำหรับส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษา และตรวจ RT-PCR คู่ขนานไป
- หากกรณีผล RT-PCR เป็นบวก ให้ดำเนินการรักษาตามรูปแบบ CPG โดยกรมการแพทย์
- หากกรณีผล RT-PCR เป็นลบ ให้พิจารณาตรวจ RT-PCR/ATK อีกครั้ง ขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์ผู้ดูแล/CCRT และให้การรักษาต่อไป ทั้งนี้ การรายงานโรคให้เป็นไปตามนิยามผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ

<u>กรณีผลการทดสอบ ATK (Self-Test) ให้ผลลบ</u>

- **กรณีผู้ป่วยที่มีอาการต้องสงสัยติดเชื้อทางเดินหายใจ** ให้เข้ารับการรักษาตามดุลยพินิจแพทย์ และตรวจด้วย ATK ได้
- **กรณีผู้สัมผัสเสี่ยงสูง** ให้ดำเนินการ ดังนี้

๑. ให้กักตัว ๑๔ วัน นับจากวันที่มีประวัติเสี่ยงวันสุดท้าย

๒. ให้ตรวจ ATK ซ้ำสองครั้ง และให้ทดสอบซ้ำอีกสองครั้ง ในช่วง ๓ - ๕ วัน และ ๑๐ - ๑๔ วัน นับจากวันที่ตรวจครั้งแรก (โดยไม่เกิน ๑๔ วัน นับจากวันที่มีประวัติเสี่ยงวันสุดท้าย) หรือเมื่อมีอาการป่วย

๓. ทีม CCRT จะต้องติดตามอาการป่วย และติดตามผลตรวจ ATK (Self-Test) ด้วยทุกครั้ง พร้อมทั้งให้กักตัวผู้สัมผัสเสี่ยงสูง/PUI รายนั้น

กรุงเทพมหานคร

การเข้าสู่ระบบการรองรับผู้ป่วยรักษาแบบ Home Isolation ของกรุงเทพมหานคร มี ๖ ขั้นตอน ดังนี้

๑. ตรวจพบเชื้อด้วยวิธี ATK หรือ RT-PCR

๒. ลงทะเบียนเพื่อเข้าสู่ระบบ Home Isolation ผ่าน ๔ ช่องทาง ได้แก่ ๑) สายด่วน EOC ระดับเขต ๒) LINE@ สปสช. ๓) สายด่วน ๑๓๓๐ และ ๔) QR CODE โดยสิ่งที่ต้องเตรียม คือ บัตรประชาชน ผลการตรวจหาเชื้อ (ใบยืนยันผลการตรวจ/ภาพถ่ายชุดตรวจที่มีผลบวก กรณีตรวจเอง)

๓. หน่วยบริการติดต่อผู้ป่วยเพื่อประเมินระดับอาการ และความเหมาะสมของที่พักอาศัย โดยประมวลผลจับคู่หน่วยบริการด้วยระบบอัตโนมัติตามแขวงและเขตที่พักอาศัยของผู้ป่วย มีผลลัพธ์ ๒ ด้าน คือ ๑) ทำ Home Isolation ได้ ๒) ทำ Home Isolation ไม่ได้ ก็จะนำส่งต่อผู้ป่วยเข้าศูนย์พักคอย

๔. หน่วยบริการจัดส่งอาหาร ยารักษา และอุปกรณ์การดูแลให้ผู้ป่วย

๕. ติดตามประเมินอาการ จนครบระยะเวลากักตัว ๑๔ วัน หากไม่พบอาการก็สามารถประกอบกิจกรรมทางสังคม และทำงานได้ปกติ และไม่ต้องตรวจหาเชื้อซ้ำ หากพบอาการแย่ลง จะดำเนินการประสานส่งต่อผู้ป่วยเข้าศูนย์พักคอย/โรงพยาบาลสนาม/โรงพยาบาล

<u>หน่วยบริการ/โรงพยาบาลที่ให้บริการ Home Isolation มี ๘ ประเภท รวม ๓๐๕ แห่ง</u> ดังนี้

๑. สำนักอนามัย จำนวน ๖๙ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๒

๒. คลินิกชุมชนอบอุ่น และคลินิกเวชกรรม จำนวน ๑๘๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖๒

๓. โรงพยาบาลขนาดเล็ก จำนวน ๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑

๔. จิตอาสา จำนวน ๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑

๕. สำนักการแพทย์ จำนวน ๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒

๖. กรมการแพทย์ จำนวน ๑๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๔

๗. โรงพยาบาลเอกชน จำนวน ๑๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖

๘. โรงพยาบาล UHosNet จำนวน ๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

<u>การจัดซื้อชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) และระบบการบริการ Home Isolation ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</u> มีรายละเอียดดังนี้

๑. ความเป็นมาในการจัดหายาและเวชภัณฑ์

- คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๔๑/๒๕๖๐ เรื่อง การบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามโครงการพิเศษของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๑ ให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินการจัดหายา เวชภัณฑ์... เพื่อสนับสนุนให้แก่หน่วยบริการ และเพื่อเป็นหลักประกันว่าหน่วยบริการจะมียา เวชภัณฑ์ ที่จำเป็นและเพียงพอไว้ให้บริการประชาชน

การจัดหาตามวรรคหนึ่ง ให้ดำเนินการโดยใช้วิธีการซื้อ การซื้อเชื่อ หรือการยืม เฉพาะเท่าที่จำเป็นตามโครงการพิเศษจากองค์การเภสัชกรรม ตามที่เคยได้ดำเนินการมาแล้ว จนถึงสิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

- คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๐ รับทราบตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอเรื่องการบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามโครงการพิเศษ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

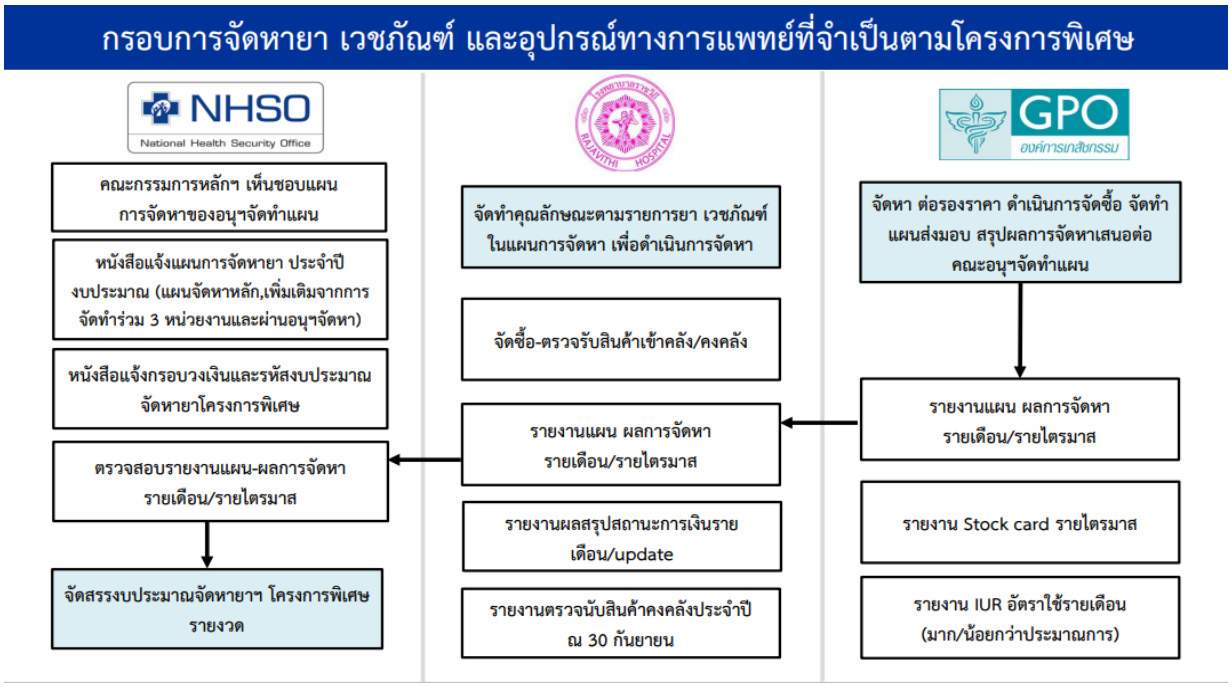
(๑) การจัดทำแผน ดำเนินการโดยให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งคณะอนุกรรมการจัดทำแผนการจัดซื้อยา และเวชภัณฑ์จำเป็นตามโครงการพิเศษ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน

(๒) การจัดซื้อให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โอนเงินให้หน่วยบริการใดหน่วยบริการหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข และให้กระทรวงสาธารณสุขมอบหมายให้หน่วยบริการดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินการจัดซื้อยา และเวชภัณฑ์จำเป็นตามโครงการพิเศษ สำหรับปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จากองค์การเภสัชกรรม

(๓) การกำหนดระเบียบเพื่อรองรับการดำเนินการจัดซื้อ ให้กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงการคลัง พิจารณากำหนด กฎกระทรวง ระเบียบ ประกาศ ข้อบังคับ หลักเกณฑ์ หรือแนวทาง ให้สอดคล้องกับการดำเนินการจัดซื้อในลักษณะดังกล่าว

- คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๖๑ รับทราบตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ : เพื่อทราบแนวทางการดำเนินการในการบริหารจัดการยา และเวชภัณฑ์ เช่นเดียวกับการจัดหาในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ต่อเนื่องอย่างน้อย ๒ ปี หรือจนกว่าจะมีข้อกฎหมาย หรือนโยบายเปลี่ยนแปลง

<u>กรอบการจัดหายา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ</u>
มีรายละเอียดตามแผนภาพที่ปรากฏด้านล่าง



๒. การจัดหาชุดตรวจ ATK

- การประชุมของคณะอนุกรรมการจัดทำแผนการจัดซื้อยาฯ ในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วาระพิเศษ วันที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๔ พิจารณาว่า จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ในปัจจุบันที่มีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรองด้วยวิธีการ RT-PCR ได้อย่างทั่วถึง ประกอบกับปัจจุบันมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชุดตรวจและน้ำยาที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อ SAR-CoV-2 แบบตรวจหาแอนติเจนด้วยตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การที่ประชาชนสามารถหาซื้อเพื่อใช้ตรวจหาเชื้อ COVID-19 ด้วยตนเองประมาณเดือนสิงหาคม - กันยายน ๒๕๖๔ นี้ หากปล่อยให้ประชาชนต้องรับภาระซื้อหา ATK เอง จะมีประชาชนบางกลุ่มที่สามารถมีกำลังเข้าถึงได้ แต่ยังคงมีประชาชนอีกหลายส่วนที่เป็นภาระไม่สามารถเข้าถึงได้ จึงมีมติดังนี้

๑) รับทราบเพื่อเตรียมการจัดหารายการชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อ COVID-19 ด้วย COVID-19 Antigen Self-Test Kit ชนิดแบบตรวจแอนติเจนด้วยตนเอง (Home Use) เป็นแผนเพิ่มเติมในการจัดหายาฯ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ หากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติเห็นชอบ

๒) เห็นชอบมอบเครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลราชวิถี ดำเนินการจัดหาและกระจายให้กับหน่วยบริการ ไม่เกิน ๑๐ ล้านชิ้น ให้แล้วเสร็จตามเวลาเพื่อให้ทันต่อสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด ๑๙ ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

๓) เห็นชอบให้ สปสช. ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กำหนดแผนการจัดหาแผนการกระจายให้ทันต่อเหตุการณ์

๔) มอบ สปสช. ประสานงาน ผู้แทนคณะทำงานกฤษฎีกา ผู้แทนสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน ผู้แทนกรมบัญชีกลาง เพื่อให้เกิดความรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ ว ๑๑๕ (หนังสือกำหนดแนวทางปฏิบัติในการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุ สำหรับการป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรคโควิด ๑๙) และระเบียบพัสดุที่อำนวยความสะดวกในการจัดหาในกรณีฉุกเฉินเพื่อที่จะได้ดำเนินการได้เร็วที่สุดและถูกต้องตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง

- การประชุมคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วาระพิเศษ วันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๔ เรื่อง ข้อเสนอการเพิ่มรายการและวงเงินในแผนการจัดหายา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์การแพทย์ตามโครงการพิเศษปี ๒๕๖๔ สำหรับการจัดหา Antigen Test Kit สำหรับประชาชน มีมติดังนี้

๑) เห็นชอบให้ใช้งบประมาณ ตามพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ จำนวนวงเงินไม่เกิน ๘๐๐ ล้านบาท (ต่อมาปรับเป็น ๑,๐๑๔ ล้านบาท) สำหรับการจัดหาชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อ COVID-19 ด้วย Antigen Test Kit (ATK) จำนวนไม่เกิน ๑๐ ล้านชุด (สิงหาคม – กันยายน ๒๕๖๔) โดยให้ สปสช. ทบทวนยอดเป้าหมายและวงเงินให้เหมาะสมกับสถานการณ์

๒) มอบหมาย สปสช. เสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณา กำหนดเป็นค่าใช้จ่ายในโครงการยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในโครงการพิเศษ และจ่ายให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ (เครือข่ายโรงพยาบาลราชวิถี) เพื่อสนับสนุนให้แก่หน่วยบริการในเครือข่ายต่อไป

๓) รับรองมติในที่ประชุมเพื่อดำเนินการได้ทันที

- การประชุมของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วาระพิเศษ วันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๔ เรื่อง ข้อเสนอการบริหารจัดการเพิ่มเติมเกี่ยวกับบริการโรคโควิด ๑๙ สืบเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 สำนักงานจึงได้จัดทำข้อเสนอการบริหารจัดการเพิ่มเติมตามมติ คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์ฯ เห็นชอบให้ใช้งบประมาณตามพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ สำหรับการจัดหาชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อ COVID-19 ด้วย ATK สำหรับทุกสิทธิ และมอบ สปสช. เสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาต่อไป ปรับยอดคาดการณ์ปริมาณชุดตรวจ และวงเงินที่ใช้สำหรับการจัดซื้อชุดตรวจ ATK ระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน จำนวนไม่เกิน ๘.๕ ล้านชิ้น วงเงิน ๑,๐๑๔ ล้านบาท โดยใช้งบประมาณที่ได้รับจากพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ซึ่งได้มีกระบวนการต่อรองราคาชุดตรวจ ATK ไว้ที่ราคา ๑๒๐ บาท/ชุด โดยที่ประชุมมีมติ **เห็นชอบเพิ่มชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อ COVID-19 ด้วย Antigen Test Kit (ATK) วงเงินเบื้องต้น ๑,๐๑๔ ล้านบาท ในแผนการจัดหาภายใต้โครงการยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ปี ๒๕๖๔** และจ่ายให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ (เครือข่ายโรงพยาบาลราชวิถี) ดำเนินการจัดหาเพื่อสนับสนุนชุดตรวจให้แก่หน่วยบริการในเครือข่ายและประชาชนต่อไป

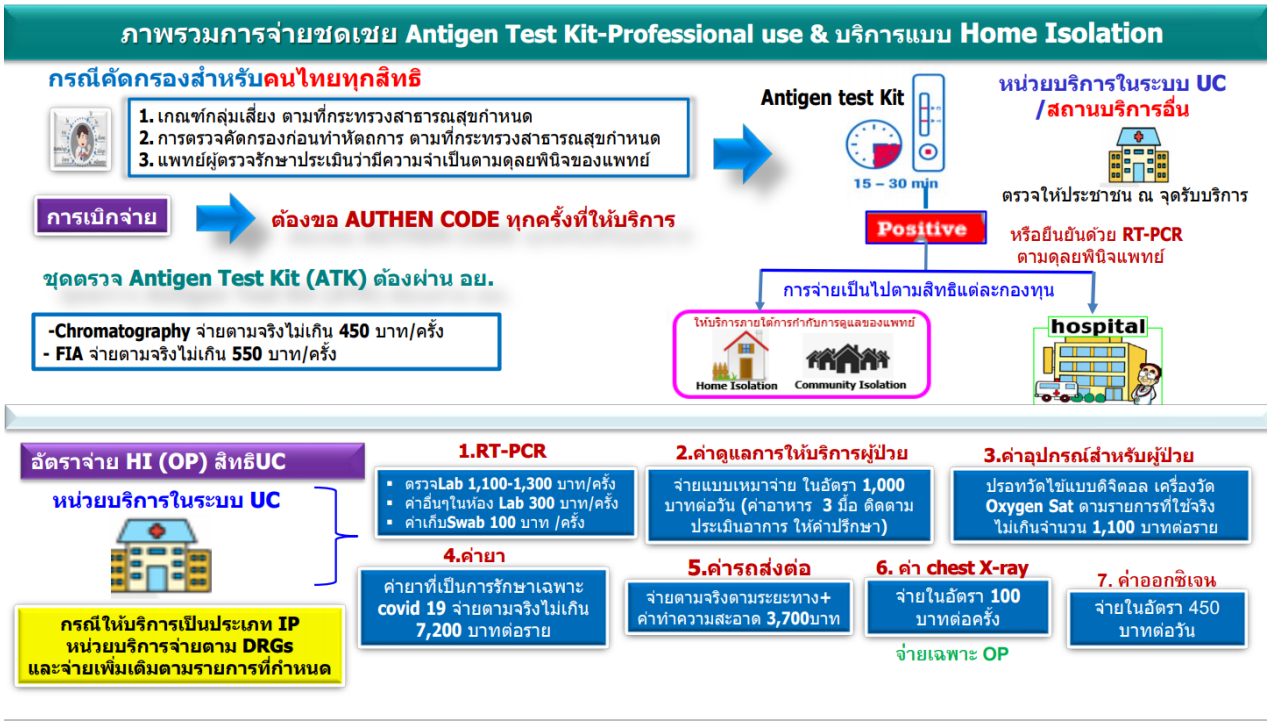
- มติคณะอนุกรรมการจัดทำแผนการจัดซื้อยาฯ ในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๔ มีดังนี้

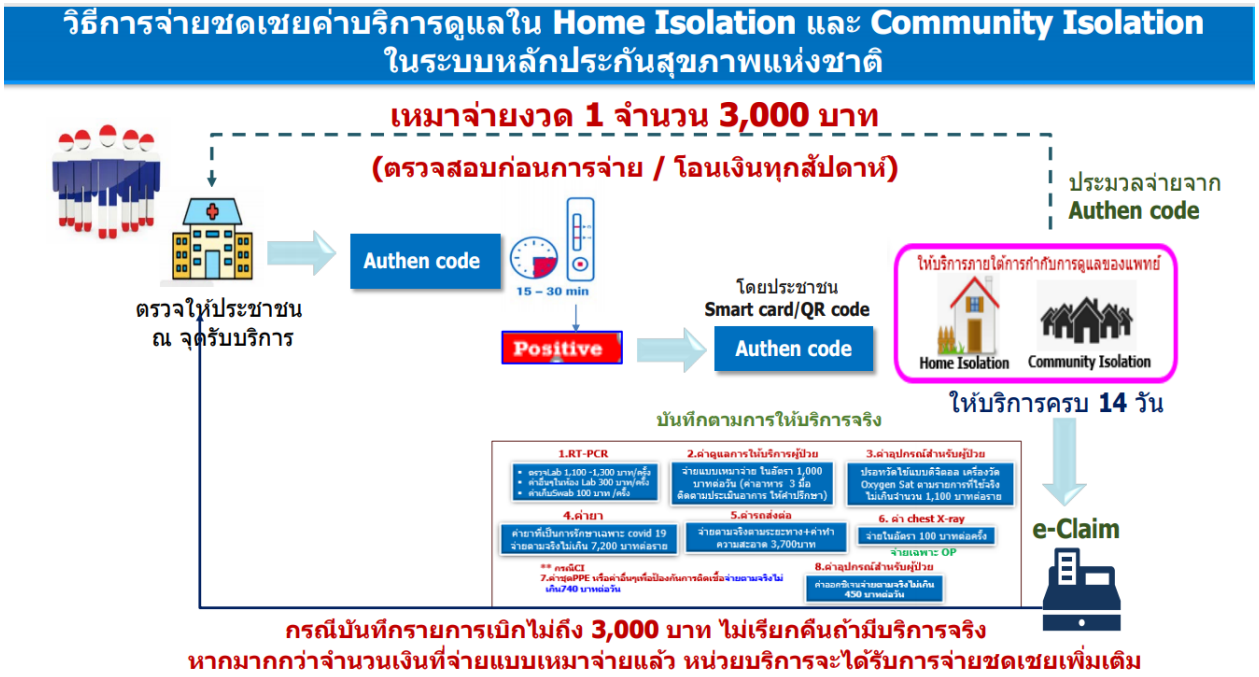
๑) รับทราบผลการจัดหาชุดตรวจการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2 (เชื้อก่อโรค COVID-19) แบบตรวจหาแอนติเจนด้วยตนเอง COVID-19 ด้วย Antigen Test Kit (ATK)

๒) เห็นชอบว่าราคาในการจัดหาชุดตรวจฯ ตามที่องค์การเภสัชกรรมเสนอเป็นไปตามแผนความต้องการยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์การแพทย์ตามโครงการพิเศษ ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบการเพิ่มชุดตรวจฯ จำนวน ๘.๕ ล้านชุด และราคาภายใต้วงเงิน ๑,๐๑๔ ล้านบาท

๓) มอบหมาย สปสช. แจ้งมติของคณะอนุกรรมการจัดทำแผนการจัดซื้อยาฯ เพื่อให้เครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลราชวิถี พิจารณาดำเนินการจัดหาชุดตรวจการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2 (เชื้อก่อโรค COVID-19) แบบตรวจหาแอนติเจนด้วยตนเอง COVID-19 ด้วย Antigen Test Kit (ATK) จากองค์การเภสัชกรรม ให้เป็นไปตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ และมติ คณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง

๓. ระบบการจ่ายชดเชยบริการ Home Isolation ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีขั้นตอนและรายละเอียดปรากฏตามภาพด้านล่าง





<u>วิธีการจ่ายค่าชดเชยค่าบริการกรณีดูแลใน HI/CI</u> มีดังนี้

๑) หน่วยบริการพิสูจน์การเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิ โดยการขอ Authentication Code ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

๒) สปสช. นำข้อมูลการขอ Authentication Code สำหรับบริการ Home Isolation มาประมวลผลตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขที่กำหนด เพื่อจ่ายค่าใช้จ่ายในอัตราเหมาจ่าย ๓,๐๐๐ บาทต่อราย ให้กับหน่วยบริการ

๓) สปสช. จะมีระบบติดตามและตรวจสอบการให้บริการก่อนการจ่ายตามอัตราเหมาจ่าย

๔) เมื่อสิ้นสุดการดูแลตามระยะเวลาที่กำหนด หน่วยบริการต้องส่งข้อมูลการขอรับค่าใช้จ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim มายัง สปสช. ภายใน ๓๐ วันหลังให้บริการ

๕) สปสช. ประมวลผลตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขที่กำหนด หากพบว่า ไม่เป็นไปตามเงื่อนไข สปสช. จะปฏิเสธการจ่าย หากหน่วยบริการไม่เห็นด้วยสามารถขออุทธรณ์ พร้อมส่งเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมายัง สปสช. เพื่อประกอบการพิจารณาต่อไป

๖) กรณีที่มีการขอ Authentication Code และได้รับการจ่ายในอัตราเหมาจ่าย ๓,๐๐๐ บาทต่อราย แล้วหน่วยบริการไม่มีการส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายมาในโปรแกรม e-Claim ภายในระยะเวลา ๙๐ วัน หากไม่พบการให้บริการ จะเรียกเงินคืนค่าใช้จ่ายเหมาจ่าย ๓,๐๐๐ บาท

องค์การเภสัชกรรม

การจัดซื้อ COVID-19 Antigen Test Self-Test Kits จำนวน ๘.๕ ล้านชิ้น เป็นกรณีเร่งด่วน ในโครงการยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษปี ๒๕๖๔ (เพิ่มเติม) มี ๔ ประเด็น ดังนี้

๑. กฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการจัดซื้อขององค์การเภสัชกรรม (อภ.)

- พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ มาตรา ๗ พระราชบัญญัตินี้มิให้ใช้บังคับแก่ (๑) การจัดซื้อจัดจ้างของรัฐวิสาหกิจที่เกี่ยวกับการพาณิชย์โดยตรง

- องค์การเภสัชกรรมเป็นรัฐวิสาหกิจที่เกี่ยวกับการพาณิชย์โดยตรง จัดตั้งโดยพระราชบัญญัติองค์การเภสัชกรรม พ.ศ. ๒๕๐๙ โดยมีวัตถุประสงค์ตามมาตรา ๖ (๔) ซื้อ ขาย แลกเปลี่ยนและให้ซึ่งยาและเวชภัณฑ์ และ (๕) ดำเนินธุรกิจที่เกี่ยวเนื่องกับการผลิตยาและเวชภัณฑ์

- องค์การเภสัชกรรมออกข้อบังคับองค์การเภสัชกรรมว่าด้วยการพัสดุเพื่อการผลิตและจำหน่าย พ.ศ. ๒๕๖๑ เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุเพื่อการผลิตและจำหน่ายขององค์การเภสัชกรรมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ และประกาศคณะกรรมการนโยบายการจัดซื้อจัดจ้างฯ (ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๑)

- ข้อบังคับองค์การเภสัชกรรมว่าด้วยการพัสดุเพื่อการผลิตและจำหน่าย พ.ศ. ๒๕๖๑ มีสาระสำคัญ คือ

ข้อ ๔ “พัสดุเพื่อการผลิตและจำหน่าย”: วัสดุที่จัดหาเพื่อนำมาใช้ในการผลิตและจำหน่าย ดังนี้...

(๓) ยาสำเร็จรูป เภสัชเคมีภัณฑ์หรือเภสัชเคมีภัณฑ์กึ่งสำเร็จรูป **<u>เครื่องมือแพทย์</u>**... เพื่อการดำเนินธุรกิจ

ข้อ ๙ การซื้อหรือการจ้างกระทำได้ ๓ วิธี คือ (๑) วิธีตกลงราคา (๒) วิธีคัดเลือก (๓) วิธีเฉพาะเจาะจง

ข้อ ๑๑ การซื้อโดย**วิธีคัดเลือก** ได้แก่ การซื้อครั้งหนึ่งเกิน ๕๐๐,๐๐๐ บาท ให้กระทำได้...

(๒) เป็นพัสดุเพื่อการผลิตและจำหน่ายที่ต้องซื้อ**เร่งด่วนหากล่าช้าอาจจะเสียหาย**แห่งองค์การเภสัชกรรม

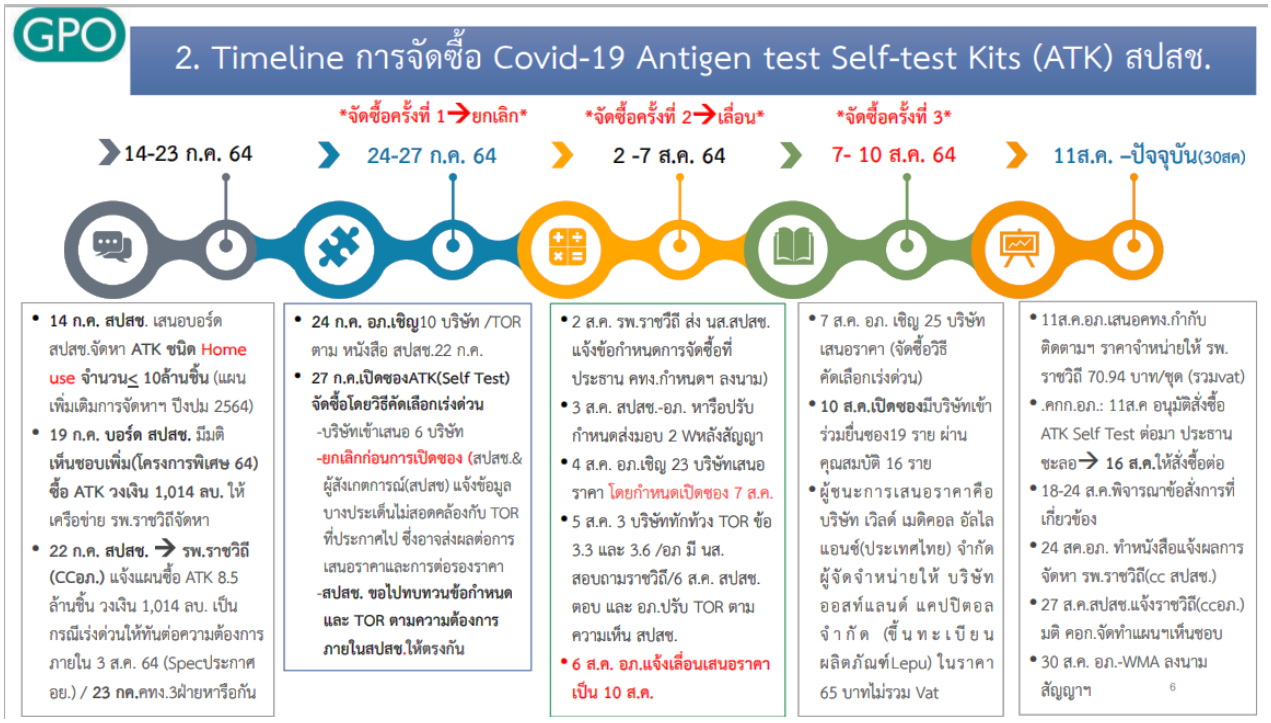
ข้อ ๑๓ การซื้อโดย**วิธีเฉพาะเจาะจง** ได้แก่ การซื้อครั้งหนึ่งเกิน ๕๐๐,๐๐๐ บาท ให้กระทำได้...

(๓) เป็นพัสดุเพื่อการผลิตและจำหน่ายที่จำเป็นต้องซื้อจากผู้ผลิตหรือผู้แทนจำหน่ายโดยตรง

(๔) เป็นพัสดุเพื่อการผลิตและจำหน่ายที่จำเป็นต้องซื้อ**ตามความต้องการของลูกค้า**

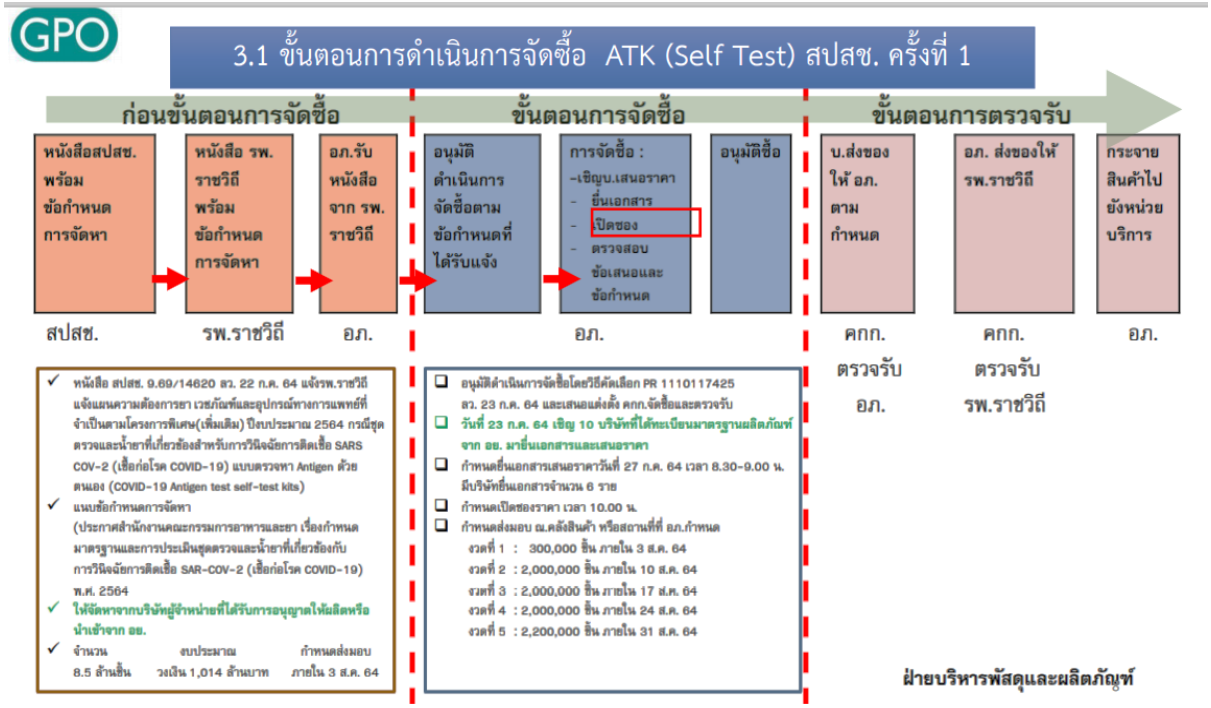
ทั้งนี้ การพิจารณาวิธีการจัดซื้อ COVID-19 Antigen Test Self-Test Kits **โดยวิธีคัดเลือก** เนื่องจากมีวงเงินงบประมาณ จำนวน ๑,๐๔๑ ล้าน ซึ่งเกินวงเงินงบประมาณ จำนวน ๕๐๐,๐๐๐ บาท ตามที่กำหนดไว้ เป็นพัสดุเพื่อการจำหน่ายที่**ต้องซื้อเร่งด่วนหากล่าช้าอาจจะเสียหาย** และมี**ผู้ขายหลายรายที่ขึ้นทะเบียน** Home Use (Self Test) กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และสาเหตุที่ไม่ได้จัดซื้อ**โดยวิธีเฉพาะเจาะจง** เนื่องจากลูกค้า (โรงพยาบาลราชวิถี และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ไม่ได้ระบุการซื้อจากผู้ผลิตหรือผู้แทนจำหน่ายโดยตรงพร้อมเหตุผลที่ต้องการซื้อโดยเจาะจง และ ATK (Self Test) ไม่ได้เป็นพัสดุที่มีผู้ขายรายเดียว

๒. กรอบการดำเนินการ (Timeline) การจัดซื้อ COVID-19 Antigen Test Self-Test Kits (ATK) สปสช. รายละเอียดปรากฏตามแผนภาพด้านล่าง



๓. ขั้นตอนการดำเนินการจัดซื้อ ATK Self Test Kits

๓.๑ ขั้นตอนการดำเนินการจัดซื้อ ATK Self Test ครั้งที่ ๑ รายละเอียดปรากฏตามแผนภาพด้านล่าง



GPO

สถานการณ์ ณ วันที่ 27 ก.ค. 64 ณ ขณะเวลาก่อนเปิดซองราคา

ผู้สังเกตการณ์จาก สปสช (แพทย์ชนบท 2 ท่าน) ตั้งประเด็นว่า - มี บริษัทรายใหญ่ สินค้ามีคุณภาพ ขายราคา 120 บาท/ set ส่งของถึงหน่วยบริการ ไม่ได้มาเสนอราคา อ้างว่าไม่ทราบข่าวการเสนอราคา - ห้ามองค์การเภสัชกรรมซื้อแพงกว่า 120 บาท/ set และไม่ให้ อภ.คิดค่าบริการจัดการ การส่งมอบของต้องส่งถึงหน่วยบริการ - หากดำเนินการต่อไป มีความเสี่ยงที่จะถูกร้องเรียนเนื่องจากบริษัทรายใหญ่ ที่มีคุณภาพ ไม่ได้เข้าแข่งขัน	รอง ผอ (คุณศิรินุช) : รายงานว่า - สถานะการณ์ว่า บริษัทดังกล่าว ไม่ได้มายื่นเอกสารเสนอราคา ตามเวลาที่กำหนด จึงไม่มีสิทธิยื่นซองเสนอราคา - มีบริษัทสนใจยื่นเอกสารเสนอราคา 6 ราย จากที่ได้ออกหนังสือเชิญบริษัทที่ผ่าน มาตรฐาน ทะเบียนยา จาก อย จำนวน 10 ราย - กรณี สถานที่ส่งมอบ TOR กำหนดส่งมอบ ณ คลังยา อภ หรือ คลังที่ อภ กำหนด แล้ว อภ เป็นผู้กระจายสู่หน่วยบริการ หากจะให้สินค้าต้องส่งถึงหน่วยบริการ โดยบริษัทผู้ขาย โดยไม่ให้ อภ คิดค่าบริการ นั่นจะไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด ที่ อภ กำหนด ซึ่ง อภ มีค่าใช้จ่ายในด้านการจัดเก็บและกระจายสินค้า

ข้อพิจารณาของ อภ.

ในเมื่อ จนท ของ สปสช และ ผู้สังเกตการณ์ ให้ข้อมูลไม่ตรงกัน จึงขอให้ นำเรื่อง สถานที่ส่งมอบ กลับไปพิจารณาให้ได้ ข้อมูลที่ตรงกันระหว่าง สปสช.กับผู้สังเกตการณ์ ก่อน เพราะสถานที่ส่งมอบมีผลต่อราคาที่บริษัท จะเสนอ

จึงเห็นสมควรยกเลิกการเสนอราคาในครั้งนี้ไปก่อน

คณะกรรมการจัดซื้อโดยวิธีคัดเลือก จึงได้ชี้แจงให้ ทั้ง 6 บริษัท ทราบถึงสถานการณ์ ที่จะต้องคืนเรื่องให้ สปสช ปรับ TOR ในเรื่องสถานที่ส่งมอบ จะปรับเป็น หน่วยบริการ ไม่ใช่ คลังยา องค์การเภสัชกรรม และส่งคืนซองราคา ให้แก่บริษัท ทั้ง 6 ราย เมื่อมีการกำหนด Spec มาใหม่ อภ.จะแจ้งให้บริษัทที่ผ่านทะเบียนยาจาก อย. มาเสนอราคาต่อไป

ฝ่ายบริหารพัสดุและผลิตภัณฑ์

GPO

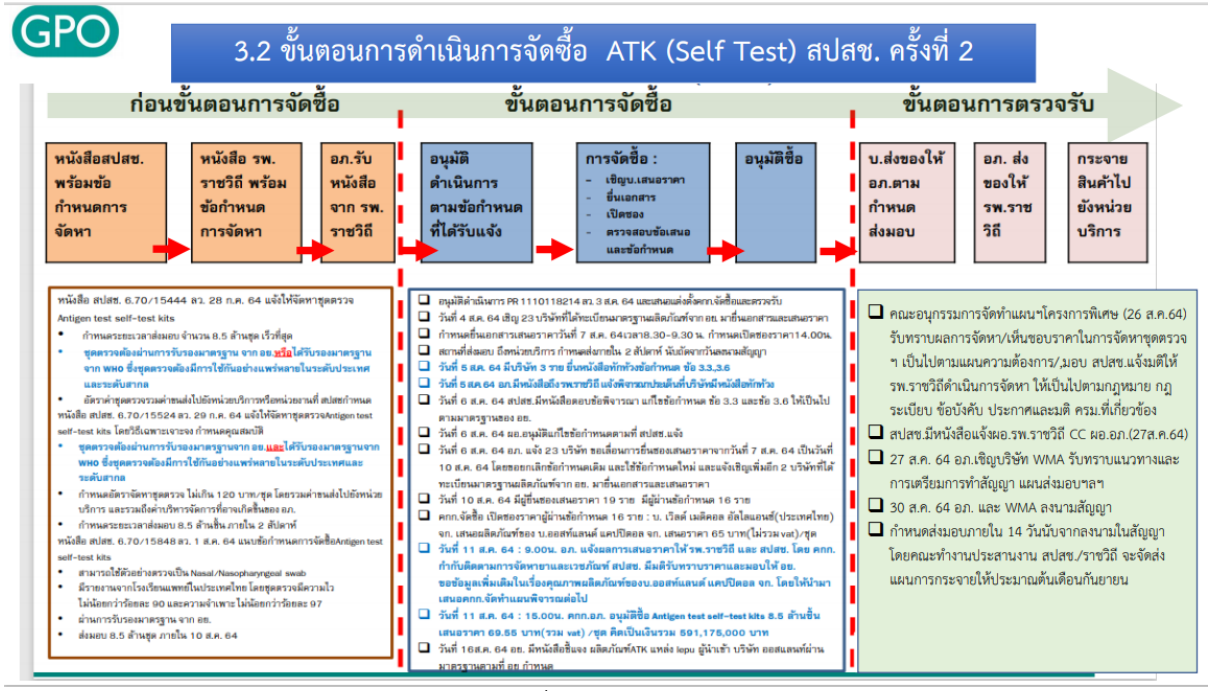
อภ. ยกเลิกการเสนอราคาครั้งที่ 1

- ผอ. อนุมัติยกเลิกการเสนอราคา วันที่ 2 ส.ค. 64
- วันที่ 2 ส.ค. 64 อภ.ส่ง e-mail แจ้งบริษัททั้ง 6 รายที่มายื่นเอกสารทราบและหากจะมีการเสนอราคาครั้งต่อไป จะแจ้งบริษัทที่ได้รับอนุญาตทะเบียนจาก อย. มาเสนอราคาต่อไป

ฝ่ายบริหารพัสดุและผลิตภัณฑ์

10

๓.๒ ขั้นตอนการดำเนินการจัดซื้อ ATK Self Test ครั้งที่ ๒ รายละเอียดปรากฏตามแผนภาพด้านล่าง



๓.๓ เปรียบเทียบข้อกำหนดที่ สปสช. ส่งผ่านโรงพยาบาลราชวิถี ให้องค์การเภสัชกรรมดำเนินการ รายละเอียดปรากฏตามแผนภาพด้านล่าง

GPO

3.3 เปรียบเทียบข้อกำหนดที่ สปสช.ส่งผ่าน รพ.ราชวิถี ให้ อภ. ดำเนินการ

ลำดับ	ข้อกำหนด ณ. 22 ก.ค. 64	ข้อกำหนด ณ. 29 ก.ค. 64	ข้อกำหนด ณ. 1 ส.ค. 64	ข้อกำหนด ณ. 6 ส.ค. 64
1	ผลิตภัณฑ์ผ่านมาตรฐาน อย.	- ผลิตภัณฑ์ผ่านมาตรฐาน อย. - ผ่านมาตรฐาน WHO	- ผลิตภัณฑ์ผ่านมาตรฐาน อย.	- ผลิตภัณฑ์ผ่านมาตรฐาน อย.
2	ผลิตภัณฑ์ เป็นแบบตรวจสารคัดหลั่งจากโพรงจมูก (Nasal swab)	-ผลิตภัณฑ์ เป็นแบบ Nasal/Nasopharyngeal swab -ชุดตรวจมี Sensitivity NLT 95% และ Specificity NLT 98%	- ผลิตภัณฑ์ เป็นแบบ Nasal/Nasopharyngeal swab -ชุดตรวจมี Sensitivity NLT 90% และ Specificity NLT 97%	- ผลิตภัณฑ์ เป็นแบบ Nasal swab -ชุดตรวจมี Sensitivity NLT 90% และ Specificity NLT 98%
3	กำหนดส่งมอบ เดิมส่งมอบทั้งหมด 3 ส.ค.64 ต่อมาคุยร่วมกันปรับเป็น งวดที่ 1 : 300,000 ชิ้น ภายใน 3 ส.ค. 64 งวดที่ 2 : 2,000,000 ชิ้น ภายใน 10 ส.ค. 64 งวดที่ 3 : 2,000,000 ชิ้น ภายใน 17 ส.ค. 64 งวดที่ 4 : 2,000,000 ชิ้น ภายใน 24 ส.ค. 64 งวดที่ 5 : 2,200,000 ชิ้น ภายใน 31 ส.ค. 64	กำหนดส่งมอบ งวดที่ 1 : 300,000 ชิ้น ภายใน 1 วันนับจากลงนามสัญญา งวดที่ 2 :3,000,000 ชิ้น ภายใน 3 วันนับจากลงนามสัญญางวดที่ 3 :2,500,000 ชิ้น ภายใน 14 วันนับจากลงนามสัญญา	กำหนดส่งมอบ จำนวน 8.5 ล้านชุด ภายใน 10 ส.ค. 64 ต่อมาแก้ไขเป็นภายใน 14 วันนับถัดจากวันลงนามในสัญญา	กำหนดส่งมอบ จำนวน 8.5 ล้านชุด ภายใน 14 วันนับถัดจากวันลงนามในสัญญา
4	สถานที่ส่งมอบ : คลังอภ.พระราม6 หรือคลังฯ ตามที่ อภ.กำหนด	สถานที่ส่งมอบ : หน่วยบริการ	สถานที่ส่งมอบ : หน่วยบริการ	สถานที่ส่งมอบ : หน่วยบริการ

อภ.กำหนดตามการจัดซื้อปกติกรณีไม่มีการแจ้งเงื่อนไขพิเศษ (ตรวจรับสินค้าและ อภ.จัดส่งเอง)

12

๓.๔ หนังสือร้องเรียนทักท้วงข้อกำหนดจากบริษัท รายละเอียดปรากฏตามแผนภาพด้านล่าง

GPO

3.4 หนังสือร้องเรียน ทักท้วงข้อกำหนดจากบริษัท

การจัดซื้อครั้งที่ 1 (1 บริษัท)	1. บ.ดีซีเอส ออดิก้า จก. มีหนังสือ ลว. 2 ส.ค. 64 คัดค้านการยกเลิกการเสนอราคา เมื่อวันที่ 27 ก.ค. 64 อาจตีความได้ว่า เอื้อประโยชน์ผู้ประกอบการรายอื่นที่ไม่ได้ยื่นเสนอราคา จึงขอคัดค้านการยกเลิก และขออุทธรณ์ที่คณะกรรมการประกาศยกเลิกการเสนอราคา
การจัดซื้อครั้งที่ 2 (3 บริษัท) ส่งผลให้มีการเลื่อนเสนอราคา	2. DKSH มีหนังสือ ลว. 5 ส.ค. 64 ขอคัดค้านข้อกำหนด ข้อ 3.3 ผลิตภัณฑ์ เป็นแบบ Nasal/Nasopharyngeal swab ข้อ 3.6 -ชุดตรวจมี Sensitivity NLT 90% และ Specificity NLT 97% กำหนดต่ำกว่า อย.กำหนด
	3. บ.ดีซีเอส ออดิก้า จก.มีหนังสือ ลว. 5 ส.ค. 64 ขอคัดค้านข้อกำหนด ข้อ 3.3 ผลิตภัณฑ์ เป็นแบบ Nasal/Nasopharyngeal swab ข้อ 3.6 ชุดตรวจมี Sensitivity NLT 90% และ Specificity NLT 97% กำหนดต่ำกว่า อย.กำหนด
	4. บ.คอนเนคไดแอกโนสติกส์ มีหนังสือ ลว. 5 ส.ค. 64 ขอคัดค้านข้อกำหนด ข้อ 3.3 ผลิตภัณฑ์ เป็นแบบ Nasal/Nasopharyngeal swab ข้อ 3.6 ชุดตรวจมี Sensitivity NLT 90% และ Specificity NLT 97% กำหนดต่ำกว่า อย.กำหนด

ฝ่ายบริหารพัสดุและผลิตภัณฑ์
16 ส.ค. 64

7

* ข้อมูลแผนภาพ : องค์การเภสัช มาให้ข้อมูลต่อที่ประชุมคณะกรรมาธิการ ครั้งที่ ๑๘/๒๕๖๔ วันพุธที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๔

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ดังนี้

๑. กรมควบคุมโรคควรแจ้งจำนวนการตรวจ ATK ทั่วประเทศควบคู่ไปกับผลบวกจากการตรวจ ATK เพื่อให้เห็นสัดส่วนการตรวจ ATK เหมือนกับกรุงเทพมหานคร

๒. ควรส่งเสริมระบบการแพทย์ปฐมภูมิ เนื่องจากโครงสร้างเครือข่ายปฐมภูมิสามารถช่วยแก้วิกฤตโควิด ๑๙ ในพื้นที่กรุงเทพมหานครได้อย่างดี

๓. การจัดซื้อชุดตรวจ ATK ในอนาคต ไม่ควรซื้อสินค้าล็อตเดียว ยี่ห้อเดียวเป็นจำนวนมาก เพราะตลาดเป็นของผู้ซื้อ สามารถกระจายความเสี่ยงไปยังยี่ห้ออื่นที่มีความแม่นยำได้

๔. คณะทำงานเพื่อกำหนดอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนที่ถูกกำหนดให้มีหน้าที่ดำเนินการต่อรองกับบริษัทผู้ขายเพื่อให้อัตราค่าใช้จ่าย สำหรับบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม ไม่ควรกำหนดให้มีหน้าที่กำหนดข้อกำหนดในร่างขอบเขต (TOR)

๕. ข้อกำหนดการจัดซื้อชุดตรวจการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2 (เชื้อก่อโรค COVID-19) แบบตรวจหาแอนติเจนด้วยตนเอง (COVID-19 Antigen Test Self-Test Kits) จำนวน ๘,๕๐๐,๐๐๐ ชุดตรวจ ที่องค์การเภสัชกรรมได้รับ ถูกส่งมาโดยประธานคณะทำงานกำหนดอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีคำถามว่า มีบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องหรือไม่ แม้จะได้รับการมอบหมายบทบาทโดยคณะกรรมการของ สปสช. ก็ตาม

๖. การจัดทำคุณลักษณะเวชภัณฑ์ยา ควรดำเนินการโดยผู้ใช้ คือ โรงพยาบาลราชวิถีและเครือข่ายบริการ เพราะกระบวนการจัดซื้อชุดตรวจ ATK ในปัจจุบันถูกตั้งประเด็นซักถามจากสื่อและสังคมจำนวนมากต่อกระบวนการดำเนินการที่ปรากฏ

