



# สรุปผลการดำเนินงาน

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

ปีที่ ๑ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓)



กลุ่มงานคณะกรรมการการสาธารณสุข สำนักกรรมการ ๓  
สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา



# สรุปผลการดำเนินงาน

คณะกรรมการการการสาธารณสุข

วุฒิสภา

ปีที่ ๑ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓)

กลุ่มงานคณะกรรมการการสาธารณสุข สำนักกรรมการ ๓  
สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา



(สำเนา)

## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โทร. ๙๒๑๙ - ๒๐

ที่ สว (กมธ ๓) ๐๐๑๙.๑๙/(ร ๒๒)

วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง สรุปผลการดำเนินงานประจำปีของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

กราบเรียน ประธานวุฒิสภา

ด้วยในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๑๗ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง) วันอังคารที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๒ ที่ประชุมวุฒิสภาได้มีมติตั้งคณะกรรมการสามัญประจำสภาตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ (๒๐) ซึ่งคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เป็นคณะกรรมการสามัญประจำวุฒิสภาที่มีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทู้กิจการ พิจารณาสอบสวนข้อเท็จจริง หรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคูณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนา พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะและเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งคณะกรรมการคณะนี้ ประกอบด้วย

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| ๑. นายเจตน์ ศิรธรานนท์                    | ประธานคณะกรรมการ               |
| ๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์เฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ | รองประธานคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง |
| ๓. นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์                   | รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง   |
| ๔. รองศาสตราจารย์ พลเอก ไตรโรจน์ ครุฑเวช  | รองประธานคณะกรรมการ คนที่สาม   |
| ๕. นายทวีวงศ์ จุลกมนตรี                   | เลขาธิการคณะกรรมการ            |
| ๖. ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญส่ง ไขเกษ         | โฆษกคณะกรรมการ                 |
| ๗. พลเรือเอก ณรงค์ พิพัฒนาศัย             | ประธานที่ปรึกษาคณะกรรมการ      |
| ๘. พลโท อำพน ชูประทุม                     | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ            |
| ๙. พลเอก ปรีชา จันทร์โอชา                 | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ            |
| ๑๐. นายพิศาล มาณวพัฒน์                    | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ            |
| ๑๑. พลเอก วินัย สร้างสุขดี                | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ            |
| ๑๒. พลอากาศตรี เฉลิมชัย เครืองาม          |                                |
| ๑๓. นางทัศนียา ยุกานนท์                   |                                |
| ๑๔. นายพิทักษ์ ไชยเจริญ                   |                                |
| ๑๕. พลอากาศเอก มานิต วงษ์วาท              |                                |
| ๑๖. พลเอก วรวิทย์ บุญยะสิทธิ์             |                                |
| ๑๗. พลตำรวจโท สมหมาย กองวิสัยสุข          |                                |
| ๑๘. นางสุนี จึงวิโรจน์                    |                                |

อนึ่ง พลอากาศเอก มานิต วงษ์วาทย์ สิ้นสุดสมาชิกภาพเนื่องจากเกษียณอายุราชการ

ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓

บัดนี้...

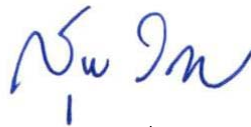
บัดนี้ คณะกรรมการได้จัดทำสรุปผลการดำเนินงานประจำปีของคณะกรรมการ เรื่อง "สรุปผลการดำเนินงาน คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ปีที่ ๑ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓)" เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอรายงานสรุปผลการดำเนินงานดังกล่าวต่อวุฒิสภา ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๙๘

จึงกราบเรียนมาเพื่อโปรดทราบและนำเสนอรายงานของคณะกรรมการต่อที่ประชุมวุฒิสภาต่อไป

(ลงชื่อ) เจตน์ ศิริธรานนท์  
(นายเจตน์ ศิริธรานนท์)

ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

สำเนาถูกต้อง



(นางสุภาพร วิเชียรเพชร)

ผู้บังคับบัญชากลุ่มงานคณะกรรมการการสาธารณสุข



## สารประธานคณะกรรมการธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา

ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ที่ผ่านมา นับเป็นวาระแรกเริ่มที่สมาชิกวุฒิสภา และคณะกรรมการสามัญประจำวุฒิสภา โดยเฉพาะคณะกรรมการธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เข้าปฏิบัติหน้าที่ตามหน้าที่และอำนาจที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ ทั้งบทหลักและบทเฉพาะกาล อันสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนการพัฒนาศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) แผนความมั่นคงแห่งชาติ และแผนปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข ขณะเดียวกันการดำเนินการของคณะกรรมการยังคำนึงถึงเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development) ขององค์การสหประชาชาติ (UN) ข้อ ๓ ว่าด้วยการมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ในมิติทางสังคม (Social Dimension) และประชาชน เพื่อให้การดำเนินงานของคณะกรรมการในการพิจารณาศึกษาหาข้อเท็จจริง ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ มีความครบถ้วน รอบด้าน ตามที่คณะกรรมการการสาธารณสุขได้ปฏิบัติหน้าที่ในฐานะฝ่ายนิติบัญญัติ ทั้งในมิติของการกำกับการบริหารราชการแผ่นดิน การตรวจสอบถ่วงดุล ตลอดจนการติดตาม การเสนอแนะ และการเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข มุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง มีความเป็นเอกภาพทางนโยบายด้านสุขภาพ

นอกจากนี้ คณะกรรมาธิการยังใช้กลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยการเดินทางลงพื้นที่ศึกษาดูงานภายในประเทศ เพื่อรับฟังปัญหาจากประชาชนที่ได้รับผลกระทบเกี่ยวกับระบบบริการด้านสาธารณสุขจากทั้งบุคลากรทางการแพทย์ในฐานะผู้ให้บริการ ประชาชนในฐานะผู้รับบริการ หรือกระทั่งผู้ประกอบการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในช่วงเวลาแห่งความยากลำบากที่ประเทศไทยต้องเผชิญกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งคณะกรรมการการสาธารณสุข ไม่ได้นิ่งนอนใจ พร้อมทั้งดำเนินการจัดประชุมผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อระดมสมองจากบรรดาผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญก่อนรวบรวมและสรุปผลการประชุม จัดทำเป็นข้อคิดเห็นและเสนอแนะเกี่ยวกับมาตรการการป้องกันและเยียวยาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด 19) ต่อรัฐบาล และรวบรวมจัดทำเป็นรายงานในลักษณะของการรวบรวมเชิงองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคระบาดดังกล่าว เพื่อเผยแพร่แก่ผู้ที่มีความสนใจ

ในโอกาสนี้ คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา จึงได้รวบรวมข้อมูลสรุปผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓) เพื่อเป็นบันทึกที่ฉายภาพให้เห็นถึงความต่อเนื่องในการดำเนินการรอบปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ และเพื่อเป็นเอกสารทางประวัติศาสตร์สำหรับผู้ที่มีความสนใจนำไปใช้ในการศึกษา ค้นคว้า และอ้างอิงในโอกาสต่อไป

เหนือสิ่งอื่นใด การดำเนินงานของคณะกรรมการธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา มีอาจสำเร็จลุล่วงได้ตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ หากไม่ได้รับความร่วมแรงร่วมใจในการปฏิบัติหน้าที่อย่างแข็งขันจากกรรมการในคณะกรรมการธิการการสาธารณสุข ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์คณะกรรมการ ที่ปรึกษาผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ ผู้แทนหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ตลอดจนเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคณะกรรมการการสาธารณสุข สำนักกรรมการ ๓ ปฏิบัติหน้าที่ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการการสาธารณสุข ซึ่งกระผมขอขอบคุณทุกท่านไว้ ณ ที่นี้



(นายแพทย์เจตน์ ศิริธรรานนท์)

ประธานคณะกรรมการธิการการสาธารณสุข  
วุฒิสภา

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา



นายเจตน์ ศิรธรานนท์  
ประธานคณะกรรมการ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์เฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ  
รองประธานคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง



นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์  
รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง



รองศาสตราจารย์ พลเอก ไตรโรจน์ ครุฑเวช  
รองประธานคณะกรรมการ คนที่สาม



นายทวีวงศ์ จุกมนตรี  
เลขานุการคณะกรรมการ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญส่ง ไข่เกษ  
โฆษกคณะกรรมการ



พลเรือเอก ณรงค์ พิพัฒนาศัย  
ประธานที่ปรึกษา



พลโท อำพน ชูประทุม  
ที่ปรึกษาคณะกรรมการ



พลเอก ปรีชา จันทร์โอชา  
ที่ปรึกษาคณะกรรมการ



นายพิศาล มาณวพัฒน์  
ที่ปรึกษาคณะกรรมการ



พลเอก วินัย สร้างสุขดี  
ที่ปรึกษาคณะกรรมการ



พลอากาศตรี เฉลิมชัย เครืองาม  
กรรมการ



นางทัศนียา ยูวานนท์  
กรรมการ



นายพิทักษ์ ไชยเจริญ  
กรรมการ



พลอากาศเอก มานัต วงษ์วาทย์  
กรรมการ



พลเอก วรวิทย์ บุญญะสิทธิ์  
กรรมการ



พลตำรวจโท สมหมาย กองวิสัยสุข  
กรรมการ



นางสุนิ จิงวิโรจน์  
กรรมการ

อนึ่ง พลอากาศเอก มานัต วงษ์วาทย์ สิ้นสุดสมาชิกภาพเนื่องจากเกษียณอายุราชการ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓



## บทนำ

ในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๑๗ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง) วันอังคารที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๒ ที่ประชุมวุฒิสภาได้มีมติตั้งคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ซึ่งเป็นคณะกรรมการสามัญประจำสภา ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ (๒๐) ต่อมาคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้มีมติเห็นชอบให้มีการตั้งคณะอนุกรรมการ จำนวน ๔ คณะ ประกอบด้วย

๑. คณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำ และดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข โดยมี นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์ รองประธาน คณะกรรมการ คนที่สอง เป็นประธานคณะอนุกรรมการ และให้มีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

(๑) ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และการจัดทำ และดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข

(๒) พิจารณาศึกษา วิเคราะห์ และรายงานความคืบหน้าในการดำเนินการตามแผนปฏิรูป ประเทศด้านสาธารณสุขที่คณะรัฐมนตรีเสนอต่อรัฐสภาตามมาตรา ๒๗๐ วรรคหนึ่ง ของรัฐธรรมนูญฯ รวมทั้งรายงานประจำปีที่สำคัญงานสภาพพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเสนอต่อวุฒิสภามาตามกฎหมาย

(๓) รวบรวมและจัดทำสรุปผลการศึกษาวิเคราะห์รายงานผลการดำเนินการตามแผนปฏิรูป ประเทศด้านสาธารณสุขตามข้อ (๒) เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการการสาธารณสุข และคณะกรรมการ ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ

(๔) จัดทำสรุปสาระสำคัญ ข้อเสนอแนะ ปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนแนวทาง ในการเร่งรัดขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และยุทธศาสตร์ชาติที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข เพื่อนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอ หรือการพัฒนาและแก้ไขกฎหมาย หรือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับเรื่องดังกล่าว ซึ่งจะนำไปสู่การขับเคลื่อนการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุดในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

๒. คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยมี นายพิศาล มาตหวพัฒนา ที่ปรึกษาคณะกรรมการ เป็นประธานคณะอนุกรรมการ และให้มีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑) ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสาธารณสุข

๒) ศึกษาและเปรียบเทียบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย กับต่างประเทศ พร้อมความท้าทายที่สำคัญ เพื่อให้บรรลุการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสาธารณสุข

๓) สร้างความเห็นร่วม ติดตามและเสนอแนะแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับ ความยั่งยืนและเพียงพอด้านการเงินการคลังสุขภาพ เพื่อการบรรลุเป้าหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสาธารณสุขของประเทศไทย

๓. คณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน โดยมี พลโท อำนวย ชูประทุม ที่ปรึกษาคณะกรรมการ เป็นประธานคณะอนุกรรมการ และให้มีหน้าที่ และอำนาจ ดังนี้

- พิจารณาศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิทั้งด้านบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข ด้านกฎหมายสาธารณสุข รวมทั้งการพิจารณาศึกษาเกี่ยวกับสิทธิของประชาชน การรักษาพยาบาล ระบบการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การส่งต่อผู้ป่วย และการบริการสาธารณสุขระดับท้องถิ่น

๔. คณะอนุกรรมการนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ โดยมี รองศาสตราจารย์ พลเอก ไตรโรจน์ ครุฑเวช รองประธานคณะกรรมการ คนที่สาม เป็นประธานคณะกรรมการ และให้มีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

- พิจารณาศึกษาความก้าวหน้าของนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบัน และในอนาคต รวมทั้งกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริม สนับสนุน และยกระดับการแพทย์ของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ศึกษาโครงสร้างพื้นฐานด้านนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ของประเทศ โดยอาศัยการศึกษา ประมวลผล วิเคราะห์ สังเคราะห์ ตามกรอบการเร่งรัดเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน เพื่อทราบสถานการณ์ด้านการวิจัย และนวัตกรรมด้านการแพทย์ และการสาธารณสุข และจัดทำข้อเสนอแนะในการพัฒนาด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาาระบบสาธารณสุขของประเทศไทยเพื่อประชาชนจะได้รับบริการที่ทันสมัย และมีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ การตั้งคณะอนุกรรมการดังกล่าว เป็นเครื่องมือสำคัญประการหนึ่งในการขับเคลื่อนการทำงานให้กับคณะกรรมการการสาธารณสุขได้เป็นอย่างดีและมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านการติดตาม เสนอแนะและเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน การส่งเสริม สนับสนุนระบบบริการสุขภาพของประชาชนในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ให้เข้าถึงระบบบริการในรูปแบบปฐมภูมิ รวมทั้งการศึกษา ติดตามความก้าวหน้าของนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ และจากบริบทการเปลี่ยนแปลงของโลกที่เป็นไปอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะเหตุการณ์สำคัญด้านสาธารณสุขในเรื่องของโรคอุบัติใหม่โรคอุบัติซ้ำ คือ การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งเป็นสิ่งที่ทุกประเทศทั่วโลกต้องเผชิญกับภาวะการณ์ด้านสุขภาพ ทั้งการควบคุม การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งทางกายและทางใจ ซึ่งคณะกรรมการได้ตระหนักและให้ความสำคัญต่องานด้านสาธารณสุขในทุก ๆ ด้าน โดยได้มีการพิจารณา ศึกษา ติดตาม และเสนอแนะในเรื่องต่าง ๆ ที่สำคัญไปยังรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อม

คณะกรรมการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า สรุปลผลการดำเนินงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ (ตุลาคม ๒๕๖๒ – กันยายน ๒๕๖๓) เป็นสรุปลผลการดำเนินงานฉบับที่ ๑ ปีที่ ๑ นี้ จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และประชาชนที่สนใจติดตามการดำเนินงานของวุฒิสภา จะสามารถนำไปใช้ในการศึกษา ค้นคว้าและอ้างอิงทางวิชาการได้ในโอกาสต่อไป

**สรุปผลการดำเนินงาน  
คณะกรรมการ  
การสาธารณสุข  
วุฒิสภา  
๑ ต.ค ๖๒ - ๓๐ ก.ย. ๖๓**

## **คณะกรรมการ การสาธารณสุข**

- กรอบการพิจารณาศึกษา ๕ ด้าน
๑. ด้านการปฏิรูประบบสาธารณสุข
  ๒. ด้านกฎหมาย
  ๓. ด้านสุขภาพการควบคุมและป้องกันโรค  
คำรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพรวมทั้ง  
การเปลี่ยนแปลงทางประชากร
  ๔. ด้านการพิจารณาศึกษาและติดตาม  
ผลการดำเนินงานประจำปีของหน่วยงานสาธารณสุข  
(ตามที่กฎหมายกำหนด)
  ๕. การเดินทางไปศึกษาดูงาน/การจัดสัมมนา

## **๔ คณะอนุกรรมการ**

๑. คณะอนุกรมตสร.ด้านสาธารณสุข
๒. คณะอนุกรมต.หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน
๓. คณะอนุกรมต.ศึกษาและติดตามระบบบริการ  
สุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน
๔. คณะอนุกรมต.นวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์

**II** **ภายใต้หน้าที่และอำนาจ**  
พิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการ พิจารณาสอบหาข้อเท็จจริงหรือศึกษาเรื่องใด ๆ  
ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน  
โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพ  
และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร  
และการพัฒนา พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ  
และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ที่อยู่ใหนักหน้าที่ และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง **II**

**จัดทำโดยคณะกรรมการการสาธารณสุข**

**๑๒๗ ครั้ง**  
การประชุม  
กมธ.การสาธารณสุข  
และคณะอนุกรมต.  
๔ คณะ

**๔๒ ครั้ง**  
การประชุม  
กมธ.การสาธารณสุข  
ประชุมปกติ ๓๖ ครั้ง  
ออนไลน์ ๖ ครั้ง

**๘๕ ครั้ง**  
การประชุมคณะอนุกรมต.  
๔ คณะ  
ประชุมปกติ ๗๙ ครั้ง  
ออนไลน์ ๖ ครั้ง

**๑๘ ครั้ง**  
ศึกษาดูงานภายในประเทศ  
**๑ ครั้ง**  
งานสัมมนา

# สารบัญ

	หน้า
สารประธาน	ก
คณะกรรมการธิการการสาธารณสุข	ค
บทนำ	จ
สรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมการธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา	ช
สารบัญ	ฉ
กรอบยุทธศาสตร์การดำเนินงานของคณะกรรมการธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา	
- วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์	๑
- ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน	๑
นโยบายที่สำคัญด้านสาธารณสุข	๓
(คณะกรรมการธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น กับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข)	
บทที่ ๑ ด้านการปฏิรูประบบสาธารณสุข	
๑. พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะและเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บท ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข	๑๑
- ผลการศึกษาวิเคราะห์รายงานความคืบหน้าในการดำเนินการตามแผนการปฏิรูป ประเทศ ตามมาตรา ๒๗๐ ของรัฐธรรมนูญฯ (เดือนมกราคม – มีนาคม ๒๕๖๓) ด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา	๑๒
- ตารางเปรียบเทียบความคืบหน้าโครงการ กิจกรรมสำคัญตามแผนการปฏิรูปประเทศ ระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๒ และระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม ๒๕๖๓	๒๒
- ผลการติดตาม เสนอแนะ เร่งรัด กฎหมายภายใต้แผนการปฏิรูปประเทศ ณ สิ้นเดือนมีนาคม ๒๕๖๓	๒๓
- ผลการติดตาม เสนอแนะโครงการ/กิจกรรม ที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ต่อประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ (Big Rock) ของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ	๒๖
- เสนอโครงการ/กิจกรรมที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชน อย่างมีนัยสำคัญ (Big Rock) จากการศึกษาวิเคราะห์ในส่วนที่รับผิดชอบ	๓๐
- ข้อเสนอการทบทวนและปรับปรุงแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (๑๓) ประเด็นการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี ของคณะกรรมการธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา (กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓)	๓๒

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
- ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา (กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓)	๓๔
- ข้อเสนอการทบทวนและปรับปรุงแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา (สิงหาคม ๒๕๖๓)	๓๕
<b>๒. แนวทางการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ</b>	<b>๓๙</b>
- <b>ส่วนที่ ๑</b> การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ต่อการดำเนินการตามแผนแม่บท ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนการปฏิรูปประเทศ ในเรื่องและประเด็นปฏิรูป ด้านกำลังคนสุขภาพ และรองรับประชากรผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต	๔๑
- <b>ส่วนที่ ๒</b> การบริหารจัดการอัตรากำลังพลสำหรับบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข ที่รองรับภาวะฉุกเฉินในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๕ เมษายน ๒๕๖๓	๗๐
<b>บทที่ ๒ ด้านกฎหมาย</b>	
๑. พิจารณาศึกษาและติดตามความคืบหน้าในการตรากฎหมายลำดับรอง เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติด้านสาธารณสุข ซึ่งอยู่ในอำนาจหน้าที่ ของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	๘๓
๒. พิจารณาการจัดทำคำของบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ด้านสาธารณสุข (ตามร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓)	๘๖
๓. พิจารณาการจัดทำคำของบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ด้านสาธารณสุข (ตามร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔)	๑๑๕
<b>บทที่ ๓ ด้านสุขภาพ การควบคุมและการป้องกันโรค ค่ารักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางประชากร</b>	
๑. การนำสารสกัดน้ำมันกัญชามาใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ หรือเพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัย	๑๔๕
๒. แนวทางและมาตรการด้านสุขภาวะ สุขอนามัย และความปลอดภัยของอาหาร รวมถึงแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคของผู้ต้องขัง ภายในเรือนจำ	๑๖๖

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
๓. การพิจารณาศึกษาและติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โครโควิด 19	๑๘๑
- <b>ส่วนที่ ๑</b> ข้อเสนอแนวทางการเตรียมระบบรองรับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด 19) โดย คณะกรรมการธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา (๑๕ เมษายน ๒๕๖๓)	๑๘๒
- <b>ส่วนที่ ๒</b> ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ต่อการจัดทำระบบรับมือกับโรคอุบัติใหม่ ยุทธศาสตร์ความมั่นคงของชาติ : ข้อเสนอระยะสั้นต่อการเตรียมระบบรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดย คณะกรรมการธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา (กันยายน ๒๕๖๓)	๑๘๗
- <b>ส่วนที่ ๓</b> รายงาน “โรคโควิด 19” โดย คณะกรรมการธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา	๑๘๙
- QR Code รายงาน	๑๙๒
๔. พิจารณาศึกษาและติดตามสถานการณ์ค่าฝุ่นละอองขนาดเล็ก ผลกระทบต่อสุขภาพ ของประชาชนและชุมชน แนวทางการบูรณาการการทำงานร่วมกัน	๑๙๓
บทที่ ๔ การพิจารณาศึกษาและติดตามผลการดำเนินงานประจำปี ของหน่วยงานสาธารณสุข (ตามที่กฎหมายกำหนด)	
๑. การพิจารณาศึกษารายงานประจำปี ๒๕๖๒ ของกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)	๒๑๗
๒. การพิจารณาศึกษารายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ รายงานของผู้สอบบัญชีและงบการเงิน สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๑ กันยายน ๒๕๖๐ และ สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	๒๔๐

## สารบัญ(ต่อ)

หน้า

### บทที่ ๕ การศึกษาดูงาน/การจัดสัมมนา

#### ๑. สรุปผลการเดินทางไปศึกษาดูงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๒๘ - ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ ณ จังหวัดเพชรบุรี ๒๖๙
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำ และดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข เดินทางไปศึกษาดูงานในวันพฤหัสบดีที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๓ ณ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร ๒๖๙
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๑๘ มกราคม ๒๕๖๓ ณ จังหวัดเชียงใหม่ ๒๗๐
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตาม ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน เดินทางไปศึกษาดูงาน ในวันพฤหัสบดีที่ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๓ ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางศรีเมือง จังหวัดนนทบุรี ๒๗๑
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตาม ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน เดินทางไปศึกษาดูงาน ในวันพฤหัสบดีที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ณ ห้องประชุมศูนย์บริการสาธารณสุข ๓๘ ศูนย์ราชการกรุงเทพมหานคร (เกียกกาย) ๒๗๑
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ ด้านสาธารณสุข เดินทางไปศึกษาดูงานในวันศุกร์ที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ณ ห้องประชุม ๑ ชั้น ๕ โรงพยาบาลรามธิบดี ๒๗๒
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข เดินทางไปศึกษาดูงานระหว่างวันที่ ๑๓ - ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ณ จังหวัดพิจิตร ๒๗๒
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางไปศึกษาดูงาน ในวันพุธที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๓ ณ ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ๒๗๓
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางไปศึกษาดูงาน ในวันพุธที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๓ ณ สถาบันบาราศนราดรุณ กระทรวงสาธารณสุข ๒๗๔

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข เดินทางไปศึกษาดูงาน ในวันพฤหัสบดีที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ณ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน จังหวัดนนทบุรี	๒๗๔
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข เดินทางไปศึกษาดูงาน ในวันพุธที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ณ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.)	๒๗๕
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เข้าร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในการเสวนาเชิงนโยบาย (Policy Dialogue) ร่วมกับคณะกรรมการปฏิรูป ประเทศด้านสาธารณสุข (คปสธ.) และกระทรวงสาธารณสุข ในวันพฤหัสบดีที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ณ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	๒๗๖
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๖ - ๘ สิงหาคม ๒๕๖๓ ณ จังหวัดสุรินทร์	๒๗๗
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ เดินทางไปศึกษาดูงาน ในวันศุกร์ที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๓ ณ บริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี	๒๗๘
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการศึกษา และติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๘ - ๙ กันยายน ๒๕๖๓ ณ จังหวัดสุพรรณบุรี	๒๗๙
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๑๐ - ๑๒ กันยายน ๒๕๖๓ ณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี	๒๘๐
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๒๘ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓ ณ จังหวัดนครราชสีมา	๒๘๒
<b>๒. การจัดสัมมนา</b>	
- สรุปผลการสัมมนาของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เรื่อง “การบูรณาการข้อมูลสุขภาพ (Digital Health) ตามแผนปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข” ในวันศุกร์ที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓	๒๘๔



## กรอบยุทธศาสตร์การดำเนินงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

<b>วิสัยทัศน์</b>	ปฏิบัติหน้าที่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญและกฎหมายที่เกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุข รวมทั้งควบคุมการบริหารราชการแผ่นดินอย่างมีประสิทธิภาพ
<b>พันธกิจ</b>	พิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทู้กิจการ พิจารณาขอโทษเท็จจริง หรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม และได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคูณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนา พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
<b>เป้าประสงค์</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ศึกษา ติดตาม เสนอแนะและเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข</li> <li>๒. ศึกษาและติดตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข และสุขภาพอนามัยของประชาชนและชุมชน</li> <li>๓. ขับเคลื่อนนโยบายและการปฏิบัติงานของรัฐบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบสาธารณสุขและสุขภาพ</li> <li>๔. ติดตาม และตรวจสอบผลกระทบด้านสาธารณสุขและสุขภาพ รวมทั้งปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและการพัฒนา</li> <li>๕. ส่งเสริม สนับสนุนและเสนอแนะเกี่ยวกับการบริการสาธารณสุข การรักษาพยาบาล รวมทั้งการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนและชุมชน</li> </ol>

## ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

## ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ด้านการปฏิรูประบบสาธารณสุข

- |              |  |
|--------------|--|
| กลยุทธ์ที่ ๑ | ศึกษา ติดตาม เสนอแนะและเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข และที่เกี่ยวข้อง                         |
| กลยุทธ์ที่ ๒ | ติดตาม ส่งเสริม สนับสนุนและเป็นกลไกในการขับเคลื่อนนโยบาย และการปฏิบัติงานของรัฐบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุขและสุขภาพ |
| กลยุทธ์ที่ ๓ | ศึกษา ส่งเสริม และสนับสนุนการบริหารจัดการระบบสุขภาพ และระบบการเงินการคลัง  |

**ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านกฎหมาย**

- กลยุทธ์ที่ ๑ ศึกษาและกลั่นกรองกฎหมายด้านสาธารณสุข
- กลยุทธ์ที่ ๒ ศึกษาและติดตามผลกระทบจากการบังคับใช้กฎหมาย
- กลยุทธ์ที่ ๓ ศึกษาและติดตามการออกกฎหมายลำดับรองภายใต้กฎหมายด้านสาธารณสุข และที่เกี่ยวข้อง

**ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางประชากร**

- กลยุทธ์ที่ ๑ ศึกษา ส่งเสริม สนับสนุน และเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีการพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุม มีคุณภาพและมีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง
- กลยุทธ์ที่ ๒ ติดตามและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายให้เกิดการจัดการระบบสุขภาพชุมชน เพื่อนำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน
- กลยุทธ์ที่ ๓ ติดตาม และตรวจสอบผลกระทบด้านสาธารณสุขและสุขภาพ รวมทั้งปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและการพัฒนา

**นโยบายที่สำคัญด้านสาธารณสุข  
(คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น  
กับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข)**

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ในฐานะสมาชิกวุฒิสภา ซึ่งมีหน้าที่และอำนาจในการควบคุมการบริหารราชการแผ่นดินให้มีประสิทธิภาพ ประกอบกับแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานคณะกรรมการการสาธารณสุข ซึ่งกำหนดให้มีเป้าประสงค์ที่สำคัญ กล่าวคือ ศึกษาและติดตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข และสุขภาพอนามัยของประชาชนและชุมชน ศึกษา ติดตาม เสนอแนะและเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข สนับสนุนและขับเคลื่อนนโยบายและการปฏิบัติงานของรัฐบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุขและสุขภาพ รวมทั้ง ติดตามและตรวจสอบผลกระทบด้านสาธารณสุขและสุขภาพ รวมทั้งปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและการพัฒนา ตลอดจนส่งเสริม สนับสนุนและเสนอแนะเกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุข การรักษาพยาบาล รวมทั้งการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนและชุมชน ทั้งนี้ คณะกรรมการจึงมีวัตถุประสงค์สำคัญในการพบปะสนทนาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายอนุทิน ชาญวีรกูล) เพื่อรับฟังนโยบายจากฝ่ายบริหารของกระทรวงสาธารณสุขตามที่ได้แถลงนโยบายต่อรัฐสภา ซึ่งยึดโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนปฏิรูปประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติถึงความคืบหน้าต่อการดำเนินงาน เนื่องจากตามรัฐธรรมนูญ มาตรา ๒๗๐ ได้กำหนดหน้าที่และอำนาจของวุฒิสภาในการทำหน้าที่ติดตาม เสนอแนะและเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามหมวด ๑๖ การปฏิรูปประเทศและการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ในระยะเวลา ๕ ปี

ดังนั้น คณะกรรมการจึงเข้าร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในประเด็นเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ในการดำเนินการตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ความคืบหน้า การดำเนินงานในแต่ละประเด็นปฏิรูป ความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ รวมทั้งนโยบายที่สำคัญด้านสาธารณสุขที่จะมีการดำเนินการในระยะต่อไป โดยมีประเด็นสำคัญที่จะร่วมหารือ ดังนี้

๑. การบริหารและการแบ่งเขตสุขภาพ
๒. การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
๓. แนวทางการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ และประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้อง
๔. การนำภูมิปัญญาใช้ในทางการแพทย์