๗. คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ควรศึกษาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการจัดซื้อชุดตรวจ ATK เพื่อค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาเชิงระบบ เพื่อนำเสนอไปยังฝ่ายบริหารต่อไป

<u>ประเด็นการพิจารณา</u> การดำเนินงาน และการเบิกจ่าย รวมถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการใช้งบประมาณ และกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างตามกฎหมายที่กำหนด โดยเฉพาะงบประมาณที่นำมาใช้กับการดำเนินการเรื่องของ Home Isolation และชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK)

<u>สรุปผลการพิจารณา</u>

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาพรวมการบริหารจัดการใช้ จ่ายงบประมาณตามพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคม จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ทั้งหมดได้รับการอนุมัติทั้งสิ้น ๖๓๘ หมื่นล้านบาท สำหรับการจัดสรรการใช้จ่ายงบประมาณจำนวน ๕๑ โครงการ โดยแบ่งเป็น ๑) โครงการของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๒๘โครงการ วงเงิน ๖.๓๒ หมื่นล้านบาท และ ๒) โครงการของหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๒๓ โครงการ จำนวน ๖๕๐ ล้านบาท

กรมควบคุมโรค

กรมควบคุมโรคดำเนินการใช้จ่ายเงินงบกลางเกี่ยวกับโรคโควิด ๑๙ ระยะการระบาดระลอกใหม่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ตามข้อมูล ณ วันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๔ ไปแล้วร้อยละ ๙๓.๙๑ โดยมีการเบิกจ่ายสะสมจำนวน ๑.๙๖ ล้านบาท จากที่ได้รับการจัดสรร จำนวน ๒.๐๙ พันล้านบาท โดยยังมีงบประมาณในส่วนดังกล่าวคงเหลือ จำนวน ๑๑๘ ล้านบาท ทั้งนี้ ในส่วนของงบประมาณดังกล่าว กรมควบคุมโรคได้มีการดำเนินการโอนให้หน่วยงานอื่นเบิกแทนกัน ดังนี้ ๑) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๔๒.๖ ล้านบาท และ ๒) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์จำนวน ๑๑.๒ ล้านบาท

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

การบริหารจัดการใช้จ่ายงบประมาณตามพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคม จาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๖๐๑๙ และงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณในส่วนของงบกลางที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคโควิด ๑๙ ทั้งหมด พบว่า ยังมีปัญหาและอุปสรรค คือ ๑) การพัฒนาวิธีควบคุมวัคซีนร่วมกับ บริษัท สยามโบโอไซเอนซ์ จำกัด ต้องรอสารเคมีที่จัดหาจากต่างประเทศ และรอการอนุมัติใช้เอกสารจาก บริษัท Astrazeneca ทำให้การดำเนินการล่าช้า ๒) สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ส่งผลต่อการขนส่ง หรือการส่งมอบที่ล่าช้า และ ๓ ในการคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ บางกลุ่มอาการโรคได้อาสาสมัครจำนวนน้อย เพราะเป็นกลุ่มโรคที่หายากหรือไม่ใช่ช่วงที่มีการแพร่ระบาด

สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ตามพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคม จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๑,๐๐๐,๐๐๐,๐๐๐,๐๐๐ บาท มีกรอบแผนงานด้านสาธารณสุข จำนวน ๖๓,๘๙๗,๙๙๑,๐๐๐ บาท ในแผนงานกลุ่มที่ ๑ โดยมี ๕ วัตถุประสงค์ คือ

๑) แผนงานเพื่อการรับค่าใช้จ่าย เยียวยา ชดเชยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ วงเงินอนุมัติ ๖,๓๐๑,๘๓๖,๙๙๑,๐๐๐ บาท มีการเบิกจ่าย ๕,๗๐๓,๘๕๙,๕๐๐ บาท คิดเป็น ร้อยละ ๙๐.๕๑

๒) แผนงานหรือโครงการเพื่อจัดซื้อจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข วัคซีนป้องกันโรคและห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ วงเงินอนุมัติ ๑๕,๒๕๐,๘๑๔,๑๒๐ บาท มีการเบิกจ่าย ๖,๕๘๐,๐๖๒,๔๕๔ บาท คิดเป็น ร้อยละ ๔๓.๑๕

๓) แผนงานหรือโครงการเพื่อรองรับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการบำบัดรักษา ป้องกันควบคุโรค รวมทั้งการวิจัยพัฒนาทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อการฟื้นฟูด้านสาธารณสุขของประเทศ วงเงินอนุมัติ ๓๐,๓๖๐,๘๔๘,๓๐๐ บาท มีการเบิกจ่าย ๓๐,๓๖๐,๘๔๘,๓๐๐ บาท คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐

๔) แผนงานหรือโครงการเพื่อเตรียมความพร้อมด้านสถานพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการกักตัวผู้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ วงเงินอนุมัติ ๑๐,๒๕๗,๒๒๔.๖๘๐ บาท มีการเบิกจ่าย ๔,๐๘๖,๒๙๓,๕๙๐ บาท คิดเป็น ร้อยละ ๓๙.๘๔

๕) แผนงานหรือโครงการเพื่อรับมือสถานการณ์ฉุกเฉิน วงเงินอนุมัติ ๑,๗๒๗,๒๖๗,๙๐๐ บาท มีการเบิกจ่าย ๑๙๗,๑๙๖,๒๗๘ บาท คิดเป็น ร้อยละ ๑๑.๔๒

ปัญหาการเบิกจ่ายอยู่ที่การจัดซื้อครุภัณฑ์ การปรับปรุงสิ่งปลูกสร้าง เนื่องจาก สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ทำให้ครุภัณฑ์บางชนิดต้องนำเข้าจากต่างประเทศทำให้เกิดความล่าช้ากระบวนการจัดซื้อจัดจ้างไม่แล้วเสร็จ ซึ่งมีการทำเรื่องขอขยายจนถึงเดือนธันวาคม ๒๕๖๔

ในงบดังกล่าว จะเป็นการเบิกจ่ายของโครงการค่าบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของ สปสช. จำนวน ๓๐,๓๔๘,๓๔๘,๐๐๐ บาท ซึ่งเป็นค่ารักษาพยาบาล จำนวน ๑๓,๔๑๗,๘๔๗,๐๐๐ บาท และตรวจคัดกรองโรคเพื่อป้องกันการติดเชื้อ จำนวน ๑๔,๓๖๐,๗๙๘,๐๐๐ บาท

สำนักงบประมาณ

งบประมาณเกี่ยวกับการดูแลแก้ไขปัญหาโควิด ๑๙ ในงบประมาณรายจ่ายประจำปี ๒๕๖๔ ไม่ได้จัดทำคำขอไว้เฉพาะ เนื่องจากเป็นเรื่องเร่งด่วนและฉุกเฉิน แต่ได้มีการเตรียมงบกลาง รายการค่าใช้จ่ายบรรเทาแก้ไขปัญหาและเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ จำนวน ๔๐,๐๐๐ ล้านบาท ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจะใช้งบประมาณในส่วนนี้เป็นหลักในเรื่องเกี่ยวกับโควิด ๑๙ เช่น การจัดซื้อวัคซีน การคัดกรอง ค่าตอบแทนแพทย์ การซื้อยา ประชุมต่าง ๆ โดยกระทรวงสาธารณสุขจะเสนอผ่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมายังสำนักงบประมาณ เพื่อเสนอไปยังคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาเป็นครั้ง ๆ ที่ผ่านมาได้มีมติคณะรัฐมนตรีอนุมัติงบประมาณให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการดังกล่าวทั้งสิ้น ๘ ครั้ง เป็นกรอบวงเงินที่อนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการ จำนวน ๓๗,๓๐๐ ล้านบาท ซึ่งสำนักงานงบประมาณจะเป็นผู้พิจารณาจัดสรรงบประมาณเพื่อการดำเนินงานอีกภายหลัง โดยปี ๒๕๖๕ ได้มีการตั้งงบกลางนี้ไว้ จำนวน ๑๖,๐๐๐ ล้านบาท

ทั้งนี้ งบประมาณรายจ่ายประจำปี ๒๕๖๔ เป็นการเสนอคำขอตั้งแต่ปี ๒๕๖๓ ไม่มีการจัดทำคำขอไว้เฉพาะจากกระทรวงสาธารณสุข จึงต้องใช้งบประมาณจากพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจ และสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ แต่การตั้งงบประมาณรายจ่ายประจำปี ๒๕๖๕ เป็นการเสนอตั้งงบประมาณในปี ๒๕๖๔ ซึ่งมีการระบาดของโรคโควิด ๑๙ เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง จึงมีการเตรียมการเสนอจัดทำคำของบประมาณสำหรับส่งเสริมและป้องกันโรคโควิด ๑๙ ค่าตอบแทน งบดำเนินการต่าง ๆ แต่ทั้งนี้เห็นว่า การจัดซื้อวัคซีนเป็นเรื่องเร่งด่วน จึงไม่ได้กำหนดไว้ในงบประมาณรายจ่ายประจำปี ๒๕๖๕ โดยให้กระทรวงสาธารณสุขใช้งบกลางกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นหรือพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินฯ

กรมบัญชีกลาง

ประเด็นการจัดซื้อจัดจ้างในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด ๑๙ กรมบัญชีกลางได้มีการแจ้งเวียนหนังสือ ที่ กค (กวจ) ๐๔๐๕.๒/ว ๑๑๕ ลงวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๓ แก่ส่วนราชการต่าง ๆ เรื่อง การดำเนินการกรณีการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือการจัดจ้างเพื่อให้ได้ยาซึ่งพัสดุสำหรับการป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรคเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ เพื่อความคล่องตัวในการดำเนินการให้ทันต่อสถานการณ์ ให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างไปได้ก่อนแล้วรายงานขอความเห็นชอบต่อหัวหน้าหน่วยงานของรัฐ และเมื่อหัวหน้าหน่วยงานของรัฐให้ความเห็นชอบแล้วให้ถือว่า รายงานดังกล่าวเป็นหลักฐานการตรวจรับโดยอนุโลม และหากมีความจำเป็นจะต้องจ่ายเงินค่าพัสดุล่วงหน้าให้แก่ผู้ขายหรือผู้รับจ้าง ให้ดำเนินการได้ โดยยกเว้นระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐

ทั้งนี้ กรณีซื้อวัคซีนจากราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ หรือผู้ขายรายอื่น ที่มีการกำหนดเงื่อนไขให้บริจาควัคซีน ร้อยละ ๑๐ ก็ได้รับการยกเว้นตามระเบียบฯ เพื่อความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซื้อวัคซีนจากราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์มีเงื่อนไขต้องบริจาควัคซีน ร้อยละ ๑๐ ให้แก่หน่วยงานที่ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์กำหนด ก็จะได้รับการยกเว้นในเรื่องการควบคุม จำหน่าย

สำนักงานบริหารหนี้สาธารณะ

โครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๑,๐๐๐,๐๐๐ ล้านบาท มีกรอบแผนงานด้านสาธารณสุข จำนวน ๖๓,๘๙๗,๙๙๑ ล้านบาท มีการเบิกใช้ จำนวน ๔๖,๙๒๘,๒๖๐ ล้านบาท ในแผนงานกลุ่มที่ ๑ ได้แก่

๑) แผนงานเพื่อการรับค่าใช้จ่าย เยียวยา ชดเชยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์

๒) แผนงานหรือโครงการเพื่อจัดซื้อจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข วัคซีนป้องกันโรคและห้องปฏิบัติการทางการแพทย์

๓) แผนงานหรือโครงการเพื่อรองรับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการบำบัดรักษา ป้องกันควบคุมโรค รวมทั้งการวิจัยพัฒนาทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อการฟื้นฟูด้านสาธารณสุขของประเทศ

๔) แผนงานหรือโครงการเพื่อเตรียมความพร้อมด้านสถานพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการกักตัวผู้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

๕) แผนงานหรือโครงการเพื่อรับมือสถานการณ์ฉุกเฉิน

สำหรับพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจ และสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๖๔ จำนวน ๕๐๐,๐๐๐ ล้านบาท โดยมีแผนงาน/โครงการ ด้านสาธารณสุข จำนวน ๓๐,๐๐๐ ล้านบาท อนุมัติไปแล้ว ๓ โครงการ ซึ่งเป็นโครงการจัดซื้อวัคซีน วงเงิน ๑๘,๓๗๒ ล้านบาท มีการเบิกจ่าย ๑,๘๒๘ ล้านบาท คิดเป็น ร้อยละ ๙.๙๕ ส่วนค่าใช้จ่ายรายการของ Home Isolation และการจัดซื้อชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) จะอยู่ในรายการโครงการค่าบริการสาธารณสุขของ สปสช. ทั้งนี้ สปสช. ได้เบิกงบประมาณครบตามกรอบวงเงินที่คณะรัฐมนตรีอนุมัติแล้ว จำนวน ๔ ครั้ง จำนวน ๓๐,๓๔๙ ล้านบาท

สำหรับงบประมาณในการจัดซื้อชุดตรวจชนิดแอนติเจน (ATK) จำนวน ๘.๕ ล้านชุดสามารถจำแนกการใช้จ่ายงบประมาณได้ ส่วน ดังนี้ ๑) งบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วงเงิน ๑,๐๑๔,๐๐๐,๐๐ บาท (รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) ๒) งบประมาณการจัดซื้อขององค์การเภสัชกรรม

วงเงิน ๕๙๑,๑๗๕,๐๐๐ บาท (รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) และ ๓) งบประมาณในการจัดซื้อของโรงพยาบาลราชวิถี วงเงิน ๖๐๒,๙๙๐,๐๐๐ บาท (รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม)

องค์การเภสัชกรรม

งบประมาณการจัดซื้อยา วัคซีน ชุด PPE และเครื่องมือแพทย์ ซึ่งการจัดซื้อดังกล่าวจะเป็นงบประมาณขององค์การเภสัชกรรม ไม่ได้ใช้งบประมาณของภาครัฐ ทั้งนี้ โรงงานวัคซีนขององค์การเภสัชกรรมในการผลิตวัคซีนขององค์การเภสัชกรรมที่ได้มีการวิจัยและพัฒนาเอง จะได้รับงบประมาณจากสถาบันวัคซีนแห่งชาติ ซึ่งมี ๓ โครงการ คือ

๑. โครงการเตรียมความพร้อมสำหรับบรรจุวัคซีนโควิด ๑๙ ภายในประเทศ ได้รับจัดสรรงบประมาณ จำนวน ๑๕๖.๘๐ ล้านบาท ได้รับแล้ว ๗๗.๘๙ ล้านบาท ได้รับงบประมาณจากสถาบันวัคซีนแห่งชาติ

๒. การวิจัยในคน (Clinical Trial) ระยะที่ ๑ และ ๒ ได้รับจัดสรรงบประมาณ จำนวน ๔๕.๘๙ ล้านบาท ได้รับงบประมาณจากสถาบันวัคซีนแห่งชาติ

๓. การวิจัยในคน (Clinical Trial) ระยะที่ ๓ ได้รับจัดสรรงบประมาณ จำนวน ๑๕๐ ล้านบาท ยื่นของบประมาณจากพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจ และสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในปี ๒๕๖๔ และปี ๒๕๖๕ ยื่นขอรับงบประมาณจากสถาบันวัคซีนแห่งชาติ

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ดังนี้

๑. ควรมีวิธีให้โรงพยาบาล หน่วยบริการต่าง ๆ สามารถใช้จ่ายงบประมาณ เพื่อการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ได้อย่างรวดเร็ว ไม่ควรให้มีการเปิดรับบริจาคของหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อจัดซื้อเครื่องมือแพทย์ ทั้งนี้ อาจเกิดปัญหาอุปสรรคจากการขาดการรับรู้ของขั้นตอน หรือวิธีการของราชการ

๒. ความเป็นไปได้ในการสนับสนุนให้แก่โรงพยาบาลแพทย์ กระทรวงต่าง ๆ สามารถจัดซื้อเครื่องมือแพทย์ได้อย่างคล่องตัวและทันเหตุการณ์จากงบกลางกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น เพื่อมิให้เกิดการเปิดขอรับบริจาค เห็นควรที่กระทรวงสาธารณสุข สำนักงบประมาณ โรงพยาบาล และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ประชุมร่วมกันเพื่อปรึกษาหารือถึงแนวทางในการแก้ปัญหาดังกล่าว เพื่อรักษาชีวิตของประชาชนได้อย่างดี

๓. ตามแผนปฏิรูปประเทศ ในมุมมองของคณะกรรมการปฏิรูปประเทศได้เสนอกิจกรรมปฏิรูประบบสาธารณสุขภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข โรคอุบัติใหม่ โรคระบาดระดับชาติไว้ ๘ ประเด็น คือ ๑) โครงสร้างพื้นฐาน ซึ่งเป็นกลไกบริหารสถานการณ์ ๒) วัคซีน ยา และเวชภัณฑ์ ๓) ระบบฐานข้อมูลและการสื่อสาร ๔) ศักยภาพในการดูแลรักษา ๕) ความมั่นคงด้านสุขภาพ ๖) งานวิจัยและพัฒนานวัตกรรม ๗) การบริหารงบประมาณ และ ๘) กฎหมาย ซึ่งควรมีเวทีให้คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ และหน่วยงานต่าง ๆ ได้ร่วมประชุมหารือกันให้มีแผนระดับประเทศสู่แผนปฏิบัติการ และนำไปสู่โครงการสำคัญอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ คณะกรรมาธิการการสาธารณสุขอาจเป็นตัวกลางในการจัดเวทีดังกล่าว

๔. ปัญหาการทำงานระหว่างหน่วยงาน เช่น กรณีเครื่องมือแพทย์ กรมบัญชีกลางออกหนังสือเวียน แต่หน่วยงานต่าง ๆ ไม่กล้าดำเนินการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีหารือร่วมกันเพื่อให้ทราบสาเหตุ และแก้ปัญหาร่วมกันเพื่อให้เกิดผลสำเร็จ

๕. ส่วนราชการควรทำงานนอกกรอบวิธีปฏิบัติราชการที่มีความหลายขั้นตอนทำให้เกิดความล่าช้า เพื่อความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบราชการของประเทศที่สามารถแก้ปัญหาได้ทันท่วงที

๖. การใช้จ่ายงบประมาณที่เกี่ยวกับการจัดซื้อจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อรักษาและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ถึงความล่าช้าในการเบิกจ่ายตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติและกฎหมายลำดับรอง จึงทำให้โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการด้านสาธารณสุขต้องใช้การรับบริจาคเพื่อทำให้การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์มีความรวดเร็วขึ้น จึงอยากให้ทุกหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องพิจารณาการจัดทำคำของบประมาณประจำปี ๒๕๖๖ และแปลงไปสู่แผนปฏิบัติราชการร่วมกัน เพื่อทำให้การดำเนินการใช้จ่ายงบประมาณในภาพรวมเป็นไปในทิศทางเดียวกันและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ผลการดำเนินงานและการเบิกจ่ายงบประมาณของ สปสช. ตามพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคม จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๓ พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคม จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๖๔ มีดังนี้

๑. แผนงานโครงการในเรื่องของการส่งเสริมป้องกันโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาด

๑.๑ การตรวจคัดกรองโรคโควิด ๑๙ ทั้งการตรวจ RT-PRCR, Antigen, Pool Sampling

๑.๒ การสนับสนุนค่าฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙

๒. การรักษาพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากโรคโควิด ๑๙ โดยสามารถเข้ารักษาพยาบาลได้ทั้งโรงพยาบาลในระบบและนอกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๓. การเพิ่มประสิทธิภาพต่อระบบบริการ Hospitel, Community Isolation and Home Isolation

๔. ผลกระทบจากการรักษาพยาบาล

๔.๑ ผู้ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการ)

๔.๒ ผลกระทบจากวัคซีน

๔.๓ เงินช่วยเหลือเบื้องต้นและผู้ให้บริการ

สำหรับรายเอียดการใช้จ่ายงบประมาณ มีดังนี้

ตารางที่ ๑ งบประมาณที่ได้รับสำหรับบริการโรคติดเชื้อไวรัสโควิด ๑๙ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔

รายการ	งบ พระราชกำหนดกู้เงินฯ				รวมงบประมาณทั้งหมด
	รอบที่ ๑	รอบที่ ๒	รอบที่ ๓	รอบที่ ๔	
๑. ค่าบริการโควิด ๑๙	๒,๒๒๘.๖๙	๓,๖๕๒.๓๙	๑๐๕๖๙.๘๓	๑๒,๘๘๗.๐๔	๒๙,๓๓๗.๙๔
๑.๑ ค่าบริการป้องกันการติดเชื้อ (คนไทยทุกคน)	๑,๙๗๒.๘๔	๒,๔๔๖.๗๖	๖,๓๕๓.๒๐	๓,๕๘๘.๐๐	๑๔,๓๖๐.๘๐
๑.๒ ค่าบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย	๒๕๕.๘๕	๔๔๕.๖๒	๓,๔๑๗.๓๔	๙,๒๙๙.๐๔	๑๓,๔๑๗.๘๕
๑.๓ ค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙ (โดส) (คนไทยทุกคน)	-	๗๖๐.๐๐	๗๖๐.๐๐	-	๑,๕๒๐.๐๐
๑.๔ ค่าบริการรักษาอาการไม่พึงประสงค์จากการรับวัคซีนโควิด ๑๙	-	-	๓๐.๐๑		๓๐.๐๑
๑.๕ ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะ VITT	-	-	๙.๒๘	-	๙.๒๘
๒. ค่าบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง	๗๗๑	๑๐๐.๓๒	๐.๐๐	๑๓๙.๐๘	๑,๐๑๐.๔๑
๒.๑ วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza Vaccine)	๓๑๗.๖๑	-	-	-	๓๑๗.๖๑
๒.๒ เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ	๘๗.๔๐	-	-	๑๙.๐๐	๑๐๖.๔๐
๒.๓ ค่าบริการเหมาจ่ายรายหัว (เพิ่มจากภาวะว่างงาน)	๓๖๖.๐๐	-	-	-	๓๖๖.๐๐
๒.๔ เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการ	๐.๐๐	๑๐๐.๓๒	-	๑๒๐.๐๘	๒๒๐.๔๐
รวม	๒,๙๙๙.๗๐	๓,๗๕๒.๗๑	๑๐,๕๖๙.๘๓	๑๓,๐๒๖.๑๒	๓๐,๓๔๘.๓๕

ตารางที่ ๒ งบประมาณที่ใช้ไปและรอการจ่ายสำหรับบริการโรคติดเชื้อโควิด ๑๙ และบริการที่เกี่ยวข้อง ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

รายการ	จำนวนเงิน	งบประมาณที่ใช้ไป	ร้อยละ
๑. ค่าบริการสำหรับบริการโรคโควิด ๑๙	๒๙,๓๓๗.๙๔	๓๔,๒๒๔.๕๐	๑๑๖.๗
๑.๑ ค่าบริการป้องกันการติดเชื้อ (คนไทยทุกคน)	๑๔,๓๖๐.๘๐	๑๘,๔๘๒.๐๔	๑๒๘.๗
๑.๒ ค่าบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย	๑๓,๔๑๗.๘๕	๑๕,๔๘๕.๖๔	๑๑๕.๔
๑.๓ ค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙ (โดส) (คนไทยทุกคน)	๑,๕๒๐.๐๐	๒๕๖.๘๒	๑๖.๙
๑.๔ ค่าบริการรักษาอาการไม่พึงประสงค์จากการรับวัคซีนโควิด ๑๙	๓๐.๐๑	-	๐
๑.๕ ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะ VIIT	๙.๒๘	-	๐
๒. ค่าบริการอื่น ที่เกี่ยวข้อง	๑,๐๑๐.๔๑	๘๐๗.๑๖	๗๙.๙
๒.๑ วัคซีนป้องกัน โรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza Vaccine)	๓๑๗.๖๑	๒๖๒.๒๗	๘๒.๖
๒.๒ เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ	๑๐๖.๔๐	๐.๗๒	๐.๗
๒.๓ ค่าบริการเหมาจ่ายรายหัว (เพิ่มจากภาวะว่างงาน)	๓๖๖.๐๐	๓๖๖.๐๐	๑๐๐
๒.๔ เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการได้รับความเสียหาย จากการรับบริการ	๒๒๐.๔๐	๑๗๘.๑๗	๘๐.๘
รวม	๓๐,๓๔๘.๓๕	๓๕,๐๓๑.๖๖	๑๑๕.๔

ตารางที่ ๓ ผลงานการให้บริการเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณ สำหรับบริการโรคติดเชื้อโควิด ๑๙ และบริการที่เกี่ยวข้อง ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

รายการ	เป้าหมาย	ครั้ง
๑. ค่าบริการสำหรับบริการโรคโควิด ๑๙	๘,๑๒๑,๓๐๕	๑๐,๖๐๖,๐๓๒
๑.๑ ค่าบริการป้องกันการติดเชื้อ (คนไทยทุกคน)	๗,๙๑๙,๐๐๐	๑๐,๑๘๘,๕๒๗
๑.๒ ค่าบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย	๑๗๐,๑๔๔	๔๑๗,๕๐๕
๑.๓ ค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙ (โดส) (คนไทยทุกคน)	๓๒,๐๐๐	-
๑.๔ ค่าบริการรักษาอาการไม่พึงประสงค์จากการรับวัคซีนโควิด ๑๙	๑๖๑	-
๒. ค่าบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง	๒,๕๐๔,๔๗๗	๒,๕๔๐,๑๘๖
๒.๑ วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza Vaccine)	๒,๓๖๕,๙๐๐	๒,๔๐๐,๐๐๐
๒.๒ เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ	๔๗๕	๕๙
๒.๓ ค่าบริการเหมาจ่ายรายหัว (เพิ่มจากภาวะว่างงาน)	๑๓๗,๐๐๐	๑๓๗,๐๐๐
๒.๔ เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการ	๑,๑๐๒	๓,๑๒๗
รวม	๑๐,๖๒๕,๗๘๒	๑๓,๑๔๖,๒๑๘

ภาพรวมการบริหารจัดการในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ของ สปสช. พบว่า สถานบริการในบางพื้นที่ต้องดำเนินการเกินกว่าศักยภาพที่มี การรักษาจึงมีการเปลี่ยนแปลงตามความจำเป็นของสถานการณ์ ส่วนการบริหารงบประมาณรายจ่ายประจำปี และงบประมาณเงินกู้ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับการตรวจคัดกรองและการรักษา สปสช. ได้ดำเนินการภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้การบริหารการเบิกจ่ายเป็นไปในทิศทางเดียวกัน พร้อมกับดำเนินการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการขยายระบบบริการภายในของสถานบริการที่มีปริมาณผู้ป่วยโควิด ๑๙ จำนวนมาก รวมถึงประสานงานกับภาคเอกชนเข้าร่วมการให้บริการ ตลอดจนมีการพัฒนาการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ขณะเดียวกัน สปสช.ก็ดำเนินการควบคุมคุณภาพการตรวจสอบการจ่ายเงินชดเชยแก่สถานบริการโดยมีการปรับเปลี่ยนหลักเกณฑ์ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

การบริหารจัดการของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ในฐานะโรงเรียนแพทย์จะมุ่งเน้นการรักษาและการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง โดยการดำเนินงานในภาพรวมจะปรึกษาหารือกับเครือข่ายโรงพยาบาลของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHOSTNET) กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน และกรุงเทพมหานคร ตามสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดทุกระลอก โดยการระบาดระลอกล่าสุด คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราชได้มีการประสานส่วนงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดบริการการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) สามารถดูแลผู้ป่วยได้จำนวน ๖๐๐ ราย โดยมีการจัดตั้งทีมติดตามอาการในสัดส่วนพยาบาล ๑ ราย ดูแลผู้ป่วย ๑๕ ราย พร้อมทั้งมีแพทย์พร้อมติดตามอาการอย่างใกล้ชิดตลอด ๒๔ ชั่วโมง

สำหรับการใช้จ่ายงบประมาณได้รับจากพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคม จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๖๔ จำนวนหนึ่ง โดยสามารถจำแนกการบริหารจัดการงบประมาณเบื้องต้น ดังนี้

๑. การตรวจคัดกรอง สามารถบริหารจัดการได้ เนื่องจากมีต้นทุนต่ำกว่าที่เรียกเก็บร้อยละ ๑๐ การจ่ายชดเชยแก่ผู้ป่วยนอกจึงสามารถบริหารจัดการได้ แต่กรณีของผู้ป่วยใน โดยเฉพาะที่มีอาการหนักจะมีค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บเก็บได้น้อยกว่าต้นทุนร้อยละ ๔๐ แต่ยังสามารถบริหารจัดการได้ เนื่องจากมีผู้สนับสนุนงบประมาณผ่านการบริจาค

๒. การรับผู้ป่วยประกันสังคม จะเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่านระบบ clearing house ของสำนักงานประกันสังคม แต่ยังพบว่า ขาดทุน เพราะกระบวนการดำเนินการในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง

๓. การให้บริการผ่านการกักตัวที่โรงแรม (Hospitel) และการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ซึ่งต้องมีการจ่ายเงินชดเชย ยังสามารถบริหารจัดการได้สำหรับผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าทุนร้อยละ ๒๐ ส่วนอื่น ๆ เช่น ค่าเสี่ยงภัยสามารถดำเนินการได้อย่างเรียบร้อย

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

การให้บริการของโรงพยาบาลรามาธิบดีเพื่อรองรับผู้ป่วยโควิด ๑๙ ได้ดำเนินการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกเหนือไปจากการให้บริการในโรงพยาบาล โดยมีการประสานกับโรงแรมเพื่อจัดตั้งห้องพักผู้ป่วยเฉพาะกิจจำนวน ๓ แห่ง ส่วนการจัดบริการการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ได้ดำเนินการแบ่งออกเป็น ๖ ส่วน คือ ๑) ที่มีหมอประจำบ้านและพยาบาลหน่วยป้องกันและสนับสนุนและ ๒) ทีมศัลยแพทย์และพยาบาลที่มีการปรับเปลี่ยนภาระหน้าที่ให้ดูแลผู้ป่วยโควิด ๑๙ เนื่องจากปริมาณและการให้การบริการผู้ป่วยผ่าตัดมีจำนวนลดลงในช่วงการระบาดของโรคโควิด ๑๙ นอกจากนี้ ยังดำเนินการจัดตั้งศูนย์การกักตัวในชุมชน (Community Isolation) โดยความร่วมมือกับภาคประชาสังคมในพื้นที่ที่ใกล้เคียง ทั้งนี้ งบประมาณสำหรับการจัดบริการการกักตัวที่บ้านและการกักตัวในชุมชนได้ใช้งบประมาณของโรงพยาบาลและมูลนิธิรามาธิบดี

ชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

การบริหารจัดการงบประมาณของสถานบริการแต่ละแห่งได้ดำเนินไปตามสถาน การณ์ที่เกิดขึ้น เช่น โรงพยาบาลสมุทรสาคร ได้มีการดำเนินการเตรียมความพร้อมการแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคโควิด ๑๙ ระหว่างรอการพิจารณาอนุมัติงบประมาณ โดยสามารถเข้าถึงงบประมาณและจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์จากแหล่งต่าง ๆ เช่น การสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ของสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) มูลนิธิชัยพัฒนาและการรับการบริจาค

เมื่อโรงพยาบาลสมุทรสาครได้รับการจัดสรรงบประมาณจากพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคม จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๔ ก็ได้ดำเนินการจัดหาอุปกรณ์ในการรักษาที่เกี่ยวข้อง ๑) เครื่องช่วยหายใจ ๒) เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจและสัญญาณชีพ ๓ การปรับปรุงระบบและการระบายอากาศห้องทันตกรรม และ ๔) เครื่องเร่งอนุภาคพลังงานสูง

ชมรมนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

การบริหารจัดการของโรงพยาบาลในพื้นที่ต่างจังหวัดช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ระลอกล่าสุด ได้ดำเนินการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม การจัดบริการการกักตัวที่บ้าน (Home isolation) และการจัดบริการการกักตัวในชุมชน (Community solation) โดยใช้งบประมาณจากพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคม จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๔ ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะหน่วยงานต้นสังกัดได้ดำเนินการจัดสรรให้ เช่น สถานบริการในจังหวัดกาฬสินธุ์ มีการนำงบประมาณส่วนดังกล่าว มาใช้ในการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามมากที่สุด จำนวน ๑,๕๐๐ เตียง การจัดบริการการกักตัวที่บ้าน จำนวน ๓,๕๐๐ ราย และการจัดบริการการกักตัวในชุมชน (Community station) ในอำเภอและตำบลที่ได้กำหนดไว้ เมื่อสถานการณ์คลี่คลายก็ดำเนินการยุติการให้บริการที่เพิ่มเติมขึ้นมา โดยใช้การจัดบริการของสถานพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์ตามปกติ

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ดังนี้

๑. สปสช. ควรดำเนินการประเมินผลคุณภาพการจัดบริการการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) และการกักตัวในชุมชน (Community Isolation) โดยพิจารณาจากความคุ้มค่าที่ประชาชนควรได้รับ โดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานครที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก

๒. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเร่งดำเนินการรวบรวมปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงความต้องการอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เนื่องจากบุคลาการและอุปกรณ์ทางการแพทย์ คือ โจทย์สำคัญของการแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคโควิด ๑๙ และเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมหากเกิดการระบาดขึ้นอีก

๓. การดำเนินการเบิกจ่ายงบเงินกู้สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายค่าบริหารจัดการให้กับบุคลากรในรายการค่าล่วงเวลา และค่าเสี่ยงภัยของโรงพยาบาลศิริราชควรเป็นต้นแบบการดำเนินงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

๔. ควรมีหน่วยงานกลางในการตรวจสอบราคาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีความแตกต่างกัน เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับการบริหารสถานการณ์ในอนาคตที่อาจจะต้องมีการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มเติม

๕. การใช้จ่ายงบประมาณที่เกี่ยวกับการจัดซื้อจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อรักษาและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ในส่วนของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุขเอง นั้นควรพิจารณาศึกษาการใช้จ่ายงบประมาณในการรองรับสถานการณ์การระบาดในเขตกรุงเทพมหานครโดยละเอียด สำหรับการเตรียมความพร้อมหากเกิดกรณีฉุกเฉินขึ้น และควรให้ความสำคัญกับปัญหาเรื่องการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งเป็นโจทย์ใหญ่ของการแก้ปัญหาการระบาดของโรคโควิด ๑๙

บทที่ ๔

การพิจารณาศึกษาและติดตามผลการดำเนินงานประจำปีของหน่วยงานสาธารณสุข (ตามที่กฎหมายกำหนด)

๔.๑ การพิจารณาศึกษารายงาน
รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ด้วยในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๑๗ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง) วันอังคารที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๒ ที่ประชุมวุฒิสภาได้มีมติตั้งคณะกรรมาธิการสามัญประจำสภาตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ (๒๐) ซึ่งคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา เป็นคณะกรรมาธิการสามัญประจำวุฒิสภา มีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการ พิจารณาสอบหาข้อเท็จจริง หรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนา ระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาวะและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหา ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนา พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

โดยที่ประธานวุฒิสภาได้มีดำริมอบหมายให้คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา พิจารณารายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ และให้รายงานผลการพิจารณาศึกษาต่อคณะกรรมาธิการวิสามัญกิจการวุฒิสภา เพื่อพิจารณาต่อไป

วิธีพิจารณาศึกษา

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุขได้จัดให้มีการประชุมเพื่อพิจารณาศึกษารายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ในคราวประชุมคณะกรรมาธิการ ครั้งที่ ๑๔/๒๕๖๔ วันพุธที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๖๔ โดยคณะกรรมาธิการได้เชิญผู้แทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับรายงานฉบับดังกล่าว ประกอบกับการพิจารณาศึกษากฎหมาย เอกสารรายงานประจำปี และเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณารายงานฉบับดังกล่าว และนำผลการพิจารณาของคณะอนุกรรมาธิการติดตามเสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุขมาประกอบการพิจารณา จากนั้นจึงนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการพิจารณาเสนอไปยังคณะกรรมาธิการวิสามัญกิจการวุฒิสภา เพื่อดำเนินการต่อไป

ผลการพิจารณาศึกษา

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้พิจารณาศึกษารายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ดังนี้

๑. สรุปสาระสำคัญการศึกษารายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ มีสาระสำคัญ ๔ ส่วน

ส่วนที่ ๑ กรอบแนวคิดการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพ

การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ

ในการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) แนวคิดพื้นฐานที่สำคัญ คือ การให้สิทธิในการใช้บริการสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ โดยไม่มีอุปสรรคทางการเงิน ซึ่งในการให้สิทธิดังกล่าวนั้นจำเป็นต้องใช้กลไกทางการเงินการคลังจากแหล่งเงินภาครัฐ เพื่อปกป้องภาระทางการเงินของครัวเรือน และสร้างความเป็นธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปกป้องคนจน ที่อาจจะไม่สามารถจ่ายค่าบริการสุขภาพที่มีราคาแพงได้ จากรายงานประจำปีขององค์การอนามัยโลก เรื่อง “หนทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” (The Path to Universal Coverage) ได้ระบุความสมบูรณ์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าเปรียบเสมือนลูกบาศก์ (UHC Cube) ที่แสดงมิติในความครอบคลุมของการประกันสุขภาพ ๓ ด้าน ได้แก่

๑) ความครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิ โดยเพิ่มความครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ

๒) ครอบคลุมบริการสุขภาพที่เป็นสิทธิประโยชน์ โดยขยายขอบเขตและประเภทบริการสุขภาพที่อยู่ในสิทธิประโยชน์

๓) ความครอบคลุมค่าใช้จ่ายการใช้บริการ โดยไม่ต้องจ่ายค่าบริการสุขภาพเมื่อไปใช้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายหลักของระบบสุขภาพในการปกป้องความเสี่ยงทางการเงินของประชาชน ไม่ทำให้เกิดภาระทางการเงินจนต้องหลีกเลี่ยงการไปใช้บริการ

การพัฒนาที่ยั่งยืน

องค์การสหประชาชาติได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ เพื่อให้สมาชิกใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ การศึกษา และสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วย เป้าหมายการพัฒนา ๑๗ เป้าหมาย ๑๖๙ เป้าประสงค์ ๒๔๔ ตัวชี้วัด และประเทศไทยในฐานะหนึ่งในประเทศสมาชิกได้รับรองวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะหน่วยงานที่มีส่วนในการขับเคลื่อนเป้าหมายที่ ๓ ในการสร้างหลักประกันสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของคนทุกช่วงวัยเป้าประสงค์ ๓.๘ บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงป้องกันความเสี่ยงทางด้านการเงิน การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ยาและวัคซีนที่จำเป็น ได้อย่างปลอดภัย มีประสิทธิผล และมีคุณภาพ ทั้งนี้ จากรายงาน Sustainable Development Report 2020 พบว่า ผลงานของประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก ๗๓ คะแนน ในปี ๒๕๖๒ เป็น ๗๔.๕ คะแนน ในปี ๒๕๖๓ ถือว่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยในภูมิภาคเดียวกันที่ ๖๗.๒ คะแนน อยู่ในลำดับที่ ๔๑ จาก ๑๖๖ ประเทศ

ส่วนที่ ๒ ผลการดำเนินงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผลการดำเนินงานปี ๒๕๖๓ สรุปโดยสังเขป ดังนี้

๑. การเบิกจ่ายงบประมาณ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับการจัดสรร จำนวน ๑๙๐,๓๖๖ ล้านบาท ประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ ส่วนที่เป็นเงินเดือนของหน่วยบริการภาครัฐ จำนวน ๔๙,๘๓๓ ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๔๕ ประมาณ ๒.๐๙ เท่า และส่วนที่เป็นค่าใช้จ่าย

เพื่อบริการสาธารณสุข จำนวน ๑๔๐,๕๓๓ ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๔๕ ประมาณ ๕.๐๙ เท่า สำหรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวคิดเป็น ๓,๖๐๐ บาทต่อผู้มีสิทธิ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๔๖ ประมาณ ๒.๙๙ เท่า โดยผลการเบิกจ่ายงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Disbursement of UCS Budget) ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ มีการเบิกจ่ายรวมภาระผูกพันงบประมาณ ให้กับหน่วยบริการที่จัดบริการให้ผู้มีสิทธิ จำนวน ๑๔๐,๓๖๙.๘๑ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๘๘ (จากงบ ๑๔๐,๕๓๓ ล้านบาท ไม่รวมเงินเดือนหน่วยบริการภาครัฐ)

๒. ความครอบคลุมสิทธิหลักประกัน ในปี ๒๕๖๓ ประชากรไทยผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามี ๖๖.๘๐๕ ล้านคน ลงทะเบียนสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน ๖๖.๖๒๕ ล้านคน คิดเป็น**ความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ร้อยละ ๙๙.๗๓ โดยเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๔๗.๖๐๕ ล้านคน** สิทธิประกันสังคม จำนวน ๑๒.๕๕๒ ล้านคน สิทธิสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน ๕.๑๙๕ ล้านคน สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลอื่นที่รัฐจัดให้ จำนวน ๐.๗๓๓ ล้านคน และสิทธิสำหรับผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ จำนวน ๐.๕๔๐ ล้านคน **และความครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme: UCS) ร้อยละ ๙๙.๘๕**

๓. หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี ๒๕๖๓ มีหน่วยบริการขึ้นทะเบียนให้บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค ตรวจวินิจฉัย รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย

๑) หน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน ๑๑,๘๕๑ แห่ง (เป็นหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๙๒.๘๓)

๒) หน่วยบริการประจำ จำนวน ๑,๓๘๖ แห่ง (เป็นหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๖๕.๘๘ หน่วยบริการเอกชน ร้อยละ ๒๑.๙๓)

๓) หน่วยบริการรับส่งต่อ จำนวน ๑,๐๗๖ แห่ง (เป็นหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๘๖.๙๐) โดยเป็นหน่วยบริการที่รับค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (Capitation) จำนวน ๙๙๕ แห่ง และหน่วยบริการที่ไม่รับค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (Non-Capitation) จำนวน ๘๑ แห่ง

ทั้งนี้ จากผลการตรวจประเมินหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อผ่านตามเกณฑ์การประเมิน

๔. การเข้าถึงบริการสุขภาพ จากรายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ดังนี้

ตารางผลงานการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเป้าหมายที่ได้รับจัดสรรงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

รายการ/บริการ/โรค (หน่วยนับ) ที่มา (หมายเหตุ) (Service items : units)	เป้าหมายที่ได้รับจัดสรร (Targets)	ผลงาน (Outputs)	ร้อยละ Performance (% of outputs to targets)
1. ผลงานตามเป้าหมายการใช้บริการทางการแพทย์ในงบเหมาจ่ายรายหัว (Services under medical capitation)			
1.1 ประชากรเป้าหมาย (Targeted Population)			
- ประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ลงทะเบียน (คน)[1] (Registered UHC Population: persons)	65,996,000	66,624,872	100.95
- ประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียน (คน)[1] (Registered UC Scheme Population: persons)	48,264,000	47,604,743	98.63
1.2 การใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก[2] (Out-patients Services)			
- จำนวน (ครั้ง) (OP Visit : visits)	180,485,640	164,058,375 (11)	90.90
- อัตรา (ครั้ง/คน/ปี) (Utilization Rate: visits/person/year)	3.740	3.452	92.32
1.3 การใช้บริการแบบผู้ป่วยใน[2] (In-patients Services)			
- จำนวน (ครั้ง) (IP Admission: admissions)	6,478,837	5,853,006 (11)	90.34
- อัตรา (ครั้ง/คน/ปี) (Utilization Rate: admissions/person/year)	0.134	0.123	91.32
1.4 การใช้บริการกรณีเฉพาะ (Specialized Care/ High cost Services)			
1.4.1 การใช้บริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น (Accident and Emergency/Referral)			
1) บริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน: กรณีใช้บริการข้ามจังหวัดที่ผู้มีสิทธิลงทะเบียน และกรณีคนพิการที่ใช้บริการต่างหน่วยที่ลงทะเบียน (ครั้ง)[3] (Accident and Emergency Services across to non-registered provinces or Services outside registered hospitals in disabled people: visits)	1,426,649	1,776,179	124.50
2) บริการรับส่งต่อผู้ป่วยนอก: กรณีใช้บริการในหน่วยบริการนอกจังหวัดที่ลงทะเบียน หรือส่งต่อจาก รพศ. /รพท. ไป รพ.มหาวิทยาลัย ภายในจังหวัด (ครั้ง)[4] (Out-patients referral out of registered provinces or Referred to University hospitals within provinces: visits)	409,073	406,013	99.25
3) ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ (ครั้ง)[3] (Referred cases with transportation cost: visits)	253,652	250,310	98.68
4) ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (มาตรา 8) และผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิประกันสังคม ใช้บริการแบบผู้ป่วยในครั้งแรก (คน)[3 (1)] (Non-registered UCS accessing to services in the first times or the insurers not entitled to the Social Security Fund: persons)	10,956	17,888 (12)	163.27
1.4.2 การใช้บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงในโรคที่มีปัญหาการเข้าถึงบริการ: เพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ (Confidence in Quality of Care improvement)			
1) ได้ยาละลายลิ่มเลือดในโรคที่เกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ (คน)[3] (STEMI Fast Track, Thrombolytic therapy for ST-elevated myocardial infarction patients: persons)	5,156	4,137	80.24
2) ได้ยาละลายลิ่มเลือดในโรคที่เกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (คน)[3] (Stroke Fast Track, Thrombolytic therapy for Cerebral infarction patients: persons)	5,819	6,987	120.07

รายการ/บริการ/โรค (หน่วยนับ) ที่มา (หมายเหตุ) (Service items : units)	เป้าหมายที่ได้รับจัดสรร (Targets)	ผลงาน (Outputs)	ร้อยละ Performance (% of outputs to targets)
3) ได้เคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง (คน)[3] (Chemotherapy or Hormones or Radiation treatment in Cancer patients: persons)	96,111	83,440	86.82
4) ได้ผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาในโรคต้อกระจก (ครั้ง)[5] (Cataract lens replacement Surgery: visits)	120,000	120,620	100.52
5) ได้ผ่าตัดและฝึกการพูดในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ (คน)[6] (Orthodontics for patients with cleft lip and cleft palate: persons)	1,493	1,403	93.97
1.4.3 การใช้บริการหัตถการ ในโรคที่มีปัญหาการเข้าถึง: ลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ (Reducing financial risk of healthcare units)			
1) ชดเชยค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ชิ้น)[5] (Instrument and artificial organs in treatment: pieces)	2,153,326	3,084,613	143.25
2) ได้ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (คน)[5] (Knee Surgery for Osteoarthritis patients: persons)	12,000	11,396	94.97
3) ได้รักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (คน)[3(2)] (Hyperbaric Oxygen Therapy: persons)	11	20	181.82
4) ได้จัดหาและจัดเก็บดวงตาจากผู้บริจาค สำหรับผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (ดวงตา)[6] (Corneal Transplantation, including supply, storage and treatment: eyes)	591	490	82.91
5) ได้ปลูกถ่ายอวัยวะ (Transplants)			
- ได้ปลูกถ่ายตับและรับยากดภูมิต่อเนื่อง (คน)[7(3)] (Liver transplant: persons)	358	340	94.97
- ผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและรับยากดภูมิต่อเนื่อง (คน)[7(3)] (Heart transplant: persons)	117	122	104.27
- ได้ปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และโรคไขกระดูกผิดปกติ (คน)[8] (Hematopoietic stem cell transplantation: persons)	110	86[13]	78.18
1.4.4 การเข้าถึงยาอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด (Services required closed monitoring)			
1) ได้สารเมทาโดนสำหรับการบำบัดรักษาระยะยาว (คน)[3(4)] (Methadone Maintenance Therapy (MMT): persons)	12,122	8,127	67.04
2) รับยาตามบัญชี จ(2) (คน)[9] (Essential, High-costs medicines, E(2) of the National List of Essential Medicine: persons)	42,452	45,656	107.55
3) รับยากำพร้า ยาต้านพิษ (คน)[9] (Orphan drugs and Antidotes: persons)	7,426	7,131	96.03
1.4.5 การใช้บริการโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค (Disease Management or Vertical Programs)			
1) ผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง ได้รับเลือดและหรือยาขับเหล็กอย่างต่อเนื่อง (คน)[10] (Blood transfusion and iron-chelating therapy for Transfusion Dependent Thalassemia patients: persons)	12,734	13,424	105.42