### ผลการพิจารณา

#### **นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข**

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการจัดให้บริการสาธารณสุขที่ดีที่สุดแก่ประชาชน โดยผ่านหน่วยงานองค์กรต่าง ๆ ซึ่งประเทศไทยอยู่ในลำดับที่มีการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขของประชาชน และการบริการสาธารณสุขที่มีศักยภาพสูง รัฐบาลพยายามจัดสรรงบประมาณในการดูแลประชาชนให้ครอบคลุมและเกิดประโยชน์สูงสุด อีกทั้ง ได้พยายามกำหนดนโยบายให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ถึงแม้ว่าจะมีปัญหาดิตขัดในทางปฏิบัติบางเรื่องก็ตาม และได้ชี้แจงนโยบายการดำเนินงานในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

๑. การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กระทรวงฯ ได้มีการยกระดับสถานีนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แล้วทุกแห่งทั่วประเทศ โดยได้ให้นโยบายว่าเมื่อยกระดับเป็นโรงพยาบาลแล้ว ต้องมีแพทย์ประจำโรงพยาบาลทำหน้าที่ดูแลประชาชนให้สมฐานะกับการยกระดับเป็น รพ.สต. ซึ่งยังไม่พร้อมในการถ่ายโอนในขณะนี้

๒. การใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ กระทรวงสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีในการลดภาระของบุคลากรสาธารณสุขต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน

๓. ความแออัดคับคั่งของโรงพยาบาล พบว่า เมื่อผู้ป่วยเดินทางมาโรงพยาบาล ก็จะมีญาติของผู้ป่วยติดตามมาดูแล ทำให้เกิดความแออัดคับคั่งในโรงพยาบาล เกิดเป็นต้นทุนค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล รวมไปถึงค่าใช้จ่ายของญาติผู้ป่วยในการเดินทางจำนวนมาก ทั้งนี้ หากมีการกระจายผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลระดับอำเภอ ระดับตำบล ก็จะสามารถลดปัญหาความแออัดของโรงพยาบาลหลักในจังหวัดได้ จึงมีการขอความร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในกรณีดังกล่าว

๔. ระบบการแพทย์ทางไกล (Tele medicine) กระทรวงฯ ได้พยายามดำเนินการจัดให้มีการรักษาโรคทางไกลโดยการนำเทคโนโลยีมาใช้ ซึ่งยังอยู่ระหว่างการพัฒนาให้เป็นรูปธรรมในอนาคต

๕. การรวบรวมข้อมูลสุขภาพ (Big Data) กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม และกระทรวงมหาดไทย ได้มีการจัดทำบันทึกข้อตกลงในการบูรณาการรวบรวมข้อมูลร่วมกัน

### **ประเด็นข้อหารือ ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ ดังนี้**

๑. ประเด็นการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากภาระงานของกระทรวงสาธารณสุขมีผู้ที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ทั้งภาครัฐและเอกชน จึงควรกำหนดให้มีคณะกรรมการเพื่อเข้ามากำกับดูแลงานด้านสาธารณสุข เพื่อให้เป็นเอกภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งระบบ

๒. ที่ผ่านมา คณะกรรมการได้พิจารณาศึกษาเกี่ยวกับการนำกฎหมายมาใช้ทางการแพทย์ ซึ่งได้มีการเชิญผู้เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูล แต่ทั้งนี้ ในประเด็นการอนุญาตให้ปลูกกัญชาครอบครัพละ ๖ ต้น รัฐต้องสามารถกำกับดูแลให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม รัฐควรต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนการปลูกกัญชาในประเทศไทยทั้งหมด ว่ามีจำนวนเท่าใด ซึ่งจะทำให้การดำเนินการและการตรวจสอบกำกับดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

๓. ประเด็นการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี ๒๕๔๒ ขณะนั้นยังไม่มีโครงการหลักประกันถ้วนหน้า และไม่มีการแพทย์ปฐมภูมิ การถ่ายโอนเป็นไปตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ซึ่งการถ่ายโอนจะต้องยินยอมทั้งสองฝ่าย โดยยึดประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก และการถ่ายโอนอาจกระทบต่อนโยบายการแพทย์ปฐมภูมิในปัญหาการส่งต่อ

๔. การปฏิรูปประเทศ ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ถือเป็นกลไกหนึ่งที่สำคัญในการผลักดันการปฏิรูปประเทศ ซึ่งวุฒิสภาได้ใช้แผนปฏิรูปประเทศเป็นหลักในการติดตามและรายงานต่อคณะรัฐมนตรีทุก ๓ เดือน ทั้งนี้ มีประเด็นที่สอดคล้องกับคณะทำงาน ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งในการทำหน้าที่กำกับติดตามเร่งรัดนโยบายตามแผนปฏิรูปประเทศ ดังนี้

๑) ด้านการกระจายอำนาจ การบริหารจัดการ และการบริการด้านสุขภาพ ซึ่งอำนาจเป็นการรวมศูนย์ ควรจะถูกระบายอำนาจให้กับเขตสุขภาพให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา ทำให้ความเหลื่อมล้ำในการจัดสรรทรัพยากรลดลง

๒) ด้านการพัฒนาาระบบบริการให้ประชาชน รูปแบบการบริหารจัดการของกระทรวงฯ ควรมีความคล่องตัวและมีอิสระมากขึ้น เช่น โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

๓) ระบบบริการปฐมภูมิ ประเด็นที่ต้องพิจารณา คือ แนวทางการถ่ายโอน รพ.สต. และการบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิ

๔) การปฏิรูปประเทศ เรื่อง การคุ้มครองผู้บริโภค ความมั่งคั่ง ๒ มิติ คือ ด้านผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ ซึ่งทั้ง ๒ ด้านนี้มีความสำคัญ จึงควรกำหนดให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีภารกิจในประเด็นของการคุ้มครองผู้ให้บริการด้วยเช่นกัน ซึ่งควรเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคและการบริการ สุขภาพ

๕. ประเด็นอัตรากำลังคนด้านสาธารณสุข จากการศึกษาที่คณะกรรมการการสาธารณสุข ได้เชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูล พบว่า ในการพิจารณาอัตรากำลังใช้ตัวชี้วัดในการคำนวณกำลังคน ไม่สอดคล้องกับปัจจุบัน กล่าวคือ ใช้จำนวนประชากรเป็นตัวชี้วัดในการคำนวณจำนวนแพทย์และพยาบาล ซึ่งความเป็นจริงคือ ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น ควรเปลี่ยนตัวชี้วัดเป็นจำนวน ปริมาณผู้เข้ารับบริการและความยุ่งยากในการให้บริการ เนื่องจากต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้น

๖. ประเด็นการรู้เท่าทันสุขภาวะ (Health Literacy) เนื่องจากปัจจุบันข้อมูลด้านสุขภาพ มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการแพทย์และการสาธารณสุขอย่างไม่ถูกต้องในสื่อสังคมออนไลน์ ทำให้ประชาชนเกิดความเข้าใจที่ผิดจำนวนมาก ควรมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่กำกับดูแลที่รวดเร็ว เพื่อป้องกันการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้อง

๗. ประเด็นการผลักดันจากฝ่ายการเมือง พบว่า เจ้าหน้าที่ประจำกระทรวงได้ปฏิบัติหน้าที่ อย่างเต็มความสามารถ และมีภาระหน้าที่จำนวนมาก ทั้งนี้ เพื่อให้การปฏิรูปมีความคืบหน้า จึงควรได้รับการผลักดันจากฝ่ายการเมืองอีกทางหนึ่ง ซึ่งอาจจัดให้มีการประชุมหารือร่วมกันพิจารณาดำเนินการ เรื่องที่สำคัญและเร่งด่วน เพื่อให้เกิดความคืบหน้าภายใน ๖ - ๑๒ เดือน

๘. ประเด็นโครงการสร้างนำซ่อม เป็นโครงการที่ดี ซึ่งเป็นการป้องกันโรคมกกว่าการรักษาโรค ทั้งนี้ เป็นการลดภาระการรักษาให้น้อยลง ควรจัดงบประมาณในด้านการป้องกันให้เหมาะสม อันจะเกิดประโยชน์แก่ประชาชนมากกว่า เช่น การให้วัคซีน หากรัฐสนับสนุนการเพิ่มจำนวนชนิดของวัคซีน ให้แก่เด็ก ผู้ใหญ่ รวมถึงผู้สูงอายุ จะช่วยลดการรักษาโรคได้ อีกทั้ง หากมีการพัฒนาวัคซีนในประเทศ ที่มีราคาถูกลงกว่าการนำเข้ามาใช้กับประชาชน จะเกิดประโยชน์อย่างยิ่ง ทั้งนี้ ขอให้พิจารณาสนับสนุน แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับวัคซีน เพื่อลดภาระแก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในอนาคต

๙. ประเด็นข้อมูลสุขภาพทางการแพทย์ พบว่า หน่วยงานแต่ละแห่งทั้งภาครัฐและเอกชน จัดทำระบบฐานข้อมูลแตกต่างกัน ไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้ ทำให้ข้อมูลสาธารณสุขไม่ชัดเจน อีกทั้ง เป็นประเด็นปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขที่กำหนดให้ดำเนินการตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ ซึ่งคณะอนุกรรมการ นวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ในคณะกรรมการการสาธารณสุข จะดำเนินการจัดสัมมนา ในเรื่องดังกล่าว เพื่อระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหาความร่วมมือกันจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อผลักดันไปสู่ระดับนโยบายต่อไป จึงขอรับการสนับสนุนบุคลากรเข้าร่วมสัมมนาดังกล่าว เพื่อให้เกิด การบูรณาการสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง

๑๐. ประเด็นปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์จำนวนมากโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล ขอให้กระทรวงพิจารณาแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์ และพยาบาลในภาพรวม

๑๑. ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ คาดว่าในอีก ๔ ปีข้างหน้า เมื่อประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อย่างสมบูรณ์ซึ่งจะมีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาจำนวนมาก ระบบการแพทย์ปฐมภูมิจึงเป็นสิ่งที่ควรดำเนินการ

ให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ติดบ้านติดเตียง เมื่อประชาชนเกิดความเชื่อมั่นในระบบการแพทย์ปฐมภูมิ และเกิดความคุ้นเคยกับแพทย์ ก็จะช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลได้

๑๒. ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน เนื่องจากพบปัญหาจำนวนเตียงไม่เพียงพอ ซึ่งหากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงเป็นภาระแก่ประชาชน

๑๓. การใช้แพทย์เกษียณอายุปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นแนวทางที่ดีในการให้มีแพทย์อยู่ประจำ รพ.สต. และช่วยลดความแออัดของโรงพยาบาล แต่ควรจัดสรรค่าตอบแทนและรางวัลเพื่อเป็นเกียรติแก่แพทย์เกษียณที่ทำงานต่อเนื่อง

ในทำนองนี้ นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวต่อคณะกรรมการ ในฐานะรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีความยินดีและเป็นเกียรติที่ได้รับฟังข้อสังเกตและข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อระบบสาธารณสุข ทำให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็น ดังต่อไปนี้

๑. นโยบายด้านกัญชาทางการแพทย์ ขอเน้นย้ำว่า เพื่อทางการแพทย์เท่านั้น สำหรับการผลักดันนโยบายดังกล่าวนี้ ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ร่วมด้วย เช่น โรงพยาบาล และศูนย์วิจัยต่าง ๆ ทำให้นโยบายกัญชาทางการแพทย์ประสบผลสำเร็จ ทั้งนี้ กระทรวงฯ ได้ทำการรักษาด้วยการจ่ายยากัญชาแล้ว ยังมีการเก็บข้อมูลการรักษาควบคู่กัน เพื่อนำมาปรับปรุงการรักษาภายใต้หลักวิชาการ ซึ่งการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ทั้งนี้ ประโยชน์นอกจากการรักษาพยาบาลแล้ว ยังเป็นการสร้างรายได้ให้ประเทศได้อีกทางหนึ่ง สำหรับนโยบายปลูกกัญชาครบวงจร ๖ ต้น เป็นเพียงการแสดงสัญลักษณ์ว่ากัญชาไม่ได้เป็นยาเสพติด สามารถปลูกที่บ้านได้ ซึ่งหากเป็นการปลูกเพื่อการอุตสาหกรรมต้องได้รับอนุญาตจาก อย. ให้ถูกต้อง

๒. ในประเด็นการคุ้มครองผู้บริโภค การคุ้มครองบริการสุขภาพ และการกระจายอำนาจ เป็นภารกิจที่อยู่ในวาระการดำเนินงานด้วยแล้ว

๓. ประเด็นอัตรากำลัง ได้มีการหารือกับรองนายกรัฐมนตรี (นายวิษณุ เครืองาม) ที่กำกับดูแลด้านอัตรากำลังคน ในเรื่องดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง

๔. ประเด็นการจ้างแพทย์เกษียณอายุ เห็นด้วยในการดำเนินการดังกล่าว เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้ ในส่วนงบประมาณปีถัดไปจะมีการจัดทำค่าของงบประมาณเพื่อสนับสนุนในส่วนนี้ และสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ต่อไป

๕. ประเด็นโครงการสร้างนำซ่อม และการบริการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรค มีความเห็นด้วยอย่างยิ่ง ทั้งนี้ ได้มีคำสั่งให้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการได้ทันทีในกรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วน

๖. ประเด็นการรู้เท่าทันสุขภาวะ (Health Literacy) ในเรื่องนี้ถือว่ามีความสำคัญ กระทรวงได้พยายามผลักดันให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ช่วยเหลือข้อมูลด้านการสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนอีกทางหนึ่ง

# บทที่ ๑

## ด้านการปฏิรูประบบสาธารณสุข

## บทที่ ๑ ด้านการปฏิรูประบบสาธารณสุข

### ๑. พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะและเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บท ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข

- ผลการศึกษาวิเคราะห์รายงานความคืบหน้าในการดำเนินการตามแผนการปฏิรูปประเทศตามมาตรา ๒๗๐ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (เดือนมกราคม – มีนาคม ๒๕๖๓) ด้านสาธารณสุข ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา
- ตารางเปรียบเทียบความคืบหน้าโครงการ กิจกรรมสำคัญตามแผนการปฏิรูประหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๒
- ผลการติดตาม เสนอแนะ เร่งรัด กฎหมายภายใต้แผนการปฏิรูปประเทศ ณ สิ้นเดือนมีนาคม ๒๕๖๓
- ผลการติดตาม เสนอแนะโครงการ/กิจกรรม ที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ (Big Rock) ของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ
- เสนอโครงการ/กิจกรรมที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ (Big Rock) จากการศึกษาวิเคราะห์ในส่วนที่รับผิดชอบ
- ข้อเสนอการทบทวนและปรับปรุงแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (๑๓) ประเด็นการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา (กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓)
- ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา (กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓)
- ข้อเสนอการทบทวนและปรับปรุงแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา (สิงหาคม ๒๕๖๓)

### ๒. แนวทางการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

- **ส่วนที่ ๑** การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ต่อการดำเนินการตามแผนแม่บท ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนการปฏิรูปประเทศ ในเรื่องและประเด็นปฏิรูป ด้านกำลังคนสุขภาพ และรองรับประชากรผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต
- **ส่วนที่ ๒** การบริหารจัดการอัตรากำลังพลสำหรับบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขที่รองรับ ภาวะฉุกเฉินในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๕ เมษายน ๒๕๖๓



## บทที่ ๑

## ด้านการปฏิรูประบบสาธารณสุข

**๑. พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะและเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ  
และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนการปฏิรูปประเทศ  
ด้านสาธารณสุข**

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา มีภารกิจ อำนาจและหน้าที่ที่สำคัญประการหนึ่ง ซึ่งถูกกำหนดไว้ในข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ กล่าวคือ การพิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งกำหนดให้มีการตั้งคณะอนุกรรมการชุดหนึ่ง เพื่อดำเนินการในการพิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ซึ่งคณะกรรมการ ได้มีมติตั้งคณะอนุกรรมการศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บท ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (ตสร.) ด้านสาธารณสุขขึ้น เพื่อให้มีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข

๒. พิจารณาศึกษา วิเคราะห์ และรายงานความคืบหน้าในการดำเนินการตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขที่คณะรัฐมนตรีเสนอต่อรัฐสภาตามมาตรา ๒๗๐ วรรคหนึ่ง ของรัฐธรรมนูญฯ รวมทั้งรายงานประจำปีที่สำคัญงานสภาพพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเสนอต่อวุฒิสภาตามกฎหมาย

๓. รวบรวมและจัดทำสรุปผลการศึกษาวิเคราะห์รายงานผลการดำเนินการตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขตามข้อ ๒. เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการการสาธารณสุขและคณะกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ

๔. จัดทำสรุปสาระสำคัญ ข้อเสนอแนะ ปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนแนวทางในการเร่งรัดขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และยุทธศาสตร์ชาติที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข เพื่อนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอ หรือการพัฒนาและแก้ไขกฎหมาย หรือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับเรื่องดังกล่าว ซึ่งจะนำไปสู่การขับเคลื่อนการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผลสูงสุดในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

๕. รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการ โดยรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาศึกษา รวมทั้งนำเสนอแนะประเด็นที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ต่อคณะกรรมการเพื่อนำไปรวบรวมเป็นผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ

ในการดำเนินการตามหน้าที่และอำนาจดังกล่าว คณะกรรมการจะนำข้อมูลจากผลการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการที่มีการศึกษา และรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการ และเสนอให้เป็นไปตามกฎหมาย โดยคำนึงถึงประโยชน์ของประเทศชาติเป็นสำคัญ นอกจากนี้ พระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศ พ.ศ. ๒๕๖๐ ที่กำหนดเกี่ยวกับ ใกรณีมีเหตุจำเป็นต้องแก้ไขปรับปรุงแผนการปฏิรูปประเทศด้านใดเพราะมีการแก้ไขเพิ่มเติมยุทธศาสตร์ชาติ หรือแผนแม่บทหรือเพราะเหตุอื่นใด ให้คณะรัฐมนตรีแจ้งให้คณะกรรมการปฏิรูปด้านนั้น ดำเนินการแก้ไขปรับปรุงแผนการปฏิรูปประเทศด้านนั้นโดยเร็ว ทั้งนี้ การแก้ไขปรับปรุงแผนการปฏิรูปประเทศดังกล่าว ต้องไม่

ขัดหรือแย้งกับผลตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๒๕๘ ของรัฐธรรมนูญฯ ทั้งนี้ จากภารกิจตามหน้าที่และอำนาจข้างต้น สามารถสรุปผลการพิจารณา ดังนี้

### **ผลการพิจารณา**

ในการพิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข นั้น คณะกรรมการได้มีการพิจารณาศึกษาและวิเคราะห์รายงานความคืบหน้าในการดำเนินการตามแผนปฏิรูปประเทศ ที่คณะรัฐมนตรีเสนอต่อรัฐสภาตามมาตรา ๒๗๐ วรรคหนึ่ง ของรัฐธรรมนูญฯ รายงานสรุปผลการดำเนินการประจำปีตามแผนปฏิรูปประเทศ และตามยุทธศาสตร์ชาติ และรายงานเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับการปฏิรูปประเทศหรือยุทธศาสตร์ชาติที่ต้องนำเสนอตามกฎหมาย และรวบรวมและจัดทำสรุปผลการศึกษาวิเคราะห์รายงานผลการดำเนินการตามแผนปฏิรูปประเทศที่คณะรัฐมนตรีเสนอต่อรัฐสภาทุกสามเดือน ตามมาตรา ๒๗๐ วรรคหนึ่ง ของรัฐธรรมนูญฯ เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการ ตสร. (ชุดใหญ่) รวบรวม และเสนอต่อที่ประชุมวุฒิสภาภายในสามสิบวันนับแต่วันที่วุฒิสภาได้รับรายงานดังกล่าว โดยคณะกรรมการมีการพิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข สรุปดังนี้

ผลการศึกษาวิเคราะห์รายงานความคืบหน้าในการดำเนินการตามแผนการปฏิรูปประเทศ ตามมาตรา ๒๗๐ ของรัฐธรรมนูญฯ (เดือนมกราคม – มีนาคม ๒๕๖๓) ด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

#### ด้านสาธารณสุข

#### ❖ บริบทของแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

เป้าหมายการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข กำหนดให้ “ประชาชนทุกภาคส่วนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีส่วนร่วมในการวางระบบในการดูแลสุขภาพ ได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงภายใต้ระบบสาธารณสุขที่เป็นเอกภาพและการอภิบาลระบบที่ดี

#### วัตถุประสงค์

- ๑) เพื่อให้มีระบบบริการปฐมภูมิที่มีความครอบคลุม ตอบสนองความจำเป็น รวมถึงการปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้มีความยั่งยืน พอเพียง มีประสิทธิภาพ และสร้างความเป็นธรรม ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอที่จะดูแลตนเองจากความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่ป้องกันได้
- ๒) เพื่อให้มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสุขภาพที่เหมาะสม ในการบริหารจัดการระบบสุขภาพและสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ เป็นธรรม ครอบคลุม ปลอดภัย สำหรับประชาชนในทุกพื้นที่ ทุกระดับ
- ๓) เพื่อให้ระบบสุขภาพไทยมีเอกภาพ มีการบูรณาการงานด้านสุขภาพของทุกหน่วยงาน มีการกระจายอำนาจและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการตัดสินใจ เพื่อบริหารระบบสุขภาพให้ประชาชนได้ประโยชน์สูงสุด และสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในแต่ละพื้นที่ ภายใต้ทรัพยากรอันจำกัด

### เป้าหมายพึงประสงค์ในภาพรวม

๑) ระบบบริการปฐมภูมิมีความครอบคลุม ตอบสนองความจำเป็น และระบบหลักประกันสุขภาพความยั่งยืน พอเพียงมีประสิทธิภาพ สร้างความเป็นธรรม

๒) มีข้อมูลสารสนเทศที่ใช้บริหารจัดการการเงินการคลัง การบริการในระบบสุขภาพ และสาธารณสุข อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนการมีสุขภาพ สุขภาวะที่ดี

๓) ระบบสุขภาพของประเทศมีเอกภาพ การดำเนินงานด้านสุขภาพของทุกภาคส่วนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีการกระจายอำนาจและความรับผิดชอบให้แก่พื้นที่ โดยมีระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการแก้ปัญหาในแต่ละพื้นที่ ระบบบริการมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการ และจัดบริการเป็นเครือข่าย ภายใต้การติดตามกำกับที่มีประสิทธิภาพ มีธรรมาภิบาล

๔) ประชาชนไทยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีบนหลักการสร้างนำซ่อม และผู้ที่ไม่ใช่ประชาชนไทยที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย มีโอกาสเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ ทั้งการรับบริการและการรับภาระค่าใช้จ่าย

**แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย ประเด็นการปฏิรูป ๑๐ ประเด็นการปฏิรูปได้แก่**

ประเด็นการปฏิรูปที่ ๑ : ระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ

ประเด็นการปฏิรูปที่ ๒ : ระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศสุขภาพ

ประเด็นการปฏิรูปที่ ๓ : กำลังคนสุขภาพ

ประเด็นการปฏิรูปที่ ๔ : ระบบบริการปฐมภูมิ

ประเด็นการปฏิรูปที่ ๕ : การแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทยเพื่อเศรษฐกิจ

ประเด็นการปฏิรูปที่ ๖ : ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ประเด็นการปฏิรูปที่ ๗ : การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

ประเด็นการปฏิรูปที่ ๘ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ประเด็นการปฏิรูปที่ ๙ : การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ประเด็นการปฏิรูปที่ ๑๐ : ระบบหลักประกันสุขภาพ

### ❖ ผลการติดตาม เสนอแนะ เร่งรัด

**ผลการติดตาม เสนอแนะ เร่งรัด โครงการ/กิจกรรม/ประเด็นปฏิรูปประเทศที่สำคัญ ช่วงเดือนมกราคม – มีนาคม ๒๕๖๓**

๑) จากการพิจารณาศึกษา ติดตาม และประเมินผล ตามกระบวนการพบว่า โครงการที่ปรากฏในเอกสารรายงานฯ ระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม ๒๕๖๓ รวมทั้งระบบติดตามและประเมินผลแห่งชาติ eMENSUR ยังคงเป็นโครงการที่ไม่ใช่แผนปฏิบัติการ หรือแผนระดับ ๓ ที่มีความสอดคล้องต่อเป้าหมายของแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยเป็นเพียงโครงการ/แผนงานประจำของส่วนราชการ ซึ่งยังไม่ใช่โครงการตามแผนการปฏิรูปประเทศอย่างแท้จริง อีกทั้งบางโครงการเป็นเพียงโครงการที่ดำเนินการในระดับจังหวัดซึ่งไม่ครอบคลุมการดำเนินการที่จะทำให้เกิดประโยชน์หรือผลที่เป็นรูปธรรมในระดับประเทศตามที่กำหนดไว้ในเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ทั้ง ๑๐ ประเด็น ซึ่งจากการติดตามโครงการ/กิจกรรม/ประเด็นปฏิรูปประเทศสำคัญ มีรายละเอียด ดังนี้

โครงการ/กิจกรรม/ ประเด็นปฏิรูปประเทศ สำคัญ	ผลการติดตาม	ข้อเสนอแนะเร่งรัด
<b>ประเด็นปฏิรูปที่ ๑ ระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ</b>		
<p>- โครงการขับเคลื่อน การพัฒนากลไก การบริหารจัดการ เขตสุขภาพ ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒</p>	<p>๑. มีการทบทวนโครงสร้าง กรอบอัตรากำลังของสำนักงานเขต สุขภาพนาร่องให้สอดคล้องกับสภาพ ปัจจุบัน และตามบริบทเขตสุขภาพ นาร่องให้สอดคล้องกับสภาพปัจจุบัน และตามบริบทเขตสุขภาพนาร่อง</p> <p>๒. มีการดำเนินงานจัดตั้งคำสั่ง แต่งตั้งสำนักงานเขตสุขภาพนาร่อง ๒ ๖ ๘ ๙ และ ๑๒</p> <p>๓. มีคู่มือปฏิบัติงานของสำนักงาน เขตสุขภาพนาร่อง โดยใช้ควบคู่กับคู่มือ ที่เขตสุขภาพปรับตามบริบท</p> <p>ทั้งนี้ คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบ ร่างแผนปฏิบัติการสาธารณสุข เขตสุขภาพพิเศษแห่งชาติ ระยะที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕ ตามที่กระทรวง สาธารณสุข (สธ.) เมื่อวันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๓ โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้ประชาชนในเขตสุขภาพพิเศษ มีสุขภาพดี สามารถเข้าถึงระบบบริการ สุขภาพที่จำเป็นได้อย่างครอบคลุม ตลอดจนมีกลไกการจัดการอย่าง บูรณาการและการสนับสนุนให้สามารถ ดำเนินการได้อย่างยั่งยืน</p> <p>การดำเนินงานมีระยะเวลา ๔ ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕) ประกอบด้วย งานสาธารณสุขรวม ๔ ด้าน ดังนี้</p> <p>(๑) ด้านสาธารณสุขทางทะเล พื้นที่ เป้าหมาย ๕ จังหวัด ได้แก่ ภูเก็ต ชลบุรี กระบี่ พังงา และสุราษฎร์ธานี</p>	<p>เขตสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการ เป็นการดำเนินการ ภายในหน่วยงาน ซึ่งเป็นเพียง แผนงานพัฒนาและปรับระบบ บริหารจัดการภายใน ไม่ใช่โครงการ หรือแผนระดับ ๓ ที่สอดคล้องกับ ประเด็นการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข ดังนั้น กระทรวง สาธารณสุขควรให้ความสำคัญ ต่อประเด็นการปฏิรูปประเด็นที่ ๑ ดังนี้</p> <p><b>๑. ให้ความสำคัญกับการปฏิรูป โครงสร้างการบริหารระบบสุขภาพ ใน ๓ ระดับ</b></p> <p>๑) สร้างเอกภาพทาง นโยบายระดับประเทศ</p> <p>๒) กระจายอำนาจ ให้ประชาชนและทุกภาคส่วน รวมทั้ง สถานบริการ ทุกสังกัด เข้ามามี ส่วนร่วมในการบริหารระบบสุขภาพ ในระดับพื้นที่ (๑๒ เขตสุขภาพ + ๑ เขต กทม.)</p> <p>- การจัดตั้งเขตสุขภาพ (เขตของประเทศ)</p> <p>- การจัดตั้งคณะกรรมการ เขตสุขภาพ</p> <p>- การจัดตั้งกองทุน หลักประกันสุขภาพระดับเขต</p> <p>๓) สถานบริการของ กระทรวงสาธารณสุข มีความ คล่องตัวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในการจัดบริการให้ตอบสนองต่อ ปัญหาในพื้นที่ ภายใต้การมีส่วนร่วม</p>

โครงการ/กิจกรรม/ ประเด็นปฏิรูปประเทศ สำคัญ	ผลการติดตาม	ข้อเสนอแนะเร่งรัด
	<p>(๒) ด้านเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก พื้นที่เป้าหมาย ๓ จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี ฉะเชิงเทรา และระยอง</p> <p>(๓) ด้านสาธารณสุขชายแดน พื้นที่เป้าหมาย ๔ จังหวัด ได้แก่ น่าน ตาก สระแก้ว และระนอง</p> <p>(๔) ด้านเขตพื้นที่เฉพาะ (ประชากรต่างด้าว) พื้นที่เป้าหมาย ๗ จังหวัด ได้แก่ ตาก ระนอง สมุทรสาคร สมุทรปราการ กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และระนอง</p>	<p>บริหาร โดยประชาชนในระดับจังหวัด ตั้งแต่ระดับปทุมภูมิจนถึงตติยภูมิ</p> <p><b>๒. วิธีการปฏิรูป</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กำหนดพื้นที่ในการปฏิบัติการ(Systematic Sandbox) โดยการศึกษาอย่างมีส่วนร่วมกับประชาชน หน่วยบริการและผู้เกี่ยวข้อง ภายใต้การออกแบบและปฏิบัติการร่วมกับหน่วยงานกลาง ได้แก่ ก.พ./ ก.พ.ร./ สตง./ ส.ศ.ช. / สำนักงบประมาณ กรมบัญชีกลาง และ สป.สธ./ สปสช.</li> <li>- ตั้ง Reform Office เพื่อเป็นกลไกสนับสนุนและติดตามประเมินผล</li> <li>- มีการสื่อสารกับหน่วยบริการในพื้นที่อย่างกว้างขวาง</li> </ul> <p><b>๓. ระยะเวลา ๒ ปี (ก.ค. ๒๕๖๓ - ส.ค. ๒๕๖๕)</b></p> <p><b>๔. วิธีการประเมิน</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลลัพธ์/ ผลกระทบต่อประชาชนในแง่การลดโรค NCD และการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ โดยการเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการที่ครอบคลุมประเด็น six building blocks (ระบบบริการ การเงิน การคลัง กำลังคน ยา/เทคโนโลยี MIS/IT และระบบบริหาร)</li> <li>- วิจัยเชิงประเมินผลของหน่วยงานภายนอก (สวรส./ อว. ฯลฯ)</li> </ul>

โครงการ/กิจกรรม/ ประเด็นปฏิรูปประเทศ สำคัญ	ผลการติดตาม	ข้อเสนอแนะเร่งรัด
<b>ประเด็นปฏิรูปที่ ๒ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ</b>		
<p>- โครงการพัฒนาระบบ WEB EOC (Emergency Operation Center) กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓</p>	<p>๑. มีระบบฐานข้อมูลสำหรับจัดการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ สามารถบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๒. ระบบ Web EOC (Emergency Operation Center) ที่บริหารจัดการด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทันเหตุการณ์ ใช้งานได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง และเข้าถึงได้รวดเร็ว</p>	<p>การดำเนินการในประเด็นปฏิรูปนี้ เป็นการดำเนินการเฉพาะเรื่อง ซึ่งยังคงไม่ใช้การพัฒนาเทคโนโลยีซึ่งเป็นไปตามที่กำหนดไว้ในแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขในระดับประเทศ</p> <p>ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้เกิดการพัฒนามาตรฐานและจัดการมาตรฐานระบบข้อมูลบริการสาธารณสุขของประเทศตามแผนปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีข้อเสนอแนะในการก่อให้เกิดมาตรฐานระบบข้อมูลบริการสาธารณสุขของประเทศดังกล่าว คือ</p> <p><b>๑) การจัดทำมาตรฐานข้อมูลเร่งรัดให้มีหน่วยงานกลาง</b></p> <p>คือ สำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่กำหนดมาตรฐาน เพื่อเป็นที่ยอมรับของหน่วยงานต่าง ๆ ตามแผนปฏิรูปประเทศได้ กำหนดให้มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่จัดการระบบมาตรฐานระบบสาธารณสุขของประเทศ และคณะกรรมการสารสนเทศสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็น Board ของหน่วยงานกลางดังกล่าว เพื่อเกิดการจัดทำมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ ซึ่งเวลาได้ล่วงเลยมาจนถึงปี ๒๕๖๓ ก็ยังไม่เกิดขึ้น</p>

โครงการ/กิจกรรม/ ประเด็นปฏิรูปประเทศ สำคัญ	ผลการติดตาม	ข้อเสนอแนะเร่งรัด
		<p><b>๒) มาตรฐานด้านกฎหมาย</b> ควรให้มีกฎหมายเพื่อคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ หรือกฎหมายอื่นที่รองรับการคุ้มครองข้อมูลเป็นการเฉพาะ เนื่องจากปัจจุบันโรงพยาบาลไม่สามารถส่งข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลด้วยกัน นอกจากผู้ป่วยต้องให้ความยินยอม ยกเว้น</p> <p>(๑) กรณีฉุกเฉิน ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมได้</p> <p>(๒) กรณีโรงพยาบาลส่งข้อมูลระหว่างกันเพื่อการเบิกจ่าย</p> <p>(๓) กรณีทำทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดัน ซึ่งทั้ง ๓ กรณี สามารถดำเนินการได้เฉพาะภายในโรงพยาบาล เครือข่ายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือโรงพยาบาลเอกชนที่ผู้ป่วยให้ความยินยอมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเท่านั้น</p>
<b>ประเด็นปฏิรูปที่ ๔ ระบบบริการปฐมภูมิ</b>		
<p>- โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ</p>	<p>๑. รูปแบบคลินิกหมอครอบครัว ๕๐ พื้นที่นำร่องอยู่ระหว่างถอดบทเรียนเบื้องต้นได้รูปแบบการดูแลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงแล้ว</p> <p>๒. มีการจัดทำกฎหมายลำดับรองตาม พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>๓. มีจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของเขตสุขภาพที่ ๑ - เขตสุขภาพที่ ๑๒ จำนวน ๑,๔๗๖ ทีม</p>	<p>๑. ควรเร่งรัดการจัดทำกฎหมายลำดับรองให้ครบถ้วนสมบูรณ์เพื่อเร่งรัดการดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมายระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงและได้รับบริการทุกที่ ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>๒. ควรเร่งส่งเสริมการดำเนินการระบบบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะการเพิ่มการผลิต/พัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และสามารถ</p>

โครงการ/กิจกรรม/ ประเด็นปฏิรูปประเทศ สำคัญ	ผลการติดตาม	ข้อเสนอแนะเร่งรัด
	<p>๔. มีการวางแผนพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิโดยสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>จากการติดตามประเด็นการปฏิรูปประเทศประเด็นดังกล่าวของคณะกรรมการ พบว่า ขณะนี้มีข้อมูลการลงทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดจำนวน ๑,๔๘๑ ทีม</p>	<p>ให้คงอยู่ในระบบได้ เพื่อให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความครอบคลุมทุกพื้นที่ตามแผนระยะ ๑๐ ปี ให้มีความสมบูรณ์และสอดคล้องกับเป้าหมายแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขเพื่อตอบสนองความจำเป็นและระบบหลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน พอเพียง มีประสิทธิภาพและสร้างความเป็นธรรม</p>
<p><b>ประเด็นปฏิรูปที่ ๘ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ</b></p>		
<p>- โครงการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและสุขภาพให้แก่ประชาชน</p>	<p>๑. ชุดข้อมูลความรู้สุขภาพสำหรับฐานข้อมูล ๑๐ รอบรู้ ด้านสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล เข้าถึงได้ที่ <a href="https://activefam.anamai.moph.go.th/report">https://activefam.anamai.moph.go.th/report</a></p> <p>๒. กลไกตอบโต้ข้อมูลและข่าวสุขภาพ ที่เสี่ยงและเท็จจากอินเทอร์เน็ตผ่านศูนย์ตอบโต้ความเสี่ยงเพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Risk Response for Health Literacy: RRHL) เข้าถึงได้ที่ <a href="https://rrhl.anamai.moph.go.th/">https://rrhl.anamai.moph.go.th/</a></p> <p>๓. องค์กรความรู้และเครื่องมือขับเคลื่อนงานความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ในระดับเขตและประเทศ เข้าถึงได้ที่ <a href="http://dohhl.anamai.moph.go.th/main.php?filename=HLO">http://dohhl.anamai.moph.go.th/main.php?filename=HLO</a></p> <p>๔. จำนวนครัวเรือนที่เข้าร่วมโครงการ ๑๐ ล้านครอบครัวออกกำลังกาย มีจำนวน ๒๑๐,๖๑๙ คน หรือคิดเป็นร้อยละ ๒๑.๐๖ ของค่าเป้าหมาย</p> <p>๕. ประชาชนเข้าใช้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคน้อยลงกว่าเดิม โดยมีผู้ที่ไม่ถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ</p>	<p>ควรเร่งรัดให้มีการจัดตั้งสถาบันส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นองค์กรกลางที่มีความเป็นอิสระบริหารจัดการแบบมืออาชีพ โดยเชื่อมโยงกับหน่วยงานในแต่ละพื้นที่</p>



โครงการ/กิจกรรม/ ประเด็นปฏิรูปประเทศ สำคัญ	ผลการติดตาม	ข้อเสนอแนะเร่งรัด
	<p>และป้องกันโรคเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๒ (ธันวาคม) ร้อยละ ๑๑๑ หรือกว่าเท่าตัว ทั้งนี้ ในเดือนธันวาคม ๒๕๖๒ จากจำนวนข่าวเสียงทั้งหมด ๑๒๒ ข่าว ทีมวิชาการได้เตรียมข้อมูลเพื่อตอบโต้ เพียง ๑๙ ข่าว (ร้อยละ ๑๕.๖) โดยข่าวประเด็นสิ่งแวดล้อมมีข้อมูลวิชาการสำหรับตอบโต้มากที่สุด (ร้อยละ ๖๓.๖) รองลงมาอาหาร (ร้อยละ ๔๐) และฉุกละหุก (ร้อยละ ๑๒.๙) และประชาชนผู้ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการ ๑๐ ล้านครอบครัว ณ วันที่ ๙ ม.ค. ๒๕๖๓ คือ ๒๑๐,๖๑๙ ครอบครัว หรือคิดเป็นร้อยละ ๒๐.๐๖ ของค่าเป้าหมาย ในปี ๒๕๖๓</p> <p>นอกจากนี้ คนไทยอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป ร้อยละ ๘๐.๐๙ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ</p> <p>๖. ดำเนินการสำรวจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด อาทิ พฤติกรรม และการปฏิบัติตัวของประชาชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด</p>	
<b>ประเด็นปฏิรูปที่ ๑๐ ระบบหลักประกันสุขภาพ</b>		
<p>- โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ ๓ กองทุน</p>	<p>อยู่ระหว่างดำเนินการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. สร้างความร่วมมือการพัฒนา ระบบบริการภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ของ ๓ กองทุน</li> <li>๒. จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย และขับเคลื่อนความเพียงพอและยั่งยืนของงบประมาณ</li> <li>๓. พัฒนาระบบสารสนเทศด้านการเงิน การคลังและหลักประกันสุขภาพ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ควรเร่งสร้างความร่วมมือ การพัฒนาระบบบริการภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ของ ๓ กองทุน เพื่อให้ประชาชนที่อยู่ในแผ่นดินไทย ได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพ</li> <li>๒. ควรจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย และขับเคลื่อนความเพียงพอและยั่งยืนของงบประมาณ</li> <li>๓. ควรมีการพัฒนา ระบบสารสนเทศด้านการเงินการคลัง และหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุม</li> </ol>

โครงการ/กิจกรรม/ ประเด็นปฏิรูปประเทศ สำคัญ	ผลการติดตาม	ข้อเสนอแนะเร่งรัด
	<p>๔. จัดสรรค่าบริการทางการแพทย์สำหรับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ</p> <p>๕. พัฒนามาตรฐานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ๓ กองทุน</p>	<p>ประชาชนทุกกลุ่ม และพัฒนา มาตรฐานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ๓ กองทุน</p> <p>๔. ควรเร่งดำเนินการจัดสรร ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับบุคคล ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เพื่อให้เกิด ความเท่าเทียมและลดความเหลื่อมล้ำ ในสังคม</p> <p>๕. ควรมีการเร่งรณรงค์ ส่งเสริม ให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ในการ ดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ การมีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี มีการใช้บริการด้านสุขภาพที่ลดลง ขณะที่ภาครัฐสามารถบริหารจัดการ ค่าใช้จ่ายด้านหลักประกันสุขภาพ ได้อย่างยั่งยืน</p> <p>นอกจากนี้ หากสามารถเร่งรัด ดำเนินการตาม ข้อ ๑ - ๔ ได้อย่าง รวดเร็ว จะสามารถบรรเทา ความเดือดร้อนด้านระบบประกัน หลักสุขภาพให้แก่ประชาชนทั้งคนไทย และคนต่างด้าวที่อาศัยในแผ่นดินไทย เมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤตเกี่ยวกับการ เกิดโรคอุบัติใหม่ ดังเช่น การแพร่ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID -19)</p>

นอกจากนี้ จากการพิจารณารายงานความคืบหน้าในการดำเนินการตามแผนการปฏิรูปประเทศตามมาตรา ๒๗๐ ของรัฐธรรมนูญฯ (เดือนมกราคม - มีนาคม ๒๕๖๓) พบว่า **ยังคงมีการรายงานความคืบหน้าการดำเนินงานเพียง ๒ ประเด็น ได้แก่ ประเด็นปฏิรูปที่ ๔ ระบบบริการปฐมภูมิ** กิจกรรมที่ ๑ พัฒนารูปแบบบริการปฐมภูมิ (คลินิกหมอครอบครัว) และ **ประเด็นปฏิรูปที่ ๘ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ** กิจกรรมที่ ๓ การศึกษาวิจัยเชิงประเมินผล

ทั้งนี้ การรายงานความคืบหน้าของโครงการ/กิจกรรมดังกล่าว แม้จะมีความสอดคล้องกับเป้าหมายของแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะประเด็นปฏิรูปที่ ๔ พบว่า เป็นประเด็นปฏิรูปที่มีกฎหมายตามแผนปฏิรูปประเทศแล้ว คือ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

ประกาศราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒ และอยู่ระหว่างการจัดทำกฎหมายลำดับรองเพื่อรองรับการดำเนินการตามกฎหมาย ส่งผลให้การปฏิรูปประเด็นนี้มีความคืบหน้าในการดำเนินการ อาทิ มีการดำเนินการในรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวใน ๕ พื้นที่นำร่อง และอยู่ระหว่างถอดบทเรียนเบื้องต้นได้รูปแบบการดูแลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงแล้ว ปัจจุบันมีจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของเขตสุขภาพที่ ๑ - เขตสุขภาพที่ ๑๒ จำนวน ๑,๔๗๖ ทีม

จากการติดตามประเด็นการปฏิรูปประเทศประเด็นดังกล่าวของคณะกรรมการพบว่า ขณะนี้มีข้อมูลการลงทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด จำนวน ๑,๔๘๑ ทีม (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๓) สำหรับประเด็นปฏิรูปที่ ๘ ความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่า มีการดำเนินการเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด

**สำหรับประเด็นปฏิรูปด้านอื่น ๆ ยังคงไม่มีความคืบหน้าการดำเนินการที่เป็นรูปธรรม และสอดคล้องต่อเป้าหมายของแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข**

#### **ตัวอย่างเช่น**

**ประเด็นปฏิรูปที่ ๑ ระบบบริหารจัดการเขตสุขภาพ** ซึ่งมีเป้าหมายและตัวชี้วัดของแผนงาน/โครงการ ๔ ประเด็น ที่ต้องดำเนินการให้เป็นรูปธรรม ได้แก่ (๑) การจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ (๒) การจัดตั้งเขตสุขภาพและคณะกรรมการเขตสุขภาพ การจัดตั้งกองทุนสุขภาพระดับเขต (๓) การปรับบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข ในการทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบด้านสุขภาพของประเทศ (๔) สถานบริการในกระทรวงสาธารณสุขมีการบริหารรวมกันเป็นเครือข่าย มีอิสระคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ ซึ่งโครงการที่ปรากฏในการรายงานของส่วนราชการกลับไม่สอดคล้องกับประเด็นการปฏิรูปดังกล่าว

ประกอบกับเมื่อพิจารณาติดตามข้อมูลจากหน่วยงาน รวมทั้งระบบติดตามและประเมินผลแห่งชาติ (eMENSUR) พบว่า การจัดทำโครงการ/กิจกรรม ยังไม่ใช่โครงการที่มีการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายของแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยเป็นเพียงโครงการ/แผนงานประจำของหน่วยงานเท่านั้น

**โดยสรุป** ส่วนราชการที่มีหน้าที่ต่อการดำเนินการตามแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข จึงยังไม่ได้นำแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ทั้ง ๑๐ ประเด็น ไปแปลงเป็นแผนปฏิบัติราชการ (แผนระดับ ๓) และยังไม่ได้มีการนำไปจัดทำเป็นแผนงาน/โครงการของแผนการปฏิรูปประเทศตามที่กำหนดไว้อย่างแท้จริง เป็นเพียงแผนเพื่อการปรับปรุงและพัฒนา ซึ่งยังไม่สอดคล้องกับแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

**๒) แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขเป็นประเด็นเชิงระบบ** โดยในช่วงที่ผ่านมา ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง และคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (คปสธ.) มีความเห็นต่อประเด็นเป้าหมายการดำเนินการตามแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขไม่ตรงกัน จึงทำให้การกำหนดกิจกรรมรวมทั้งการจัดทำโครงการต่าง ๆ ไม่สอดคล้องและตอบสนองต่อการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข เช่น ประเด็นความเป็นเอกภาพทางนโยบาย และกระจายอำนาจและให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบสุขภาพในพื้นที่ โดยการจัดตั้งเขตสุขภาพ และจัดให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับเขต ซึ่งการดำเนินการที่เกิดขึ้นขณะนี้ยังคงเป็นการดำเนินการเฉพาะในเขตของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น เป็นต้น

ตารางเปรียบเทียบความคืบหน้าโครงการ กิจกรรมสำคัญตามแผนการปฏิรูปประเทศ  
ระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๒ และระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม ๒๕๖๓

โครงการ/กิจกรรม/ ประเด็นปฏิรูปประเทศ สำคัญ	ระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๒	ระหว่างเดือน มกราคม - มีนาคม ๒๕๖๓
ประเด็นปฏิรูปที่ ๔ ระบบ บริการปฐมภูมิ กิจกรรมที่ ๑ พัฒนารูปแบบ บริการปฐมภูมิ (คลินิกหมอ ครอบครัว)	๑) รูปแบบคลินิกหมอครอบครัว ๕๐ พื้นที่นำร่อง อยู่ระหว่าง ถอดบทเรียน เบื้องต้นได้รูปแบบ การดูแลโรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูงแล้ว ๒) มีการจัดทำกฎหมายลำดับรอง ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพ ปฐมภูมิเป็นไปตามระยะเวลา ที่กำหนด ๓) ณ ปัจจุบันมีจำนวนแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัวรวม ๑,๒๐๗ คน ๑,๑๘๐ หน่วย ๔) ในช่วง กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ เปิดให้หน่วยงานทั่วประเทศส่งแผน ในการจัดทำรูปแบบบริการปฐมภูมิ	๑) รูปแบบคลินิกหมอครอบครัว ๕๐ พื้นที่นำร่อง อยู่ระหว่าง ถอดบทเรียน เบื้องต้นได้รูปแบบ การดูแลโรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูงแล้ว ๒) มีการจัดทำกฎหมายลำดับรอง ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพ ปฐมภูมิเป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด ๓) มีจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเขตสุขภาพที่ ๑ - เขตสุขภาพที่ ๑๒ จำนวน ๑,๔๗๖ ทีม ๔) มีการวางแผนพัฒนาระบบ สุขภาพปฐมภูมิโดยสำนักสนับสนุน ระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวง สาธารณสุข
ประเด็นปฏิรูปที่ ๘ ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ กิจกรรมที่ ๓ การศึกษา วิจัยเชิงประเมินผล	มีการรายงานผลสำรวจ และดำเนินการรวบรวมงานวิจัย และองค์ความรู้ทางวิชาการ ทั้งหลักสูตรองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ สำหรับผู้บริหาร นักวิชาการและ พยาบาลเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ และผู้บริหารโดยมหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยขอนแก่น	ดำเนินการสำรวจข้อมูลที่เกี่ยวข้อง กับสถานการณ์การแพร่ระบาดของ ของโรคโควิด อาทิ พฤติกรรม และการปฏิบัติตัวของประชาชน ในสถานการณ์การแพร่ระบาด ของโรคโควิด

**ข้อเสนอแนะ**

๑) แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขที่มีการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงแล้วนั้น  
ควรมีการพิจารณาข้อสรุปร่วมกันอีกครั้งหนึ่ง (Policy dialogue) ระหว่างคณะกรรมการการสาธารณสุข  
วุฒิสภา คณะกรรมการการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (คปสธ.) และส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวง  
สาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ได้

เป้าหมาย รวมทั้งความเห็นต่าง ๆ ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อนำไปสู่การดำเนินการปฏิรูปประเทศที่เป็นรูปธรรม เพื่อประโยชน์ของประชาชน ภายในระยะเวลา ๒ ปี (๒๕๖๓ – ๒๕๖๕)

๒) ควรปรับปรุงกระบวนการและวิธีการพิจารณางบประมาณรายจ่ายประจำปี รวมทั้งกระบวนการจัดทำคำของบประมาณ เพื่อให้การดำเนินการตามแผนการปฏิรูปประเทศได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม เพียงพอ และขับเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓) คณะรัฐมนตรีควรกำหนดให้มีการติดตามความคืบหน้าผลการปฏิรูปประเทศในการประชุมคณะรัฐมนตรี รวมทั้งส่วนราชการที่เกี่ยวข้องควรมีการกำหนดให้มีการประชุมหัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เพื่อติดตามความคืบหน้าผลการปฏิรูปประเทศเป็นประจำทุกเดือน

๔) การดำเนินการของระบบติดตามและประเมินผลแห่งชาติ (eMENSCR) พบว่า ยังคงไม่มีการกำกับติดตามอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับไม่มีการกำหนดกรอบการกำกับติดตามความสอดคล้องของแผนปฏิรูปประเทศอย่างแท้จริง กล่าวคือ การนำเข้าโครงการของหน่วยงานเป็นการดำเนินการในลักษณะต่างฝ่ายต่างดำเนินการ ไม่มีการบูรณาการ โดยโครงการที่นำเข้าสู่ระบบไม่สอดคล้องหรือเป็นโครงการที่จัดทำขึ้นจากแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขอย่างแท้จริง ซึ่งเมื่อพิจารณาจึงเห็นว่า การนำเข้าโครงการเช่นนี้ไม่ใช่วัตถุประสงค์ของระบบติดตามและประเมินผลแห่งชาติ (eMENSCR) ดังนั้น สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ควรมีบทบาทในการกำกับติดตามการนำเข้าข้อมูลในระบบดังกล่าวที่มีประสิทธิภาพมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ไม่ควรให้เป็นหน้าที่ของระบบ AI ในการพิจารณา/คัดกรองโครงการในระบบว่าโครงการใดสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับแผนการปฏิรูปประเทศ

❖ ผลการติดตาม เสนอแนะ เร่งรัด กฎหมายภายใต้แผนการปฏิรูปประเทศ  
ณ สิ้นเดือนมีนาคม ๒๕๖๓

#### ➤ การติดตาม เสนอแนะ เร่งรัด ด้านสาธารณสุข

จากการพิจารณาแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ณ สิ้นเดือนมีนาคม ๒๕๖๓ พบว่า กฎหมายภายใต้แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขมีจำนวนทั้งสิ้น ๑๔ ฉบับ มีกฎหมายที่จัดทำและประกาศใช้แล้ว จำนวน ๑ ฉบับ คือ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งยังคงไม่มีกฎหมายที่ดำเนินการแล้วเสร็จเพิ่มเติมจากปี ๒๕๖๒ สำหรับการแก้ไข/ปรับปรุงกฎหมายอื่น ๆ ตามที่กำหนดไว้ พบว่า ยังไม่มีความคืบหน้าในการดำเนินการ อีกทั้งพบว่า พ้นกำหนดระยะเวลาดำเนินการแล้ว

ทั้งนี้ กฎหมายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และมีผลต่อการปฏิรูประบบสาธารณสุขของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ คือ ร่างพระราชบัญญัติคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และการแก้ไขปรับปรุงพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยมีรายละเอียดการดำเนินการ ดังนี้

ชื่อกฎหมาย	กมธ.	ประเด็น	การดำเนินการ	ขั้นตอนปัจจุบัน	ประเด็นปฏิรูปที่
๑. ร่างพระราชบัญญัติคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ....	สธ.	<p>ในแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขมีข้อเสนอเกี่ยวกับการจัดทำกฎหมายเพื่อการปฏิรูปประเทศคือ ร่างพระราชบัญญัติโครงสร้างการบริหารระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ....</p> <p>โดยเห็นควรให้ใช้ชื่อว่า “ร่างพระราชบัญญัติคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ....” แทน ซึ่งเป็นร่างพระราชบัญญัติที่จัดทำโดยคณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ อีกทั้ง เห็นควรให้นำร่างพระราชบัญญัติที่จัดทำโดยคณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ เป็นหลักในการเสนอเป็นกฎหมายใหม่ เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข</p> <p>เหตุผลของการจัดทำร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว คือ เพื่อจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ/จัดตั้ง</p>	<p>- เป็นการจัดทำกฎหมายใหม่ซึ่งมีร่างกฎหมายแล้ว</p> <p>๑) ร่างฉบับของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ</p> <p>๒) ร่างฉบับของกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>- คณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาและส่งคืนร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวมายังกระทรวงสาธารณสุข (ร่างฉบับของกระทรวงสาธารณสุข)</p> <p>- กำหนดระยะเวลาในแผนปฏิรูปฯ ดำเนินการระหว่างปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒</p> <p>ขณะนี้พ้นกำหนดระยะเวลาดำเนินการ</p>	<p>ประเด็นปฏิรูปที่ ๑</p> <p>ระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ</p>

ชื่อกฎหมาย	กมธ.	ประเด็น	การดำเนินการ	ขั้นตอนปัจจุบัน	ประเด็นปฏิรูปที่
		เขตสุขภาพ / คณะกรรมการเขตสุขภาพ เป้าหมาย เพื่อให้ระบบสุขภาพไทยมีเอกภาพ มีการบูรณาการทำงานด้านสุขภาพของทุกหน่วยงาน มีการกระจายอำนาจ และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในการตัดสินใจเพื่อบริหารระบบสุขภาพให้ประชาชนได้ประโยชน์สูงสุดและสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในแต่ละพื้นที่ ภายใต้ทรัพยากรอันจำกัด			
<b>๒. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒</b>	สธ.	- เพื่อให้เป็นกลไกหลักในการจัดการให้เกิดระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มุ่งหวัง	กฎหมายใหม่	ประกาศราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒ และอยู่ระหว่างการจัดทำกฎระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง	ประเด็นปฏิรูปที่ ๔ ระบบบริการปฐมภูมิ
<b>๓. แก้ไขปรับปรุงพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘</b>	สธ.	ปรับปรุงโครงสร้างหน่วยงานที่มีหน้าที่โดยตรง ได้แก่ กรมควบคุมโรค รวมทั้งปรับปรุงระบบงาน กลไก เครื่องมือ ตลอดจนกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ และวิธีการในการรับมือกับโรคติดต่ออันตราย	ปรับปรุงกฎหมายเดิม	ข้อเสนอเพื่อนำไปสู่การปฏิรูประบบความมั่นคงด้านสุขภาพเพื่อรับมือกับโรคอุบัติใหม่และโรคติดต่ออันตราย	ประเด็นปฏิรูปนำเสนอใหม่

ชื่อกฎหมาย	กมธ.	ประเด็น	การดำเนินการ	ขั้นตอนปัจจุบัน	ประเด็นปฏิรูปที่
		โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ เพื่อให้เกิดระบบงาน ความมั่นคงด้านสุขภาพ และกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างระบบสาธารณสุข ระบบบริการสุขภาพ ฝ่ายปกครอง ฝ่ายความมั่นคง ระบบงานด้านเศรษฐกิจและสังคม ทั้งระดับชาติ ระดับกระทรวง และระดับจังหวัด ให้มีประสิทธิภาพ และบูรณาการมากขึ้น			

❖ ผลการติดตาม เสนอแนะโครงการ/กิจกรรม ที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ (Big Rock) ของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ

ข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขประเด็นการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัด (Big Rock) ๕ ประเด็น ดังนี้

โครงการ/กิจกรรม/ ประเด็นปฏิรูปประเทศสำคัญ	ข้อเสนอแนะ
๑. ประเด็นปฏิรูปที่ ๑ : ระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ	<p>๑. ให้ความสำคัญกับการปฏิรูปโครงสร้างการบริหารระบบสุขภาพใน ๓ ระดับ</p> <p>๑) สร้างเอกภาพทางนโยบายระดับประเทศ โดยการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ ตามที่ได้กำหนดไว้ในร่างพระราชบัญญัติคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ....</p> <p>๒) การกระจายอำนาจให้ประชาชนและทุกภาคส่วน รวมทั้งสถานบริการทุกสังกัด เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ (๑๒ เขตสุขภาพ + ๑ เขต กทม.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดตั้งเขตสุขภาพ (เขตของประเทศ)</li> <li>- การจัดตั้งคณะกรรมการเขตสุขภาพ</li> <li>- การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับเขต</li> </ul>



<p>โครงการ/กิจกรรม/ ประเด็นปฏิรูปประเทศสำคัญ</p>	<p>ข้อเสนอแนะ</p>
	<p>๓) สถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข มีความคล่องตัว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการให้ตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่ ภายใต้การมีส่วนร่วมบริหาร โดยประชาชนในระดับจังหวัด ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ</p> <p><b>๒. วิธีการปฏิรูป</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กำหนดพื้นที่ในการปฏิบัติการ (Systematic Sandbox) โดยการศึกษาอย่างมีส่วนร่วมกับประชาชนหน่วยบริการ และผู้เกี่ยวข้อง ภายใต้การออกแบบและปฏิบัติการร่วมกับหน่วยงาน กลาง ได้แก่ ก.พ./ ก.พ.ร./ สตง./ สศช./ สำนักงานประมาณ กรมบัญชีกลาง และ สป.สธ./ สปสช.</li> <li>- ตั้ง Reform Office เพื่อเป็นกลไกสนับสนุนและติดตาม ประเมินผล</li> <li>- มีการสื่อสารกับหน่วยบริการในพื้นที่อย่างกว้างขวาง</li> </ul> <p><b>๓. ระยะเวลา ๒ ปี (ก.ค. ๒๕๖๓ – ส.ค. ๒๕๖๕)</b></p> <p><b>๔. วิธีการประเมิน</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลลัพธ์/ ผลกระทบต่อประชาชนในแง่การลดโรค NCD และการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ โดยการเปรียบเทียบก่อน และหลังการดำเนินการที่ครอบคลุมประเด็น six building blocks (ระบบบริการ การเงินการคลัง กำลังคน ยา/เทคโนโลยี MIS/IT และระบบบริหาร)</li> <li>- วิจัยเชิงประเมินผลของหน่วยงานภายนอก (สวรส./ อว. ฯลฯ)</li> </ul>
<p><b>๒. ประเด็นปฏิรูปที่ ๒ : การปฏิรูป ระบบความมั่นคงด้านสุขภาพ เพื่อรับมือกับโรคอุบัติใหม่และ โรคติดต่ออันตราย (ประเด็นนำเสนอใหม่)</b></p>	<p>๑) ปรับปรุงโครงสร้างหน่วยงานที่มีหน้าที่โดยตรง ได้แก่ กรมควบคุมโรค รวมทั้งปรับปรุงระบบงาน กลไก เครื่องมือ ตลอดจนกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ และวิธีการในการรับมือกับโรคติดต่ออันตราย โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ เพื่อให้เกิดระบบงานความมั่นคง ด้านสุขภาพและกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างระบบสาธารณสุข ระบบบริการสุขภาพ ฝ่ายปกครอง ฝ่ายความมั่นคง ระบบงาน ด้านเศรษฐกิจและสังคมทั้งระดับชาติ ระดับกระทรวง และระดับจังหวัด ให้มีประสิทธิภาพและบูรณาการมากขึ้น</p> <p>๒) เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสาธารณสุข ของประเทศให้เพิ่มมากขึ้น ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(๑) สำหรับโรงพยาบาลทั่วไป โดยเพิ่มปริมาณห้องแยก อุปกรณ์ และขีดความสามารถให้บริการให้เพียงพอ</li> <li>(๒) สำหรับสถานพยาบาลทุกระดับ เร่งรัดพัฒนางานป้องกัน โรคติดต่อในโรงพยาบาล</li> </ul>