รายการ/บริการ/โรค (หน่วยนับ) ที่มา (หมายเหตุ) (Service items : units)	เป้าหมายที่ได้รับจัดสรร (Targets)	ผลงาน (Outputs)	ร้อยละ Performance (% of outputs to targets)
2) ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลรักษาด้วยยาวัณโรค (คน) [7 (5)] (Tuberculosis patients Care: persons)	113,903	91,628	80.44
3) ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคแบบเข้มข้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง โดยการเอกซเรย์ปอด [7 (6)] (Active Case finding Tuberculosis patients by Chest X-Ray)	350,000	428,702	122.49
4) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (คน) [3] (Palliative Care: persons)	20,135	46,596 [(14)]	231.42
1.5 การใช้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Health Promotion and Disease Prevention Services)			
- ได้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ (คน) [3] (Influenza Vaccines for targeted population: persons)	3,997,990	3,308,860	82.76
1.6 การใช้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ (Rehabilitation Services)			
1) คนพิการลงทะเบียน: ท.74 (คน) [3] (Registered Disables: persons)	1,417,384	1,301,621	91.83
2) คนพิการที่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วย (คน) [3] (Assisted Instrument for Disables: persons)	30,716	28,166	91.70
3) การใช้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ครั้ง) [3] (Rehabilitation Services: persons)	3,467,867	3,631,175	104.71
- คนพิการ (ครั้ง) (Services for Disables: visits)		677,145	
- ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู (ครั้ง) (Services for needed elderly: visits)		1,540,558	
- ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู (ครั้ง) (Services for needed patients: visits)		1,410,315	
- ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง (ครั้ง) (Services for dependency and bed ridden patients: visits)		3,157	
4) คนพิการได้ฝึกทักษะการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม การเคลื่อนไหว และการใช้อุปกรณ์: O&M (คน) [3] (Orientation and Mobility: O&M for Disabled: persons)	1,586	606	38.21
1.7 การใช้บริการแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine Services)			
- บริการ นวด ประคบ อบสมุนไพร (ครั้ง) [3] (Traditional Thai herbal massage: visits)	5,640,036	4,356,592 [(11)]	77.24
- บริการฟื้นฟูแม่หลังคลอด (คน) [3] (Postpartum care: persons)	35,960	67,017	186.36
- บริการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ครั้ง) [3] (Herbal medicine prescriptions of the National List of Essential Medicine: visits)	9,184,183	11,595,034	126.25

ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ หน้า ๖๖ - ๖๘

๕. คุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ เทียบกับปีที่ผ่านมา พบว่า ตัวชี้วัดมีผลการดำเนินงานในทิศทางที่ขึ้น หน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการประจำมีการพัฒนาคุณภาพผลงานบริการมากขึ้นส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่น ตัวชี้วัดอัตราการรับรักษาไว้ในโรงพยาบาลด้วยกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก (ACSC) ต่อประชากรแสนคน พบว่า มีอัตราเพิ่มขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา ซึ่งเป็นความท้าทายของทุกส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อยกระดับคุณภาพผลงานการบริการ

๖. การคุ้มครองสิทธิ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ให้บริการจำนวนทั้งสิ้น ๙๙๕,๕๗๑ เรื่อง โดย ๑) รับบริการสอบถามข้อมูล ๙๖๖,๗๖๔ เรื่อง หรือร้อยละ ๙๗.๑๑ แบ่งเป็นการสอบถามโดยประชาชน ร้อยละ ๘๙.๒๘ การสอบถามโดยผู้ให้บริการ ร้อยละ ๑๐.๗๒ ๒) รับเรื่องร้องเรียน จำนวน ๔,๒๑๐ เรื่อง ๓) รับเรื่องร้องทุกข์ จำนวน ๕,๐๙๙ เรื่อง และ ๔) ประสานส่งต่อผู้ป่วย จำนวน ๑๙,๔๙๘ คน

๗. การมีส่วนร่วมพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แบ่งออกเป็น ๒ ส่วน คือ ๑) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน ๗,๗๓๒ แห่ง ๒) ภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ จำนวน ๘๘๕ แห่ง ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จำนวน ๑๘๗ แห่ง หน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน จำนวน ๑๒๕ แห่ง และองค์กรภาคีเครือข่ายภาคประชาชน จำนวน ๓๐๙ องค์กร

ส่วนที่ ๓ ผลงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ ๕ ปี เพื่อให้บรรลุ ๓ วัตถุประสงค์ “ประชาชนเข้าถึงบริการ การเงินการคลังมั่นคง ดำรงธรรมาภิบาล” ๑๐ เป้าหมาย สามารถสรุปได้ดังนี้

ตารางผลการดำเนินงานตาม ๑๐ เป้าหมายการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ผลงานปี 2562	ค่าเป้าหมายภายในปี 2563	ผลงานปี 2563
1. ประชาชนเข้าถึงบริการ (Effective, Equitable & Responsive Coverage)	1. ประสิทธิผลความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ (Effective Coverage: EC)	ประเมินความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิผล (Effective Coverage) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์อยู่ที่ ร้อยละ72.5	ประสิทธิผลความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ: เอชไอวี **ไม่น้อยกว่า** ร้อยละ 86	ประเมินความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิผล (Effective Coverage) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ อยู่ที่ ร้อยละ 77.50 [1]
	2. ร้อยละการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อเข้ารับบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยใน (Compliance rate: IP)	ร้อยละ 85.26 [2]	**ไม่น้อยกว่า**ร้อยละ 90	N/A [2]
	3. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ ร้อยละความพึงพอใจของผู้ให้บริการ	ร้อยละ 97.11 [3] ร้อยละ 75.99 [3]	**ไม่น้อยกว่า**ร้อยละ 90 **ไม่น้อยกว่า**ร้อยละ 75	ร้อยละ 97.64 [3] ร้อยละ 83.45 [3]
2. การเงินการคลังมั่นคง (SAFE: Financing System)	4. ร้อยละรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (Total Health Expenditure: THE) เทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP)	ร้อยละ 4.02 [4]	อยู่ระหว่างร้อยละ 4.6-5	N/A [4]
	5. ร้อยละรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (General Government Health Expenditure: GGHE) เทียบกับ รายจ่ายภาครัฐทั้งหมด (General Government Expenditure: GGE)	ร้อยละ 16.56 [4]	อยู่ระหว่างร้อยละ 17-20	N/A [4]

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ผลงานปี 2562	ค่าเป้าหมายภายในปี 2563	ผลงานปี 2563
	6. ร้อยละครัวเรือนที่เกิดวิกฤตทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic health expenditure)	ร้อยละ 1.97[5] (หรือ 431,000 ครัวเรือน)	ไม่เกินร้อยละ 2.3	N/A[5]
	7. ร้อยละครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health impoverishment)	ร้อยละ 0.20[5] (หรือ 44,000 ครัวเรือน)	ไม่เกินร้อยละ 0.47	N/A[5]
3. ดำรงธรรมาภิบาล (Good Gover-nance)	8. ระดับความสำเร็จของความมุ่งมั่นและความรับผิดชอบร่วมกันของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข	คณะกรรมการหลักฯ และคณะกรรมการควบคุมฯ ร่วมปรึกษาหารือและแลกเปลี่ยนความเห็น (Policy Dialogue) ในประเด็น "Universal Healthcare Coverage in the New Era of Disruptive Technologies เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับการขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบที่เกี่ยวข้องในยุคเทคโนโลยีเปลี่ยนโลก (Disruptive Technology)	มีการนำเสนอผลการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาบทบาทหน้าที่ความมุ่งมั่น (Commitment) และความรับผิดชอบร่วมกัน (Accountability) ต่อคณะกรรมการฯ	คณะกรรมการหลักฯและคณะกรรมการควบคุมฯ ร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ประสบการณ์และสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง ในหัวข้อ "ร่วมตอกย้ำความสำคัญหลักประกันสุขภาพคนไทย" และ "หลักประกันสุขภาพคนไทย ฝันให้ไกลไปให้ถึง" โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิด้านต่างๆ เข้าร่วมอภิปรายและแลกเปลี่ยนความเห็นเกี่ยวกับภาพของระบบสุขภาพและสังคมในยุคหลังโควิด-19
	9. การเป็นองค์กรประสิทธิภาพสูง[6]	ร้อยละ 66.80 (334 คะแนน จาก 500 คะแนน)	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 (ระดับ Basic: 300 คะแนน)	ร้อยละ 74.20[6] (372 คะแนน จาก 500 คะแนน)
	10.ร้อยละการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน (ITA)[7] ตามมาตรฐานการประเมินของรัฐ (ปปช.)	ร้อยละ 89.25[7]	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90	ร้อยละ 91.28[7]

ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ หน้า ๑๐๔-๑๐๕

อุปสรรคในการดำเนินงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๑. ประชาชนบางกลุ่ม ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการและใช้สิทธิได้ตามความจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มด้อยโอกาสหรือกลุ่มเปราะบางต่าง ๆ รวมทั้งคนยากจนในเขตเมืองใหญ่ คนเร่ร่อน คนไร้บ้าน

๒. ความแออัดของผู้ป่วยในหน่วยบริการภาครัฐขนาดใหญ่ ยังคงเป็นปัญหาที่ต้องพัฒนาต่อไป ผ่านการออกแบบระบบบริการทางเลือกต่าง ๆ รองรับ เช่น การส่งยาทางไปรษณีย์ การรับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้าน การจัดระบบนัดหมายล่วงหน้า และการขยายหน่วยการให้บริการรูปแบบต่าง ๆ ที่ช่วยให้ประชาชนไม่ต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการประจำ

๓. นวัตกรรมและเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่เรียกว่า เทคโนโลยี เปลี่ยนโลก (Disruptive Technology) มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และมีบทบาทมากขึ้นในสังคม ในขณะที่ระบบสาธารณสุขภาครัฐยังไม่สามารถนำมาปรับใช้ได้อย่างรวดเร็ว จากข้อจำกัดทั้งด้านองค์ความรู้ บุคลากร งบประมาณ การประเมินความคุ้มค่า และกฎหมายหรือระเบียบรองรับ อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยเร่งให้มีการนำเทคโนโลยีต่าง ๆ ทั้งด้านสาธารณสุขโดยตรงและระบบสนับสนุนต่าง ๆ มาปรับใช้อย่างกว้างขวางและรวดเร็วมากขึ้น

๔. ความท้าทายในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใน ๔ ด้านที่สำคัญ คือ

๔.๑ การสร้างสมดุลระหว่างค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสุขภาพสองขั้วที่มีความสำคัญ นั่นคือ (๑) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อส่งเสริมการมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนและลดการเจ็บป่วยที่ป้องกันได้ ซึ่งเป็นการลงทุนด้านสุขภาพแบบสร้างนำซ่อม และ (๒) บริการรักษาพยาบาลโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง เพื่อซ่อมสุขภาพและปกป้องครัวเรือนมิให้ล้มละลายหรือกลายเป็นครัวเรือนยากจนจากภาระค่าใช้จ่ายเมื่อเจ็บป่วย

๔.๒ การจัดสรรและการกระจายงบประมาณสำหรับหน่วยบริการภาครัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังมีอุปสรรคและความท้าทายที่ต้องดำเนินการ ภายใต้ความร่วมมือประสานการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องระหว่าง สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข

๔.๓ การออกแบบการจ่ายชดเชยค่าบริการที่เหมาะสมและจูงใจให้เกิดการให้บริการอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ในขณะที่ต้องควบคุมกำกับการเบิกจ่ายให้มีความถูกต้อง โปร่งใส และตรวจสอบได้ผ่านระบบการตรวจสอบที่ดีและเพียงพอ ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ มีการตรวจพบหน่วยบริการเอกชนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขเป็นเท็จ นำไปสู่การดำเนินคดี และการปรับปรุงระบบกำกับการเบิกจ่ายและระบบการตรวจสอบทั้งระบบ

๔.๔ การบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เพียงพอเหมาะสม เกิดประสิทธิภาพที่ดี และมีความยั่งยืนในระยะยาว

๕. การขยายการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับจังหวัด องค์กรภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ รวมทั้งสถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชนและหน่วยร่วมให้บริการประเภทต่าง ๆ ซึ่งต้องพัฒนาแนวทางสนับสนุนและลดข้อจำกัดต่าง ๆ ด้านกฎหมายและระเบียบ เพื่อขยายการเข้าร่วมจัดบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนผู้มีสิทธิได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ

ความท้าท้ายในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๑. การระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ คือ โรคโควิด ๑๙ ที่ระบาดทั่วโลกและพบผู้ป่วยรายแรกในประเทศไทยตั้งแต่วันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๓ ถือเป็นสถานการณ์ที่ท้าทายระบบต่าง ๆ ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ส่งผลกระทบและเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากต่อระบบสาธารณสุข รวมถึงระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบเศรษฐกิจ และระบบสังคมโดยรวม ซึ่งความท้าทายและกิจกรรมบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวกับโรคโควิด ๑๙ ยังคงต่อเนื่องไปอย่างน้อย ๑๘ - ๒๔ เดือน หรือจนกว่าจะเกิดภูมิคุ้มกันในระดับชุมชน (Herd Immunity) ซึ่งสำหรับโรคโควิด ๑๙ ค่าร้อยละของประชากรน้อยที่สุดที่ควรได้รับวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ในประเทศได้ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด

๒. นวัตกรรมและเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่เรียกว่า เทคโนโลยี เปลี่ยนโลก (Disruptive Technology) มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และมีบทบาทมากขึ้นในสังคม ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องมีการปรับตัวอย่างรวดเร็วและนำนวัตกรรมต่าง ๆ มาปรับใช้อย่างเหมาะสม คุ้มค่า และรวดเร็วทันการ ทั้งในภาวะปกติและสถานการณ์การระบาดของโรค ซึ่งรวมถึงระบบการแพทย์ทางไกลหรือทางเลือกใหม่ ๆ ในการรับบริการสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขตามความจำเป็น

๓. ความท้าทายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โรคระบาด เช่น (๑) สถานะสุขภาพของประชาชน (๒) การตระหนักรู้และการตื่นตัวด้านสุขภาพ รวมทั้งมาตรการทางสังคมต่าง ๆ ที่ออกมารองรับการป้องกันและแก้ปัญหาการระบาดของโรค (๓) ผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจทั้งการหารายได้และการใช้จ่าย

ทั้งระดับบุคคล ชุมชน สังคม ประเทศชาติ ซึ่งคาดการณ์ว่าเศรษฐกิจไทยจะถดถอยอย่างรุนแรงและชะลอตัวไม่น้อยกว่า ๒ ปี ส่งผลต่อข้อจำกัดด้านงบประมาณในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๔. การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบปฏิบัติการขนาดใหญ่รูปแบบต่าง ๆ ที่เป็นสภาพแวดล้อม (Eco System) ที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบปฏิบัติการด้านต่าง ๆ ของ สปสช. รวมทั้งการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลขนาดใหญ่ เพื่อให้มีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจเชิงนโยบายและการพัฒนางานต่าง ๆ ขยายความคุ้มครองบริการที่จำเป็น ในขณะที่เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๕. การเพิ่มความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพชุมชนและระบบบริการปฐมภูมิเพื่อขับเคลื่อนความเข้มแข็งรากฐานของระบบสาธารณสุขไทย เพื่อสร้างความมั่นใจในการบรรลุเป้าหมายในการคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน ให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึงตามความจำเป็นและมีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ประชาชนไม่เกิดวิกฤตทางการเงิน จากค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยและระบบหลักประกันสุขภาพมีความยั่งยืน

๖. การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้สอดรับไปด้วยกันกับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม รวมทั้งแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข เพื่อสร้างโอกาสให้ประชาชนทุกสิทธิได้รับความคุ้มครองหลักประกันด้านสุขภาพอย่างเสมอภาคและทั่วถึง และระบบประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศมีการบูรณาการสอดคล้องกลมกลืนกัน

ส่วนที่ ๔ ผลงานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผลงานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

ผลงานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในเรื่องดังต่อไปนี้

๑. การบริหารจัดการองค์กร

๒. การบริหารงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๓. ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข

๔. การเข้าถึงบริการสาธารณสุข

ผลงานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ในเรื่องดังต่อไปนี้

๑. การควบคุม กำกับ และส่งเสริมคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

๒. การให้ความเห็นประกอบการจัดทำคำขอรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๓. การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และวิธีการพิจารณาเรื่องร้องเรียน รวมถึงหลักเกณฑ์และวิธีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และกำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน

๔. การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล (ตามมาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕)

๕. การพัฒนาศักยภาพ และการกำกับติดตามการดำเนินงานคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานระดับเขตพื้นที่ คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัด และกลไกที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่

๖. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ หรือกฎหมายอื่นกำหนด

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ

๑. ข้อคิดเห็นของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุขพิจารณาแล้ว เห็นด้วยกับรายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ เนื่องจากมีการนำข้อสังเกตและข้อเสนอของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข และการอภิปรายของที่ประชุมวุฒิสภาในการพิจารณารายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ไปพิจารณาดำเนินการ ตลอดจนมีการปรับแนวทางการดำเนินการจัดทำโครงสร้างงบประมาณของ สปสช. โดยใช้งบประมาณด้านการเงินร่วมกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพราะจะทำให้สามารถยืนยันการใช้จ่ายงบประมาณด้านต่าง ๆ ได้ต่างจากเดิมที่แยกงบประมาณออกจากกันแล้วส่งผลให้การตรวจสอบทำได้ยาก

๒. ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุขมีข้อสังเกตและข้อเสนอแนะต่อรายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๒๕๖๓ ดังนี้

๑. ควรพิจารณากำหนดนโยบายการสื่อสารให้ประชาชนทราบถึงผลกระทบจากการฉีดวัคซีนแล้วเสียชีวิตว่า บางกรณีที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกันแต่เกิดเสียชีวิตในช่วงเวลาเดียวกัน (Coincident) ก็ไม่ควรขอเบิกจ่าย เงินเยียวยา เพราะจะกระทบต่อการพิจารณาเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการฉีดวัคซีนจนเสียชีวิตจริง ๆ จนเกิดความล่าช้า

๒. ควรสร้างความรู้ความเข้าใจทางจิตวิทยาในช่วงการฉีดวัคซีนแล้วอาจเกิดเหตุการณ์เสียชีวิตในช่วงเวลาเดียวกัน (Coincident) ซึ่งไม่ได้มีสาเหตุมาจากวัคซีน เพื่อไม่ให้เกิดความสับสนว่า หากเกิดผลกระทบทางการแพทย์จะต้องมีการเยียวยางบประมาณ เนื่องจากหากเทียบสัดส่วนการฉีดวัคซีนและอัตราการเสียชีวิตจากเหตุ Coincident ในกรณีของสหรัฐอเมริกาที่มีการฉีดวัคซีน จำนวน ๒๙๐ ล้านเข็ม และมีผู้เสียชีวิตจำนวน ๕,๐๐๐ ราย จากเหตุ Coincident ในกรณีของประเทศไทยหากมีการฉีดวัคซีนภายในสิ้นปี ๒๕๖๔ จำนวน ๑๐๐ ล้านเข็ม ก็จะมีผู้เสียชีวิต จำนวน ๑,๖๐๐ ราย จากเหตุ Coincident ซึ่งหากไม่มีการสร้างความเข้าใจ จะทำให้ประชาชนเกิดความสับสนจำนวนมาก

๓. ควรกำหนดตัวชี้วัดค่าเป้าหมายการรักษาผู้ป่วยโรคหอบหืด (Asthma) จากจำนวน ๕๘ คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน ให้ลดลงเหลือจำนวน ๘ คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน เพราะการป้องกันโรคหอบหืดด้วยการให้ผู้ป่วยใช้เครื่องมือประเมินหลอดลม (Peak Flow Meter) ด้วยตนเองจะช่วยลดอัตราผู้ป่วยโรคหอบหืดและอัตราการเสียชีวิตได้จำนวนมาก ทั้งนี้ สปสช. อาจจะจัดตั้งงบประมาณสำหรับการจัดซื้อเครื่องประเมินหลอดลม (Peak Flow Meter) เพื่อนำไปใช้ในสถานบริการในการรักษาผู้ป่วย

๔. ควรทำความเข้าใจข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประสิทธิภาพการบริหารวงเงินงบประมาณที่ยังมีความแตกต่างกัน ระหว่างกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กับ สปสช. ให้ปรากฏ ใน ๔ ประเด็น ดังนี้

๑) หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๗ ทีมีจำนวนลดลง ในปี ๒๕๖๒ จนเหลือ จำนวน ๑๗ แห่ง และอาจลดลงจนไม่มีในปี ๒๕๖๓ อาจไม่สะท้อนถึงการบริหารงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากได้รับเงินอุดหนุนจากงบกลาง

๒) การจัดทำงบประมาณ การเบิกจ่ายงบประมาณ การรับโอนงบประมาณของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในสังกัดโรงเรียนแพทย์ ในสังกัดกระทรวงอื่น ๆ และในสังกัดเอกชน

๓) ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพที่ใช้ในภาพรวมทั้งประเทศ ควรมีแยกตัวชี้วัดเฉพาะกรุงเทพมหานครออกมา เพื่อให้เห็นผลกระทบที่แท้จริง เนื่องจากเขตบริการกรุงเทพมหานครยังมีปัญหาด้านประสิทธิภาพการบริหารงาน

๔) การสื่อสารเกี่ยวกับความคืบหน้าผลการดำเนินการตรวจสอบกรณีคลินิกชุมชนอบอุ่นในพื้นที่กรุงเทพมหานครที่ชัดเจน

๕. คณะกรรมาธิการเห็นด้วยกับการจัดทำงบประมาณของ สปสช. ในการใช้งบประมาณด้านการเงินร่วมกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพราะจะทำให้สามารถยืนยันการใช้จ่ายงบประมาณด้านต่าง ๆ ได้ ต่างจากเดิมที่แยกงบประมาณออกจากกันแล้วส่งผลให้การตรวจสอบทำได้ยาก

๖. ควรมีการจัดทำตารางจำแนกงบประมาณของ สปสช. ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับแผนงานตามงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณจากพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๓ และพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๖๔ เพื่อให้สะดวกต่อการพิจารณาทำความเข้าใจ

๔.๒ การพิจารณาศึกษารายงาน
รายงานของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา
เรื่อง รายงานประจำปี ๒๕๖๓ ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ด้วยในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๑๗ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง) วันอังคารที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๒ ที่ประชุมได้พิจารณาและมีมติตั้งคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ วรรคสอง (๒๐) โดยมีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการ พิจารณาสอบหาข้อเท็จจริง หรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาวะและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนา พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

โดยที่ประธานวุฒิสภาได้มีดำริมอบหมายให้คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา พิจารณารายงานประจำปี ๒๕๖๒ ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ตามมาตรา ๓๖ แห่งพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ กำหนดเวลาพิจารณาศึกษาภายใน ๓๐ วัน เมื่อดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว ให้นำเสนอผลการพิจารณาศึกษาต่อที่ประชุมคณะกรรมาธิการวิสามัญกิจการวุฒิสภาต่อไป

วิธีการพิจารณาศึกษา

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุขได้จัดให้มีการประชุมเพื่อพิจารณาศึกษารายงานประจำปี ๒๕๖๓ ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในคราวประชุมคณะกรรมาธิการ ครั้งที่ ๑๙/๒๕๖๔ วันพุธที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๔ โดยคณะกรรมาธิการได้เชิญผู้แทนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับรายงานฉบับดังกล่าว ประกอบกับการพิจารณาศึกษากฎหมาย เอกสารรายงานประจำปี และเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณารายงานฉบับดังกล่าว และนำมาซึ่งการตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ เพื่อนำผลการพิจารณาเสนอไปยังคณะกรรมาธิการวิสามัญกิจการวุฒิสภาเพื่อพิจารณาต่อไป

ผลการพิจารณาศึกษา

รายงานประจำปี ๒๕๖๓ ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีสาระสำคัญ แบ่งออกเป็น ๔ ส่วน สรุปได้ดังนี้

ส่วนที่ ๑ สาระสำคัญผลการดำเนินงานของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔) จากสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ และผลงานเด่น สรุปได้ดังนี้

๑. สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรในประเทศไทย ได้แก่

๑.๑ การบริโภคยาสูบ จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า คนไทยมีแนวโน้มสูบบุหรี่ลดลงจาก ๑๒.๒๖ ล้านคน หรือร้อยละ ๓๒.๐๐

ใน พ.ศ. ๒๕๓๔ ลดลงเหลือ ๑๐.๗๐ ล้านคน หรือร้อยละ ๑๔.๑๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๐ ขณะที่ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) สำรวจความเห็นจากกลุ่มนักศึกษา พบว่า ๑ ใน ๓ คน อยากลองบุหรี่ไฟฟ้าและเกือบครึ่งหนึ่งมีความเชื่อว่า บุหรี่ไฟฟ้าอันตรายน้อยกว่าบุหรี่แบบมวน ซึ่งเป็นความเชื่อที่ผิด

๑.๒ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการสำรวจการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า คนไทยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ค่อนข้างคงที่ โดยมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ ๓๒.๗๐ ใน พ.ศ. ๒๕๔๗ เหลือร้อยละ ๒๘.๔๑ ใน พ.ศ. ๒๕๖๐ สอดคล้องกับข้อมูลค่าใช้จ่ายการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยลดลงต่อเนื่องจาก ๑๔๗,๘๐๗ ล้านบาท ใน พ.ศ. ๒๕๕๔ เหลือ ๑๔๒,๒๓๐ ล้านบาท ใน พ.ศ. ๒๕๖๐