โครงการ/กิจกรรม/ ประเด็นปฏิรูปประเทศสำคัญ	ข้อเสนอแนะ
	<p>(๓) เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลจำนวนหนึ่ง (๖ - ๑๒ แห่ง) ให้มีศักยภาพสามารถรับผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายได้แห่งละประมาณ ๑๐ - ๒๐ คน</p> <p>(๔) สำหรับหน่วยงานสาธารณสุขในทุกกระดับ เสริมสร้างศักยภาพในการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ สร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ป้องกัน ตรวจจับ และควบคุมโรค</p> <p>๓) มียุทธศาสตร์ความมั่นคงของชาติในด้านการผลิตและพัฒนาวัคซีน ยา และอุปกรณ์ต่าง ๆ ตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ</p> <p>- เร่งจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมภายในประเทศ เพื่อให้ประเทศไทยมีความสามารถในการพึ่งตนเองได้ทางยา วัคซีน อุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment, PPE) เวชภัณฑ์ที่สำคัญ จำเป็นในภาวะฉุกเฉิน ตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ พร้อมทั้งจัดระบบการส่งเสริมอุตสาหกรรมดังกล่าวอย่างเหมาะสม</p> <p>๔) เร่งรัดพัฒนากำลังคนในสาขาที่สำคัญจำเป็น ทั้งในเชิงเพิ่มปริมาณและความเชี่ยวชาญ เฉพาะสาขาเพื่อให้ประเทศไทยสามารถจัดการกับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด</p> <p>๕) จัดให้มีงบประมาณสนับสนุนการนำเทคโนโลยีและสารสนเทศที่เหมาะสมมาใช้ในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และการบัญชาการเหตุการณ์ที่เกิดจากโรคติดต่ออันตราย โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ</p> <p>๖) ปรับปรุงกฎ ระเบียบ เพื่อให้มีการจัดสรรงบประมาณ แยกเฉพาะ (Contingency Fund) สำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่ออันตราย โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ และเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่สำคัญ</p>
ประเด็นปฏิรูปที่ ๓ : ระบบบริการปฐมภูมิ	<p>๑) มุ่งการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยจัดลำดับความสำคัญเร่งด่วนในพื้นที่เขตเมืองและชนบทเป็นลำดับแรก ควบคู่กับการจัดสรรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวมทั้งเร่งดำเนินการในการศึกษาและสำรวจในการแบ่งเขตพื้นที่บริการสุขภาพปฐมภูมิให้เหมาะสม เพื่อกำหนดรูปแบบ และวางมาตรฐานของการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ดำเนินการภายในปี ๒๕๖๓</p> <p>๒) พัฒนาและเพิ่มศักยภาพให้กับ รพ.สต. เพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นต้น โดยพัฒนาระบบเทคโนโลยีการติดต่อสื่อสารทางการแพทย์ (Telemedicine) เพื่อให้ประชาชน</p>

โครงการ/กิจกรรม/ ประเด็นปฏิรูปประเทศสำคัญ	ข้อเสนอแนะ
	<p>ได้รับการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพจากแพทย์ในโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยลำดับแรกพัฒนาจากระบบเครือข่ายหรือ application ที่มีอยู่ และสร้างระบบการตรวจวินิจฉัยและรักษาขึ้นต้นกับโรงพยาบาลแม่ข่าย และระหว่างแพทย์กับประชาชน รวมทั้งพัฒนาระบบสารสนเทศเข้าสู่ระบบ Big Data ของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป</p> <p><b>ดำเนินการภายในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔</b></p> <p>๓) จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ อย่างน้อย ๓,๒๕๐ หน่วย (ร้อยละ ๕๐ ของแผนทั้งหมด) โดยเป็นหน่วยบริการ ในพื้นที่เขตเมืองและพื้นที่เขตชนบท ไม่น้อยกว่า ๑,๖๒๕ หน่วย (ร้อยละ ๕๐) <b>ดำเนินการภายในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕</b></p> <p>๔) พัฒนารูปแบบในการเพิ่มกำลังการผลิตและมาตรการเพื่อสร้างแรงจูงใจของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การกำหนดสัดส่วนให้แพทย์จบใหม่เรียนเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว</li> <li>- เพิ่มแรงจูงใจเรื่องค่าตอบแทน และคุณค่าในวิชาชีพ</li> <li>- ให้มีทุนการศึกษาของสหสาขาวิชาชีพอื่นในพื้นที่ ให้ได้มีโอกาสเรียนแพทย์</li> <li>- ให้ทุน ODOT หนึ่งตำบลหนึ่งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว</li> </ul> <p><b>ดำเนินการภายในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔</b></p>
<p><b>ประเด็นปฏิรูปที่ ๔ : ระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศสุขภาพ</b></p>	<p>ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนามาตรฐานและจัดการมาตรฐานระบบข้อมูลบริการสาธารณสุขของประเทศตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีข้อเสนอแนะในการก่อให้เกิดมาตรฐานระบบข้อมูลบริการสาธารณสุขของประเทศดังกล่าว คือ</p> <p><b>๑) การจัดทำมาตรฐานข้อมูล</b></p> <p>เร่งรัดให้มีหน่วยงานกลาง คือ สำนักงานงานมาตรฐานและการจัดการระบบสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่กำหนดมาตรฐาน เพื่อเป็นที่ยอมรับของหน่วยงานต่าง ๆ ตามแผนปฏิรูปประเทศได้กำหนดให้มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่จัดการระบบมาตรฐานระบบสาธารณสุขของประเทศ และคณะกรรมการสารสนเทศสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็น Board ของหน่วยงานกลางดังกล่าว เพื่อเกิดการจัดทำมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ ซึ่งเวลาได้ล่วงเลยมาจนถึงปี ๒๕๖๓ ก็ยังไม่เกิดขึ้น</p>

โครงการ/กิจกรรม/ ประเด็นปฏิรูปประเทศสำคัญ	ข้อเสนอแนะ
	<p><b>๒) มาตรฐานด้านกฎหมาย</b>                      ควรให้มีกฎหมายเพื่อคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ หรือกฎหมายอื่นที่รองรับการคุ้มครองข้อมูลเป็นการเฉพาะ เนื่องจาก ปัจจุบันโรงพยาบาลไม่สามารถส่งข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลด้วยกัน นอกจากผู้ป่วยต้องให้ความยินยอม ยกเว้น (๑) กรณีฉุกเฉิน ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมได้ (๒) กรณีโรงพยาบาลส่งข้อมูลระหว่างกันเพื่อการเบิกจ่าย (๓) กรณีทำทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดัน ซึ่งทั้ง ๓ กรณี สามารถดำเนินการได้เฉพาะภายในโรงพยาบาลเครือข่ายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือโรงพยาบาลเอกชนที่ผู้ป่วยให้ความความยินยอมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเท่านั้น</p>
<p>ประเด็นปฏิรูปที่ ๕ : การปฏิรูป การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ</p>	<p>ให้มีการจัดตั้งสถาบันส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เป็นองค์กรกลางที่มีความเป็นอิสระ บริหารจัดการแบบมืออาชีพ โดยเชื่อมโยงกับหน่วยงานในแต่ละพื้นที่</p>

- เสนอโครงการ/กิจกรรมที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ (Big Rock) จากการศึกษาวิเคราะห์ในส่วนที่รับผิดชอบ

โครงการ/กิจกรรม/ ประเด็นปฏิรูปประเทศสำคัญ	ประโยชน์ต่อประชาชน
<p>๑. ประเด็นปฏิรูปที่ ๑ : ระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ</p>	<p>๑. ทำให้เกิดเอกภาพทางนโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศ โดยการมีคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติจะทำให้สามารถกำหนดทิศทางและนโยบายหลักด้านสุขภาพของประเทศ ส่งผลให้มีการดำเนินการในระบบสุขภาพเป็นไปในทิศทางที่พึงประสงค์ มีประสิทธิภาพ มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และลดความเหลื่อมล้ำ ทั้งนี้ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีในภาพรวม</p> <p>๒. เกิดการกระจายอำนาจให้ประชาชนและทุกภาคส่วน รวมทั้งสถานบริการทุกสังกัด เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ (๑๒ เขตสุขภาพ + ๑ เขต กทม.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดตั้งเขตสุขภาพ (เขตของประเทศ)</li> <li>- การจัดตั้งคณะกรรมการเขตสุขภาพ</li> <li>- การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับเขต</li> </ul> <p>๓. สถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข มีความคล่องตัว มีการจัดบริการที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่ ภายใต้การมีส่วนร่วมบริหาร โดยประชาชนในระดับจังหวัดตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ</p>

โครงการ/กิจกรรม/ ประเด็นปฏิรูปประเทศสำคัญ	ประโยชน์ต่อประชาชน
<p>๒. ประเด็นปฏิรูปที่ ๒ : การปฏิรูประบบความมั่นคงด้านสุขภาพเพื่อรับมือกับโรคอุบัติใหม่และโรคติดต่ออันตราย (ประเด็นนำเสนอใหม่)</p>	<p>๑. มีระบบความมั่นคงด้านสุขภาพของประเทศเพื่อเป็นกลไกในการรับมือกับโรคอุบัติใหม่และโรคติดต่ออันตรายที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>๒. มีความเข้มแข็งของระบบบริการสาธารณสุขและโรงพยาบาล รวมทั้งมีบุคลากรที่มีศักยภาพเพื่อรองรับการให้บริการประชาชนในสถานการณ์ของการรับมือกับโรคอุบัติใหม่และโรคติดต่ออันตราย</p> <p>๓. มียุทธศาสตร์ความมั่นคงของชาติในด้านการผลิต และพัฒนาวัคซีน ยา และอุปกรณ์ต่าง ๆ ตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ</p>
<p>ประเด็นปฏิรูปที่ ๓ : ระบบบริการปฐมภูมิ</p>	<p>๑) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยเร่งด่วนในพื้นที่เขตเมืองและชนบท ควบคู่กับการจัดสรรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวมทั้งเร่งดำเนินการศึกษาและสำรวจการแบ่งเขตพื้นที่บริการสุขภาพปฐมภูมิให้เหมาะสม เพื่อกำหนดรูปแบบและวางมาตรฐานของการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ จะทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพในทุกพื้นที่อย่างทั่วถึง</p> <p>๒) ประชาชนได้รับประโยชน์จากการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพให้กับ รพ.สต. เพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้บริการประชาชนในขั้นต้น รวมทั้งมีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีการติดต่อสื่อสารทางการแพทย์ (Telemedicine) เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพจากแพทย์ในโรงพยาบาลแม่ข่าย</p>
<p>ประเด็นปฏิรูปที่ ๔ : ระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศสุขภาพ</p>	<p>๑. การจัดทำมาตรฐานข้อมูล โดยการเร่งรัดให้มีหน่วยงานกลางคือ สำนักงานมาตรฐานและการจัดการระบบสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งทำหน้าที่กำหนดมาตรฐาน เพื่อเป็นที่ยอมรับของหน่วยงานต่าง ๆ และการมีคณะกรรมการสารสนเทศสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็น Board ของหน่วยงานกลางดังกล่าว จะทำให้เกิดการจัดทำมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ ซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับประชาชนและสถานพยาบาลต่าง ๆ ในการให้บริการด้านสุขภาพ</p> <p>๒. การกำหนดให้มีกฎหมายเพื่อคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ หรือกฎหมายอื่นที่รองรับการคุ้มครองข้อมูลเป็นการเฉพาะ เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถส่งข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลด้วยกันได้ โดยจะเป็นประโยชน์สำหรับประชาชนในกรณี</p> <p>(๑) กรณีฉุกเฉิน ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมได้</p> <p>(๒) กรณีโรงพยาบาลส่งข้อมูลระหว่างกันเพื่อการเบิกจ่าย</p> <p>(๓) กรณีทำทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดัน</p>

โครงการ/กิจกรรม/ ประเด็นปฏิรูปประเทศสำคัญ	ประโยชน์ต่อประชาชน
ประเด็นปฏิรูปที่ ๕ : การปฏิรูป การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ	การเร่งรัดให้มีการจัดตั้งสถาบันส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นองค์กรกลางที่มีความเป็นอิสระ และมีการบริหารจัดการแบบมืออาชีพ โดยเชื่อมโยงกับหน่วยงานในแต่ละพื้นที่ จะทำให้เกิดการบูรณาการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนที่มีประสิทธิภาพในทุกด้าน

**การปรับปรุงแผนการปฏิรูปประเทศ**

**ผลการพิจารณา** พระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศ พ.ศ. ๒๕๖๐ กำหนดเกี่ยวกับ ในกรณีมีเหตุจำเป็นต้องแก้ไขปรับปรุงแผนการปฏิรูปประเทศด้านใดเพราะมีการแก้ไขเพิ่มเติมยุทธศาสตร์ชาติหรือแผนแม่บทหรือเพราะเหตุอื่นใด ให้คณะรัฐมนตรีแจ้งให้คณะกรรมการปฏิรูปด้านนั้นดำเนินการแก้ไขปรับปรุงแผนการปฏิรูปประเทศด้านนั้นโดยเร็ว ทั้งนี้ การแก้ไขปรับปรุงแผนการปฏิรูปประเทศดังกล่าว ต้องไม่ขัดหรือแย้งกับผลตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๒๕๘ ของรัฐธรรมนูญ

ทั้งนี้ คณะกรรมการการสาธารณสุข ได้มีการพิจารณาและทบทวนแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และพบว่า แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ในด้านที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข และแผนการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุขยังคงไม่มีความคืบหน้ามากนัก รวมถึงปัญหาอุปสรรคในบางประการ จึงควรมีการพิจารณาทบทวน และจัดลำดับความสำคัญใหม่ โดยคัดเลือกเฉพาะแผนที่มีความเร่งด่วนในการดำเนินการ รวมทั้งเพิ่มเติมแนวทางหลักการสำคัญ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน นำไปสู่การพิจารณาปรับปรุงแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนการปฏิรูปประเทศดังกล่าว ซึ่งสามารถสรุปผลการพิจารณา ดังนี้

**ข้อเสนอการทบทวนและปรับปรุงแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ**  
**(๑๓) ประเด็นการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี**  
**ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา**  
**(กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓)**

ข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (๑๓) ประเด็นการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี

การพิจารณาทบทวนแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (๑๓) ประเด็นการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สรุปได้ ควรมีการพิจารณาทบทวน และจัดลำดับความสำคัญใหม่ โดยคัดเลือกเฉพาะแผนที่มีความเร่งด่วนในการดำเนินการ รวมทั้งเพิ่มเติม แนวทาง หลักการสำคัญเพื่อให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ดังนี้

**แผนย่อยที่ ๑ : การพัฒนาและสร้างระบบรับมือและปรับตัวต่อโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ**

๑.๑ ทบทวนและพัฒนาโครงสร้าง ระบบงาน ตลอดจนกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การป้องกันควบคุมโรคอย่างมีธรรมาภิบาลโดยใช้ข้อมูลความรู้ทางวิชาการและเป็นอิสระในการพัฒนานโยบาย

๑.๒ มียุทธศาสตร์เพื่อเพิ่มความมั่นคงของชาติในด้านการผลิตและพัฒนาเรื่องวัคซีน ยารักษาโรค การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หน้ากาก N95 อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) ตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ

๑.๓ เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ระบบสามารถรับมือและปรับตัวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ ๒ ด้าน คือ ด้านระบบบริการรักษาพยาบาล และด้านระบบเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกันและควบคุมโรค

๑.๔ มีแผนพัฒนากำลังคนทั้งในเชิงเพิ่มปริมาณ และพัฒนาต่อยอดความเชี่ยวชาญ เฉพาะสาขาให้ได้อย่างเพียงพอและยั่งยืน กระจายให้ครอบคลุมในทุกพื้นที่

๑.๕ มีแผนพัฒนาและงบประมาณสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศเพื่อสุขภาพ ในรูปแบบใหม่ ที่เฉพาะเจาะจงและเหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ ไม่ใช่รูปแบบที่ออกแบบจากส่วนกลาง เป็น package

๑.๖ มีแผนจัดสรรงบประมาณแยกเฉพาะ (Contingency Fund) สำหรับสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ โดยเฉพาะเพื่อให้เกิดความรวดเร็วและความคล่องตัว ในการรับมือและจัดการปัญหาเร่งด่วน โดยไม่เกี่ยวข้องหรือกระทบกับงบประมาณที่ใช้รักษาพยาบาล ตามระบบปกติ

**แผนย่อยที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยสนับสนุนการสร้างสุขภาวะที่ดี**

๒.๑ ทบทวนการจัดระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องวิถีชีวิตใหม่ของประชาชน (New Normal Service Delivery) โดยปรับระบบบริการภาครัฐทุกระดับตั้งแต่ตติยภูมิลงไปจนถึงปฐมภูมิ ในระดับจังหวัด รวมถึงการเชื่อมโยงส่งต่อในระดับเขตให้สอดคล้องกับการปรับตัวของประชาชนในการเข้าถึง บริการสุขภาพ ทั้งนี้ ควรทบทวนโดยมิให้เงื่อนไขจากกองทุนสุขภาพมาเป็นอุปสรรคหรือข้อจำกัดในการพัฒนา

๒.๒ สนับสนุนการปฏิรูประบบบริหารจัดการสถานบริการสุขภาพ และการปฏิรูปเขตบริการ สุขภาพ โดยกระจายอำนาจการบริหารทรัพยากรทุกด้านจากรวมศูนย์ที่ส่วนกลางไปยังระดับเขตพื้นที่ ในรูปแบบที่ผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholder) ร่วมออกแบบและตัดสินใจเลือก

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข  
ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา  
(กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓)

การจัดลำดับความสำคัญที่ควรเร่งดำเนินการปฏิรูปประเทศ

๑. ประเด็นปฏิรูปที่เป็นประเด็นสำคัญลำดับแรกที่ต้องดำเนินการในการปฏิรูปประเทศ ดังนี้

๑) การปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิให้ทั่วถึงและมีมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งการปฏิรูประบบบริหารจัดการ

๒) การปฏิรูประบบบริหารจัดการใน ๓ ระดับ ดังนี้

๒.๑) ปฏิรูประบบระบบบริหารจัดการสถานบริการกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ

๒.๒) กระจายอำนาจและให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบสุขภาพในพื้นที่ โดยการจัดตั้งเขตสุขภาพ และจัดให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับเขต (๑๒ เขต ในส่วนภูมิภาค และ ๑ เขต กรุงเทพมหานคร)

๒.๓) การทำให้เกิดเอกภาพทางนโยบายระดับประเทศ โดยการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ

๒. ประเด็นปฏิรูปที่เป็นประเด็นสำคัญลำดับที่สองที่ต้องดำเนินการในการปฏิรูปประเทศ ดังนี้

๑) การพัฒนาระบบบริหารจัดการเทคโนโลยีและสารสนเทศสุขภาพของประเทศ

๒) การปฏิรูปกำลังคนสุขภาพ

๓) พัฒนากลไกการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพ

๓. ประเด็นปฏิรูปด้านสาธารณสุขที่ต้องดำเนินการโดยเร็ว ดังนี้

๑) ระบบหลักประกันสุขภาพ

๒) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๓) การแพทย์ฉุกเฉิน

๔) การคุ้มครองผู้บริโภค

๕) การแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทยเพื่อเศรษฐกิจ

ข้อเสนอในการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศให้เป็นรูปธรรม

๑) คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ควรเป็นผู้มีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนในการหารือร่วมกันของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ นายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และภาคีที่เกี่ยวข้อง ในการนำไปสู่การมีฉันทามติเกี่ยวกับการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะประเด็น Big Rock ที่จะต้องมีการดำเนินการให้ประสบผลสำเร็จภายในปี ๒๕๖๕

๒) คณะกรรมการปฏิรูปประเทศทุกคณะ ควรเข้าไปมีบทบาทและมีส่วนร่วมในกระบวนการพิจารณางบประมาณของประเทศ เพื่อให้การดำเนินการปฏิรูปประเทศได้รับการจัดสรรงบประมาณ และสามารถขับเคลื่อนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ



๓) ข้อเสนอเกี่ยวกับการ Reform Office กำหนดให้สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านต่าง ๆ ปรับบทบาทเพื่อสนับสนุนงานด้านวิชาการและการวิจัยร่วมกับ สวรส. เพื่อรองรับการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

๔) การดำเนินการเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการ ในระยะเวลา ๓ ปีต่อจากนี้ ควรมีการดำเนินการที่ชัดเจน โดยเฉพาะการกำหนดผู้รับผิดชอบในทุกระดับของการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

**ข้อเสนอการทบทวนและปรับปรุงแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข  
ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา  
(สิงหาคม ๒๕๖๓)**

**ข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข**

**ประเด็นการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัด (Big Rock) ๕ ประเด็น ดังนี้**

๑. ประเด็นปฏิรูปที่ ๑ : ระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ
๒. ประเด็นปฏิรูปที่ ๒ : การปฏิรูประบบความมั่นคงด้านสุขภาพเพื่อรับมือกับโรคอุบัติใหม่และโรคติดต่ออันตราย (ประเด็นนำเสนอใหม่)

๓. ประเด็นปฏิรูปที่ ๓ : ระบบบริการปฐมภูมิ
๔. ประเด็นปฏิรูปที่ ๔ : ระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศสุขภาพ
๕. ประเด็นปฏิรูปที่ ๕ : การปฏิรูปการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

**๑. ประเด็นปฏิรูปที่ ๑ : ระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ**

**๑) ให้ความสำคัญกับการปฏิรูปโครงสร้างการบริหารระบบสุขภาพใน ๓ ระดับ**

(๑) สร้างเอกภาพทางนโยบายระดับประเทศ โดยการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ ตามที่ได้กำหนดไว้ในร่างพระราชบัญญัติคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ....

(๒) การกระจายอำนาจให้ประชาชนและทุกภาคส่วน รวมทั้งสถานบริการทุกสังกัดเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ (๑๒ เขตสุขภาพ + ๑ เขต กทม.)

- การจัดตั้งเขตสุขภาพ (เขตของประเทศ)
- การจัดตั้งคณะกรรมการเขตสุขภาพ
- การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับเขต

(๓) สถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข มีความคล่องตัวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการให้ตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่ ภายใต้การมีส่วนร่วมบริหาร โดยประชาชนในระดับจังหวัด ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ

**๒) วิธีการปฏิรูป**

- กำหนดพื้นที่ในการปฏิบัติการ (Systematic Sandbox) โดยการศึกษาอย่างมีส่วนร่วมกับประชาชนหน่วยบริการ และผู้เกี่ยวข้อง ภายใต้การออกแบบและปฏิบัติการร่วมกับหน่วยงานกลาง ได้แก่ ก.พ./ ก.พ.ร./ สตง./ สศช./ สำนักงบประมาณ กรมบัญชีกลาง และ สป.สธ./ สปสช.
- ตั้ง Reform Office เพื่อเป็นกลไกสนับสนุนและติดตามประเมินผล
- มีการสื่อสารกับหน่วยบริการในพื้นที่อย่างกว้างขวาง

๓) ระยะเวลา ๒ ปี (ก.ค. ๒๕๖๓ – ส.ค. ๒๕๖๕)

๔) วิธีการประเมิน

- ผลลัพธ์/ ผลกระทบต่อประชาชนในแง่การลดโรค NCD และการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ โดยการเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการที่ครอบคลุมประเด็น six building blocks (ระบบบริการ การเงินการคลัง กำลังคน ยา/เทคโนโลยี MIS/IT และระบบบริหาร)

- วิจัยเชิงประเมินผลของหน่วยงานภายนอก (สวรส./ อว. ฯลฯ)

**๒. ประเด็นปฏิรูปที่ ๒ : การปฏิรูประบบความมั่นคงด้านสุขภาพเพื่อรับมือกับโรคอุบัติใหม่และโรคติดต่ออันตราย (ประเด็นนำเสนอใหม่)**

๑) ปรับปรุงโครงสร้างหน่วยงานที่มีหน้าที่โดยตรง ได้แก่ กรมควบคุมโรค รวมทั้งปรับปรุงระบบงาน กลไก เครื่องมือ ตลอดจนกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ และวิธีการในการรับมือกับโรคติดต่ออันตรายโรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ เพื่อให้เกิดระบบงานความมั่นคงด้านสุขภาพ และกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างระบบสาธารณสุข ระบบบริการสุขภาพ ฝ่ายปกครอง ฝ่ายความมั่นคง ระบบงานด้านเศรษฐกิจและสังคม ทั้งระดับชาติ ระดับกระทรวง และระดับจังหวัด ให้มีประสิทธิภาพและบูรณาการมากขึ้น

๒) เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศให้เพิ่มมากขึ้น ได้แก่

(๑) สำหรับโรงพยาบาลทั่วไป โดยเพิ่มปริมาณห้องแยก อุปกรณ์ และขีดความสามารถในการให้บริการให้เพียงพอ

(๒) สำหรับสถานพยาบาลทุกระดับ เร่งรัดพัฒนางานป้องกันโรคติดต่อในโรงพยาบาล

(๓) เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลจำนวนหนึ่ง (๖ - ๑๒ แห่ง) ให้มีศักยภาพสามารถรับผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายได้แห่งละประมาณ ๑๐ - ๒๐ คน

(๔) สำหรับหน่วยงานสาธารณสุขในทุกระดับ เสริมสร้างศักยภาพในการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ สร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ป้องกัน ตรวจจับ และควบคุมโรค

๓) มียุทธศาสตร์ความมั่นคงของชาติในด้านการผลิตและพัฒนาวัคซีน ยา และอุปกรณ์ต่าง ๆ ตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ

- เร่งจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมภายในประเทศเพื่อให้ประเทศไทยมีความสามารถในการพึ่งตนเองได้ทางยา วัคซีน อุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment, PPE) เวชภัณฑ์ที่สำคัญจำเป็นในภาวะฉุกเฉินตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ พร้อมทั้งจัดระบบการส่งเสริมอุตสาหกรรมดังกล่าวอย่างเหมาะสม

๔) เร่งรัดพัฒนากำลังคนในสาขาที่สำคัญจำเป็น ทั้งในเชิงเพิ่มปริมาณและความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาเพื่อให้ประเทศไทยสามารถจัดการกับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

๕) จัดให้มีงบประมาณสนับสนุนการนำเทคโนโลยีและสารสนเทศที่เหมาะสมมาใช้เพื่อการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและการบัญชาการเหตุการณ์ที่เกิดจากโรคติดต่ออันตราย โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ

๖) ปรับปรุงกฎ ระเบียบเพื่อให้มีการจัดสรรงบประมาณแยกเฉพาะ (Contingency Fund) สำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่ออันตราย โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ และเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่สำคัญ

### ๓. ประเด็นปฏิรูปที่ ๓ : ระบบบริการปฐมภูมิ

๑) มุ่งการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยจัดลำดับความสำคัญเร่งด่วนในพื้นที่เขตเมือง และชนบทเป็นลำดับแรก ควบคู่กับการจัดสรรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวมทั้งเร่งดำเนินการในการศึกษาและสำรวจในการแบ่งเขตพื้นที่บริการสุขภาพปฐมภูมิให้เหมาะสม เพื่อกำหนดรูปแบบ และวางมาตรฐานของการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ดำเนินการภายในปี ๒๕๖๓

๒) พัฒนาและเพิ่มศักยภาพให้กับ รพ.สต. เพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นต้น โดยพัฒนาระบบเทคโนโลยีการติดต่อสื่อสารทางการแพทย์ (Telemedicine) เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพจากแพทย์ในโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยลำดับแรกพัฒนาจากระบบเครือข่ายหรือ application ที่มีอยู่ และสร้างระบบการตรวจวินิจฉัยและรักษาขั้นต้นกับโรงพยาบาลแม่ข่าย และระหว่างแพทย์กับประชาชน รวมทั้งพัฒนาระบบสารสนเทศเข้าสู่ระบบ Big Data ของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป ดำเนินการภายในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔

๓) จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ อย่างน้อย ๓,๒๕๐ หน่วย (ร้อยละ ๕๐ ของแผนทั้งหมด) โดยเป็นหน่วยบริการในพื้นที่เขตเมืองและพื้นที่เขตชนบท ไม่น้อยกว่า ๑,๖๒๕ หน่วย (ร้อยละ ๕๐) ดำเนินการภายในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕

๔) พัฒนารูปแบบในการเพิ่มกำลังการผลิตและมาตรการเพื่อสร้างแรงจูงใจของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เช่น

- การกำหนดสัดส่วนให้แพทย์จบใหม่เรียนเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
- เพิ่มแรงจูงใจเรื่องค่าตอบแทน และคุณค่าในวิชาชีพ
- ให้มีทุนการศึกษาของสหสาขาวิชาชีพอื่นในพื้นที่ให้ได้มีโอกาสเรียนแพทย์
- ให้ทุน ODOT หนึ่งตำบลหนึ่งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ดำเนินการภายในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔

### ๔. ประเด็นปฏิรูปที่ ๔ : ระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศสุขภาพ

ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนามาตรฐานและจัดการมาตรฐานระบบข้อมูลบริการสาธารณสุขของประเทศตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีข้อเสนอแนะในการก่อให้เกิดมาตรฐานระบบข้อมูลบริการสาธารณสุขของประเทศดังกล่าว คือ

#### ๑) การจัดทำมาตรฐานข้อมูล

เร่งรัดให้มีหน่วยงานกลาง คือ สำนักงานมาตรฐานและการจัดการระบบสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่กำหนดมาตรฐาน เพื่อเป็นที่ยอมรับของหน่วยงานต่าง ๆ ตามแผนปฏิรูปประเทศ ได้กำหนดให้มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่จัดการระบบมาตรฐานระบบสาธารณสุขของประเทศ และคณะกรรมการสารสนเทศสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็น Board ของหน่วยงานกลางดังกล่าว เพื่อเกิดการจัดทำมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ ซึ่งเวลาได้ล่วงเลยมาจนถึงปี ๒๕๖๓ ก็ยังไม่เกิดขึ้น

#### ๒) มาตรฐานด้านกฎหมาย

ควรให้มีกฎหมายเพื่อคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ หรือ กฎหมายอื่นที่รองรับการคุ้มครองข้อมูลเป็นการเฉพาะ เนื่องจากปัจจุบันโรงพยาบาลไม่สามารถส่งข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลด้วยกัน นอกจากผู้ป่วยต้องให้ความยินยอม ยกเว้น (๑) กรณีฉุกเฉิน ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมได้ (๒) กรณีโรงพยาบาลส่งข้อมูลระหว่างกันเพื่อการเบิกจ่าย (๓) กรณีทำทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน

และโรคความดัน ซึ่งทั้ง ๓ กรณี สามารถดำเนินการได้เฉพาะภายในโรงพยาบาลเครือข่ายในสังกัด  
กระทรวงสาธารณสุข หรือโรงพยาบาลเอกชนที่ผู้ป่วยให้ความความยินยอมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเท่านั้น

**๕. ประเด็นปฏิรูปที่ ๕ : การปฏิรูปการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ**

ให้มีการจัดตั้งสถาบันส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นองค์กรกลางที่มีความเป็นอิสระ  
บริหารจัดการแบบมืออาชีพ โดยเชื่อมโยงกับหน่วยงานในแต่ละพื้นที่

## ๒. แนวทางการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

จากสถานการณ์ประชากรปัจจุบัน พบว่า มีอัตราการเกิดน้อยลง ประกอบกับจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลถึงการดำเนินงานของกระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งจะมีภารกิจด้านการจัดการศึกษาน้อยลง และบุคลากรจึงควรจะต้องลดลงตามภารกิจไปด้วย ในขณะที่ตัวกันกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีภารกิจดูแลรักษาสุขภาพจะมีมากขึ้นจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรอัตราตำแหน่งบุคลากรยังไม่สามารถดำเนินการให้สอดคล้องกับสถานการณ์ดังกล่าวได้ โดยอาจจำเป็นในการลดจำนวนบุคลากรด้านการศึกษาลง และเพิ่มบุคลากรด้านสาธารณสุข เพื่อให้สอดคล้องกับภาระงานที่เปลี่ยนแปลงไปของทั้งสองกระทรวงดังกล่าว ยกตัวอย่างเช่น ปัจจุบันภาระงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยสามัญ อายุรกรรมของโรงพยาบาล มีการปฏิบัติหน้าที่ที่มีภาระงานเกินสมควร ประกอบกับหากพยาบาลดังกล่าวเมื่อมีอายุ ๔๕ ปีขึ้นไป ประสิทธิภาพการทำงานในลักษณะเดิมจะเริ่มลดลงตามสุขภาพร่างกาย ดังนั้น การจัดสรรอัตรากำลังเพิ่มของภาครัฐควรคำนึงถึง Full Time Equivalent : FTE หรือลักษณะงานและภารกิจของบุคลากรในกลุ่มดังกล่าวประกอบการพิจารณาด้วย ดังนั้น คณะกรรมการการสาธารณสุขจึงให้ความสำคัญกับอัตรากำลังคนด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงกับภาระงานที่หนักขึ้นในปัจจุบันและในอนาคตที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงต้องการนำข้อมูลด้านอัตรากำลังคนด้านสุขภาพและการเตรียมรับผู้สูงอายุในอนาคต และปัญหาอัตรากำลังคนและแผนอัตรากำลังคน เพื่อร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาพิจารณาหาแนวทางการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในประเด็นดังต่อไปนี้

๑) การดำเนินการตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติและแผนการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุขในเรื่องและประเด็นปฏิรูปที่ ๓ : กำลังคนสุขภาพ

๒) การบริหารจัดการและสภาพปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

๓) อัตราส่วนและความสอดคล้องของแพทย์/พยาบาลต่อผู้ป่วย

๔) ปัญหาภาระงานและการขาดแคลนอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ในสถานบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล

๕) ปัญหาผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงที่ส่งผลกระทบต่อภาระงานของแพทย์และพยาบาล

๖) มาตรการการบริหารจัดการอัตรากำลังข้าราชการพลเรือนสามัญของกระทรวงสาธารณสุขที่ยังคงเกิดสภาพปัญหาการขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะสัดส่วนของแพทย์และพยาบาลที่ไม่สอดคล้องต่อผู้ป่วยจนส่งผลให้สถานบริการสาธารณสุขเกิดปัญหาด้านภาระงาน

๗) การจัดวางโครงสร้างและระบบการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคด้านการขาดแคลนอัตรากำลัง

๘) การบริหารจัดการ และสภาพปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล และทันตแพทย์ ตลอดจนอัตราส่วนความสอดคล้องของแพทย์และพยาบาลต่อผู้ป่วยที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาภาระงานในสถานบริการสาธารณสุข

๙) ปัญหาผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียงที่ส่งผลกระทบต่อภาระงานของแพทย์ และพยาบาล

๑๐) ปัญหาอุปสรรคด้านกฎหมาย และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้ จากเหตุผลความจำเป็นของสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 และกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการวางแผนรับมือการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งมีความจำเป็นต้องเร่งเพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพในเวลาจำกัด เพื่อรองรับการเร่งค้นหาตรวจคัดกรองวินิจฉัยและการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการรุนแรง ที่แม้จะมีการเพิ่มอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ หรือจำนวนเตียงผู้ป่วย แต่หากกำลังคนมีไม่เพียงพอต่อการให้บริการจะไม่สามารถทำให้ผู้ป่วย และประชาชนมีความปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอัตรากำลังอยู่เพียงร้อยละ ๗๐ ของกรอบความต้องการ จึงประสบปัญหาความขาดแคลนรุนแรงมากขึ้นในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ดังนั้น เพื่อรองรับสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของภาระงานจากการระบาดของโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงมีภารกิจที่มีความจำเป็นเร่งด่วนอันหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในการเพิ่มขีดความสามารถด้านกำลังคนให้มีจำนวนเพียงพอ และมีสมรรถนะเหมาะสมในการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลการควบคุม ป้องกันการแพร่กระจายของโรค รวมทั้งการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจ้างงานบุคลากรที่ให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อโดยตรง และสายงานสนับสนุนงานตรวจรักษาวินิจฉัยคัดกรองที่ต้องสัมผัสกับเชื้อโรค ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และสหวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้านสาธารณสุข ในระบบการจ้างงานทางเลือก ซึ่งบุคลากรเหล่านี้เป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม และสั่งสมประสบการณ์การทำงานในสาขาวิชาชีพ เป็นกำลังหลักในการปฏิบัติงานด้านหน้าที่จะต้องทำงานเป็นเวรผลัดตลอด ๒๔ ชั่วโมง รวมทั้งเป็นกำลังหลัก ในการหมุนเวียนไปปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความเสี่ยง ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า บุคลากรในระบบการจ้างงานทางเลือกดังกล่าว มีอัตราการลาออกจางานและอาจเป็นปัจจัยผลักดันให้บุคลากรกลุ่มนี้ลาออกในช่วงที่ประเทศประสบภาวะวิกฤตขาดแคลนกำลังคน กระทรวงสาธารณสุขจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องขออนุมัติตำแหน่งข้าราชการอัตราตั้งใหม่ เพื่อบรรจุบุคลากรดังกล่าวเป็นข้าราชการ รวมทั้งการสร้างขวัญกำลังใจแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานท่ามกลางความเสี่ยง มิฉะนั้น จะเกิดความเสียหายต่อระบบบริการสุขภาพและประชาชน

กรณีดังกล่าว คณะรัฐมนตรีจึงมีมติเห็นชอบอนุมัติอัตราข้าราชการตั้งใหม่ และมาตรการเพิ่มสิทธิประโยชน์อื่นสำหรับบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข รองรับภาวะฉุกเฉินในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ทำให้คณะกรรมการมีการพิจารณาศึกษาแบ่งการพิจารณาออกเป็น ๒ ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ ๑ การบริหารจัดการกำลังพลด้านสุขภาพ ต่อการดำเนินการตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติและแผนการปฏิรูปประเทศ ในเรื่องและประเด็นปฏิรูปด้านกำลังคนสุขภาพและรองรับประชากรผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต และส่วนที่ ๒ การบริหารจัดการการเพิ่มอัตราข้าราชการตั้งใหม่ และมาตรการเพิ่มสิทธิประโยชน์อื่นสำหรับบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขรองรับภาวะฉุกเฉินในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๕ เมษายน ๒๕๖๓

**ส่วนที่ ๑** การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ต่อการดำเนินการตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนการปฏิรูปประเทศ ในเรื่องและประเด็นปฏิรูปด้านกำลังคนสุขภาพ และรองรับประชากรผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต

## **ผลการพิจารณา**

### **สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

**การบริหารอัตรากำลังบุคลากรเพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิรูปด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการ ดังนี้**

ภาพรวมยุทธศาสตร์การดำเนินการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับกรณีที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการมากขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ประเมินว่า ในอนาคตจะมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการใช้บริการ โดยประเด็นที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากร โดยที่ผลการศึกษาเรื่องประชากรของประเทศไทยพบว่า จำนวนประชากรจะไม่เพิ่มขึ้น ในทางกลับกันจะมีจำนวนลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่จะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน ซึ่งส่งผลต่ออัตราการเจ็บป่วยของประชากรที่เข้ารับบริการ โดยปัจจุบันมีอัตราอยู่ที่จำนวน ๓ ครั้งต่อคนต่อปี และเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้บริการของผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นที่มีการใช้บริการอยู่ที่ประมาณ ๑๐ ครั้งต่อคนต่อปี ดังนั้น จึงนำมาสู่การพิจารณาว่า ประเทศไทยจะต้องปรับแนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะต้องนำแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมป้องกันโรคในชุมชน (Community Best) มาเป็นนโยบายสำคัญ เพื่อป้องกันปัญหาการใช้บริการในหน่วยบริการที่จะไม่สามารถรองรับบริการที่เพิ่มขึ้นได้อย่างเพียงพอ

กรณีการบริหารอัตรากำลังในระยะ ๓ ปีที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้รับการจัดสรรตำแหน่งสายงานหลัก (แพทย์และทันตแพทย์) อย่างต่อเนื่อง ส่วนตำแหน่งเภสัชกร คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) ยุติการจัดสรรตำแหน่งดังกล่าวมาเป็นเวลา ๒ ปี โดยในปี ๒๕๖๒ กระทรวงสาธารณสุข จะได้มีการเปลี่ยนรูปแบบการบริหารจัดการรูปแบบใหม่ ซึ่งได้เสนอให้ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุขพิจารณา สำหรับตำแหน่งพยาบาล ในระยะ ๓ ปีที่ผ่านมาจนถึงปี ๒๕๖๒ ได้รับจัดสรรจำนวนรวมกว่า ๑๐,๐๐๐ อัตรา ซึ่งได้บรรจุไปเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ การเสนอแผนปฏิรูปกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการวิเคราะห์ภาระงาน (Full Time Equivalent : FTE) ของหน่วยบริการทั้งหมดภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรวมถึงวิชาชีพอื่น ๆ ด้วย โดยเบื้องต้นได้มีการอนุมัติกรอบอัตรากำลัง ๒ ประเภทคือ ข้าราชการในสำนักงานปลัดกระทรวง มีจำนวนประมาณ ๒๒๕,๑๗๑ อัตรา คิดเป็น ๕๓ % และอีกประมาณ ๑๙๘,๘๑๓ อัตรา คิดเป็น ๔๗ % เป็นบุคลากรประเภทอื่น ซึ่งหมายความรวมถึงลูกจ้างชั่วคราวและพนักงานกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการภายใต้ระเบียบที่กำหนดขึ้นโดยกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีการกำหนดกรอบอัตรากำลัง จากการวิเคราะห์ภาระงานแบบ ๑๐๐ % แต่ต้องบริหารจัดการอัตรากำลังในหน่วยบริการ โดยการผสมผสานกันระหว่างข้าราชการกับการจ้างงานประเภทอื่นที่ต้องใช้เงินบำรุงในการจ้าง ดังนั้น การบริหารกรอบอัตรากำลังในครั้งแรกจึงใช้ ๘๐ % หากส่วนที่เกิน ๘๐ % ให้เป็นอำนาจของผู้ตรวจราชการกระทรวงในการพิจารณา เนื่องจากต้องตรวจสอบสถานะทางการเงินของหน่วยบริการจากกรณีดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงยกเลิกมาตรการ ๘๐ % ไประยะหนึ่ง เพื่อเปิดโอกาสให้หน่วยบริการสามารถจ้างบุคลากรได้ ๑๐๐ % แต่หากเกินกว่าที่กำหนดจะต้องเสนอขออนุมัติต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณาตามความจำเป็นและเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ในหลายเขตสุขภาพ ยังคงใช้แนวปฏิบัติ ๘๐ % อยู่ เนื่องจากสถานะทางการเงินกับการควบคุมทรัพยากรในเขต ทั้งนี้ การเสนอขออัตราตำแหน่งครั้งล่าสุด

กับ คปร. ได้กำหนดเงื่อนไขให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการศึกษาการจ้างงานและอัตราค่าจ้างที่พอเพียง ในอนาคต ซึ่งนำไปสู่การปฏิรูปด้านกำลังคนสุขภาพ ดังนี้

### การดำเนินงานตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติและแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ประเด็นปฏิรูปด้านกำลังคนสุขภาพ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดยุทธศาสตร์กำลังคนเป็นเลิศ ควบคู่กับการจัดบริการ เป็นเลิศ ส่งเสริมป้องกันเป็นเลิศ และบริหารจัดการเป็นเลิศ ดังนี้

เป้าหมายยุทธศาสตร์ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ทั้งนี้ ระบบสุขภาพของประเทศจะต้องไม่เป็นภาระงบประมาณของประเทศ ซึ่งปัจจุบันค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ ๔ ของ GDP ซึ่งถือว่าเป็นสัดส่วนที่ไม่สูง และผลผลิตด้านสุขภาพของประชาชนอยู่ในระดับ ที่สูงกว่าประเทศอื่น ๆ อยู่มาก

#### ยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนเป็นเลิศ ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภายใต้ผลการศึกษารวบรวมกำลังคนระยะ ๒๐ ปี การวิเคราะห์ประเด็นท้าทายทั้งภายใน และภายนอก รวมทั้งข้อเสนอในแผนแม่บทกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ โดยให้มีการดำเนินงานสอดคล้อง กับ Road Map ที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปีด้านสาธารณสุข ซึ่งจะทำได้สามารถบูรณาการ การทำงานกับแผนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงแบ่งมาตรการเชิงยุทธศาสตร์ในแผนนี้เป็น ๔ ระยะ คือ

ระยะที่ ๑ ปฏิรูประบบ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ )

ระยะที่ ๒ สร้างความเข้มแข็ง (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙)

ระยะที่ ๓ สู่อุตสาหกรรม (พ.ศ. ๒๕๗๐ - ๒๕๗๔)

ระยะที่ ๔ เป็น ๑ ใน ๓ ของเอเชีย

นโยบายกระทรวงสาธารณสุข กำหนดแผนการทำงานในกระบวนการ Retreat กระทรวง สาธารณสุข โดยมุ่งเป้าหมายดำเนินการ ในระยะ (สั้น) ๑๐ ปี ดังนี้

แผนระยะที่ ๑ : ก้าวข้ามความขาดแคลน ระยะเวลา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔ (ระยะปฏิรูป ระบบตามยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข)

#### ๑. ปรับทิศระบบบริการ (Re-Orientation Health Service System Shift to Primary Care)

๑.๑ ปรับระบบบริการสุขภาพ โดยมุ่งส่งเสริมบริการปฐมภูมิและบริการนอกโรงพยาบาล

๑.๒ เพิ่มขีดความสามารถ ยกกระดับคุณภาพมาตรฐานบริการโรงพยาบาลตติยภูมิ (แต่ไม่เพิ่มเติมเตียงระยะเฉียบพลัน (Acute Care) ) เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย พัฒนาระบบบริการ รองรับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและการดูแลระยะยาวใกล้บ้าน

๑.๓ ยกกระดับมาตรฐานบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ขยายคลินิกหมอครอบครัว เขตเมือง

๑.๔ ส่งเสริมการจัดบริการร่วมระหว่างหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดอื่นในภาครัฐและเอกชน เพื่อการเข้าถึงบริการของประชาชน

๑.๕ วิจัยและพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค และสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพแก่ประชาชน

๑.๖ พัฒนามาตรฐานบริการที่สอดคล้องกับ Value Based Payment



## ๒. ปรับการจัดสรรการใช้และการกระจายกำลังคน (Re-Allocation, Utilization and Distribution)

๒.๑ เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ตำแหน่งว่าง กระจายอำนาจการบริหารตำแหน่งในระดับเขตสุขภาพ เร่งรัดพัฒนาคุณภาพทางวิชาการเพื่อประเมินระดับสูงขึ้น

๒.๒ ปรับปรุงระบบข้อมูลสารสนเทศกำลังคน เชื่อมโยงข้อมูลกำลังคน ค่าใช้จ่าย และทรัพยากรอื่น เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในการกำหนดนโยบายการบริหารกำลังคน

๒.๓ ส่งเสริมการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้กำลังคน

๑) Lean management

๒) การใช้ผู้ช่วยพยาบาล ใน Skill mix team ของพยาบาลวิชาชีพ

๓) การใช้เทคโนโลยี/อุปกรณ์ทดแทน

๔) Re-Training บุคลากรเพื่อเพิ่มทักษะการทำงานรองรับการปรับทิศระบบบริการ

๒.๔ เตรียมความพร้อมเพื่อปรับเปลี่ยนกำลังคนสู่บริการปฐมภูมิ

๑) ประเมินและพัฒนาระบบการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติ และบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ

๒) พัฒนาระบบการทำงานรองรับกำลังคนสูงอายุ

๓) การสร้างเครือข่ายกำลังคนใน Informal Sector เพื่อร่วมให้บริการ

๒.๕ ทบทวนแผนความต้องการ แผนการผลิต/พัฒนาและการกระจายผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะทาง (แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร และบุคลากรในทีมสุขภาพ) เพื่อสนับสนุนการพัฒนาขีดความสามารถโรงพยาบาลตามแผนบริการ และเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชน

๒.๖ เพิ่มขีดความสามารถของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นแหล่งผลิตและพัฒนาผู้เชี่ยวชาญ

๒.๗ ทบทวนแผนการจัดสรรทรัพยากร อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้กับบุคลากร

๒.๘ แต่งตั้งคณะกรรมการร่วมผู้ใช้ ผู้ผลิต เพื่อทบทวนแผนการผลิตบุคลากร แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และสาขาอื่นที่จะขาดแคลนในอนาคต

๒.๙ ทบทวนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข การจัดสรรนักศึกษาผู้ให้สัญญาเข้าทำงานชุดใช้ทุน ในกระทรวงสาธารณสุข

๒.๑๐ ทบทวนแผนผลิตกำลังคนด้านสุขภาพร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ และสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

## ๓. ปรับทิศทางการอภิบาลระบบบริการสุขภาพไปสู่การกระจายอำนาจภายใต้เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

๓.๑ ศึกษาความพร้อมการถ่ายโอนสถานีนอนมัยในเขตเทศบาลนคร (ระยะแรก : รพ.สต. ในเขตเทศบาลนคร)

๓.๒ สร้างศักยภาพเขตสุขภาพในการออกแบบระบบสุขภาพ และวางแผนกำลังคนให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่

๓.๓ กระจายอำนาจการบริหารกำลังคนและกรอบอัตรากำลังในระดับเขตสุขภาพ

๓.๔ ศึกษาารูปแบบการบริหารองค์กรโรงพยาบาลในอนาคต

๓.๕ พัฒนาระบบการจ้างงานและการจํารักษาบุคลากรไว้ในระบบบริการที่สอดคล้องกับบริบทของวิชาชีพ/พื้นที่/หน่วยบริการ

๓.๖ สนับสนุนการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล/เทคโนโลยี/AI เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Smart Hospitals)

๓.๗ ส่งเสริมการบริหารโรงพยาบาลรูปแบบใหม่ในลักษณะเครือข่ายควมรวมบริการ/บริหาร และการใช้ทรัพยากร สร้างความเข้มแข็งระบบส่งกลับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน

**แผนระยะที่ ๒ : ยกระดับสู่ความพอเพียง** ระยะเวลาปีงบประมาณ ๒๕๖๕ - ๒๕๖๙ (ระยะสร้างความเข้มแข็ง ตามยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข)

๒.๑ ขับเคลื่อนแผนแม่บทกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ โดยความร่วมมือระหว่างกระทรวงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒.๒ ทบทวนแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศเพื่อสร้างขีดความสามารถในการแข่งขัน

๒.๓ ร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศในการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศกำลังคนด้านสุขภาพ ควบคู่ไปกับการดำเนินยุทธศาสตร์ Digital Health ตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งกลุ่มงานประสานนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อทำหน้าที่วิเคราะห์กำลังคนด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข และระดับประเทศ เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบาย รวมทั้งการติดตามประเมินผลนโยบาย

๒.๔ พัฒนาระบบการผลิตและพัฒนาบุคลากรเพื่อรองรับระบบสุขภาพในอนาคต

๑) การผลิตบุคลากรในระดับปริญญาและหลังปริญญา

๒) การพัฒนาบุคลากรระดับเชี่ยวชาญเฉพาะทาง

๒.๕ ถอดบทเรียน/นำร่องการบริหารโรงพยาบาล/บริหารกำลังคนรูปแบบใหม่

ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินการ คือ ขาดกลไกที่มีอำนาจเกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ซึ่งแนวทางเดิมได้กำหนดไว้ภายใต้คณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ ที่จะนำมาเป็นกลไกการแก้ไขปัญหา กำลังคนด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันกลไกดังกล่าวยังไม่มี ความชัดเจนในการขับเคลื่อน จึงต้องปรับทิศทางการดำเนินงานโดยร่วมมือกับกระทรวงอื่น ๆ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ สภาวิชาชีพ สำนักรบประมาณ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาและตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบัน

ทั้งนี้ ในส่วนความแตกต่างของพนักงานราชการกับพนักงานกระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือ พนักงานราชการ เป็นระบบการจ้างในลักษณะสัญญาจ้าง ภายใต้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีประกอบกับสำนักงาน ก.พ. ในส่วนที่กำกับดูแลพนักงานราชการ โดยเป็นลักษณะการเปลี่ยนจากลูกจ้างประจำ เป็นพนักงานราชการ ยกเว้นบางประเภทที่ยุบตำแหน่ง ดังนั้น ตำแหน่งจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามอัตราลูกจ้างประจำที่เกษียณอายุราชการในแต่ละปีจนกระทั่งตำแหน่งลูกจ้างประจำจะหมดไปโดยมีอัตราการจ้างงานที่สูง เนื่องจากการจ้างที่ไม่ถาวร และจ้างบุคคลที่มีทักษะความรู้พร้อมปฏิบัติงานและสามารถปฏิบัติงานได้ทัน สำหรับพนักงานกระทรวงสาธารณสุข เป็นการพัฒนาจากพนักงานลูกจ้างชั่วคราวเดิม โดยยกเว้นไม่อยู่ภายใต้ระเบียบกระทรวงการคลัง เนื่องจากการจ้างตามระเบียบเงินบำรุงของกระทรวงสาธารณสุข โดยปัจจุบันได้เปลี่ยนจากจ้างลูกจ้างชั่วคราวไปเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขเกือบทั้งหมด และกระทรวงจะยุติการเพิ่มอัตราการจ้างลูกจ้างชั่วคราว โดยคงเหลืออัตราไว้เพียงบางส่วน เพื่อลดภาระด้านสิทธิประโยชน์ในการเข้ารับราชการ ดังนั้น แนวโน้มในอนาคตจะมีการบริหารจัดการพนักงานกระทรวงสาธารณสุข เป็นสำคัญ เนื่องจากรูปแบบการจ้างมาตรฐานภายใต้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขเอง สำหรับสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขมีการบริหารจัดการด้วยเงินบำรุงของสถานบริการ

จึงได้รับสิทธิประโยชน์ต่ำกว่าพนักงานราชการเกือบทุกตำแหน่ง แต่พนักงานกระทรวงสาธารณสุขมีการจ้างจำนวนมากกว่า โดยสามารถย้ายข้ามสถานบริการภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้

สำหรับจำนวนข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข ในอัตราร้อยละ ๕๓ จะมีทิศทางเพิ่มขึ้นหรือลดลงหรือไม่นั้น ปัจจุบันยังมีอัตราว่างทุกปีจากการเกษียณอายุราชการที่เพิ่มขึ้น จึงมีการทดแทนตำแหน่งเกษียณรวมถึงตำแหน่งระดับสูง โดยมีการคัดเลือกเข้าสู่ตำแหน่ง ซึ่งจะต้องมีการส่งผลงานทางวิชาการเพื่อเลื่อนเข้าสู่ตำแหน่งทุกปี ซึ่งส่งผลให้การเข้าสู่ตำแหน่งได้ล่าช้าในแต่ละปี (อัตราว่างประมาณเกือบ ๓,๐๐๐ ตำแหน่ง) ดังนั้นอัตราว่างของกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งสิ้นประมาณ ๑๐,๐๐๐ ตำแหน่งต่อปี แต่เมื่อกลางปีงบประมาณก็สามารถบรรจุได้ครบในอัตราว่าง อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้เขตสุขภาพบริหารจัดการตำแหน่งว่างได้เองซึ่งรวมถึงตำแหน่งที่ใช้วิธีการคัดเลือกด้วย เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในเขตสุขภาพ

สำหรับอัตราข้าราชการสายงานหลักและสายงานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายจ้างงาน ร้อยละ ๑๐๐ เนื่องจากเป็นภารกิจหลัก แต่ปัจจุบันยังไม่สามารถดำเนินการได้และที่ดำเนินการอยู่ คือ แพทย์ กำหนดเป้าหมายบรรจุ ร้อยละ ๑๐๐ พยาบาลร้อยละ ๙๐ สหวิชาชีพอื่นสายงานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ร้อยละ ๗๕

### สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.)

ด้วยเลขที่การ ก.พ. ในฐานะที่เป็นฝ่ายเลขานุการร่วมคณะกรรมการคณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) ซึ่งมีรองนายกรัฐมนตรี เป็นประธานคณะกรรมการ โดยที่เมื่อมีการพิจารณาจัดสรรตำแหน่งข้าราชการเพิ่มเติม หรืออัตราเกษียณ คณะกรรมการจะพิจารณาจากเหตุผลและความจำเป็นประกอบกับสถานการณ์ในขณะนั้น ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขมีเหตุผลและความจำเป็นเกี่ยวกับนโยบายเชิงสุขภาพ ซึ่ง คปร. ได้เห็นถึงความจำเป็นดังกล่าว โดยจัดสรรอัตราให้มาอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลา ๑๐ ปี ที่ผ่านมา ไม่ต่ำกว่า ๒๐,๐๐๐ ตำแหน่ง โดยเฉพาะแพทย์ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่เป็นนักเรียนทุนรวมถึงพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้ คปร. ได้ตั้งข้อสังเกตต่อกระทรวงสาธารณสุข คือ ควรมีทิศทางแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนในการพิจารณาปรับปรุงภารกิจของกระทรวงเพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรให้กับรัฐบาล โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรีในปี ๒๕๖๐ ในการจัดทำแผนดังกล่าวข้างต้นของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นทิศทางการผลักดันภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข โดยปรับทิศทางการกิจให้สอดคล้องกับภารกิจปัจจุบัน เช่น การกระจายอำนาจโดยการถ่ายโอนภารกิจบางส่วนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการจ้างเหมาบริการ รวมถึงการลดภาระงานโดยให้มีการนำระบบไอทีมาช่วยดำเนินการ ทั้งนี้ ในส่วนที่ คปร. ควบคุมอัตราคือ ข้าราชการและพนักงานราชการ ซึ่งเป็นการใช้งบประมาณแผ่นดินในการจ้างงาน สำหรับในส่วนลูกจ้างและพนักงานกระทรวงสาธารณสุขเป็นการใช้เงินบำรุงที่มีใช้เงินแผ่นดิน ซึ่งเป็นความตกลงระหว่างกระทรวงกับกรมบัญชีกลางเพื่อพิจารณาการจ้าง อย่างไรก็ตาม คปร. ได้ตั้งข้อสังเกตว่า ในอนาคตอาจเกิดข้อเรียกร้องของลูกจ้างและพนักงานกระทรวงสาธารณสุข เพื่อขอให้บรรจุเป็นข้าราชการซึ่งจะเกิดเป็นภาระงบประมาณกรณีดังกล่าวจึงมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขบริหารจัดการกรณีดังกล่าว เพื่อป้องกันการเรียกร้องต่อไปในอนาคต นอกจากนี้ คปร. ตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับการจ้างงานที่หลากหลาย เพื่อลดภาระงานของข้าราชการในระบบ ทั้งนี้ ปัจจุบันได้มีการขอเพิ่มอัตราแพทย์และทันตแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข คปร. ซึ่งจะได้มีการจัดสรรอัตราให้ตามกรอบที่เสนอ โดยคาดว่าจะจัดสรรได้ครบภายในปี ๒๕๖๔ สำหรับตำแหน่ง

เภสัชกรไม่มีการจัดสรร โดยให้บริหารจัดการภายใต้ตำแหน่งว่างในแต่ละปี ทั้งนี้ การดำเนินการดังกล่าวข้างต้น จะสามารถแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังได้

### สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.)

ด้วยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ซึ่งมีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการจัดโครงสร้างส่วนราชการในกระทรวงต่าง ๆ ทั้งระดับกรม และหน่วยงานภายใต้กรม โดยพิจารณาว่าภารกิจใด ที่มีความจำเป็นจะต้องขยายโครงสร้างส่วนราชการเพื่อรองรับภารกิจในปัจจุบันและในอนาคต รวมทั้งระบบที่เกี่ยวกับการให้บริการประชาชน โดยกำหนดแนวทางรองรับเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพสูงสุด อย่างไรก็ตาม การจัดโครงสร้างส่วนราชการอาจจะไม่มีผลโดยตรงที่จะทำให้ภารกิจของกระทรวงและกรมต่าง ๆ มีประสิทธิภาพเต็มที่ แต่ด้วยการใช้อัตรากำลังมีความเชื่อมโยงกับภารกิจเป็นสำคัญ ดังนั้น ก.พ.ร. ได้ศึกษาแนวทางการจัดการในพื้นที่ต่าง ๆ โดยศึกษาว่า ควรมีการจัดการอย่างไร และในพื้นที่ใด รวมทั้งควรมีการบูรณาการร่วมกันหรือร่วมกับภาคท้องถิ่นอย่างไร เพื่อนำมาพิจารณาส่งเสริมบทบาทหน้าที่ดังกล่าวได้ประการใด โดยการจัดโครงสร้างจะพิจารณาถึงทิศทางการดำเนินงานตามภารกิจของภาครัฐว่าภารกิจใดที่มีความจำเป็นจะต้องมีการดำเนินการและต้องใช้งบประมาณ หรือเป็นภารกิจที่ต้องทบทวนในส่วนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาเห็นว่า การปรับบทบาทภารกิจของกระทรวงในปัจจุบันเป็นทิศทางที่ดี โดยมีการส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและชุมชนจัดการตนเองในเชิงสุขภาพ ทั้งในด้านการดูแลสุขภาพ และการป้องกันโรค ซึ่งมีภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วม เช่น การดูแลผู้ป่วย และการส่งเสริมป้องกันโรค การปรับวิธีการดำเนินงานดังกล่าว จะทำให้สุขภาพชุมชนดีขึ้น นอกจากนี้ ปัจจุบันส่วนราชการต่าง ๆ ได้มีการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ ได้จัดตั้งศูนย์เกี่ยวกับการจัดการผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยให้ศูนย์มีบทบาทเกี่ยวกับการดูแลเชิงป้องกัน และการให้ความรู้ โดยคนในชุมชนดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวทางการบริหารจัดการที่ดีในด้านการปรับบทบาทภารกิจและลดภารกิจของกระทรวงได้เป็นอย่างดี

ทั้งนี้ ก.พ.ร. ได้ดำเนินการร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดำเนินงานด้านการรักษา การป้องกัน และการดูแลเพื่อเชื่อมโยงทุกระดับการดูแลตั้งแต่ระดับชุมชน โดยปรับให้สอดคล้องกับแต่ละพื้นที่ ซึ่งกำหนดให้ประชาชนเป็นเป้าหมาย โดยปัจจุบันมีการนำแอปพลิเคชันการจองคิวมาใช้ในระบบบริการเพื่อลดการรอคอยและความสะดวกแก่ประชาชน ทั้งนี้ จะมีการขยายผลการนำระบบไอทีไปใช้ในระบบอื่น ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานและการอัตรากำลังคนต่อไป

### สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

#### ๑. โครงสร้างประชากรไทยและผลกระทบ

โครงสร้างประชากรไทยจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดปี ๒๕๗๔ เด็กที่จะเป็นกำลังแรงงานในอนาคตลดลง วัยแรงงานต้องดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ อัตราการเกิดลดน้อยลง และประชากรมีอายุยืนขึ้น โดยประชากรในปี ๒๕๖๐ มีจำนวน ๖๕.๕๒ ล้านคน ในปี ๒๕๗๔ มีจำนวน ๖๕.๑๐ ล้านคน เป็นเด็ก ๑๔% วัยแรงงาน ๕๖% และผู้สูงอายุ ๓๐% อัตราส่วนพึ่งพิงรวม ในปี ๒๕๖๐ ประมาณ ๕๓% ในปี ๒๕๗๔ ประมาณ ๗๘% ทั้งนี้ แรงงาน ๑๐๐ คน ต้องรับภาระการดูแลเพิ่มขึ้นถึง ๒๕ คน ใน ๒๐ ปี

ในปี ๒๕๔๘ เข้าสู่สังคมสูงวัย (๖๐ ปี+ > ๑๐%)

ในปี ๒๕๕๘ ประชากรวัยแรงงานเริ่มลดลง

ในปี ๒๕๖๔ จะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (๖๐ ปี+ > ๒๐%)

ในปี ๒๕๗๔ จะเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (๖๐ ปี+ > ๒๘%)

**ผลกระทบของการเข้าสู่สังคมสูงวัยในมิติต่าง ๆ**

- ๑) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรส่งผลให้เด็กมีสัดส่วนลดลง จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการให้ประชากรวัยเจริญพันธุ์มีทัศนคติที่ดีต่อการมีบุตรและสามารถมีบุตรได้ตามประสงค์
- ๒) การขาดแคลนกำลังแรงงาน ต้องเพิ่มผลิตภาพเพื่อรองรับการผลิตที่ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม
- ๓) รายได้จากวัยแรงงานไม่สามารถชดเชยการบริโภคของวัยเด็กและวัยสูงอายุต้องส่งเสริมการออมในทุกช่วงวัยและให้ความรู้เรื่องสุขภาพเพื่อลดการตายก่อนวัยอันควร
- ๔) ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและงบประมาณในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
- ๕) ระบบบริการและโครงสร้างพื้นฐานยังไม่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุต้องพัฒนาสิ่งแวดล้อมและโครงสร้างพื้นฐานให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ
- ๖) ผู้สูงอายุที่โดดเด่นวัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ต้องพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุและการดูแลผ่านชุมชน
- ๗) ผู้สูงอายุกว่าร้อยละ ๔๐ ทำงานนอกระบบ ส่วนใหญ่ยังไม่มีหลักประกันรายได้ต้องส่งเสริมการจ้างงานที่เหมาะสมและเพิ่มโอกาสการเข้าถึงหลักประกันสังคม
- ๘) สังคมพหุวัฒนธรรมจากการเพิ่มขึ้นของแรงงานต่างชาติ ต้องสร้างการยอมรับความหลากหลายทางวัฒนธรรม

**๒. แนวทางการพัฒนาประเทศที่เกี่ยวข้อง**

ประเด็นยุทธศาสตร์ชาติที่เกี่ยวข้องกับการเข้าสู่สังคมสูงวัยตามยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี มี ๓ ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่

- ๑) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์
  - พัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต
  - เสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี
  - สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์
- ๒) ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน สร้างอุตสาหกรรมและบริการแห่งอนาคต ที่ขับเคลื่อนประเทศไทยไปสู่ประเทศพัฒนาแล้วด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยี รวมถึงการพัฒนาอุตสาหกรรมและบริการการแพทย์แบบครบวงจร เพื่อรองรับความต้องการใช้บริการการแพทย์ที่จะเพิ่มมากขึ้นทั้งจากสังคมผู้สูงอายุ
- ๓) ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม
  - เพิ่มผลิตภาพและคุ้มครองแรงงานไทย
  - สร้างหลักประกันทางสังคมที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับคนทุกช่วงวัยทุกเพศภาวะและทุกกลุ่ม
  - รองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ โดยเตรียมความพร้อมในทุกมิติ
  - เพิ่มโอกาสในการทำงานในยามสูงอายุ
  - ส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจในการออมและการลงทุนระยะยาวเพื่อเพิ่มความสามารถในการพึ่งตนเอง

### ประเด็นแผนแม่บทที่เกี่ยวข้องกับการเข้าสู่สังคมสูงวัย

#### ๑) ประเด็นศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต

- ส่งเสริมนโยบายการสร้างสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน
- สนับสนุนครอบครัวในการเลี้ยงดูบุตรและการดูแลผู้สูงอายุ
- เตรียมความพร้อม/ทักษะให้แก่พ่อแม่ก่อนการตั้งครรรภ์ ส่งเสริมอนามัยแม่และเด็กตั้งแต่เริ่มตั้งครรรภ์
- สนับสนุนให้โรงพยาบาลทุกระดับ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินงานตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก
- ส่งเสริมสนับสนุนระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุและจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

#### ๒) ประเด็นอุตสาหกรรมแห่งอนาคต

- ปรับโครงสร้างเศรษฐกิจที่เน้นการสร้างมูลค่าเพิ่มจากเทคโนโลยีและนวัตกรรม ด้วยการพัฒนาและยกระดับอุตสาหกรรมและบริการแห่งอนาคต ได้แก่ อุตสาหกรรมชีวภาพ อุตสาหกรรมและบริการการแพทย์ครบวงจร อุตสาหกรรมและบริการดิจิทัล ข้อมูล และปัญญาประดิษฐ์

#### ๓) ประเด็นความเสมอภาคและหลักประกันทางสังคม

- มุ่งเน้นการสร้างความคุ้มครองทางสังคมขั้นพื้นฐานและหลักประกันทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ

#### ๔) ประเด็นการสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี

- สร้างความรู้ด้านสุขภาพและการป้องกัน/ควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ/การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้
- ปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนตลอดช่วงชีวิตให้มีประสิทธิภาพ โดยอยู่บนพื้นฐานความยั่งยืนทางการคลัง
- กระจายบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ

### ประเด็นปฏิรูปประเทศที่เกี่ยวข้องกับการเข้าสู่สังคมสูงวัย

#### ๑) แผนการปฏิรูปประเทศด้านสังคม

- เรื่องการปฏิรูปการออม สวัสดิการสังคม และการลงทุนเพื่อสังคม เช่น เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารกองทุนการออมแห่งชาติ สร้างระบบให้คนไทยมีบำนาญหลังพ้นวัยทำงาน
- เรื่องกลุ่มผู้เสียเปรียบในสังคม เช่น ขยายอายุเกษียณราชการ แก้ไขบทบัญญัติของกฎหมายที่ให้ผู้สูงอายุสามารถรับงานเป็นชิ้นงาน
- เรื่องการมีส่วนร่วม การเรียนรู้ การรับรู้ และการส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม เช่น ขับเคลื่อนคลังปัญญาผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุ

#### ๒) แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

- การจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ
- การพัฒนาระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศสุขภาพ
- การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
- การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
- การพัฒนาแพทย์แผนไทยและผลิตภัณฑ์สมุนไพร
- การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

## ๓) แผนการปฏิรูปประเทศด้านเศรษฐกิจ

- เรื่องการขยายความคุ้มครองของกองทุนประกันสังคม เช่น ดึงแรงงานนอกระบบเข้าระบบประกันสังคม เพิ่มเพดานเงินสมทบของกองทุนประกันสังคม
- เรื่องการประสานโครงการสวัสดิการในปัจจุบัน เช่น ประสานบูรณาการโครงการสวัสดิการในปัจจุบัน
  - เรื่องเงินบำนาญ เช่น สร้างความยั่งยืนให้แก่ระบบประกันสังคม เพิ่มสมาชิกกองทุนการออมแห่งชาติ กำกับดูแลระบบบำนาญ
  - เรื่องเครื่องใช้ไฟฟ้าอัจฉริยะ เช่น สร้างความสมดุลระหว่างการยกระดับผลิตภาพและแก้ไขปัญหาการสูญเสียแรงงานจากการปรับเปลี่ยนสู่ระบบอัตโนมัติแบบทันที
  - เรื่องการส่งเสริมให้แรงงานเข้าถึงแหล่งทุนเพื่อพัฒนาทักษะอย่างทั่วถึง และเท่าเทียม โดยจัดตั้งองค์กรที่เป็นศูนย์กลางในการจัดสรรทุนการศึกษาเพื่อพัฒนาฝีมือแรงงาน
  - เรื่องการสร้างแรงงานคุณภาพ และเชื่อมโยงแรงงานสู่ตลาดอย่างครบวงจร เช่น ปรับปรุงหลักสูตรระดับอุดมศึกษาร่วมกับภาคเอกชนให้สอดคล้องกับความต้องการแรงงานจัดตั้ง Training Platform และสร้างศูนย์การฝึกอบรมแรงงานโดยความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน จัดให้มี Matching Platform เพื่อสนับสนุนการจัดหาแรงงาน

## ๔) แผนการปฏิรูปประเทศด้านการบริหารราชการแผ่นดิน

- เรื่องกำลังคนภาครัฐมีขนาดที่เหมาะสมและมีสมรรถนะสูงพร้อมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์โดยพัฒนาทักษะ/สมรรถนะใหม่เพื่อสร้างความพร้อมเชิงกลยุทธ์ให้กับกำลังคนภาครัฐ

**จุดเน้นด้านการพัฒนาทุนมนุษย์ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)**

## ๑) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์

- ปรับเปลี่ยนค่านิยมของคนไทย ส่งเสริมการเลี้ยงดูในครอบครัว
- พัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ และการใช้ชีวิตพร้อมเข้าสู่ตลาดงาน
- พัฒนาผู้สูงอายุวัยต้นให้สามารถเข้าสู่ตลาดงานเพิ่มขึ้น
- ยกระดับการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต
- เสริมสร้างสุขภาวะที่ดี

มุ่งเน้นการกำหนดมาตรการดูแลครอบครัวเปราะบาง/พัฒนาระบบติดตาม เพื่อให้ความช่วยเหลือ รวมถึงสร้างมาตรการจูงใจให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการลงทุนพัฒนาด้านสังคม ในรูปแบบใหม่ ๆ ที่เป็นนวัตกรรมทางสังคม

## ๒) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างความเป็นธรรมลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

- เพิ่มโอกาสให้กลุ่มที่มีรายได้ต่ำสุดให้เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพของรัฐ
- สนับสนุนชุมชนให้มีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการและบริการในลักษณะเป็นหุ้นส่วนกับรัฐ

## ๓) ยุทธศาสตร์ที่ ๓ สร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและการแข่งขัน

- พัฒนาความรู้และทักษะทางการเงิน
- วางแผนและพัฒนากำลังคนรองรับอุตสาหกรรมอนาคต

## ๔) ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

- สร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงสภาพ

ภูมิอากาศ

- ๕) ยุทธศาสตร์ที่ ๕ เสริมสร้างความมั่นคงแห่งชาติ
- สร้างจิตสำนึกของคนในชาติให้มีความหวงแหน และธำรงรักษาสถาบันชาติ ศาสนา และพระมหากษัตริย์
- ๖) ยุทธศาสตร์ที่ ๖ การบริหารจัดการภาครัฐ การป้องกันการทุจริต
- ปลุกฝังคนไทยไม่โกงสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมและธรรมาภิบาลในสถานศึกษา
- ๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๗ พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและระบบโลจิสติกส์
- ขยายโครงข่ายอินเทอร์เน็ตให้ได้ ร้อยละ ๘๕ ของหมู่บ้านทั่วประเทศ
- ๘) ยุทธศาสตร์ที่ ๘ พัฒนาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรม
- เร่งผลิตบุคลากรสายวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่มีคุณภาพสอดคล้องกับความต้องการ
- “STEM”
- เร่งสร้างนักวิจัยมืออาชีพ
  - ดึงดูดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ นักวิจัย นักวิทยาศาสตร์ในต่างประเทศให้เข้ามาทำงาน
- ในสถาบันวิจัยและภาครัฐและเอกชน
- ๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๙ พัฒนาภาค เมือง และพื้นที่เศรษฐกิจ
- ลดช่องว่างรายได้และมีการกระจายรายได้ที่เป็นธรรม
  - ส่งเสริมภาคประชาชนและภาคีเข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาท้องถิ่น
- ๑๐) ความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการพัฒนา
- พัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม

#### มาตรการสำคัญรองรับสังคมสูงวัยในปัจจุบัน

มาตรการ : การส่งเสริมการมีบุตร

ในช่วงวัยแรงงาน มีการดำเนินการจัดมาตรการภาษีสนับสนุนการมีบุตรตั้งแต่คนที่ ๒ และเกิดปี ๒๕๖๑ เป็นต้นไป (กค.)

มาตรการ : สวัสดิการทางสังคม

ในช่วงวัยปฐมวัย มีการดำเนินการจัดเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด (พม.) ให้บริการวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด - หัดเยอรมัน (สธ.)

ในช่วงวัยเรียน มีการดำเนินการโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการจัดการศึกษา ตั้งแต่ระดับอนุบาลจนจบการศึกษาขั้นพื้นฐาน (ศธ.) สงเคราะห์เด็กในครอบครัวยากจน (พม.) กองทุนคุ้มครองเด็ก (พม.) กองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา (กค.)

ในช่วงวัยแรงงาน มีการดำเนินการกองทุนทดแทน (รง.) กองทุนสงเคราะห์ลูกจ้าง (รง.) กองทุนเพื่อผู้ใช้แรงงาน (รง.) กองทุนเพื่อผู้รับงานไปทำที่บ้าน (รง.)

ในช่วงสูงอายุ มีการดำเนินการสิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน (พม.) การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) ค่าจัดการศพ (พม.) ที่พิทักษ์และการดูแล (อปท.)

มาตรการ : การสร้างหลักประกันรายได้และการออม

ในช่วงวัยแรงงาน มีการดำเนินการ - กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กค.) ระบบบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (ระบบเดิมของกระทรวงการคลัง) (กค.) กองทุนประกันสังคม (กรณีชราภาพ) (รง.) กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (กลต.) กองทุนการออมแห่งชาติ (กค.) มาตรการบูรณาการระบบบำเหน็จบำนาญ (กค.)



มาตรการ : การพัฒนาผู้สูงอายุ

ในช่วงสูงอายุ มีการดำเนินการโครงการส่งเสริมความร่วมมือส่งเสริมกิจกรรมเพื่อสังคม (กรมกิจการผู้สูงอายุ) การขับเคลื่อนแผนกลยุทธ์ด้านการทำงานของผู้สูงอายุ (รง.) ขยายอายุการจ้างแรงงานผู้สูงอายุ (รง.) การสนับสนุนเงินทุนในการประกอบอาชีพ (กองทุนผู้สูงอายุ) (พม.) การส่งเสริมการมีงานทำของผู้สูงอายุ (กค.) การส่งเสริมการเรียนรู้ในชุมชนชน (กศน./พม./อปท.) โครงการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (ศธ.)

มาตรการ : การย้ายถิ่น

ในช่วงวัยแรงงาน มีการดำเนินการวิชาประเภทพิเศษ (สมาร์ทวิชา) เพื่อดึงดูดนักวิจัยผู้เชี่ยวชาญชาวต่างชาติ ผู้บริหารระดับสูง ผู้ประกอบการสตาร์ทอัพเข้ามาทำงานใน ๑๐ อุตสาหกรรมเป้าหมาย (กต.)

มาตรการ : ระบบสาธารณสุขปโภค/ที่อยู่อาศัย/สภาพแวดล้อม

ในช่วงปฐมวัย มีการดำเนินการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (มท.) สนับสนุนการจัดตั้งศูนย์รับเลี้ยงเด็กในสถานประกอบการให้สามารถหักลดหย่อนภาษีได้ (กค.)

ในช่วงสูงอายุ มีการดำเนินการ กฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา พ.ศ. ๒๕๔๘ (มท.) การพัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวกในภาคขนส่งสำหรับคนพิการและผู้สูงอายุ (คค./พม.) โครงการบริหารจัดการทดลองเดินรถแท็กซี่สำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ (กทม.) นโยบายด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (พม./กรมธนารักษ์/การเคหะแห่งชาติ) ได้แก่ (๑) มาตรการสร้างที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Senior Complex) (๒) มาตรการสินเชื่อที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Reverse Mortgage : RM)

### การดำเนินงานด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่ผ่านมา

#### การวางแผนกำลังคนในภาพรวม

- แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔)

มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๕๙ เห็นชอบแผนดังกล่าวตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นกรอบการพัฒนาด้านสุขภาพของประเทศ ประกอบด้วย ๔ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ เสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ สร้างความเข้มแข็งในการอภิบาลระบบสุขภาพ ทั้งนี้ ด้านกำลังคน มุ่งเน้นการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพในแต่ละพื้นที่ บูรณาการระบบผลิต และสร้างกลไก/ระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพรวมทั้งระบบ

- ร่างแผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๐ อนุมัติการเพิ่มอัตราข้าราชการตั้งใหม่ (พยาบาลวิชาชีพ) และให้กระทรวงสาธารณสุขจัดทำแผนการบริหารจัดการกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขในระยะยาวให้แล้วเสร็จโดยเร็ว เพื่อให้มีข้อมูลความต้องการบุคลากรทางการแพทย์การพยาบาล และที่เกี่ยวข้องอย่างถูกต้อง โดยไม่เป็นภาระงบประมาณจนเกินควร ทั้งนี้ ในการพิจารณาจำนวนความต้องการของบุคลากรข้างต้น ให้กระทรวงสาธารณสุขคำนึงถึงบุคลากรที่มีอยู่ทั้งหมดในภาพรวมของประเทศ ทั้งที่อยู่ในภาครัฐและเอกชน แล้วให้นำเสนอคณะรัฐมนตรีต่อไป ต่อมาคณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) ได้แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และเมื่อวันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๒ คปร. รับทราบ

ร่างแผนดังกล่าว โดยให้กระทรวงสาธารณสุขนำความเห็น คปร. ไปพิจารณาปรับปรุงเพื่อประโยชน์ในการขับเคลื่อน ทั้งนี้ หากกระทรวงสาธารณสุขมีความจำเป็นขอรับจัดสรรอัตราข้าราชการตั้งใหม่ ให้งานความคืบหน้าผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนฯ พร้อมทั้งรายละเอียดแผนปฏิบัติการภายใต้ร่างแผนปฏิรูปกำลังคนฯ เพื่อประกอบการพิจารณาของ คปร. ต่อไป

#### การวางแผนกำลังคนในรายสาขา

- แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๖๕)

ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กรในการป้องกัน/ควบคุมโรคมะเร็ง โดยกำหนดให้วางแผนอัตรากำลัง/ค่าตอบแทน/พัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ด้านรังสีวิทยา เคมีบำบัด และอื่น ๆ วางแผนพัฒนาเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ในการวินิจฉัย/ตรวจรักษาโรคมะเร็ง และจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็งให้ครอบคลุมทั่วทุกภาคของประเทศ ทั้งนี้ ระบุหน่วยงานรับผิดชอบ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงาน ก.พ. มหาวิทยาลัย และสมาคมวิชาชีพต่าง ๆ

#### (ร่าง) แผนประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว พ.ศ. ๒๕๖๓ – ๒๕๘๐

เป้าหมาย คือ ๑. จำนวนประชากรในประเทศไทยมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทการพัฒนาประเทศในแต่ละช่วงเวลาการกระจายตัวของประชากรมีความสมดุลกันในแต่ละพื้นที่ ๒. ประชากรไทยเกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพมีทักษะที่สอดคล้องกับโลกในศตวรรษที่ ๒๑ ๓. ประชากรไทยมีความมั่นคงทางรายได้และทรัพย์สินเพียงพอตลอดช่วงชีวิต และ ๔. มีระบบคุ้มครองทางสังคมรองรับประชากรกลุ่มเสี่ยงให้มีความมั่นคงในการดำเนินชีวิต

ตัวชี้วัด คือ ๑. ดัชนีการพัฒนาศักยภาพมนุษย์มีค่าคะแนนมากกว่าร้อยละ ๐.๙๐ ๒. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีไม่น้อยกว่า ๗๕ ปี ๓. ดัชนีคุณภาพภาวะประชากรสูงอายุ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐ และ ๔. ผลผลิตภาพการผลิตรวมเฉลี่ยไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๓ ต่อปี

#### กรอบแนวทางการพัฒนา คือ

ระยะที่ ๑ การแก้ปัญหาและวางฐานรากทางประชากร (พ.ศ. ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕)

สถานการณ์ : ประชากรไทยยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จุดเน้นการพัฒนา คือ แก้ไขปัญหาและวางรากฐานระยะต่อไป ทั้งพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่เป็นมิตรแก่คนทุกวัย ปรับปรุงกฎระเบียบที่เอื้อต่อการพัฒนาประชากร อาทิ สร้างความสมดุล ระหว่างการทำงานและการดูแลครอบครัว เพิ่มโอกาสในการทำงานของผู้สูงอายุ สร้างความรู้ทางการเงิน และสุขภาพ

ระยะที่ ๒ การพัฒนาและยกระดับคุณภาพประชากรในทุกมิติ (พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐)

สถานการณ์ : จำนวนประชากรเริ่มลดลง แรงงานรุ่นใหม่อย่างเจนเนอเรชันซี/อัลฟา หายใจเข้าสู่วัยแรงงาน วัยสูงอายุเพิ่มขึ้นรวดเร็ว ขณะที่ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี/นวัตกรรมจะมีบทบาทอย่างมากในสังคมไทย

จุดเน้นการพัฒนา คือ ยกระดับบริการทางสังคมเพื่อพัฒนาประชากรให้มีคุณภาพ ตั้งแต่การดูแลเด็กปฐมวัยและผู้สูงอายุ การพัฒนาศักยภาพของแรงงาน ควบคู่กับการนำเทคโนโลยี และนวัตกรรมเข้ามาใช้ในการพัฒนาบริการทางสังคม โดยคำนึงถึงการเข้าถึงของคนทุกกลุ่มในสังคม

**ระยะที่ ๓** การเติมเต็มคุณภาพประชากรที่ทั่วถึงและสร้างสมดุลประชากร (พ.ศ. ๒๕๗๑ - ๒๕๗๕)

สถานการณ์ : ประชากรไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะวัยแรงงานและมีการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศเป็นไปโดยง่าย

จุดเน้นการพัฒนา คือ ขยายบริการทางสังคมให้ครอบคลุมทั้งศูนย์เด็กเล็กที่มีคุณภาพพัฒนาทักษะแรงงานรวมถึงบริการจัดการด้านการย้ายถิ่น โดยสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการย้ายถิ่นและการดึงดูดแรงงานไทย/ต่างชาติที่มีทักษะสูงให้เข้ามาเป็นกำลังแรงงานของประเทศ เพื่อสร้างความสมดุลประชากร

**ระยะที่ ๔** ประชากรทุกคนได้รับการพัฒนาเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ มีส่วนร่วมยกระดับการพัฒนาประเทศสู่การเป็นประเทศพัฒนาแล้ว (พ.ศ. ๒๕๗๖ - ๒๕๘๐)

สถานการณ์ : ประชากรไทยมีผู้สูงอายุกว่า ๑ ใน ๓ ขณะที่โลกไร้พรมแดน/มีการผสมผสานทางวัฒนธรรม รูปแบบการจ้างงาน/การทำงานที่ไม่จำกัดตามภูมิประเทศ

จุดเน้นการพัฒนา คือ พัฒนาระบบบริการคุ้มครองทางสังคมที่มีความยืดหยุ่น/เหมาะสมเฉพาะกลุ่ม และสามารถเชื่อมโยงกับระบบของต่างประเทศได้ รวมถึงสร้างการมีส่วนร่วมของประชากรภายในประเทศที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมให้สามารถยกระดับการพัฒนาประเทศสู่การเป็นประเทศพัฒนาแล้ว

#### **ประเด็นการพัฒนา ๕ ประเด็น คือ**

๑. การพัฒนาระบบสนับสนุนให้ประชากรวัยเจริญพันธุ์มีทัศนคติที่ดีต่อการมีบุตร และสามารถมีบุตรได้ตามความประสงค์
๒. การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดการตายก่อนวัยอันควร
๓. การพัฒนาระดับผลิตภาพประชากร
๔. การบริหารจัดการด้านการย้ายถิ่น
๕. การยกระดับความมั่นคงในชีวิต

#### **หลักการหรือวิธีคิดต่อการเสนอความเห็นในประเด็นอัตรากำลังคนด้านสาธารณสุขและงบประมาณที่ใช้ด้านสาธารณสุข**

สำหรับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างมากของกระทรวงสาธารณสุขหรือประเด็นผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นสภาพพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติให้ความสำคัญและตระหนักอย่างยิ่งตั้งแต่เมื่อประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย ในปี ๒๕๔๘ โดยมีการนำตัวเลขบัญชีรายได้ประชาชาติ และรายจ่ายมาพิจารณาจัดทำเป็นกราฟเพื่อให้เห็นข้อมูลว่า หากให้สวัสดิการเช่นเดิมค่าใช้จ่ายของประเทศจะเป็นอย่างไร ซึ่งพบว่าจะมีค่าใช้จ่าย จำนวน ๑.๘ ล้านล้านบาท ในอีก ๔๐ ปีข้างหน้า ดังนั้น สิ่งที่สภาพพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จะพิจารณาต่อไป คือ ระบบสุขภาพจะเป็นอย่างไร เช่น การป้องกันควรมาก่อนการรักษา ฉะนั้น ในยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนการปฏิรูปประเทศ จึงมีการกล่าวถึงและให้ความสำคัญกับระบบปฐมภูมิ โดยเป็นการป้องกันและการให้ความรู้ด้านสุขภาพตั้งแต่เด็กเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีอย่างยาวนานที่สุด ซึ่งจะสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ นอกจากนี้ ประเด็นความรู้ด้านสุขภาพเมื่อเทคโนโลยีเข้ามามีอิทธิพลในสังคมปัจจุบัน แต่ยังไม่มีความรู้ที่คนแต่ละกลุ่มจะนำไปใช้ได้อย่างถูกต้อง ดังนั้น จะทำอย่างไรให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ตั้งแต่แรกเกิด โดยประเด็นสำคัญในยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนการปฏิรูปประเทศ รวมทั้งแผนพัฒนา

เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จึงให้ความสำคัญอย่างมากในประเด็นดังกล่าว คือ ระบบปฐมภูมิและความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กรณีเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ การกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพ เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยบริการที่ใหญ่ที่สุด มีประชาชนไปใช้บริการมากที่สุด ดังนั้น ในฐานะที่เป็นผู้ที่มีส่วนในการให้บริการมากที่สุดจึงควรเป็นเจ้าภาพในการหารือเกี่ยวกับการผลิตบุคลากร ซึ่งหลายหน่วยงานเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น มหาวิทยาลัย ดังนั้น จึงกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดทำแผนกำลังคนด้านสาธารณสุข ในภาพรวมของประเทศ ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขอาจลดภาระของตนเองได้ด้วยการกระจายอำนาจให้พื้นที่ต่าง ๆ บริหารจัดการตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี

การพิจารณาในภาพรวมการพัฒนาประเทศ ไม่ได้พิจารณาจากองค์ประกอบจากประเด็นค่าใช้จ่าย ด้านสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว โดยการพิจารณางบประมาณในการลงทุนนั้นพยายามปรับโครงสร้างการผลิต ให้สามารถสร้างรายได้ให้กับประเทศ และอีกส่วนหนึ่ง คือ งบประมาณสำหรับการดูแลประชาชน ซึ่งหากทั้งสองส่วนสามารถขยับขึ้นไปพร้อมกันได้ก็อาจจะสามารถรักษาความอยู่ดีมีสุขของประชาชนได้ นอกจากนี้ ด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ดีขึ้นก็จะเข้ามาช่วยเหลือผู้สูงอายุในอนาคตได้มากขึ้น เพราะปัจจุบันไม่สามารถให้เด็กเกิดได้มากกว่านี้ มีปัญหากระทบต่อจำนวนบุคลากรในสาขาต่าง ๆ ที่ลดลง