๑.๓ ความปลอดภัยทางถนน จากการบูรณาการข้อมูลการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่เชื่อมโยงข้อมูลจาก ๓ ฐาน พบว่า ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้มลดลงจาก ๒๑,๙๙๖ ราย ใน พ.ศ. ๒๕๕๔ เหลือ ๑๗,๘๓๑ ราย ใน พ.ศ. ๒๕๖๓ ขณะที่อัตราการสวมหมวกนิรภัย ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ อยู่ที่ ร้อยละ ๔๕.๐๐

๑.๔ การมีกิจกรรมทางกาย จากการสำรวจการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับ สสส. พบว่า ในช่วง ๘ ปีที่ผ่านมา นับตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๒ ประชากรไทยมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยใน พ.ศ. ๒๕๖๒ ประชากรไทยมีกิจกรรมที่เพียงพอร้อยละ ๗๔.๖๐ เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. ๒๕๕๕ ร้อยละ ๘.๓๐ ซึ่งมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เฉลี่ยร้อยละ ๑.๐๔ ต่อปี ขณะที่ใน พ.ศ. ๒๕๖๓ ที่มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด ๑๙ ได้ส่งผลกระทบโดยตรงต่ออัตราการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทยเหลือเพียงร้อยละ ๕๕.๕๐ ลดลงจาก พ.ศ. ๒๕๖๒ ร้อยละ ๑๙.๑๐ โดยเป็นผลจากหลายปัจจัย เช่น การปฏิบัติตนตามมาตรการรัฐบาล “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” การปรับเปลี่ยนรูปแบบ เวลา วิธีการทำงาน การงดใช้พื้นที่สวนสาธารณะหรือพื้นที่ออกกำลังกายสาธารณะ การงดกิจกรรมที่มีการรวมตัวกัน

๑.๕ การบริโภคผักและผลไม้ จากการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของคนไทย พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส. พบว่า ประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป บริโภคผักและผลไม้ที่เพียงพอตามข้อแนะนำร้อยละ ๓๔.๕๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๑ เป็นร้อยละ ๓๘.๗๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๒

๒. ผลงานเด่น เป็นการเสนอผลการดำเนินงานที่มีความสำคัญ ๕ ประเด็น ได้แก่

๒.๑ สู้วิกฤตโควิด ๑๙ ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพวิถีใหม่ ฉบับ New Normal สสส. ดังนี้

๒.๑.๑ สสส. ได้ร่วมเป็นคณะกรรมการอำนวยการเตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ สนับสนุนการดำเนินงานที่ตอบสนองต่อนโยบายของรัฐบาลในการป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด ๑๙ โดยมีผลการดำเนินงานสำคัญ ดังนี้ **(๑) การปรับวิธีการดำเนินงานสำคัญเพื่อช่วยบรรเทาสถานการณ์การระบาดโควิด ๑๙** ได้แก่ การสนับสนุนและบูรณาการการทำงานของหน่วยงานในระบบสุขภาพ การส่งเสริมให้ชุมชนและองค์กรมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ดูแลฟื้นฟูสุขภาพของชุมชน และการพัฒนาระบบการสื่อสารสุขภาพที่เข้าถึงง่ายทุกกลุ่มเป้าหมาย **(๒) การพัฒนาองค์ความรู้เรื่องการป้องกันโควิด ๑๙ เชิงรุก** เพื่อสื่อสารกับประชาชน รวมทั้งกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยในประเทศไทย เช่น ชุดเครื่องมือการจัดการโรงเรียนรับมือโควิด ๑๙ ส่งมอบให้แก่โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ๒๒๐ แห่งทั่วประเทศ พัฒนาต้นแบบการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อเพิ่มระยะห่างระหว่างบุคคล

(Social Distancing) และผลิตสื่อรณรงค์ใน ๓ ภาษา ได้แก่ เมียนมา ลาว กัมพูชา รวม ๑๙,๒๐๐ ชิ้น และ **(๓) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโควิด ๑๙ และผู้ได้รับผลกระทบ** เช่น พัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อใช้สอบสวนโรคและติดตามอาการของผู้ป่วยโรคโควิด ๑๙ การให้คำปรึกษาและดูแลผู้ได้รับผลกระทบในมิติสังคมและเศรษฐกิจรวม ๑,๖๐๐ คน ในพื้นที่กรุงเทพฯ นนทบุรี และสมุทรปราการ และการช่วยเหลือเยียวยากลุ่มคนจนเมือง ๗๖ ชุมชน ใน ๑๑ จังหวัด ครอบคลุม ๑๓,๕๒๙ คน

๒.๑.๒ ส่งเสริมกิจกรรมทางกายในบ้าน "ปั่นในบ้าน ต้านโควิด ๑๙" เป็นการปั่นจักรยานออนไลน์ (E-Cycling) ผ่านแอปพลิเคชัน Zwift โดยมีประชาชนร่วมกิจกรรมที่บ้านกว่า ๕ แสนราย ช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายขณะอยู่บ้านมากขึ้น

๒.๑.๓ พัฒนาแพลตฟอร์ม "ตามสั่ง-ตามส่ง" สร้างโอกาส ส่งเสริมอาชีพมั่นคงสู่วิกฤตโควิด ๑๙ เป็นการส่งเสริมมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมและการสร้างโอกาสและความมั่นคงทางอาชีพให้แก่ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง และผู้ประกอบการร้านอาหารในซอยลาดพร้าว ๑๐๑ โดยมีจำนวนการสั่งซื้ออาหารมากกว่า ๙๐๐ ครั้ง มีกระแสเงินสดมากกว่า ๑ แสนบาท โดยปัจจุบัน มีการขยายผลในหลายจังหวัด เช่น ปทุมธานี ปัตตานี ยะลา และ ถนนเจริญกรุง เขตบางรัก กรุงเทพฯ

๒.๑.๔ สร้างเครือข่าย "Cofact" รู้เท่าทันสื่อ ป้องกันข่าวลวงช่วงโควิด ๑๙ พัฒนาช่องทางการตรวจสอบข่าวลวงผ่านเว็บไซต์ www.cofact.org และแอปพลิเคชันไลน์ @Cofaact ซึ่งถือเป็นนวัตกรรมทางสังคมในการใช้ช่องทางออนไลน์มาพัฒนาเป็นแนวทางแก้ไขปัญหาและหยุดยั้งการระบาดของข่าวลวงในยุคชีวิตวิถีใหม่ ช่วยให้ประชาชนมีทักษะเท่าทันสื่อ เท่าทันตัวเอง มีความรับผิดชอบต่อสังคม

๒.๑.๕ การสื่อสารแนวคิด "ชีวิตใหม่ ชีวิตดีเริ่มที่เรา" รับมือโควิด ๑๙ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข พัฒนาการสื่อสารรณรงค์สร้างความรู้ ความเข้าใจ และแนวทางการปฏิบัติที่จำเป็นในการป้องกันโควิด ๑๙ ให้แก่ประชาชน พร้อมจัดทำหนังสือคู่มือชีวิตวิถีใหม่ มีการดาวน์โหลดใช้งาน ๗๙๕,๙๓๕ ครั้ง และพัฒนาชิ้นงานสื่อสารสังคมในรูปแบบต่าง ๆ ๒๕๕ ชิ้นงาน สร้างการรับรู้ในกลุ่มประชาชนทั่วไป ร้อยละ ๘๗.๖ และมีการสื่อสารผ่านเฟซบุ๊กแฟนเพจ "ไทยรู้สู้โควิด" และเฟซบุ๊กแฟนเพจ "สสส." และเฟซบุ๊กแฟนเพจ "สสส." ซึ่งเฟซบุ๊ก ประเทศไทย ประกาศให้เป็น ๑ ใน ๕ ของเฟซบุ๊กแฟนเพจ ที่ประชาชนควรติดตามข่าวสารเกี่ยวกับโควิด ๑๙

๒.๒ พัฒนากลไกปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ สร้างเสริมสุขภาวะในหลายมิติ

๒.๒.๑ ลดปัจจัยเสี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านกลไก "นายอำเภอรณรงค์งดเหล้าและลดปัจจัยเสี่ยง" ๑๕๖ อำเภอ จาก ๕๘ จังหวัด สนับสนุนให้เกิดนโยบายงดเหล้าเข้าพรรษา และจัดงานบุญประเพณีปลอดเหล้าใน ๘ จังหวัด ได้แก่ ชุมพร ตราด ตาก ประจวบคีรีขันธ์ เลย หนองบัวลำภู อุดรธานี และอุบลราชธานี และมีคนงดเหล้าครบพรรษา ๑๕,๑๐๖ คน ลดค่าใช้จ่ายจากการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ ๒๑,๗๕๓,๓๕๒ บาท และลดความเสี่ยงเกิดอุบัติเหตุทางถนน การทะเลาะวิวาท และความรุนแรงในครอบครัวได้

๒.๒.๒ ลดปัจจัยเสี่ยงการบริโภคยาสูบ ด้วยการปกป้องสุขภาพเยาวชนจาก "บุหรี่ไฟฟ้า" ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และภาคีเครือข่าย สนับสนุนงานวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้า ผลการศึกษาพบว่า บุหรี่ไฟฟ้าส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูบ และไม่ช่วยการลดการสูบบุหรี่ แต่กลับทำให้เกิดนักสูบหน้าใหม่ และนำไปสู่การสูบบุหรี่มวนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้กระทรวงพาณิชย์ มีมติเห็นชอบให้คงมาตรการห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย

๒.๒.๓ ลดปัจจัยเสี่ยงจากยาเสพติด โดยกลไกเครือข่ายภาคประชาชน เสริมสร้างพื้นที่ปลอดภัยจากยาเสพติด สู่การสร้างชุมชนสุขภาวะ มีการพัฒนาและรวบรวมองค์ความรู้การขับเคลื่อนป้องกัน ปัญหายาเสพติด ส่งผลให้เกิดพื้นที่ต้นแบบทั้งสิ้น ๑๗ พื้นที่ ครอบคลุม ๔ ภูมิภาค และมีเครือข่ายร่วมทำงาน ๔๑๘ เครือข่าย มีแกนนำเครือข่าย ๒๑,๖๓๑ คน ในพื้นที่ ๔๕ จังหวัด

๒.๒.๔ ลดปัจจัยเสี่ยงจากอุบัติเหตุ ด้วยการเสริมพลัง "ตำบลขับขี่ปลอดภัย" สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นเจ้าภาพในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ของตนเอง และสนับสนุนให้รัฐบาลประกาศนโยบายเพื่อขับเคลื่อน "ตำบลขับขี่ปลอดภัย" มีเป้าหมายให้ลดจำนวนผู้เสียชีวิตตำบลละ ๑ ราย โดยปัจจุบันมีตำบลขับขี่ปลอดภัย ๑๙๓ แห่ง ที่สามารถเป็นต้นแบบให้พื้นที่อื่น ๆ ซึ่งในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๓) สามารถลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนได้ เช่น ตำบลท่าซัก อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ผู้บาดเจ็บลดลงจาก ๒๓๓ คน เหลือ ๔๗ คน และตำบลสีคิ้ว อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา จำนวนอุบัติเหตุจาก ๕๒๐ ครั้ง ลดเหลือ ๒๔๔ ครั้ง

๒.๓ สร้างต้นทุนชีวิต เสริมพลังสุขภาวะประชากรกลุ่มเปราะบาง

๒.๓.๑ พัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างรากฐานตั้งแต่แรกเกิด ร่วมกับกรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์การยูนิเซฟ และภาคีเครือข่าย ดำเนินโครงการประเมินผลกระทบและประเมินการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมาย ภายหลังจากมีโครงการอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ ซึ่งผลการประเมินระบุว่า การให้เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าทั้งด้านโภชนาการ การเข้าถึงบริการ การเสริมพลังอำนาจสตรี ส่งผลให้คณะรัฐมนตรี มีมติเห็นชอบให้ขยายระยะเวลาให้เงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด - ๖ ปี แบบขยายฐานรายได้ครัวเรือนจาก ๓๖,๐๐ บาท/คน/ปี เป็น ๑ แสนบาท/คน/ปี ทำให้มีเด็กเล็กได้รับประโยชน์ ๑.๙๙ ล้านคน จากเดิม ๖ แสนคน

๒.๓.๒ หยุดความรุนแรง ตัดตอนปัญหาผู้หญิงถูกล่วงละเมิด ร่วมกับเครือข่ายเมืองปลอดภัยเพื่อผู้หญิง ดำเนินโครงการ "เผือก neighbourhood" โดยพัฒนาระบบรายงานข้อมูลจุดเสี่ยงการคุกคามทางเพศในกรุงเทพฯ ผ่านโปรแกรม Chat bot ในแอปพลิเคชันไลน์ @Traffyfondue และแอปพลิเคชัน Traffy Fondue เพื่อเป็นเครือข่ายเฝ้าระวังทางออนไลน์ กระตุ้นไม่ให้มีการเพิกเฉยต่อความรุนแรง มีแกนนำร่วมทำงานมากกว่า ๘๐๐ คน มีการแจ้งจุดเสี่ยง พื้นที่เปลี่ยวในกรุงเทพฯ ๗๐๐ จุด โดยกระทรวงมหาดไทย และกรุงเทพมหานคร นำข้อมูลไปดำเนินการแก้ไขจุดเสี่ยง และจัดสรรงบประมาณสำหรับติดตั้งกล้องวงจรปิด ติดไฟส่องสว่าง และบำรุงรักษาเสาไฟฟ้าที่ชำรุด ถือเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เพื่อแก้ไขปัญหาสังคมและความเท่าเทียมทางเพศ

๒.๔ สานพลังชุมชนเข้มแข็งขับเคลื่อนสังคม "ชุมชน" คือ รากฐานสำคัญของการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ

๒.๔.๑ ตำบลสายพันธุ์ใหม่ พัฒนา อปท. ในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ให้มีความสามารถในการปรับตัวและตั้งรับกับทุกสถานการณ์ โดยมีกระบวนการพัฒนา ๕ ด้าน ได้แก่ สร้างความร่วมมือกับองค์กรหลักในท้องถิ่น รวบรวมข้อมูลชุมชนให้เข้าใจศักยภาพของตนเอง ออกแบบการทำงานร่วมกัน เกิดผู้นำในชุมชน และสร้างนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

๒.๔.๒ สภาผู้นำชุมชนเข้มแข็งสร้างเสริมสุขภาวะอย่างยั่งยืน สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของสภาผู้นำชุมชน ๓๗๖ หมู่บ้าน ครอบคลุม ๑๒,๗๘๙ คน และหนุนเสริมเครื่องมือการบริหารจัดการที่จะนำไปสู่การจัดการปัญหาสุขภาวะของชุมชน ส่งผลให้เกิดหมู่บ้านต้นแบบการบริหาร

จัดการสร้างเสริมสุขภาพ ๒๗๔ หมู่บ้าน มีผลลัพธ์ด้านการขับเคลื่อนชุมชน ๑๖ ประเด็น อาทิ ลดการใช้สารเคมีทางการเกษตร ลดปริมาณขยะในครัวเรือน แก้ไขจุดเสี่ยงเกิดอุบัติเหตุ ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ส่งผลให้ชุมชนท้องถิ่นมีขีดความสามารถในการจัดการตนเอง แก้ไขปัญหา และสร้างสุขภาวะที่ดีทำให้ชุมชนเป็นฐานรากของการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน

๒.๕ พลังคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค...สู่เส้นทางการสร้างเสริมสุขภาวะ

๒.๕.๑ ผลักดันการจัดตั้ง "สภาองค์กรของผู้บริโภค" ครั้งแรกในประเทศไทย ตามพระราชบัญญัติการจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยมีการรับรององค์กรผู้บริโภคคุณภาพขั้นพื้นฐาน ๒๒๒ องค์กร และองค์กรผู้บริโภคคุณภาพขั้นสูง ๑๙ องค์กร ซึ่งองค์กรผู้บริโภคคุณภาพมีหน้าที่คุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภค การติดตามและเฝ้าระวังสถานการณ์ปัญหาสินค้าและบริการรวมถึงรายงานการกระทำผิดที่มีผลกระทบต่อผู้บริโภค

๒.๕.๒ การขับเคลื่อนการยกเลิกการใช้สารเคมีอันตรายทางการเกษตร ๓ ชนิด ได้แก่ พาราควอต คอลร์ไพรีฟอส และไกลโฟเซต โดยร่วมกับมหาวิทยาลัยขอนแก่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พัฒนางานวิชาการที่เกี่ยวข้อง ๑๐ เรื่อง เช่น การประเมินผลทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมของการควบคุมวัชพืชในสวนยางพาราและปาล์มน้ำมัน รายงานผลกระทบของสารเคมีจำกัดแมลงคลอร์พรีฟอสต่อสุขภาพเด็ก รายงานการประเมินความเสี่ยงสารเคมีกำจัดศัตรูพืชออร์กาโนฟอสเฟตในผักและผลไม้ในประเทศไทย โดยนำผลการศึกษาไปพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้คณะกรรมการวัตถุอันตราย มีมติยกเลิกสารเคมี ๒ ชนิด ได้แก่ พาราควอต และคลอร์ไพรีฟอส เป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๔ ที่ห้ามผลิต นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครอง โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๓ ถือเป็นการหยุดกระบวนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตั้งแต่ต้นทาง ทำให้เกิดวงจรการผลิตผัก ผลไม้ที่มีความปลอดภัยต่อชีวิตและสุขภาพของทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภค

ส่วนที่ ๒ การดำเนินงานในส่วนของการบริหารงบประมาณกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นการแสดงภาพรวมการใช้จ่ายงบประมาณ การกระจายทุนสู่แผนงานเพื่อสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพ กระจายทุนตามสถานที่ที่จัดกิจกรรม กระจายทุนผ่านภาคีผู้รับทุน กระจายทุนสนับสนุนการดำเนินงานโครงการใหม่ตามลักษณะการดำเนินงานของผู้รับทุน โดย**การบริหารงบประมาณกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓** มีดังนี้

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ สสส. เบิกจ่ายงบประมาณ เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในวงเงิน ๓,๘๗๔.๗๕ ล้านบาท โดยจำแนกการใช้จ่ายงบประมาณเป็น ๒ ส่วน ดังนี้

๑. เบิกจ่ายทุนสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพ รวมค่าใช้จ่ายบริหารโครงการในวงเงิน ๓,๕๔๐.๓๕ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๓๗ ของกรอบวงเงินงบประมาณเบิกจ่ายทั้งหมด

๒. ค่าใช้จ่ายในการบริหารสำนักงานและค่าใช้จ่ายอื่น ๓๓๔.๔๐ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๘.๖๓ ของกรอบงบประมาณเบิกจ่ายทั้งหมด

การกระจายทุนสู่แผนงานเพื่อสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ สสส. มีการเบิกจ่ายโครงการใหม่ และโครงการต่อเนื่อง จำนวน ๓,๒๔๘ โครงการ ในวงเงิน ๓,๒๒๔.๐๖ ล้านบาท สามารถจำแนกได้ ดังนี้

ตารางที่ ๑
การกระจายทุนสู่แผนงานเพื่อสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพ

แผน	การใช้จ่ายงบประมาณ (ล้านบาท)
แผนควบคุมยาสูบ	๒๖๐.๘๖
แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	๒๘๒.๑๘
แผนจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	๒๓๑.๑๑
แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	๑๗๗.๔๖
แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	๒๑๑.๖๐
แผนสุขภาวะชุมชน	๓๒๒.๙๔
แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	๒๐๙.๘๘
แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	๑๒๔.๗๖
แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	๑๘๕.๒๕
แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา	๑๖๔.๙๒
แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ	๒๗๖.๑๖
แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	๑๕๔.๐๓
แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๑๑๑.๐๓
แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ	๑๗๖.๕๑
แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ	๒๙๘.๓๓
งานพัฒนาและจัดการกลุ่มงานกลาง	๓๗.๐๔
รวมเงินเบิกจ่ายทั้งสิ้น	**๓,๒๒๔.๐๖**

หมายเหตุ : ไม่รวมค่าใช้จ่ายบริหารโครงการ

ที่มา : รายงานประจำปี ๒๕๖๓ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), ๒๕๖๔, หน้า ๑๑๙.

สัดส่วนการกระจายทุนสู่แผนคิดเป็นร้อยละ ดังนี้

๑. แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ	ร้อยละ ๙.๒๕
๒. แผนสุขภาวะชุมชน	ร้อยละ ๑๐.๐๒
๓. แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ	ร้อยละ ๘.๕๗
๔. แผนจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	ร้อยละ ๗.๑๙
๕. แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	ร้อยละ ๘.๗๕
๖. แผนสุขภาวะเด็กเยาวชนและครอบครัว	ร้อยละ ๖.๕๑
๗. แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา	ร้อยละ ๕.๑๒
๘. แผนควบคุมยาสูบ	ร้อยละ ๘.๐๙
๙. แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	ร้อยละ ๖.๕๖
๑๐. แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ	ร้อยละ ๕.๔๗
๑๑. แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	ร้อยละ ๕.๗๕
๑๒. แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	ร้อยละ ๕.๕๐
๑๓. แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	ร้อยละ ๓.๘๗

๑๔. แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุน
เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ ๓.๔๕

๑๕. แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
ผ่านระบบบริการสุขภาพ ร้อยละ ๔.๗๘

การกระจายทุนตามสถานที่ที่จัดกิจกรรม เมื่อพิจารณาการเบิกจ่ายงบประมาณจำแนกตามสถานที่ที่จัดกิจกรรม ปรากฏว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

ตารางที่ ๒
การกระจายทุนตามสถานที่ (Setting) ดำเนินโครงการ

สถานที่จัดกิจกรรม	งบประมาณที่เบิกจ่าย (ล้านบาท)
ชุมชน (วัด หมู่บ้าน)	๗๙๓.๐๐
สถานศึกษา/โรงเรียน	๕๗๖.๐๐
สถานพยาบาล/โรงพยาบาล	๓๓๔.๘๙
องค์กร/หน่วยงานรัฐอื่นๆ	๒๘๒.๘๗
สถานประกอบการ/โรงงาน/บริษัทเอกชน	๑๔๗.๐๕
ศาสนสถาน (วัด โบสถ์ มัสยิด)	๘๙.๒๒
ศูนย์เด็กเล็ก	๘๗.๖๒

ที่มา : รายงานประจำปี ๒๕๖๓ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), ๒๕๖๔, หน้า ๑๒๐.

สัดส่วนการกระจายทุนสู่แผนคิดเป็นร้อยละ ดังนี้

๑. ขุมชน (วัด/หมู่บ้าน) ร้อยละ ๓๗.๓๒
๒. สถานที่ศึกษา/โรงเรียน ร้อยละ ๒๔.๙๓
๓. องค์กร/หน่วยงานรัฐอื่น ๆ ร้อยละ ๑๒.๒๔
๔. สถานพยาบาล/โรงพยาบาล ร้อยละ ๑๔.๔๙
๕. สถานประกอบการ/โรงงาน/บริษัทเอกชน ร้อยละ ๖.๓๗
๖. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ร้อยละ ๓.๗๙
๗. ศาสนสถาน (วัด/โบสถ์/มัสยิด) ร้อยละ ๓.๘๖

การกระจายทุนผ่านภาคีผู้รับทุน

สสส. ดำเนินการสนับสนุนการจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพผ่านภาคีผู้รับทุนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ สนับสนุนภาคีทั้งสิ้น ๓,๗๒๓ ราย ซึ่งเป็นภาคีรายใหม่ ๒,๖๓๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๘๐ และภาคีรายเดิม ๑,๐๘๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๒๐ ของภาคีทั้งหมด

การกระจายทุนสนับสนุนการดำเนินงานโครงการใหม่ตามลักษณะการดำเนินงานของผู้รับทุน งบประมาณจากกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กระจายสู่องค์กรทุกภาคส่วนในสังคมเพื่อจัดทำโครงการเสริมสร้างสุขภาพ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ กองทุน สสส. ได้อนุมัติทุนเพื่อสนับสนุนโครงการให้แก่องค์กรและหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมีรายละเอียดการกระจายทุน ตามลักษณะการดำเนินงานขององค์กรต่าง ๆ ดังนี้

ตารางที่ ๓

การกระจายทุนสนับสนุนการดำเนินโครงการใหม่ตามลักษณะขององค์กร

ลักษณะองค์กร	งบประมาณ (ล้านบาท)
มูลนิธิ/ องค์กรสาธารณประโยชน์	๑,๒๓๖.๒๒
สถาบันการศึกษา	๕๑๒.๖๙
บุคคลทั่วไป	๔๙๕.๒๖
องค์กรเอกชน	๒๕๙.๐๐
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	๑๙๕.๖๖
กระทรวง กรม กอง	๑๗๒.๘๘
องค์กรวิชาชีพ	๑๖๓.๐๔
หน่วยงานของรัฐที่ไม่ใช่ส่วนราชการ	๔๐.๕๘
หน่วยงานสาธารณสุข / โรงพยาบาล	๓๓.๕๗
องค์กรชุมชน / องค์กรชาวบ้าน	๔.๓๔

ที่มา : รายงานประจำปี ๒๕๖๓ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), ๒๕๖๔, หน้า ๑๒๒.

สัดส่วนการกระจายทุนสู่แผนคิดเป็นร้อยละ ดังนี้

๑. มูลนิธิ/องค์กรสาธารณประโยชน์ ร้อยละ ๓๙.๗๑
๒. สถาบันการศึกษา ร้อยละ ๑๖.๕๗
๓. กระทรวง กรม กอง ร้อยละ ๕.๕๕
๔. องค์กรปรกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ ๖.๒๘
๕. องค์กรเอกชน ร้อยละ ๘.๓๒
๖. บุคคลทั่วไป ร้อยละ ๑๕.๙๑
๗. หน่วยงานของรัฐที่ไม่ใช่ส่วนราชการ ร้อยละ ๑.๓๐
๘. หน่วยงานสาธารณสุข/โรงพยาบาล ร้อยละ ๑.๐๘
๙. องค์กรวิชาชีพ ร้อยละ ๕.๒๔
๑๐. องค์กรชุมชน/องค์กรชาวบ้าน ร้อยละ ๐.๑๔

ส่วนที่ ๓ ผลการดำเนินงานที่เกี่ยวกับเป้าประสงค์การดำเนินงาน ๖ ประการ ของ สสส. มีดังนี้

เป้าประสงค์ที่ ๑ ลดปัจจัยเสี่ยงหลัก มีผลการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

๑.๑ แผนควบคุมยาสูบ สสส. ได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ไตรพลัง โดยมีบทบาทในการจุดประกายสาน เสริมพลัง และสนับสนุนกิจกรรมที่จะทำให้เกิดการพัฒนานวัตกรรม และพื้นที่ต้นแบบในการดำเนินงานด้านการลด ละ เลิกการบริโภคยาสูบ รวมถึงแสวงหาช่องทางในการเชื่อมประสานกับหน่วยงานในระดับนโยบายต่าง ๆ เพื่อขยายผลการดำเนินงานสู่สังคมในวงกว้าง จากการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ล่าสุด ใน พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า การร่วมกันดำเนินงานควบคุมยาสูบ มีผลทำให้อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ลดลงเป็นร้อยละ ๑๙.๑๐ โดยมีผู้สูบบุหรี่ ๑๐.๗๐ ล้านคน ลดลงจากร้อยละ ๑๙.๙๐ ที่มีผู้สูบบุหรี่ ๑๐.๙๐ ล้านคน ใน พ.ศ. ๒๕๕๘

๑.๒ แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด สสส. มีกระบวนการดำเนินงานมุ่งเน้นการเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ผ่านยุทธศาสตร์ไตรพลัง โดยมีกระบวนการดำเนินงาน คือ **๑) การพัฒนานโยบายและการบังคับใช้กฎหมาย** สนับสนุนการดำเนินพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ **๒) การพัฒนาวิชาการและรวบรวมข้อมูลข่าวสาร** สังเคราะห์องค์ความรู้ พัฒนางานวิจัยที่จำเป็นต่อการสนับสนุนนโยบายและสื่อสารสังคม รวมถึงการเชื่อมร้อยเครือข่ายนักวิชาการ และ **๓) การเชื่อมประสานเครือข่ายภาคประชาสังคม** สื่อสารสร้างกระแสสาธารณะเพื่อสร้างการรับรู้ในการลด ละ เลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑.๓ แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม สสส. มีบทบาทในการสนับสนุน เสริมพลัง และเชื่อมประสานการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายให้เกิดการบูรณาการการทำงาน พัฒนาองค์ความรู้ ระบบข้อมูลข่าวสารและจัดการความรู้พัฒนาศักยภาพบุคลากร รณรงค์สื่อสารสาธารณะ และสร้างความเข้มแข็งของท้องถิ่น ภาคประชาสังคม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์สำคัญทั้ง ๓ ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน ด้านการจัดการภัยพิบัติ และด้านการลดปัญหาจากการพนัน

๑.๔ แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย สสส. ได้ร่วมลงนามในกฎบัตรโตรอนโต ใน พ.ศ. ๒๕๕๓ และมีพันธกิจในการสนับสนุนการมีสุขภาวะด้วยการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับทุกคน โดยเน้นให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือขององค์กรด้านสุขภาพ ด้านขนส่งและคมนาคม สิ่งแวดล้อม กีฬาและนันทนาการ การศึกษา การผังเมือง วัฒนธรรม และท้องถิ่น เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะอย่างยั่งยืนในสังคมไทย โดยประเด็นการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเป็นส่วนหนึ่งของ**เป้าหมายด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับโลก ๙ ด้าน "NCD Global Monitoring Framework ๙ Voluntary Targets" ขององค์การอนามัยโลก** ประเด็นสำคัญที่ สสส. จะร่วมผลักดันให้บรรลุตามเป้าหมาย คือ ลดการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอให้ได้ ร้อยละ ๑๐ และลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ได้ร้อยละ ๒๕ ภายใน พ.ศ. ๒๕๖๘

การขับเคลื่อนประเด็นกิจกรรมทางกายทั้งในระดับสากลและระดับชาติให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องตามเป้าประสงค์ของกฎบัตรโตรอนโต **แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายมีการขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์ ๒ เพิ่ม ๑ ลด** คือ **เพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ** เป็นการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประชาชนที่สอดคล้องกับกลุ่มวัย **เพิ่มพื้นที่สุขภาวะ** โดยส่งเสริมกิจกรรมการจัดการให้เกิดการจัดปัจจัยแวดล้อม หรือพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย และ**พฤติกรรมเสี่ยง** ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ก่อให้เกิดโรค ผ่านการพัฒนาระบบสนับสนุนและกลไกขับเคลื่อนร่วมกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ **เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย คือ การเพิ่มสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอของประชาชนร้อยละ ๗๕ และลดอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก ต่ำกว่าร้อยละ ๑๐** ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี ของ สสส.

๑.๕ แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ สสส. ขับเคลื่อนการดำเนินงานแผนอาหารเพื่อสุขภาวะด้วยระบบห่วงโซ่อาหาร ตั้งแต่กระบวนการผลิตที่ปลอดภัย/อินทรีย์อย่างยั่งยืน และฟื้นฟูฐานทรัพยากรอาหาร ในส่วนการกระจาย/การตลาดจะส่งเสริมช่องทางที่หลากหลายให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย ทั้งตลาดเขียว ตลาดในชุมชน และตลาดเชิงสถาบัน ไปจนถึงสื่อสารเพื่อสร้างความรอบรู้และจิตสำนึกในการบริโภคเพื่อสุขภาวะ เพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี สสส. ในการเพิ่มอัตราการบริโภคผัก ผลไม้ และลดภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน โดยมุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งจะถูกหนุนเสริมด้วยการทำงานวิจัย/วิชาการ การสร้างระบบเศรษฐกิจชุมชน ยกระดับพลังพลเมืองอาหาร ขยายต้นแบบและนวัตกรรม

ที่พัฒนาขึ้น พัฒนาภูมินิเวศและวัฒนธรรมอาหาร การรณรงค์สื่อสาร การบูรณาการการทำงานร่วมไปกับภาคส่วนต่าง ๆ และการติดตามประเมินผลการขับเคลื่อนนโยบายอาหาร

เป้าประสงค์ที่ ๒ พัฒนากระบวนการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอื่น ๆ มีผลการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

๒.๑ แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ สสส. ร่วมกับภาคีเครือข่ายผลักดันให้มีนโยบาย พัฒนาองค์ความรู้ สร้างนวัตกรรมทางสังคม และสร้างพื้นที่ต้นแบบการดำเนินงาน เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานตามแผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ผ่านแนวทางการดำเนินงาน ๓ ประการ ได้แก่ **๑) สร้างความร่วมมืมระหว่างภาคีหลัก และภาคียุทธศาสตร์** ซึ่งรวมถึงหน่วยงานเจ้าของเรื่อง เพื่อตั้งเป้าหมายการทำงานร่วมกันและกำหนดจุดคานงัดในการดำเนินงานที่จะสามารถเปลี่ยนหรือพลิกสถานการณ์ของปัญหา **๒) กระตุ้นและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่หน่วยงานที่เป็นเจ้าของเรื่อง** พร้อมทั้งสนับสนุนให้เกิดการทำงานร่วมกันกับภาคีอย่างต่อเนื่อง **๓) พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งให้แก่กลไกการติดตามและประเมินผลภายใน** รวมถึงสนับสนุนการถอดบทเรียนการทำงานของภาคีเพื่อนำไปสู่การใช้ประโยชน์และขยายผลของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๒ แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว สสส. ร่วมกับภาคีเครือข่ายใช้กลยุทธ์สนับสนุนทุนเชิงรุก เพื่อส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนมีสุขภาวะทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม มีพัฒนาการสมวัย มีภูมิคุ้มกันในตัวเองต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ มีโอกาสได้รับการดูแลและส่งเสริมให้มีศักยภาพ เติบโตเป็นพลเมืองที่เข้มแข็งของสังคม เพื่อร่วมขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมไทยในบริบทโลก

๒.๓ แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ สสส. ร่วมกับภาคีเครือข่าย มีเป้าหมายหลักใน**การสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ เพื่อให้ทุกคนมี "สิทธิ ศักดิ์ศรี คุณค่า พึ่งพาตนเองได้ ลดช่องว่าง ลดความเหลื่อมล้ำ"** ตลอดจนส่งเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ดำเนินการในกลุ่มเป้าหมายหลัก ๘ กลุ่ม

เป้าประสงค์ที่ ๓ พัฒนาต้นแบบสุขภาวะ มีผลการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

๓.๑ แผนสุขภาวะชุมชน สสส. ดำเนินงาน**ยุทธศาสตร์ S-2l ประกอบด้วย "Systematization" การจัดพื้นที่ "Innovative creation" การสร้างและพัฒนานวัตกรรมชุมชน และ "Integration and collaboration" การบูรณาการภายในชุมชนท้องถิ่นและหน่วยงานสนับสนุนจากภายนอก** ดำเนินงานผ่านองค์กรหลัก ๔ องค์กรในพื้นที่ เป็นกลไกขับเคลื่อนการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น ประกอบด้วย **๑) ท้องถิ่น ๒) ท้องที่ ๓) หน่วยงานรัฐในพื้นที่** และ **๔) องค์กรชุมชนและภาคประชาชน รวมถึงองค์กรศาสนา** เพื่อขับเคลื่อนการสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่

๓.๒ แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร สสส. วางยุทธศาสตร์การดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ภายใต้กรอบแนวคิด **องค์กรแห่งความสุข (Happy workplace) ซึ่งมีแนวทางดำเนินงานส่งเสริมสุขภาวะ ๘ มิติ (Happy ๘)** โดยพัฒนากระบวนการ ต้นแบบ ระบบ และกลไกการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ซึ่งมีจุดเน้นที่สำคัญ ๔ ด้าน คือ ๑) พัฒนาองค์กรให้เป็นฐานรองรับงานสุขภาวะและส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาวะของบุคลากรในองค์กร ๒) สนับสนุนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะองค์กรให้เกิดความยั่งยืนผ่านกลไกการดำเนินงานทั้งในระดับนโยบาย เครือข่าย องค์ความรู้ และการสื่อสาร ๓) สนับสนุนให้เกิดการพัฒนานวัตกรรม งานวิจัย ค้นคว้า องค์ความรู้ สนับสนุนการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะ ๔) พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ดำเนินการผ่านกลุ่มเป้าหมายหลัก ๒ กลุ่ม คือ ภาคสาธารณะ และภาคเอกชน เพื่อให้มีขีดความสามารถในการสร้างสังคม สิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการเป็นองค์กรสุขภาวะ

เป้าประสงค์ที่ ๔ สร้างความตื่นตัวและค่านิยมใหม่ในสังคม มีผลการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

๔.๑ แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา สสส. ร่วมกับภาคีเครือข่าย **ดำเนินการพัฒนา "คน" และสร้าง "ผู้นำการเปลี่ยนแปลง" พัฒนานักสื่อสารสุขภาวะด้านสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา** ผ่านการพัฒนาศักยภาพในหลากหลายมิติ เพื่อให้คนไทยรู้เท่าทันการใช้สื่อต่าง ๆ ให้เป็นเครื่องมือนำไปสู่วิถีชีวิตสุขภาวะ

๔.๒ แผนเสริมสร้างความเข้าใจสุขภาวะ ดำเนินงานด้วย ๓ ยุทธศาสตร์ ๔ แผนงาน เพื่อสร้างความเข้าใจสุขภาวะ โดยพัฒนาช่องทางการเผยแพร่ข้อมูลและองค์ความรู้สุขภาวะให้ครอบคลุม เหมาะสมกับบริบทเชิงพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย เชื่อมโยงทุกภาคส่วนร่วมขับเคลื่อน

เป้าประสงค์ที่ ๕ ขยายโอกาสในการสร้างนวัตกรรม มีผลการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

๕.๑ แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม สสส. กระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างสุขภาพเฉลี่ยปีละ ๒,๐๐๐ โครงการ ที่สามารถช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการมีสุขภาวะผ่านกลไกการขับเคลื่อน คือ หน่วยจัดการเชิงพื้นที่ และหน่วยจัดการเชิงประเด็น ที่จะช่วยพัฒนาศักยภาพให้กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่หรือชุมชน สามารถดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ด้วยตนเอง พัฒนาระบบข้อมูล พัฒนาการจัดการความรู้และนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงการประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาวะได้อย่างเป็นรูปธรรม

เป้าประสงค์ที่ ๖ ส่งเสริมสมรรถนะของระบบสุขภาพและบริการสุขภาพ มีผลการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

๖.๑ แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ สสส. สนับสนุนการดำเนินงานของระบบสุขภาพให้มีกลไกการบริหารจัดการตามกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนการจัดการสุขภาวะที่ส่งผลต่อสุขภาพในระดับพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนทุกช่วงวัยได้รับการดูแลและสร้างพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจากบุคลากรสุขภาพ ผ่านการรวบรวมองค์ความรู้และรูปแบบการปฏิบัติจริง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคลและองค์กรที่ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ

๖.๒ แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบและกลไกกลาง เพื่อสร้างการมีส่วนร่วม ยกระดับขีดความสามารถ และสนับสนุนการทำงานของแผนต่าง ๆ ใน สสส. และภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย ทั้งบุคคล หน่วยงานผู้รับทุนจาก สสส. และองค์กรภาคียุทธศาสตร์ความร่วมมือ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะอย่างยั่งยืน

ส่วนที่ ๔ การตรวจสอบติดตามและประเมินผลการทำงาน เป็นการแสดงข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบติดตามและประเมินผลการทำงาน โดยมีข้อสังเกตและข้อเสนอแนะการประเมินผลการดำเนินงานแต่ละส่วน สรุปได้ดังนี้

๑. การประเมินผลการดำเนินงานตามหลักของ balanced scorecard พบว่า ผลการดำเนินงานในภาพรวมของ สสส. ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ได้ ๔.๙๒ คะแนน เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยย้อนหลัง ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๓) ที่ได้ ๔.๖๓ คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนสูงที่สุดตลอดระยะเวลาที่องค์กรได้ประเมินผลการดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ จนถึงปัจจุบัน

ทั้งนี้ **ข้อสังเกตผลการประเมินผลการดำเนินงาน** คือ ผลสัมฤทธิ์ตามพันธกิจเมื่อจำแนกรายแผนพบว่า แผน ๙ แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายเป็นแผนเดียวที่มีค่าคะแนนต่ำกว่า

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ๒๐๑๙ (โควิด ๑๙) และนโยบายรัฐบาลที่งดการจัดกิจกรรมกลุ่ม ส่งผลกระทบให้ไม่สามารถจัดกิจกรรมได้ตามแผนที่กำหนดไว้ครบถ้วน

๒. การประเมินผลการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล เป็นการประเมินผลการบริหารจัดการ ประกอบด้วยหลักการ ๘ ข้อ ได้แก่ หลักนิติธรรม (Rule of law) หลักความรับผิดชอบต่อผลการดำเนินงานและการถูกตรวจสอบ (Accountability) หลักความโปร่งใส่ (Transparency) หลักการตอบสนอง (Responsiveness) หลักประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Efficiency & Effectiveness) หลักการมีส่วนร่วมหรือการคำนึงถึงประชาชนทุกกลุ่ม (Participation & Inclusiveness) หลักฉันทามติ (Consensus oriented) และหลักปราศจากผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of Interest)

การประเมินในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ได้เพิ่มกรอบการประเมินขึ้นมา ๓ หลักการ คือ หลักการตอบสนอง หลักประสิทธิภาพและประสิทธิผล และหลักฉันทามติ ซึ่งได้นำไปทดลองประเมินกับข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อใช้เปรียบเทียบกับปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ และดำเนินการโดยผู้ประเมินภายนอก

ทั้งนี้ **ข้อสังเกตผลการประเมินการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล** คือ ผลการประเมินสอดคล้องกับการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐตามข้อกำหนดของคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ ที่ สสส. ได้รับผลการประเมินระดับ “A” โดยได้คะแนนภาพรวมสูงขึ้นกว่าปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ในทุกตัวชี้วัด

๓. การประเมินผลการดำเนินงานทางการเงิน มี **ข้อสังเกตการดำเนินงานทางการเงิน** คือ ระดับภาระผูกพันรายจ่ายค่อนข้างสูงมากเมื่อเทียบกับรายรับ แม้จะมีการติดตามและวิเคราะห์กระแสเงินสดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม เนื่องจากสัดส่วนของการเบิกจ่ายจริงต่อภาระผูกพันทั้งหมดอยู่ในระดับประมาณร้อยละ ๔๐ จึงมีผลกระทบต่อกระแสเงินสดไม่มากนัก เมื่อพิจารณาถึงความจำเป็นด้านการอุดหนุน และบริหารโครงการที่ควรมีความต่อเนื่องระดับหนึ่ง

ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๔

มาตรา ๓๖ ให้กองทุนทำรายงานประจำปีเสนอคณะรัฐมนตรีสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อพิจารณาภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันสิ้นปีบัญชี รายงานนี้ให้กล่าวถึงผลงานของกองทุนในปีที่ล่วงมาแล้ว พร้อมทั้งงบการเงินและรายงานของผู้สอบบัญชี

ข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพว่าด้วยการเงินการบัญชีและทรัพย์สินของกองทุน พ.ศ. ๒๕๕๙

ข้อ ๔ ในข้อบังคับนี้

“ปีบัญชี” หมายความว่า ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคมของปีหนึ่งถึงวันที่ ๓๐ กันยายนของปีถัดไปและให้ใช้ พ.ศ. ของปีถัดไปเป็นชื่อของปีบัญชีนั้น

ข้อคิดเห็นของคณะกรรมาธิการ

จากการพิจารณาศึกษารายงานประจำปี ๒๕๖๓ ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) แล้ว พบว่า ในภาพรวมการดำเนินงานจัดทำรายงานของ สสส. ยังมีลักษณะเหมือนปีที่ผ่านมา ทั้งนี้ สสส. คือ แหล่งงบประมาณใหญ่ สำหรับหน่วยงานปฏิบัติด้านการส่งเสริมสุขภาพที่มีหน่วยงานอื่นในกระทรวงสาธารณสุขร่วมดำเนินการอยู่ด้วย ซึ่ง สสส. จะต้องดำเนินการร่วมกับหน่วยงาน

อื่น ๆ เพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ ตลอดจนใช้กลไกทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการ เช่น การบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพของคนไทยจะสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับ สสส. เป็นสำคัญ

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ

คณะกรรมาธิการได้พิจารณาศึกษารายงานประจำปี ๒๕๖๓ ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) แล้ว มีข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ โดยจัดแบ่งตามการดำเนินงานที่เกี่ยวกับเป้าประสงค์ของ สสส. ๔ กลุ่ม ดังนี้

๑. การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพหลัก

๑.๑ สสส. ควรดำเนินการเก็บข้อมูลควบคู่ไปกับการนำข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติมาใช้ในการวางแผนการดำเนินการรณรงค์ การกำหนดตัวชี้วัด แนวทางการให้ทุนแก่ภาคีเครือข่าย เช่น การสำรวจข้อมูลจำนวนผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานด้านการสาธารณสุขกับโรคที่เกิดโดยตรงจากปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่และอุบัติเหตุทางท้องถนน ตลอดจนการสำรวจข้อมูลรายได้จากภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ยอดจำหน่าย และกำไรในแต่ละปีของบริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และโรงงานยาสูบ ทั้งนี้ เพื่อให้ข้อมูลเชิงสถิติมีความรอบด้านขึ้น น่าเชื่อถือมากขึ้นและช่วยการกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนประสิทธิผลการสนับสนุนเงินทุน โดย สสส. ในแต่ละปี

๑.๒ การรณรงค์ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังเป็นประเด็นสำคัญที่ สสส. ควรดำเนินการกำหนดยุทธศาสตร์วางแผนการรณรงค์อย่างต่อเนื่องด้วยการใช้ข้อมูลข้อมูลเชิงสถิติที่รอบด้านมากขึ้น เนื่องจากในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ แม้สถิติอุบัติเหตุบนถนนจะลดลง อันเนื่องมาจากมาตรการป้องกันการระบาดต่าง ๆ แต่ก็จะพบได้ว่า กำไรจากยอดขายของผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พุ่งสูงขึ้น

๑.๓ การรณรงค์ด้านการลดอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยที่สถิติการเสียชีวิตสามในสี่รายของแต่ละวันทั่วประเทศมาจากผู้ใช้จักรยานยนต์ และมักอยู่ในวัยหนุ่มสาว ที่สร้างความสูญเสียในวงกว้างและระยะยาว จึงควรให้น้ำหนักและงบสนับสนุนการรณรงค์ไปที่ความปลอดภัยของผู้ขับขี่จักรยานยนต์และควรลงในรายพื้นที่ระดับตำบลหรืออำเภอเพื่อการวัดผลที่ชัดเจน โดยอาจเริ่มจากพื้นที่ที่มีปริมาณอุบัติเหตุบนท้องถนนของจักรยานยนต์มากที่สุด พร้อมกับเปิดกว้างให้ภาคประชาสังคม องค์กรท้องถิ่น มหาวิทยาลัยในแต่ละพื้นที่เข้ามาเสนอโครงการรณรงค์ลดอุบัติเหตุที่สามารถเทียบวัดความสัมฤทธิ์ผลในช่วงเวลาเดียวกันของแต่ละปีได้ ทั้งจากยอดผู้เสียชีวิต ผู้ได้รับบาดเจ็บ และจำนวนผู้ขับขี่ที่สวมหมวกนิรภัย ที่เพิ่มขึ้นในพื้นที่นั้น ๆ อนึ่ง ควรพิจารณาการณรงค์ด้านดังกล่าว โดยครอบคลุมถึงการประชาสัมพันธ์ทางการตลาดของผู้จำหน่ายจักรยานยนต์ที่นิยมนำเสนอเรื่องความเร็วอันเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความคึกคะนอง ประมาทในหมู่เยาวชนจนก่อให้เกิดอุบัติเหตุ

๑.๔ สสส. ควรยกระดับการรณรงค์ เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) อย่างจริงจังเป็นนโยบายหลัก เพื่อลดการบริโภคอาหารรสหวาน มัน เค็ม ในระดับเดียวกับที่รณรงค์ด้านการลดปัจจัยเสี่ยงจากการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ หรืออุบัติเหตุท้องถนน เช่น ฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร เครื่องดื่มที่ระบุข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณน้ำตาล เกลือ ไขมัน อย่างเด่นชัด และการรณรงค์ส่งเสริมร้านอาหารปลอดผงชูรสอ่อนหวาน มัน เค็ม ในร้านอาหาร ในสถานศึกษาตั้งแต่เด็กเล็กจนถึงอุดมศึกษา และร้านอาหารทั่วไปที่ต่อไปอาจมีสัญลักษณ์รับรองว่าได้ปฏิบัติตามมาตรฐานหวาน มัน เค็ม ของ สสส. แล้ว

๑.๕ การรณรงค์เกี่ยวกับการออกกำลังกายมีประสิทธิภาพอยู่ในเฉพาะกลุ่มคนที่นิยมการออกกำลังกายจำนวนหนึ่งเท่านั้น ไม่ใช่กับประชาชนทั่วไปในประเทศ สสส. จึงควรส่งเสริมการรณรงค์ให้ประชาชนให้ความสำคัญเกี่ยวกับการออกกำลังกายในวงกว้างมากขึ้น

๒. การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอื่น ๆ

๒.๑ สสส. ควรผลักดันให้เกิดการรณรงค์ให้ครอบคลุมประเด็นสุขภาพในช่องปากของคนไทยที่พบว่า การจัดอันดับในระดับสากลอยู่ในอันดับค่อนข้างต่ำ และมักเป็นปัญหาของผู้สูงอายุ ซึ่งการรณรงค์ด้านนี้จะตอบสนองต่อนโยบายยุทธศาสตร์สุขภาพสังคมผู้สูงวัยอย่างจริงจัง

๒.๒ ข้อห่วงกังวลด้านสุขภาพในอนาคต คือ การบริโภคบุหรี่ไฟฟ้า คณะกรรมาธิการเห็นควรและสนับสนุน สสส. ที่สร้างภาคีเครือข่ายระดับประเทศซึ่งกำลังประสบปัญหาการรุกคืบจากบริษัทต่างชาติ

๓. การพัฒนากระบวนการและกลไกการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

- ควรส่งเสริมและสนับสนุนกลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีโครงสร้างของหลายหน่วยงานมาร่วมกันดำเนินการมากกว่าที่ผ่านมา เพราะกลไกดังกล่าวจะมีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาเชิงโครงสร้างที่มีลักษณะจากบนลงล่าง มาเป็นจากล่างขึ้นบนได้มากขึ้น จากการสร้างการมีส่วนร่วมจากภาครัฐและภาคประชาสังคมที่เข้มแข็ง และสามารถประสานความร่วมมือกับวุฒิสภาเพื่อช่วยกันผลักดันแนวทางการดำเนินงานดังกล่าวได้

๔. การประเมินผลการดำเนินงาน

- สสส. ควรมุ่งดำเนินการจัดกิจกรรมหรือการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นไปที่ผลลัพธ์ (Outcome) มากกว่าผลผลิต (Output) โดยเฉพาะการประเมินโครงการที่ สสส. พิจารณาให้ทุนแก่ภาคีเครือข่าย เพราะจะเป็นฐานการประเมินผลลัพธ์ (Outcome) ที่มีประสิทธิภาพ

บทที่ ๕

การศึกษาดูงาน/การจัดสัมมนา ของคณะกรรมาธิการ

บทที่ ๕
การศึกษาดูงาน/การจัดสัมมนา
ของคณะกรรมาธิการ

๕.๑ สรุปผลการเดินทางไปศึกษาดูงาน ของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เดินทางไปศึกษาดูงานภายในประเทศ จำนวน ๓ ครั้ง ดังนี้

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางไปศึกษาดูงาน ในวันพุธที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ ณ พื้นที่ริมคลองลาดพร้าว (เขตสายไหม – เขตห้วยขวาง) และโรงเรียนพระราม ๙ กาญจนาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางลงพื้นที่ศึกษาดูงานเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการระบายน้ำเสีย โดยมี นายอนุชิต พิพิธกุล ผู้อำนวยการเขตห้วยขวาง และนางวาสนา ศิลป์เบญจพร รองผู้อำนวยการสำนักการระบายน้ำ พร้อมด้วยผู้บริหารจากสำนักงานเขตห้วยขวาง และสำนักการระบายน้ำ ให้การต้อนรับ และนำบรรยายสรุปเกี่ยวกับการบริหารจัดการคลองในพื้นที่กรุงเทพมหานครที่มีการดำเนินการปรับปรุงคุณภาพน้ำในคลอง รวมทั้งการแก้ไขปัญหามลพิษทางสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีคลองลาดพร้าวเป็นคลองนำร่อง มีการดำเนินการวางระบบบำบัดน้ำเสียหลายจุดตลอดเส้นทาง แต่คุณภาพน้ำจะดีหรือไม่ ยังต้องขึ้นกับคุณภาพน้ำของต้นน้ำเป็นสำคัญว่า มีการควบคุมกับกับคุณภาพน้ำเสียหรือไม่ อย่างไร ทั้งนี้ คณะกรรมาธิการได้รับฟังและตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะว่า ควรดำเนินการในลักษณะเชิงรุกมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการตรวจตราการปล่อยน้ำเสียโดยเฉพาะผู้ประกอบการโรงงานอุตสาหกรรม ต่อมา คณะกรรมาธิการได้ร่วมลงเรือเรือตรวจการณ์ของกรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาและสำรวจสภาพแวดล้อมชุมชนและสถานที่สาธารณะริมสองฝั่งคลองที่ได้รับการปรับปรุงภูมิทัศน์ และการบำบัดน้ำเสีย ตลอดระยะทางประมาณ ๒๐ กิโลเมตร ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ จำนวน ๘ เขต ได้แก่ ๑) เขตสายไหม ๒) เขตดอนเมือง ๓) เขตหลักสี่ ๔) เขตจตุจักร ๕) เขตบางเขน ๖) เขตห้วยขวาง ๗) เขตลาดพร้าว และ ๘) เขตวังทองหลาง โดยใช้ระยะเวลาประมาณ ๒ ชั่วโมง จึงขึ้นฝั่งเพื่อรับฟังการบรรยายสรุป และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ณ ห้องประชุมสิงหเสนี โรงเรียมพระราม ๙ กาญจนาภิเษก เกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ ๑) แนวทางการพัฒนาผังเมืองในพื้นที่ชุมชนริมคลองและชุมชนแออัดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ๒) ปัญหาสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ชุมชนริมคลองลาดพร้าว การเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคจากสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ชุมชนดังกล่าว ๓) การส่งเสริมป้องกันโรค และการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ชุมชนดังกล่าว ๔) การบูราณาการการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง และ ๕) ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหา ใจความว่าแนวทางการพัฒนาพื้นที่ชุมชนริมคลองห้วยขวางเกี่ยวข้องกับชุมชนริมคลองห้วยขวาง จำนวน ๒๒ ชุมชน และชุมชนคลองลาดพร้าว จำนวน ๗ ชุมชน รวมมีบ้านชุมชนริมคลอง จำนวน ๙๖๔ หลังคาเรือน สร้างบ้านมั่นคงเสร็จแล้ว จำนวน ๑๖๕ หลัง ควบคู่ไปกับการวางระบบโรงบำบัดน้ำเสีย และให้บริการด้านในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและดำเนินการตามมาตรการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่บ้านตามมาตรฐาน ๖ โรค โดยศูนย์บริการสาธารณสุขที่ ๒๕ เขตห้วยขวาง ใน ๒ ลักษณะ คือ ๑) การดูแลที่บ้าน (Home Health Care: HHC) ๒) การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) อย่างไรก็ตาม คณะกรรมาธิการได้กล่าวชื่นชมการบริหารจัดการ

ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการปรับปรุงภูมิทัศน์ นอกจากจะส่งให้เกิดความสวยงามแล้ว ยังส่งผลต่อการลดปัญหาโรคที่มาจากสิ่งแวดล้อมบริเวณชุมชนอีกด้วย

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๑๗ – ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๓ ณ จังหวัดเพชรบูรณ์

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้ลงพื้นที่ศึกษาดูงานโรงพยาบาลเขาค้อ โดยนายแพทย์ชัยวัฒน์ ทองไหม นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ นายธีรพจน์ ฟักน้อย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาค้อ นางสาวรุ่งพิทยา คณะช่าง สาธารณสุขอำเภอเขาค้อ คณะผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ให้การต้อนรับ พร้อมบรรยายสรุปเกี่ยวกับระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ระบบการส่งต่อผู้ป่วย และแนวทางการบริหารจัดการแบบ New normal ตลอดจนปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหาการดำเนินการ โดยโรงพยาบาลเขาค้อได้จัดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีการให้บริการคลินิกหมอครอบครัวและเครือข่ายอำเภอเขาค้อ โดยมีการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิหรือ Primary care unit การจัดระบบ Primary service package เป็นแนวทางการจัดกิจกรรม เพื่อบูรณาการ Service plan กับการดูแลประชากรตามกลุ่มวัย การบริหารจัดการ การจัดระบบสนับสนุนเครือข่าย รวมถึงการควบคุมกำกับและติดตามประเมินผล ส่วนแนวทางการบริหารจัดการแบบ New normal ทางโรงพยาบาลเขาค้อได้จัดระบบ One stop service PUI clinic, ARI clinic การจัดเตรียมความพร้อมห้องแยก Modified AIIR, Cohort word การจัดพื้นที่รองรับผู้ป่วย การจัดหายา เวชภัณฑ์ รวมทั้งการจัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและประชาชนในพื้นที่ในการดูแล และป้องกันตนเอง นอกจากนั้น การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาลเขาค้อยังได้มีการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งมีนายอำเภอเป็นประธาน และสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ โดยการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ด้วยความร่วมมือของภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนในพื้นที่ร่วมกัน เพื่อการบำบัดทุกข์ บำรุงสุข ยกระดับพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และร่วมกันสร้างสรรค์สังคมที่เกื้อกูลและแบ่งปัน ก่อให้เกิดวัฒนธรรม “คนไทยใส่ใจดูแลกัน” “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน" ทั้งนี้ คณะกรรมาธิการได้สนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่สามารถดำเนินการได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลที่มีการจัดระบบการแพทย์ปฐมภูมิ เพื่อดูแลประชาชนในพื้นที่ดังกล่าว

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้ลงพื้นที่ศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าหญ้า ตำบลแคมป์สน อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยนางสาวฐิติลักษณ์ คำพา รองผู้ว่าราชการจังหวัดเพชรบูรณ์ นายบรรณกร เสือสิงห์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าหญ้า คณะผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ได้ให้การต้อนรับ พร้อมนำเยี่ยมชมการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบรรยายสรุปเกี่ยวกับการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าหญ้า ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการการดูแลสุขภาพ การตรวจคัดกรองและรักษาพยาบาลเบื้องต้นให้แก่ประชาชนในชุมชน และยังเป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการตรวจคลื่นหัวใจเพื่อช่วยคัดกรองกลุ่มเสี่ยง หากพบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเขาค้อ ขณะเดียวกันยังมีระบบบริการที่หลากหลาย ทั้งการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากในตำบลเหล่าหญ้ามีผู้สูงอายุที่มีอายุเฉลี่ย ๗๐ – ๘๐ ปี จำนวนมาก ที่ผ่านมามีผู้ดูแล (Caregiver) ลงพื้นที่ไปดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง แต่ไม่สามารถดูแลได้ตลอดเวลา ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าหญ้า จึงมีการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุรูปแบบ "Day Care" หรือการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงใน ๑ วัน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และการดูแล

แบบประคับประคองอาการป่วยของผู้สูงอายุ นอกจากนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าหญ้า ยังมีการดำเนินงานแบบผสมผสานในการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อเป็นทางเลือกให้กับประชาชนในพื้นที่ในการเข้ารับบริการด้านสาธารณสุข

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้ลงพื้นที่ศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข็กน้อย ตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ พร้อมเป็นประธานในพิธีเปิดงาน "Kick off คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน" และมอบประกาศนียบัตรให้กับผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข็กน้อยรับผิดชอบดูแลประชากร จำนวน ๑๒ หมู่บ้าน ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่เป็นคนไทยเชื้อสายม้ง สาเหตุหลักการป่วยของผู้ป่วย ๓ อันดับโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา คือ ไข้เลือดออก โรคสุกใส และโรคตาแดง โดยในแต่ละวันจะมีผู้ป่วยเข้ารับบริการยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประมาณวันละ ๑๒๐ คน ทั้งนี้ เนื่องจากตำบลเข็กน้อยเป็นตำบลที่มีประชากรจำนานมาก และมีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอต่อการเข้ารับบริการของประชาชน อาทิ บริการทันตกรรม มีเจ้าหน้าที่ทันตกรรม จำนวน ๑ คน ส่งผลให้มีปริมาณงานมาก และให้บริการไม่ทั่วถึงทุกกลุ่มวัย ระบบการคัดกรองผู้ป่วย เนื่องจากการประกอบอาชีพหลักของประชากรในพื้นที่ คือ เกษตรกรรม และค้าขาย ซึ่งต้องมีการเดินทางเข้า - ออกนอกพื้นที่บ่อยครั้ง ส่งผลให้ไม่สามารถเข้ารับการตรวจคัดกรองได้ ทำให้เกิดปัญหาในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมักอาศัยอยู่ตามลำพัง ขาดคนดูแล การปฏิบัติตนตามโรคไม่เหมาะสม เช่น การควบคุมอาหาร การรับประทานยาไม่ถูกต้อง อีกทั้ง ปัญหาการเดินทางไปรับบริการยังโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อรับยาตามนัด ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ ทำให้เกิดภาวะติดบ้านติดเตียง ทั้งนี้ คณะกรรมาธิการการสาธารณสุขได้ลงพื้นที่ดูการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข็กน้อยและอาสาสมัครสาธารณสุข ในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในพื้นที่ตำบลเข็กน้อย พร้อมให้กำลังใจผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในพื้นที่ดังกล่าว รวมทั้ง อสม.ที่ทำงานหนักในช่วงสถานการณ์โควิด ๑๙ ระบาดอีกด้วย

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๒๙ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔ ณ จังหวัดกระบี่

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางลงพื้นที่ศึกษาดูงาน โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่ นายแพทย์สาธารณสุขอำเภอเกาะลันตา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะลันตา ผู้บริหาร และผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้การต้อนรับ พร้อมนำบรรยายสรุปและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบบริการด้านสาธารณสุข ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ระบบการส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงมาตรการป้องกันและเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ โดยเฉพาะการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตลอดจนแนวทางการฟื้นฟูการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่ ๕ จังหวัดนำร่องตามแนวทาง แอเรีย โฮเทล ควอรันทีน (Area Hotel Quarantine) โดยคณะกรรมาธิการได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะต่อข้อห่วงกังวลการจัดสรรวัคซีนจำนวน ๑๐,๐๐๐ โดส สำหรับพื้นที่จังหวัดกระบี่ อาจจะไม่เพียงพอต่อนักท่องเที่ยวหลักของอำเภอเกาะลันตาว่า การผลิตและการจัดสรรวัคซีนของประเทศไทย จะสามารถเพิ่มกำลังการผลิตในเดือนมิถุนายน จำนวน ๕ – ๑๐ ล้านโดสต่อเดือน ซึ่งจะทำให้มีความพร้อมในการเปิดรับนักท่องเที่ยว

คณะกรรมาธิการเดินทางไปศึกษาดูงานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ณ โรงแรมลยานะรีสอร์ท แอนด์สปา เพื่อรับฟังและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ประกอบกิจการสปาในพื้นที่เกาะลันตาเกี่ยวกับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ที่เกิดขึ้นกับผู้ประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

บนพื้นที่เกาะลันตาและการดำเนินการตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ ซึ่งพบว่า ได้รับผลกระทบจากขั้นตอนการสอบขอรับใบอนุญาตแก่ผู้ประกอบอาชีพนวดเพื่อสุขภาพ ซึ่งมีเงื่อนเวลาในการกำหนดการสอบขอใบอนุญาต ส่งผลให้การคัดสรรพนักงานมีความล่าช้า โดยเฉพาะช่วงการระบาดของโควิด ๑๙ ที่มีการโยกย้ายของผู้ประกอบอาชีพจำนวนมาก โดยคณะกรรมาธิการได้รับข้อสังเกตและประสานกับผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ที่ร่วมลงพื้นที่ให้ดำเนินการชี้แจงและอำนวยความสะดวก

คณะกรรมาธิการเดินทางไปศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านร่าปู อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ ศึกษาดูงานเกี่ยวกับระบบการให้บริการของ รพ.สต. ตามแนวทางการปฏิรูปประเทศ พร้อมทั้งรับฟังให้กำลังใจและติดตามสอบถามถึงการจัดสรรค่าตอบแทนแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติหน้าที่ในฐานะด่านหน้าต่อการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ คณะกรรมาธิการ ได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ รพ.สต. บ้านร่าปู ตลอดจนสถานบริการสุขภาพในพื้นที่อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ ที่ยังมีอุปสรรคด้านงบประมาณและอัตรากำลังไม่เพียงพอ ว่าการจัดสรรงบประมาณจะคำนวณตามจำนวนประชากร ไม่ใช่จำนวนผู้ป่วย ดังนั้น พื้นที่ใดมีประชากรจำนวนน้อยก็จะต้องแก้ปัญหาด้วยการเกลี่ยงบประมาณภายในจังหวัดหรือพื้นที่เขตสุขภาพ ส่วนการบรรจุข้าราชการที่ปฏิบัติหน้าที่ในฐานะด่านหน้าช่วงการระบาดของโรคโควิด ๑๙ ของพื้นที่อำเภอเกาะลันตา จำเป็นจะต้องมีการประสานร่วมกันระหว่างสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ กระทรวงสาธารณสุข และสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งหากยังมีปัญหาและอุปสรรคก็จำเป็นจะต้องดำเนินการเยียวยาแก้ไขให้ผู้ได้รับผลกระทบต่อไป

๕.๒ การจัดสัมมนา

การสัมมนา เรื่อง "บทบาทภาครัฐและเอกชนในการสนับสนุนนวัตกรรมทางการแพทย์ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙" ในวันศุกร์ที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๔ ณ ห้องประชุมคณะกรรมาธิการ (สว.) หมายเลข ๔๐๒ – ๔๐๓ ชั้น ๔ อาคารรัฐสภา

ด้วยคณะอนุกรรมาธิการนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ในคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา จัดการสัมมา เรื่อง บทบาทภาครัฐและเอกชนในการสนับสนุนนวัตกรรมทางการแพทย์ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรควิด ๑๙ เมื่อวันศุกร์ที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๔ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรับทราบและทำความเข้าใจร่วมกันใน “สถานการณ์การพัฒนาและส่งเสริมงานนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ของประเทศไทยในปัจจุบัน” ตลอดจนระดมความเห็นจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค

๕.๓ โครงการ “จัดซื้อเครื่องมือแพทย์ Pulse Oximeter เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโควิด ๑๙”

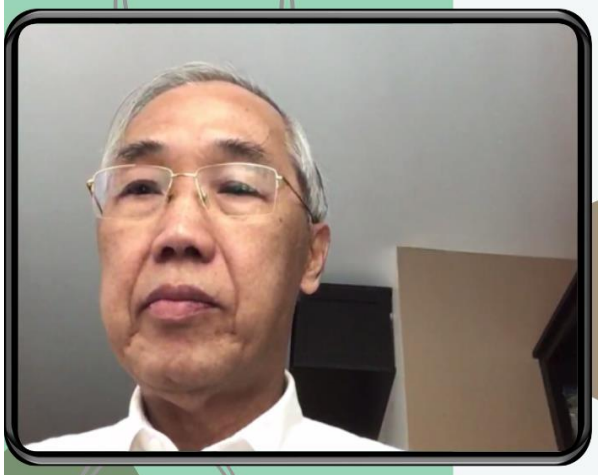
คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำทีมโดย นายแพทย์เจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข ร่วมกับสมาชิกวุฒิสภา และมูลนิธิธรรมาภิบาลทางการแพทย์ จัดโครงการ “จัดซื้อเครื่องมือแพทย์ Pulse Oximeter เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโควิด ๑๙”

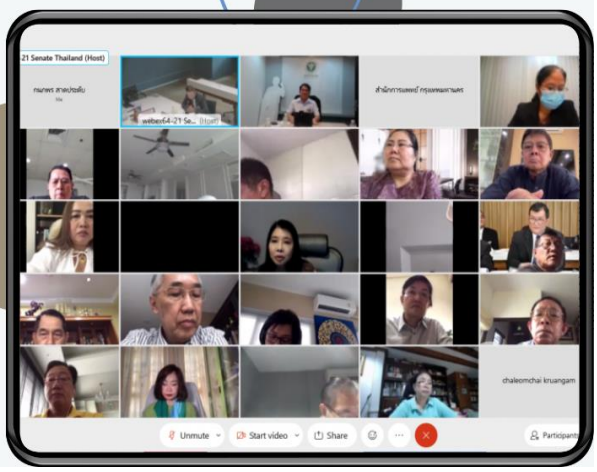
วันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๔ คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข นำทีมโดย นายแพทย์เจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข ร่วมกับสมาชิกวุฒิสภา และมูลนิธิธรรมาภิบาลทางการแพทย์ จัดโครงการ “จัดซื้อเครื่องมือแพทย์ Pulse Oximeter เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโควิด ๑๙” ให้แก่โรงพยาบาลสนามในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และกรุงเทพมหานคร จำนวน ๘๐๐ เครื่อง มูลค่ารวม ๖๐๐,๐๐๐ บาท โดยเบื้องต้นในวันนี้ ได้จัดมอบเครื่องวัดออกซิเจนในเลือด (Pulse Oximeter) ให้แก่โรงพยาบาลสนาม จำนวน ๒ แห่ง ได้แก่ ๑) โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ถนนพุทธมณฑลสาย ๓ เขตบางแค กรุงเทพมหานคร จำนวน ๑๕๐ เครื่อง โดยมีนายแพทย์ชัยยศ เด่นอริยะกูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ และคณะผู้บริหาร ร่วมรับมอบเครื่องดังกล่าว ๒) โรงพยาบาลสนามจังหวัดนนทบุรี ณ โรงเรียนนนทบุรีวิทยาลัย ถนนราชพฤกษ์ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จำนวน ๑๕๐ เครื่อง โดยมีนายอภิชัย อร่ามศรี รองผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี และนายแพทย์รุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี พร้อมทีมแพทย์ ร่วมรับมอบเครื่องดังกล่าว ทั้งนี้ นายแพทย์เจตน์ กล่าวต่อว่า ยังคงเดินหน้ามอบเครื่องวัดออกซิเจนในเลือด (Pulse Oximeter) ให้แก่โรงพยาบาลสนามให้ครบ ๘๐๐ เครื่อง ซึ่งเครื่องดังกล่าวสามารถชี้ให้เห็นอาการที่ผู้ป่วยทรุดลงได้รวดเร็วและแม่นยำ หากพบว่าออกซิเจนในเลือดต่ำกว่าค่ามาตรฐาน ซึ่งอาจจะเกิดจากการหายใจไม่เพียงพอหรือปอดมีปัญหา หรือผู้ป่วยความดันต่ำ อยู่ในภาวะ Shock ก็จะสามารถแก้ไขสาเหตุได้ทันท่วงที พร้อมกันนี้ ได้ให้กำลังใจแก่บุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติหน้าที่ด่านหน้าที่มีภาระงานหนัก ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคโควิด ๑๙ รวมทั้งขอให้กำลังใจพี่น้องประชาชน และผู้ป่วยที่รักษาตัวอยู่ขณะนี้ให้ปลอดภัย ท้ายนี้ขอให้ทุกคนช่วยกันเพื่อให้ผ่านพ้นวิกฤตครั้งนี้ไปให้ได้

ภาคผนวก

ภาพการประชุม
ของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา

ภาพการประชุม
ของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา





ภาพการประชุม
ของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา

ภาพการเดินทางไปศึกษาดูงาน ของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา

ภาพการเดินทางไปศึกษาดูงาน ของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา

ภาพการสัมมนา
ของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา

ภาพโครงการ "จัดซื้อเครื่องมือแพทย์ Pulse Oximeter เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโควิด ๑๙"

สรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา
ปีที่ ๒ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)

<u>คณะผู้รับผิดชอบ</u>

<u>ในการจัดทำสรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา</u>

นายเอกชัย บุดสีนนท์	ผู้อำนวยการสำนักกรรมาธิการ ๓

<u>ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา</u>

นางสุภาพร วิเชียรเพชร	ผู้บังคับบัญชากลุ่มงาน
นางพิมพ์รวีย์ สุจินดาวัฒน์	นิติกรชำนาญการ
นางนิตญาภรณ์ เผด็จศึก	นิติกรชำนาญการ
นางกนิษฐา กาวีนุ	นิติกรชำนาญการ
นางสาวอภิรดา บัวทอง	วิทยากรชำนาญการ
นายศุภกร จันทร์ศรีสุริยะวงษ์	วิทยากรปฏิบัติการ
นางกนกพร สาดประดับ	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
นางสาวผกามาศ มีแป้น	พนักงานสนับสนุนการประชุม
นางสาววรรณวิสา ไทยสกุล	พนักงานสนับสนุนการประชุม

****สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ สำนักกรรมาธิการ ๓ กลุ่มงานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข**
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๑๙ – ๒๐**

ออกแบบและพิมพ์ที่ สำนักการพิมพ์
สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
๐ ๒๘๓๑ ๙๔๑๕, ๐ ๒๘๓๑ ๙๔๖๖,
๐ ๒๘๓๑ ๙๔๗๒, ๐ ๒๘๓๑ ๙๔๗๖

ได้รับการรับรองมาตรฐานคุณภาพ
ISO
9001:2015
QUALITY MANAGEMENT SYSTEM