นอกจากนี้ โครงการต่าง ๆ ที่เสนอเข้ามายังเป็นเรื่องการแก้ไขปัญหามากกว่าการเสนอแนวทางในการพัฒนา ทำให้งบประมาณกระจายไม่รวมเป็นก้อนที่จะทำให้เกิดผลต่อการเปลี่ยนแปลง ดังนั้น จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย แต่ขณะนี้เริ่มเห็นทิศทางที่ดีขึ้น กล่าวคือ มีความพยายามดำเนินการในภาพรวมของประเทศ แต่ทั้งนี้ก็ไม่สามารถให้งบประมาณแก่ด้านใดด้านหนึ่งเป็นการเฉพาะได้ เพราะต้องมีงบประมาณส่วนที่กระจายไปสู่การพัฒนาประเทศด้านอื่นด้วย

### ชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย

ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มหลักคือ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ ซึ่งเกิดจากการกระจายตัว ส่วนใหญ่มีการกระจุกตัวอยู่ที่จังหวัดใหญ่ ๆ จำนวนมาก ปัญหาอยู่ในอำเภอเล็ก ๆ ที่มีการบรรจุใหม่ แล้วมีการลาออก ก็จะมีการบรรจุใหม่อยู่เรื่อย ๆ เหตุผลเกิดจากแรงจูงใจในการดึงดูดแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ ไม่มากพอ และนโยบายหลักที่พยายามผลักดันให้เปิดคลินิกหมอครอบครัว ทั้งนี้ หากพิจารณาอัตรากำลังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พบว่า แนวทางการแบ่งอัตรากำลังใน รพ.สต. เช่น รพ.สต. ที่มีประชากรมากกว่า ๘,๐๐๐ คน แต่มีจำนวนพยาบาลไม่เพียงพอ ดังนั้น จึงควรกำหนดอัตรากำลังพยาบาลให้มีความเหมาะสมในพื้นที่ที่มี รพ.สต. ที่มีประชากรจำนวนมาก โดยเฉพาะใน รพ.สต. ที่มีกำหนดเปิดคลินิกหมอครอบครัวซึ่งต้องให้ความสำคัญเป็นลำดับแรก

ปัญหาผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียง สำหรับภาระงานของแพทย์และพยาบาลเป็นปัญหาการลงข้อมูลที่มีจำนวนมาก เช่น ข้อมูลตัวชี้วัด การส่งข้อมูลเพื่อการเบิกจ่าย หากมีการแก้ไขปัญหานี้จะทำให้แพทย์และพยาบาลมีเวลาในการดูแลคนไข้ผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงได้ดีขึ้น

ปัญหาอุปสรรคด้านกฎหมาย พบว่า มีความไม่สะดวกในการจ้างพยาบาลหรืออัตรากำลังอื่นทดแทนในกรณีที่มีการจ้างออกซึ่งมีหลายขั้นตอน ควรให้จังหวัดหรือสาธารณสุขจังหวัดสามารถบริหารจัดการอัตรากำลังในพื้นที่ได้ โดยมีการวางกรอบอำนาจหน้าที่ไว้เพื่อให้สามารถดำเนินการบริหารจัดการได้

## ชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

ประเด็นการบริหารจัดการและสภาพปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังคนด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล และทันตแพทย์ ตลอดจนอัตราส่วนความสอดคล้องของแพทย์และพยาบาลต่อผู้ป่วยที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาภาระงานในสถานบริการสาธารณสุข

สัดส่วนร้อยละการกระจายบุคลากร (วิชาชีพขาดแคลน) ๔ สาขา ตามสังกัดระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๒๔ – ๒๕๖๐ พบว่า อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเภสัชกร แนวโน้มดีขึ้น ดังนี้

บุคลากรสาขา/สังกัด	๒๕๒๔	๒๕๕๖	๒๕๖๐
- แพทย์			
กระทรวงสาธารณสุข	๔๘.๕	๕๘.๘	๔๓.๔
ภาครัฐอื่น	๔๔.๘	๒๓.๒	๒๓.๕
เอกชน	๖.๗	๑๘	๓๓.๑
- พยาบาลวิชาชีพ			
กระทรวงสาธารณสุข	๔๗.๘	๗๒.๔	๖๖.๖
ภาครัฐอื่น	๔๓.๗	๑๖.๗	๑๖.๕
เอกชน	๘.๕	๑๐.๙	๑๖.๙
- ทันตแพทย์			
กระทรวงสาธารณสุข	๒๗.๕	๖๐.๗	๔๔.๑
ภาครัฐอื่น	๕๕.๗	๑๓.๓	๔.๔
เอกชน	๑๖.๘	๒๖	๕๑.๕
- เภสัชกร			
กระทรวงสาธารณสุข	๑๘.๙	๖๕.๗	๗๒.๑
ภาครัฐอื่น	๑๗.๘	๙.๖	๑๑.๔
เอกชน	๕.๗	๒๒.๓	๑๖.๕

การผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ ๔ สาขาหลักในประเทศไทย (ข้อมูลแผนการผลิตระหว่างปี ๒๕๕๖ – ๒๕๗๐ จากการสำรวจในปี พ.ศ. ๒๕๖๐)

สาขาแพทย์	จำนวนสถาบันรัฐ ๑๙ แห่ง	จำนวนการผลิต ๓,๒๘๘ คนต่อปี
	จำนวนสถาบันเอกชน ๒ แห่ง	จำนวนการผลิต ๑๑๘ คนต่อปี
	รวมจำนวนสถาบัน ๒๑ แห่ง	รวมจำนวนการผลิต ๓,๓๓๖ คนต่อปี
สาขาพยาบาลวิชาชีพ	จำนวนสถาบันรัฐ ๖๓ แห่ง	จำนวนการผลิต ๘,๒๐๐ คนต่อปี
	จำนวนสถาบันเอกชน ๑๑ แห่ง	จำนวนการผลิต ๒,๕๐๐ คนต่อปี
	รวมจำนวนสถาบัน ๘๖ แห่ง	รวมจำนวนการผลิต ๑๐,๘๔๓ คนต่อปี
สาขาทันตแพทย์	จำนวนสถาบันรัฐ ๑๑ แห่ง	จำนวนการผลิต ๘๒๖ คนต่อปี
	จำนวนสถาบันเอกชน ๕ แห่ง	จำนวนการผลิต ๒๐๐ คนต่อปี
	รวมจำนวนสถาบัน ๑๓ แห่ง	รวมจำนวนการผลิต ๙๗๐ คนต่อปี
สาขาเภสัชกร	จำนวนสถาบันรัฐ ๑๔ แห่ง	จำนวนการผลิต ๑,๗๐๐ คนต่อปี
	จำนวนสถาบันเอกชน ๕ แห่ง	จำนวนการผลิต ๓๐๐ คนต่อปี
	รวมจำนวนสถาบัน ๑๙ แห่ง	รวมจำนวนการผลิต ๒,๐๐๐ คนต่อปี

ความหนาแน่นของบุคลากรสุขภาพ ๔ สาขา ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๒๒ - ๒๕๖๐ (อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร)

	พ.ศ. ๒๕๒๒	พ.ศ. ๒๕๕๖	พ.ศ. ๒๕๖๐
แพทย์	๑ ต่อ ๗,๐๐๐	๑ ต่อ ๒,๔๐๐	๑ ต่อ ๑,๔๔๘
พยาบาล	๑ ต่อ ๒,๖๐๐	๑ ต่อ ๕๐๐	๑ ต่อ ๔๐๗
ทันตแพทย์	๑ ต่อ ๔๕,๐๐๐	๑ ต่อ ๘,๔๐๐	๑ ต่อ ๕,๕๙๒
เภสัชกร	๑ ต่อ ๑๘,๐๐๐	๑ ต่อ ๕,๕๐๐	๑ ต่อ ๕,๒๙๘

การคาดประมาณประชากร พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๘๓ ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จำนวน ๖๗,๖๕๓,๐๐๐ คน

**ปัญหาผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียง**

แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สัดส่วนที่เหมาะสม คือ ๑ : ๕๐,๐๐๐ ประชากรทั้งประเทศ โดยประเทศไทยควรมี จำนวน ๑,๓๖๐ คน แต่ปัจจุบันมีอยู่จริง ๕๐ คน ยังขาดอีก ๑,๓๑๐ คน ซึ่งผลิตได้ปีละ ๖ คน จะต้องใช้เวลาผลิต ๒๑๘ ปี ฉะนั้น การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยติดเตียงจะต้องเพิ่มบุคลากรให้เพียงพอ โดยเฉพาะผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ และมีการบูรณาการร่วมกันส่วนอื่น ๆ ซึ่งสุดท้ายผู้สูงอายุต้องกลับสู่ชุมชนและบ้าน โดยมีชุมชนช่วยกันดูแล

ในการคิดอัตรากำลังในแต่ละโรงพยาบาลใช้วิธีคิด Full-Time Equivalent (FTE) คำนวณจากภาระงาน (Workload) เปรียบเทียบแต่ละวิชาชีพว่า แต่ละโรงพยาบาลควรมีจำนวนเท่าไร ยกเว้นงานปฐมภูมิที่คิดตามจำนวนประชากร ทั้งนี้ การคิด FTE คำนวณจากภาระงานในปี ๒๕๕๖ ซึ่งการคำนวณจะไม่สอดคล้องกับภาระงานปัจจุบัน พบว่า จำนวนวิชาชีพแพทย์ พยาบาล และทันตแพทย์ขาดแคลน ในแต่ละเขต สูงกว่าร้อยละ ๘๐

อัตราการครองเตียงของโรงพยาบาล ระดับ A คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๘๖๗๑ โรงพยาบาลระดับ S คิดเป็นร้อยละ ๘๖.๗๑๕๖ โรงพยาบาล ระดับ M1 คิดเป็นร้อยละ ๗๔.๐๖๘๗ โรงพยาบาล ระดับ M2 คิดเป็นร้อยละ ๗๕.๔๔๙๔ โรงพยาบาล ระดับ F1 คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๒๑๙๘ โรงพยาบาล ระดับ F2 คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๔๘๑๘ โรงพยาบาล ระดับ F3 คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๘๓๐๗

ปัญหาผู้สูงอายุ ใน ๒๕๔๔ - ๒๕๖๔ มีประชากรผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ ๒๐ ผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มมีภาระพึ่งพิงมากขึ้น ซึ่งโรคที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เช่น ๑) ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ปี ๒๕๕๙ พบจำนวน ๖๑๗,๐๐๐ คน และปี ๒๕๘๐ คาดการณ์ว่าจะมีจำนวน ๑,๓๕๐,๐๐๐ บาท ซึ่งจะพบในประชากรที่มีอายุ ๖๐ - ๖๙ ปี พบร้อยละ ๑ - ๒ ประชากรที่มีอายุ ๗๐ - ๗๙ ปี พบร้อยละ ๘ ประชากรที่มีอายุ มากกว่า ๘๕ ปี พบร้อยละ ๕๐ การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ๑ คน ใช้ผู้ดูแลอย่างน้อย ๒ คน ๒) การหกล้มของผู้สูงอายุปรากฏว่าความชุกหกล้มในชุมชน มีจำนวนร้อยละ ๒๐ ผู้สูงอายุที่รับการรักษาจากหกล้ม ครึ่งหนึ่งเสียชีวิตภายใน ๑ ปี การหกล้มเป็นสาเหตุหลักของกระดูกสะโพกหักและภาวะติดบ้านติดเตียง

**กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกรอบแนวทางบูรณาการขับเคลื่อนระบบสุขภาพเพื่อดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้**

- กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มสุขภาพที่ช่วยเหลือตัวเองได้ปกติ กลุ่มเจ็บป่วยเฉียบพลัน ฟันฟูได้ กลุ่มเจ็บป่วยเรื้อรังและมีภาวะพึ่งพิง และกลุ่มป่วยระยะสุดท้าย
- รูปแบบบริการ ได้แก่ การส่งเสริมป้องกัน/คัดกรองสุขภาพ การดูแลระยะวิกฤติ-เฉียบพลัน/ระยะกลาง (IMC) การดูแลระยะยาว (LTC) และการดูแลระยะสุดท้าย

- เป้าหมาย ได้แก่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเอง/ผู้อื่น มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เข้าถึงระบบรักษา และฟื้นฟูที่มีมาตรฐานและครอบคลุม รับการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการในภาวะที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ บรรเทาความทรมานและเสียชีวิตอย่างสงบสุข

- มาตรการ ได้แก่ ๑. ส่งเสริมให้กลุ่ม Pre-aging มีความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพและส่งเสริมให้กลุ่ม pre-aging/aging ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ๒. พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพ และการรักษาที่ได้มาตรฐาน ครอบคลุม ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ๓. ยกระดับการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพภายใต้ความร่วมมือภาคีเครือข่ายชุมชนและครอบครัว และ ๔. คงคุณภาพชีวิตจากโรคที่คุกคาม ป้องกัน /บรรเทาความทรมาน/หลีกเลี่ยงการรักษาที่ยืดชีวิตที่ไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย

### ข้อเสนอในการดูแลผู้สูงอายุ

๑. ข้อเสนอด้านวิชาชีพอื่น ๆ เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลได้เฉพาะแพทย์ และพยาบาล วิชาชีพอื่น ๆ ที่จำเป็น ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักกำหนดอาหาร นักโภชนาการ เป็นทีม Primary care ในชุมชนช่วยกันดูแล Care giver, Long term care

๒. ข้อเสนอด้านการพัฒนาบุคลากรทุกระดับ บรรลุความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในทุก Level พัฒนา Care giver และมีค่าตอบแทน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

รูปแบบการจัดบริการ เนื่องจากโรงพยาบาลโดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป มีความแออัดค่อนข้างมาก ส่วนใหญ่เป็นบริการที่ดูแลแบบโรค ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยแบบการใช้ชีวิตประจำวัน จึงควรแยกการให้บริการผู้ป่วยให้เหมาะสม เปลี่ยนการดูแลจาก Disease oriented เป็น Functional ability Focus มีการแยกบริการจัดให้มี integrated elderly healthcare ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องจัดให้อยู่ในโรงพยาบาลก็ได้เพื่อช่วยลดต้นทุนและสามารถใช้ non-healthcare มาช่วยดูแลได้

ในด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จากข้อมูลของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย พบว่า มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ทั้งในด้านการส่งเสริมการทำงานของผู้สูงอายุ กองทุนต่าง ๆ

อัตราส่วนภาระพึ่งพิง ของวัยแรงงานต่อผู้สูงอายุ ปี ๒๕๕๑ วัยแรงงาน ๖.๑ คน ดูแลผู้สูงอายุ ๑ คน ปี ๒๕๕๒ วัยแรงงาน ๕.๗ คน ดูแลผู้สูงอายุ ๑ คน ปี ๒๕๖๓ วัยแรงงาน ๓.๘ คน ดูแลผู้สูงอายุ ๑ คน และปี ๒๕๗๓ วัยแรงงาน ๒.๔ คน ดูแลผู้สูงอายุ ๑ คน

### ข้อมูลในระดับเขตสุขภาพ และระดับโรงพยาบาล สรุปได้ดังนี้

ด้วยข้อจำกัดด้านอัตรากำลังพลของบุคลากร รวมถึงข้อจำกัดด้านงบประมาณ กระทรวงสาธารณสุข ต้องใช้วิธีการคำนวณ FTE เพื่อกำหนดกรอบอัตรากำลัง แต่จะเห็นว่า การคิด FTE เป็นข้อมูลตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ มีการประกาศใช้ปี ๒๕๕๙ บรรลุคนในปี ๒๕๖๐ จึงเห็นว่ากระบวนการตั้งแต่ต้นไม่สอดคล้องกับปัจจุบัน ต่อมา มีมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๑ มีผลบังคับใช้วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ ได้กำหนดอัตราราชการจัดสรรคนตำแหน่งที่ว่างจากผลการเกษียณอายุ (จำแนกตามประเภทตำแหน่ง) เพื่อมิให้จำนวนข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุขลดลงเพื่อช่วยการขาดแคลนอัตรากำลังของกระทรวงสาธารณสุข

## ข้อมูลบริการ ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๒

	ปี ๒๕๕๘	ปี ๒๕๖๒	ลด-เพิ่ม
ข้อมูลประชากร	๖๕,๗๒๙,๐๙๘	๖๕,๙๓๑,๕๕๐	+ ๑.๐๔
OPD/ครั้ง	๒๖๑,๙๙๗,๓๓๒	๓๐๒,๗๒๐,๔๕๘	+ ๑๕.๕๔
Sum Adjrw (คนไข้ใน)	๓,๒๕๑,๔๘๐.๘๔	๖,๙๘๖,๕๓๑.๗๒	+ ๑๑๔.๘๗
CMI (ความยากง่าย)	๐.๕๔	๑.๑๔	+ ๑๑๑

แสดงว่า นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เพิ่มคุณภาพการทำงานในภาระงานที่มากขึ้น

ยกตัวอย่างอัตรากำลังคน ในเขตสุขภาพที่ ๕ ข้าราชการ กำหนดกรอบอัตรากำลัง ๑๗,๑๑๔ อัตรา มีตำแหน่งว่าง ๑,๔๗๘ อัตรา พนักงานราชการ กำหนดกรอบอัตรากำลัง ๙๓๐ อัตรา มีตำแหน่งว่าง ๑๐๕ อัตรา พนักงานกระทรวงฯ กำหนดกรอบอัตรากำลัง ๙,๘๓๗ อัตรา มีตำแหน่งว่าง ๖๙๑ อัตรา ลูกจ้างประจำ กำหนดกรอบอัตรากำลัง ๑,๔๙๓ อัตรา มีตำแหน่งว่าง - อัตรา ลูกจ้างชั่วคราว กำหนดกรอบอัตรากำลัง ๒,๓๗๘ อัตรา มีตำแหน่งว่าง ๓๖๑ อัตรา รวมกำหนดกรอบอัตรากำลัง ๓๑,๗๕๒ อัตรา มีตำแหน่งว่าง ๒,๖๓๕ อัตรา (คือ กลุ่มที่มีตำแหน่งต้องสงวนไว้รอบรรจุ หรือรอขึ้นสู่ตำแหน่ง) ปฏิบัติงานจริง ๒๒,๒๘๓ อัตรา

ข้อมูลบริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๕๖๒ พบว่า จำนวนผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น ๒๓.๓ ปริมาณคนไข้ใน เพิ่มขึ้น ๕.๒๘ ความยากง่ายของงาน ลดลง ๒.๖

## ข้อมูลอัตรากำลังโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ปี ๒๕๕๘ - ปัจจุบัน

สายงาน	FTE		อัตรากำลัง					ปัจจุบัน
	ต่ำ	สูง	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	
แพทย์	๖๐	๗๔	๒๙	๓๒	๓๒	๓๖	๔๔	๔๓
ทันตฯ	๑๐	๑๓	๙	๑๐	๑๑	๑๐	๑๐	๙
เภสัชฯ	๒๑	๒๖	๑๕	๑๕	๑๖	๑๘	๒๐	๒๐
พยาบาล	๒๖๔	๓๒๘	๓๑๐	๓๐๕	๓๑๑	๓๐๑	๒๘๘	๒๙๒

## ข้อเสนอแนะ

๑. ด้านกำลังคน วิธีการคำนวณ FTE มีความไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน และการให้อำนาจในการบรรจุบุคลากรในตำแหน่งว่าง ส่วนใหญ่เป็นอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงาน กพ. หรือเขตสุขภาพบางส่วนเป็นอำนาจของผู้บริหารในพื้นที่ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการรอบรรจุบุคคลที่มีคุณสมบัติเข้าสู่ตำแหน่ง

๒. ด้านการจัดบริการ ด้วยภาระงานของโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น นโยบายต่าง ๆ ถูกกำหนดด้วยปริมาณคน เช่น นโยบายสังคมผู้สูงอายุ แต่งบประมาณที่ลงมาไม่ได้เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนคนไข้

## สำนักงบประมาณ

สำนักงบประมาณได้จัดสรรงบประมาณด้านบุคลากรสาธารณสุข ในปี ๒๕๖๓ จำนวน ๒๒๑,๑๐๕ อัตรา เป็นข้าราชการ ๑๙๖,๕๘๘ อัตรา เป็นลูกจ้างประจำ ๑๓,๒๕๐ อัตรา และพนักงานราชการ จำนวน ๑๑,๒๖๐ อัตรา คิดเป็นค่าใช้จ่ายประมาณ ๒๙๓,๗๒๖.๑ ล้านบาท ซึ่งเป็นอันดับ ๒ ของประเทศ



แผนในการผลิตแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข มี ๒ ระยะ คือ ระยะที่ ๑ มีแผนการผลิตจำนวน ๑๒,๕๕๒ อัตรา ระยะที่ ๒ มีแผนผลิต จำนวน ๒๐,๕๕๐ อัตรา รวมเป็น ๓๓,๑๐๒ อัตรา

ในส่วนที่เป็นงบประมาณด้านบุคลากรสาธารณสุขดำเนินการตามแผนที่กำหนดโดยที่มติคณะรัฐมนตรีรองรับ และมีจัดสรรอัตราใหม่ตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงบประมาณกำหนด

การผลิตพยาบาล ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๕ มีการผลิต ๒ ระยะ คือ ระยะที่ ๑ มีการผลิตพยาบาลจำนวน ๗,๒๒๐ อัตรา ระยะที่ ๒ มีการผลิตพยาบาล จำนวน ๑๘,๐๖๐ อัตรา รวม ๒๕,๒๘๐ อัตรา ตามที่มติคณะรัฐมนตรีรองรับ

ผู้สูงอายุ ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๓ มีแผนการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะปี ๒๕๖๓ มีแผนบูรณาการดูแลผู้สูงอายุ ๘๗๕.๑๖๓๐ ล้านบาท เป็นการเชื่อมโยงกับแผนสภาพพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ถ่ายทอดมาสู่แผนแม่บท โดยในแผนพัฒนาผู้สูงอายุมี ๒ เป้าหมาย คือ ๑. ประชากรมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงวัย ๒. ประชากรมีความพร้อมในการเข้าสู่ผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุมีงานทำ โดยความร่วมมือกับภาคเอกชน และมีกองทุนการออมแห่งชาติ ให้ผู้สูงอายุรู้จักการออม เห็นได้ว่าในปี ๒๕๖๓ ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุโดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุขมีค่าใช้จ่ายในด้านการรองรับภาวะผู้สูงอายุแบบบูรณาการ กรมการแพทย์ได้เตรียมความพร้อมสังคมผู้สูงอายุ ประมาณ ๒๐ ล้านบาท กรมอนามัยได้เตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ ๑๔๐ ล้านบาท สุดทำกองทุนสุขภาพแห่งชาติได้รับงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุ ตัดบ้านติดเตียง ประมาณ ๘๗๕.๖๙๐ ล้านบาท

สำนักงบประมาณได้เน้นย้ำให้ทุกหน่วยงานบูรณาการร่วมกัน และสอดคล้องเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ โดยในเบื้องต้นได้พยายามจัดให้อัตรากำลังด้านแพทย์และพยาบาลตามมติคณะรัฐมนตรี การดูแลผู้สูงอายุให้มีแผนบูรณาการร่วมกัน

**หลักการหรือวิธีคิดต่อการเสนอความเห็นในประเด็นอัตรากำลังคนด้านสาธารณสุข และงบประมาณที่ใช้ด้านสาธารณสุข**

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ พระราชบัญญัติวิธีการงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ กำหนดสัดส่วนเบื้องต้นไว้ว่า สัดส่วนงบลงทุนต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐.๕ ซึ่งถือว่าเป็นข้อจำกัด ซึ่งในปี ๒๕๖๒ มีสัดส่วนงบลงทุนร้อยละ ๒๑.๖ ดังนั้น สัดส่วนงบลงทุนจึงเป็นตัวกำหนดที่จะทำให้ต้องจัดสรรงบประมาณตามพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยโอกาสในการปรับขึ้นของงบประจำจึงทำได้ยากอย่างยิ่ง ซึ่งต้องพิจารณาหาวิธีการบริหารจัดการในส่วนของรายการให้เหมาะสม

งบประมาณเกี่ยวกับการป้องกันและรักษา ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ - ๒๕๖๓ ได้มีการให้ความสำคัญเนื่องจากเป็นนโยบายของรัฐมนตรีนว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยนำมาประกอบการพิจารณาจัดสรรงบประมาณด้วย รวมทั้งประเด็นการกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขไปยังโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดต่าง ๆ และการให้ความสำคัญกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งงบกลางบางส่วนจะนำไปพัฒนาบุคลากร ที่อยู่อาศัยของบุคลากร รวมทั้งครุภัณฑ์ นอกจากนี้ ยังได้ให้ความสำคัญกับ อสม. ในเรื่องค่าตอบแทนและการพัฒนา โดยอยู่ระหว่างการดำเนินการ รวมทั้งประเด็นเกี่ยวกับทีมหมอครอบครัว

## สภาการพยาบาล

สภาพปัญหาการขาดแคลนกำลังคนสาขาพยาบาลในระบบบริการสาธารณสุขไทยและข้อเสนอการแก้ไข

โครงสร้างอายุพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย (แหล่งข้อมูล : รายงานสถานภาพการขึ้นทะเบียนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ณ เดือนสิงหาคม ๒๕๖๒, สภาการพยาบาล)

จำนวนเตียงของทั้งภาครัฐและภาคเอกชนมีจำนวนประมาณ ๑๕๐,๐๐๐ เตียง เมื่อประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จะมีผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๒๐๐,๐๐๐ เตียง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้พยาบาลที่มีอยู่หรือที่กำลังจะผลิตเพิ่มขึ้นสามารถดูแลประชาชนได้ทั้งผู้ที่เจ็บป่วยและผู้สูงอายุ

ทั้งนี้ หากพิจารณาโครงสร้างอายุของพยาบาล พบว่า พยาบาลที่มีอายุน้อยกว่า ๒๕ ปี เข้าสู่ระบบปีละประมาณ ๑๐,๐๐๐ คน จบการศึกษาปีละ ๑๑,๐๐๐ คน โดยมีการเตรียมการเพื่อเพิ่มจำนวนการผลิตให้สอดคล้องกับปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไปของสังคม ทั้งนี้ พยาบาลอายุ ๒๕ - ๒๙ ปี เป็นช่วงอายุที่อยู่ระหว่างการชดใช้ทุนเป็นเวลา ๒ - ๔ ปี ทำให้พยาบาลยังคงอยู่ในระบบ ซึ่งเป็นการคงอยู่ที่มีจำนวนมากที่สุด และต่อมามีจำนวนลดลงในช่วงอายุ ๓๐ - ๓๔ ปี หมายถึง พยาบาลผู้ที่มีใบประกอบวิชาชีพเริ่มไม่ต่อใบประกอบวิชาชีพ โดยพยาบาลอายุ ๓๕ - ๓๙ ปี มีจำนวนผู้ที่ต่อใบประกอบวิชาชีพ น้อยมาก และจำนวนพยาบาลลดลงอีกครั้งในช่วงอายุ ๕๐ ปี เป็นต้นไป เนื่องจากทำงานจนกระทั่งอายุงานครบ ๒๕ ปี ก็จะมีการลาออกจากวิชาชีพโดยได้รับบำเหน็จบำนาญ ทั้งนี้ จำนวนพยาบาลที่มีอายุ ๔๕ ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสามารถสูงและสามารถสอนพยาบาลรุ่นต่อไปได้หายไปจากระบบ จึงเป็นประเด็นที่น่ากังวลว่าจะมีพยาบาลรุ่นใหม่เข้ามาและอยู่ในระบบเพียงระยะเวลาหนึ่ง คือ ๔ ปี เพื่อชดใช้ทุน จากนั้น เมื่อครบระยะเวลา ๔ ปี ก็จะมีลาออกจากระบบ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ ๔๐

การจ้างงานพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ที่มา : อนุกุล ไทยถนันทน์. ๒๕๕๙ วิเคราะห์โครงสร้างอายุของพยาบาลจากฐานข้อมูล HROPS ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙)

มีการประมาณการว่ามีการรับพยาบาล จำนวน ๓,๐๐๐ คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีอายุ ๒๕ ปี แต่ไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ และต่อมาพยาบาลมีการลาออกและไม่ต่อใบประกอบวิชาชีพสภาการพยาบาล จึงมีความกังวลในประเด็นนี้อย่างยิ่ง

สัดส่วนการกระจายของผู้ประกอบวิชาชีพฯ ตามสังกัด (ข้อมูลจากสภาการพยาบาล ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๒)

พยาบาลที่มีปัญหามากที่สุด คือ ร้อยละ ๕๐ มีจำนวนประมาณ ๘ - ๙ หมื่นคน ในกระทรวงสาธารณสุข พยาบาลที่ไม่ทำงานแล้ว มีอาชีพอื่น ร้อยละ ๑๗.๙๔ อยู่ในมหาวิทยาลัย ร้อยละ ๑๐ อยู่ในภาคเอกชน ร้อยละ ๑๒.๗ ซึ่งมีจำนวนประมาณ ๒ - ๓ หมื่นคน และเกษียณอายุ ร้อยละ ๔.๖ ซึ่งอาจยังคงมีผู้ปฏิบัติงานอยู่ และมีการต่อใบประกอบวิชาชีพ

แนวโน้มการเข้าสู่วัยเกษียณอายุของพยาบาลในประเทศไทย มีการเกษียณปีละ ๒ - ๔ พันคน ตามลำดับ

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ปี ๒๕๖๕ ประเทศไทยจะมีประชากรใกล้จำนวน ๗๐ ล้านคน ทั้งนี้ จากการศึกษาและคำนวณพบว่า จะมีสูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงและไม่ติดเตียง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑.๔ โดยในปี ๒๕๖๐ ประเทศไทยมีผู้ป่วยติดบ้าน จำนวน ๒๓๕,๓๐๑ ราย ผู้ป่วยติดเตียง จำนวน ๑๓๖,๖๗๗ ราย ทำให้ต้องมีพยาบาลเข้าไปดูแลสัปดาห์ละ ๑ วัน เนื่องจากมีกิจกรรมที่ต้องใช้ทักษะของพยาบาล จึงต้องการพยาบาลเพิ่มขึ้น และอาจต้องดำรงรักษาพยาบาลไว้ในระบบ คาดการณ์ว่า ปี ๒๕๘๐ ผู้ป่วยติดบ้าน

จะเพิ่มเป็น จำนวน ๕๒๖,๒๒๘ ราย ผู้ป่วยติดเตียงจะเพิ่มเป็น จำนวน ๓๑๑,๒๕๖ ราย และในปี ๒๕๙๐ ผู้ป่วยติดบ้าน จะเพิ่มเป็นจำนวน ๗๒๗,๑๐๓ ราย ผู้ป่วยติดเตียงจะเพิ่มเป็น จำนวน ๔๓๔,๖๙๔ ราย หรือประมาณการว่าอาจมีสัดส่วนมากถึงร้อยละ ๑.๔ ของผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป

### สาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อการสูญเสียพยาบาลออกจากระบบบริการ

**๑. การจ้างงาน และตำแหน่งการบรรจุ** การขาดตำแหน่งข้าราชการในการบรรจุพบว่ามีตั้งแต่ปี ๒๕๔๕ ไม่มีการเพิ่มตำแหน่งข้าราชการในส่วนของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่มหาวิทยาลัยมีการลดตำแหน่งหรือเลิกจ้างพยาบาลในฐานะข้าราชการเช่นกัน แต่นำวิธีการจ้างในอัตรา ๑.๕ เท่า ของเงินเดือนข้าราชการ ซึ่งเป็นอัตราที่เพิ่มขึ้นจากอัตราเงินเดือนเดิมมาใช้ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาการจ้างงานของกระทรวงสาธารณสุข จากประกาศกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีการจ้างพยาบาลเป็นลูกจ้างชั่วคราว โดยมีอัตราเงินเดือนต่ำกว่าระดับปริญญาตรีทั่วไป คือจำนวน ๑๑,๗๖๐ บาท/เดือน และใช้เงินที่เป็นรายได้ของโรงพยาบาลในการดำเนินการ ซึ่งพบว่า โรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุขบางแห่งมีการจ้างพยาบาลเป็นรายวัน ๓๐๐ บาท/วัน นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาค่าตอบแทนล่วงเวลาพบว่า ไม่สอดคล้องกับภาระงานของพยาบาลเช่นกัน กล่าวคือ ๑ วันทำงาน (๘ ชั่วโมง) ได้รับค่าตอบแทนในอัตรา ๖๐๐ บาท

### ๒. ภาระงานที่หนักเกินไป

- ชั่วโมงการทำงานที่เกินกว่ามาตรฐานการทำงานทั่วไป ๓๕ - ๔๐ ชม./สัปดาห์ ด้วยความขาดแคลน ส่งผลให้พยาบาลต้องทำงานมากกว่า ๖๐ ชม./สัปดาห์

- พยาบาลส่วนใหญ่ที่ทำงานต่อเนื่องยาวนานเกิน ๑๒ ชม./วัน ต่อเนื่องกันเกิน ๓ วัน ใน ๑ สัปดาห์ ในความเป็นจริงพยาบาลต้องทำงาน ๑๖ ชั่วโมงต่อวัน ประมาณ ๓ - ๔ วันต่อสัปดาห์ แต่ต้องมีการรับเวรก่อนล่วงหน้า และหากภารกิจไม่แล้วเสร็จก็มักต้องทำงานเลยเวลา ประเด็นเหล่านี้จึงเป็นสถานการณ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่ส่งผลต่อสุขภาพของพยาบาล และประสิทธิภาพในการดูแลคนไข้

- พยาบาลทำงานแทนวิชาชีพอื่น เช่น ผู้ช่วยแพทย์ผ่าตัด ตรวจรักษาโรคแทนแพทย์ในยามวิกาล ทำหัตถการโดยไม่มีกฎหมายรองรับ และไม่เป็นการงานของพยาบาล สภาการพยาบาลพยายามแก้ไขปัญหาด้วยการจัดการฝึกอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรักษาโรคเบื้องต้น นอกจากนี้ พยาบาลอาจต้องทำงานในหน้าที่อื่นด้วย เช่น งานธุรการ การเก็บเงิน หรือการจ่ายยามวิกาล เป็นต้น

### ๓. ค่าตอบแทนที่ไม่เป็นธรรม

- ทำงานในพื้นที่เดียวกัน แต่พยาบาลได้รับค่าตอบแทนต่ำกว่าแพทย์ ๑๒.๗๖ เท่า

แพทย์ได้รับ ๖๐,๐๐๐ บาท/เดือน

พยาบาลได้รับ ๔,๗๐๐ บาท/เดือน

- ค่าตอบแทนที่ไม่ทำคลินิกส่วนตัวนอกเวลาราชการ มีค่าตอบแทนเพิ่ม ดังนี้

แพทย์/ทันตแพทย์ ๑๐,๐๐๐ บาท/เดือน

เภสัชกร ๕,๐๐๐ บาท/เดือน

พยาบาล - บาท/เดือน

### ๔. ความก้าวหน้าในวิชาชีพน้อย

ข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ด้านบันไดอาชีพ

- ตำแหน่งพยาบาลระดับเชี่ยวชาญ (ซี ๙) มีเพียงร้อยละ ๐.๑๔

- ตำแหน่งพยาบาลระดับชำนาญการพิเศษ (ซี ๘) มีเพียงร้อยละ ๒.๕๙ เท่านั้น

- พยาบาลมากกว่าร้อยละ ๘๐ เกษียณอายุราชการที่ระดับชำนาญการ (ซี ๗) เท่านั้น

ทั้งนี้ ตำแหน่งเหล่านี้พยาบาลในมหาวิทยาลัยสามารถเลื่อนไหลได้ถึงระดับ ซี ๑๐ เมื่อมีผลงานครบถ้วน

#### ข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ด้านบริหาร

การถูกกีดกันในการเข้าสู่ตำแหน่งบริหารในกระทรวงสาธารณสุข เมื่อเปรียบเทียบกับกระทรวงอื่น ๆ ที่มีความหลากหลายของวิชาชีพเช่นกัน

- ตำแหน่งผู้บริหารระดับกระทรวง/กรม
- ตำแหน่งผู้บริหารระดับจังหวัด
- ตำแหน่งผู้บริหารระดับอำเภอ
- ตำแหน่งผู้บริหารระดับตำบล

#### ข้อเสนอแนะ

๑. บรรจุพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดเป็นข้าราชการ หากไม่สามารถบรรจุได้ครบทั้งหมดควรกำหนดเงินเดือนขั้นต่ำเทียบเคียงได้กับเอกชน/มหาวิทยาลัย ซึ่งอย่างน้อย ๑.๕ เท่าของเงินเดือนข้าราชการ

๒. กระทรวงการคลังควรทบทวนค่าตอบแทนเหมาจ่ายรายเดือนตามพื้นที่ ฌบปีที่ ๑๐, ๑๑, ๑๒ ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างวิชาชีพ

๓. ปรับปรุงระบบค่าตอบแทนให้เป็นธรรมกับภาระงานและความรับผิดชอบ

- เพิ่มค่าตอบแทนเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.) ให้พยาบาลวิชาชีพ อย่างน้อย ๑๐,๐๐๐ บาท/เดือน เพื่อการคงอยู่ของพยาบาล

- ค่าตอบแทนล่วงเวลาให้เป็นไปตามมาตรฐานสากลที่กฎหมายกำหนด

๔. มีความก้าวหน้าในวิชาชีพ โดยกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพเลื่อนระดับที่สูงขึ้น (เลื่อนไหล) เป็นระดับชำนาญการพิเศษ ระดับเชี่ยวชาญได้ทุกตำแหน่ง

๕. เปิดโอกาสให้ทุกวิชาชีพได้รับการพิจารณาเป็นผู้บริหารทุกระดับ โดยพิจารณาจากความรู้ความสามารถ

๖. ส่งเสริมสนับสนุนให้พยาบาลที่ออกไปจากระบบบริการให้กลับเข้าสู่ระบบ เช่น การเปิดคลินิกที่เป็นเครือข่ายกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งครอบคลุมการให้บริการสุขภาพ การเปิดสถานบริการผู้สูงอายุที่ควรได้รับการสนับสนุนการลงทุนจาก BOI

**สาเหตุที่กระทรวงสาธารณสุขไม่มีผู้ช่วยพยาบาล ในขณะที่โรงพยาบาลในมหาวิทยาลัยมีผู้ช่วยพยาบาล และอัตราส่วนพยาบาล ๑ คน ต่อผู้ช่วยพยาบาล**

มหาวิทยาลัยมีการใช้ผู้ช่วยพยาบาลควบคู่กับพยาบาลมาตลอด เช่น โรงพยาบาลศิริราช มีจำนวนพยาบาล ๕.๕ คน จะมีผู้ช่วยพยาบาล ๔.๕ คน เพื่อดูแลคนไข้ ทั้งนี้ ผู้ช่วยพยาบาลจะดูแลคนไข้ในกรณีที่ไม่ต้องให้การพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วย สำหรับคนไข้ที่มีอาการไม่หนักและไม่มีความซับซ้อนในวอร์ดธรรมดาที่ไม่มีเครื่องมือพิเศษ ผู้ช่วยพยาบาลสามารถเข้ามาช่วยงานอื่น ๆ ได้ โดยในระบบมหาวิทยาลัยมีการใช้ผู้ช่วยพยาบาลมาเป็นลำดับเพื่อลดภาระของพยาบาล ซึ่งสภาการพยาบาลพยายามทำงานร่วมกับกองการพยาบาลเพื่อผลักดันให้มีผู้ช่วยพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน เพราะมีการกิจหลายด้านที่ไม่ต้องใช้ขีดความสามารถเทียบเท่าพยาบาล ดังนั้น จึงพยายามผลักดันให้มีการผลิตผู้ช่วยพยาบาลเพิ่มขึ้น

ทั้งนี้ ที่ผ่านมามีกระทรวงสาธารณสุขได้เคยมีการจ้างงานผู้ช่วยพยาบาล แต่ไม่มีการจ้างงานมาเป็นระยะเวลา ๓๐ ปีแล้ว และในช่วง ๒ - ๓ ปีที่ผ่านมา มีนโยบายให้จ้างงานผู้ช่วยพยาบาลปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่มหาวิทยาลัยยังคงมีการจ้างงานผู้ช่วยพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ในกระทรวง

สาธารณสุข พบว่า ปัจจัยสำคัญในการจ้างงานผู้ช่วยพยาบาล คือ อัตราค่าจ้าง แต่เป็นอัตราที่ไม่มีแรงจูงใจ ทำให้คนรุ่นใหม่ไม่ปฏิบัติงานทั้งที่มีกรอบอัตรากำลัง ดังนั้น จึงต้องมีการพิจารณาปรับปรุงเพื่อสนับสนุนเพิ่มเติม

ทั้งนี้ ตั้งแต่ก่อนปี ๒๕๓๕ กระทรวงสาธารณสุขพึ่งพาตำแหน่งข้าราชการทั้งหมด ดังนั้น ข้าราชการในสายงานพยาบาลขณะนั้น ก.พ. กำหนดไว้ว่า มีสายงานพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่พยาบาล หมายถึง ผู้จบการศึกษาในระดับผู้ช่วยพยาบาล ต่อมาสายงานพยาบาลเทคนิค ดังนั้น ในช่วงปี ๒๕๓๕ จึงเป็นสายงานพยาบาลวิชาชีพ สายงานพยาบาลเทคนิค โดยตัดสายงานผู้ช่วยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่พยาบาลออกไป ซึ่งสัมพันธ์กับการไม่มีตำแหน่ง ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงเปลี่ยนโรงเรียนผู้ช่วยพยาบาลทั้งหมดที่มีอยู่เป็นโรงเรียนพยาบาลเทคนิค (เรียน ๒ ปี) โดยทิศทางและนโยบายขณะนั้น เรียน ๒ ปี แล้วจึงมาศึกษาต่อเพื่อเป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งอยู่ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ - ๗ ซึ่งมีการเปิดโรงพยาบาลชุมชนและมีการเร่งผลิตพยาบาลเพื่อให้มีพยาบาลไปทำงานที่โรงพยาบาลชุมชนทั้งพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค ดังนั้น สายงานผู้ช่วยพยาบาลที่ยุติการผลิตไปตั้งแต่ปี ๒๕๓๕ กระทรวงสาธารณสุขเปลี่ยนมาเป็นพยาบาลเทคนิคแทน ในขณะที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยกำหนดตำแหน่งเหล่านี้ได้เองและเป็นการจ้างงานในระบบมหาวิทยาลัย จึงมีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และมีโรงเรียนผู้ช่วยพยาบาลเพื่อผลิตผู้ช่วยพยาบาลให้กับมหาวิทยาลัย ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงประสบปัญหาเรื่องตำแหน่ง จนกระทั่งปี ๒๕๔๐ มีการยุบสายงานพยาบาลเทคนิคไปรวมเป็นสายงานพยาบาลวิชาชีพ ปัญหาที่เกิดขึ้น คือ พยาบาลวิชาชีพซึ่งมีภาระงานหลักที่ต้องรับผิดชอบและมีภาระงานบางอย่างที่ผู้ช่วยพยาบาลสามารถเข้ามาช่วยทำได้ภายใต้การควบคุมของพยาบาลวิชาชีพ สำหรับผู้ปฏิบัติงานชุดเหลือคือ พนักงานผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งเป็นบุคลากรที่ไม่มีวุฒิการศึกษา ด้านการพยาบาล โดยโรงพยาบาลเป็นผู้จัดการฝึกอบรมเอง หน้าที่ คือ เปรียบเสมือนผู้ช่วยญาติ ไม่มีหน้าที่ทำงานเหมือนพยาบาล แต่กระทรวงสาธารณสุขได้ให้บุคลากรดังกล่าวปฏิบัติหน้าที่เกินภาระหน้าที่ เนื่องจากขาดแคลนพยาบาล จนกระทั่งปี ๒๕๕๖ ซึ่งเป็นปีที่เริ่มมีการทำกรอบอัตรากำลังคนสาธารณสุข มีการกำหนดกรอบอัตรากำลังสำหรับผู้ช่วยพยาบาล และมีการจ้างงานเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข และขณะนี้เริ่มมีการผลิตแต่การจ้างงานไม่ครบถ้วนตามกรอบอัตรากำลัง ดังนั้น ขณะนี้จึงมีตำแหน่งผู้ช่วยพยาบาลแต่จ้างงานเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข เมื่อโรงพยาบาลเอกชนขยายตัว อัตราเงินเดือนและค่าตอบแทนของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ก็ไม่สามารถแข่งขันกับโรงพยาบาลเอกชนได้

### ปัญหาภาระงานหนักของกำลังคนด้านพยาบาล

การขาดแคลนพยาบาลเป็นปัญหาระบบสุขภาพของประเทศ ปัญหาที่ผ่านมาเกิดขึ้นจากการบริหารจัดการ ทั้งนี้ จากข้อมูลของสภาการพยาบาลพบว่า มีพยาบาล ร้อยละ ๑๘ หรือจำนวนประมาณ ๓ หมื่นคนที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแต่ไม่ได้ทำงาน ดังนั้น หากมีระบบการจ้างงานที่แม้ว่าจะจะเป็นหน่วยบริการภาครัฐแต่มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพโดยใช้วิธีการเช่นเดียวกับเอกชนอาจเป็นไปได้ที่จะบรรลุปเป้าหมายการบริหารรัฐกิจ โดยเฉพาะเรื่องระบบสุขภาพที่เป็นเป้าหมายสำคัญ กล่าวคือ การให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขลดความเหลื่อมล้ำ ได้รับบริการอย่างเป็นธรรมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการดำเนินการ เช่น การมีระบบการจ้างงานซึ่งไม่ว่าจะเป็นดำเนินการโดยระบบหลักประกันสุขภาพหรือการร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน เกิดเป็นการจัดบริการร่วมกับประชาชน โดยพยาบาลจำนวนประมาณ ๓ หมื่นคนข้างต้น อาจเข้ามาปฏิบัติงานในลักษณะ part time work ซึ่งได้รับค่าตอบแทนที่ดีแม้แต่ในโรงพยาบาล หากเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลบริหารจัดการและมีงบประมาณเพียงพอเพื่อจ้างงานตามภาระงานที่ให้บริการกับประชาชน ตำแหน่งลักษณะดังกล่าวอาจเกิดขึ้น ทั้งนี้ จากการศึกษาพบว่า

พยาบาลทำงานในส่วนที่ไม่ควรทำ ร้อยละ ๔๐ จึงทำให้พยาบาลมีภาระงานหนัก ดังนั้น เมื่อพิจารณาคำตอบของกระทรวงสาธารณสุข จึงพบว่า กระทรวงสาธารณสุขต้องการจ้างงานรูปแบบใหม่แต่การดำเนินการเป็นไปได้ยากอย่างยิ่ง

ปี ๒๕๕๖ กระทรวงสาธารณสุขได้รับการจัดสรรอัตรากำลังคน จำนวน ๒๗,๐๐๐ อัตรา และในปี ๒๕๖๐ ได้รับการจัดสรรอัตรากำลังคนด้านพยาบาล จำนวน ๘,๙๐๐ อัตรา ซึ่ง ก.พ. ก็พิจารณาจัดสรรให้ตามความต้องการ เนื่องจากเห็นว่า การจ้างงานดังกล่าวมีงานวิจัยรองรับ ดังนั้น หากกระทรวงสาธารณสุขต้องพึ่งพาตำแหน่งข้าราชการ กระทรวงสาธารณสุขต้องการตำแหน่งทั้งหมด จำนวน ๑๕๐,๐๐๐ อัตรา ในขณะที่ปัจจุบันมีเพียง จำนวน ๑๐๐,๐๐๐ อัตรา ฉะนั้น การปฏิรูประบบสุขภาพภาครัฐจึงเป็นปัญหา ซึ่งการปฏิรูปควรใช้แนวคิด Public Ends Privet Means กล่าวคือ ไม่ว่าการจ้างงานหรือการบริหารจะเป็นรูปแบบใด วิชาชีพต่าง ๆ ไม่จำเป็นต้องเป็นข้าราชการ ซึ่งการเปลี่ยนผ่านตรงประเด็นนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง

### ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ ดังนี้

#### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

๑. การพิจารณาของ กพร. มีแนวทางเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน และลดภาระงบประมาณ โดยไม่เพิ่มอัตรากำลังที่เกินความจำเป็น ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาภาระงานของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะปัจจุบันที่จำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และอัตราการใช้บริการของผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่ใช้บริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ในปี ๒๕๕๕ - ๒๕๖๒ พบว่า จำนวนประชากรสิทธิบัตรทอง ในปี ๒๕๕๕ มีจำนวนประมาณ ๔๘.๔๔ ล้านคน มีจำนวนผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ๖.๙๗ ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๔) ใช้บริการผู้ป่วยนอก (OP) ปีละ ๕.๒๖ ล้านคน และมีจำนวนคงที่เรื่อยมา จนถึงปี ๒๕๖๐ มีจำนวน ประชากรสิทธิบัตรทอง ๔๘.๒๒ ล้านคน มีจำนวนผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ๘.๒๖ ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๑) ใช้บริการผู้ป่วยนอก (OP) ปีละ ๗.๓๘ ล้านคน จนกระทั่งปัจจุบันปี ๒๕๖๒ จำนวนประชากรสิทธิบัตรทอง ๔๗.๖๔ ล้านคน มีจำนวนผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ๘.๗๗ ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๓) ใช้บริการผู้ป่วยนอก (OP) ๘.๘๓ ล้านคน ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาประกอบกับจำนวนประชากรในยุคเบบี้บูมที่มีอัตราเกิดปีละมากกว่า ๑ ล้านคน ระหว่างปี ค.ศ. ๑๙๖๓ - ๑๙๘๓ โดยประชากรดังกล่าวจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว (สินามิผู้สูงอายุ) ที่จะเริ่มขึ้นในปี ค.ศ. ๒๐๒๓ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ๒๐ ปี ดังนั้น ประชากรสูงอายุดังกล่าว จะส่งผลกระทบต่อภาระงานบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้สูงอายุดังกล่าว โดยแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีการสร้างชุมชนเข้มแข็งให้มีการดูแลสุขภาพตนเอง และชุมชนก็อาจจะไม่สามารถครอบคลุมการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยที่จะเข้าสู่ระบบการรักษาในโรงพยาบาลที่จะมีจำนวนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องได้ ดังนั้น แนวทางการควบคุมการใช้อัตรากำลังคนด้านสาธารณสุขควรตระหนักถึงภาระงานหนักที่จะเพิ่มขึ้นดังกล่าวด้วย โดยอาจปรับลดจำนวนบุคลากรของกระทรวงศึกษาธิการเพื่อเพิ่มอัตราให้กระทรวงสาธารณสุข และให้สอดคล้องกับภาระงานของทั้งสองกระทรวงที่มีการเปลี่ยนแปลง

๒. ในปี ๒๕๔๗ มีพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นข้าราชการ จำนวน ๖๖,๘๖๐ คน ในปี ๒๕๖๐ จำนวน ๘๗,๕๕๒ คน โดยตัวเลขปริมาณงานเพิ่มขึ้น ในขณะที่บุคลากรไม่เพียงพอกับปริมาณงาน ซึ่ง ก.พ. ยังคงอ้างอิงตัวเลขสำหรับประกอบการพิจารณาจากคณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาปริมาณงาน พบว่า จำนวนผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก ๔.๑ ล้านคน ในปี ๒๕๔๗ เป็น ๖.๒๒ ล้านคน ในปี ๒๕๖๒ ส่วนพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๓๐.๔๙ ในขณะที่ผู้ป่วยใน

เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๔๙.๕๒ จึงเห็นได้ว่า บุคลากรเพิ่มขึ้นโดยไม่สอดคล้องกับปริมาณงาน ทั้งนี้ ในปี ๒๕๔๗ การพิจารณามีฐานคิดมาจากปี ๒๕๔๕ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ ซึ่งนโยบายดังกล่าวทำให้มีผู้ใช้บริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นจำนวนมาก นอกจากนี้ ในปี ๒๕๖๖ จะเป็นปีแรกที่ประชากรไทยซึ่งเกิดตั้งแต่ปี ๒๕๐๖ และมีอัตราการเกิดเกิน ๑ ล้านคน จะเริ่มมีอายุ ๖๐ ปี ดังนั้น ปัญหาสาธารณสุขจะเป็นปัญหาของสังคมสูงวัยที่มาพร้อมกับโรคต่าง ๆ และเป็นภาระต่องานของกระทรวงสาธารณสุข จึงขอให้สำนักงบประมาณนำประเด็นเหล่านี้ไปพิจารณาด้วย กล่าวคือ ในขณะที่คนเกิดมากขึ้นและกำลังจะเป็นวัยสูงอายุมากขึ้น แต่คนไทยกลับเกิดน้อยลง และเมื่อเปรียบเทียบกับภาระงานของกระทรวงศึกษาธิการที่มีจำนวนประชากรเกิดลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เด็กเข้าสู่ระบบการศึกษามีจำนวนน้อยลงทุกระดับ จึงควรพิจารณาความสอดคล้องระหว่างภาระงานบุคลากรของกระทรวงศึกษาธิการในปัจจุบันและอนาคต โดยอาจปรับลดจำนวนกำลังคนของกระทรวงศึกษาไปเพิ่มให้กับกระทรวงสาธารณสุขแทน ภายใต้หลักการไม่เพิ่มคน โดยเป็นการโอนอัตรากำลังคนจากหน่วยงานอื่น ๆ มาให้กระทรวงสาธารณสุขแทน ซึ่งการพิจารณาเช่นนี้เป็นการยืนยันด้วย evident based

๓. นโยบายประเทศและกระทรวงสาธารณสุขมีการกล่าวถึงเรื่องการป้องกันมากกว่าการรักษา ซึ่งต้องการสร้างสังคมไทยเป็นสังคมสุขภาวะ โดย สปสช. มีโครงการที่เกี่ยวกับสังคมสูงวัย ซึ่งมีการจัดสรรงบประมาณให้ จำนวน ๙๐๐ ล้านบาท ดังนั้น สำนักงบประมาณควรเป็นหน่วยงานหลักของรัฐบาลสนับสนุนโครงการที่ขอรับการจัดสรรงบประมาณเพื่อการป้องกันมากกว่าการรักษา ซึ่งในความเป็นจริงงบประมาณส่วนใหญ่ถูกจัดสรรไปในเรื่องการรักษา ตัวอย่างการดำเนินการเพื่อการป้องกัน เช่น สิงคโปร์ มีการแจกนาฬิกาข้อมือที่ใช้เพื่อการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ และมีการกำหนดว่า หากผู้สูงอายุเดินได้จำนวน ๑๐,๐๐๐ ก้าวต่อวัน จะได้รับเงินสดเป็นรายเดือนเพื่อเป็นแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย ในขณะที่รัฐบาลไทยมีการแจกเงินให้แก่ผู้สูงอายุอยู่แล้ว แต่จะอย่างไร ให้นางบประมาณเหล่านั้นไปใช้เพื่อการดูแลสุขภาพ และสิ่งที่น่าสนใจเพื่อเป็นสวัสดิการอยู่แล้ว ควรนำไปใช้ในการเสริมสร้างสุขภาพรวมทั้งงบประมาณ ที่จะใช้ในการผลิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการป้องกัน ด้านโภชนาการควรได้รับการสนับสนุนงบประมาณมากขึ้น

๔. ปัญหาที่เกิดขึ้นขณะนี้ คือ งบประมาณด้านสุขภาพไม่ได้อยู่ที่กระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียว กล่าวคือ มีหน่วยงานที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องจำนวนมาก เช่น กองทัพ ท้องถิ่น และมหาวิทยาลัย ซึ่งสอดคล้องกับการนำเสนอข้อมูลของหน่วยงานว่า อัตรากำลังมีจำนวน ๒๒๑,๕๐๐ อัตราซึ่งงบประมาณที่ใช้ไปในด้านสุขภาพมีจำนวนมาก จึงเป็นเรื่องยากในการควบคุมงบประมาณดังกล่าว ทั้งนี้ งบประมาณของบัตรทองใช้ไปเพียง ร้อยละ ๖ ในขณะที่งบประมาณสุขภาพอื่น ๆ ใช้ไป ร้อยละ ๑๖ ซึ่งมีการกำหนดไว้ไม่ให้เกินร้อยละ ๑๗ จากงบประมาณแผ่นดิน ดังนั้น เมื่อพิจารณาช่องว่างของการใช้งบประมาณทั้ง ๒ ส่วน จึงพบว่ามีจำนวนมาก นอกจากนี้ ปัญหาผู้สูงอายุจะเป็นปัญหาาระบบและงบประมาณโดยรวมของประเทศที่ไม่ได้เพิ่มขึ้นเฉพาะงบประมาณด้านสาธารณสุข ซึ่งตามข้อมูลที่ปรากฏในเอกสารที่นำเสนอต่อที่ประชุมไม่ได้มีการกล่าวถึงช่วงเวลา baby boom (พ.ศ. ๒๕๐๖ – ๒๕๒๖) ซึ่งคนที่เกิดในช่วงปีดังกล่าวจะมีอายุครบ ๖๐ ในปี ๒๕๖๖ – ๒๕๘๖ โดยจะเป็นช่วงเวลาที่เป็ปัญหาหนักที่สุด ดังนั้น ในกรณีนี้หากใช้แนวคิดเดิม (one size fit all) จะส่งผลกระทบต่อการทำงานของโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขอย่างมาก

๕. คณะรัฐมนตรีมีมติเกี่ยวกับแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่ชัดเจนว่า ให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้พิจารณาดำเนินการ ซึ่งคณะรัฐมนตรีพิจารณาเห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขควรทำหน้าที่เป็น National Authority เช่น หากต้องการจะเพิ่มกำลังคน หรือการก่อสร้างโรงพยาบาล คณะรัฐมนตรีจะสอบถาม

ความเห็นจากกระทรวงสาธารณสุขว่าควรเพิ่มหรือไม่ ประการใด ดังนั้น จึงมีความคาดหวังให้กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ National Authority ฉะนั้น กระทรวงสาธารณสุขจะเปลี่ยนบทบาทไปสู่หลักการนั้นหรือไม่ ซึ่งสอดคล้องกับแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ซึ่งขอให้ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาตินำไปพิจารณาด้วย เนื่องจากมีการหารือเกี่ยวกับการทบทวนบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขต่อการทำงานในฐานะที่เป็นหลักของประเทศเรื่องระบบสุขภาพ โดยในการปรับปรุงแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขจะมีการกล่าวถึงประเด็นเหล่านี้หรือไม่ หรือนำมาเป็นโครงการสำคัญ (Flagship) และการพิจารณาบทบาทที่ควรจะเป็นของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งต้องมีการเปลี่ยนแปลงหน่วยงานอย่างมาก

สำหรับประเด็นกำลังคน เช่น ประเด็นด้านความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุข ซึ่งสะท้อนหลายเรื่อง เช่น ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีตัวเลขจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่ามีการแบกภาระมาก ในขณะที่การเพิ่มบุคลากรถูกกำหนดด้วยนโยบายจำกัดกำลังคน (zero growth) จึงทำให้เกิดปัญหาด้านบุคลากร และการให้บริการ

นอกจากนี้ การกระจายบุคลากรในจังหวัดเล็ก และโรงพยาบาลอำเภอ การกระจุกตัวในโรงพยาบาลใหญ่ มีความไม่สมดุลเกิดขึ้น ซึ่งสะท้อนความเหลื่อมล้ำด้านบุคลากรด้านสุขภาพ และโอกาสในการได้รับการบริการของประชาชนในอำเภอหรือจังหวัดนั้น ซึ่งจะบริหารจัดการอย่างไร ดังนั้น การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขครั้งนี้จะแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำ หรือจะลดภาระงานที่มีจำนวนมากได้ประการใด รวมถึงสนับสนุนหรือแก้ไขปัญหาการกระจุก/กระจายของบุคลากรทางการแพทย์ได้ประการใด

ทั้งนี้ พื้นฐานเรื่องกำลังคนในระบบสุขภาพ แผนการผลิตเป็นเรื่องสำคัญ หรือความก้าวหน้าในการเป็นข้าราชการ ประเด็นต่าง ๆ ล้วนถูกกำหนดโดย ก.พ. และส่วนกลาง ซึ่งรวมถึงค่าตอบแทน ตำแหน่ง กรอบอัตรากำลัง สำหรับการจัดสรรงบประมาณต่าง ๆ มีหลักเกณฑ์ที่กำหนดโดย สปสช. (One fit for all) เช่น โรงพยาบาลต้องนำเข้าข้อมูลผู้สูงอายุในระบบจำนวนมากเพื่อแลกกับงบประมาณที่จะได้รับ จึงเป็นภาระของบุคลากรในการนำเข้าข้อมูลซึ่งหากนำเข้าข้อมูลไม่ครบก็จะได้ไม่ได้รับงบประมาณ ส่งผลให้งบประมาณดังกล่าว ค้างในระบบประมาณ ๒ พันล้านบาท ซึ่งประเด็นงบประมาณก็เป็นการบริหารจัดการไว้ที่ส่วนกลางเช่นกัน ดังนั้น ประเด็นที่ต้องนำมาพิจารณา คือ จะบริหารหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขอย่างไรให้มีประสิทธิภาพมากกว่านี้ เช่น การกระจายอำนาจให้ในรูปแบบเขตสุขภาพ ดังนั้น ขอให้สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติประเด็นเหล่านี้ไปพิจารณาในฐานะฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการปฏิรูปประเทศ

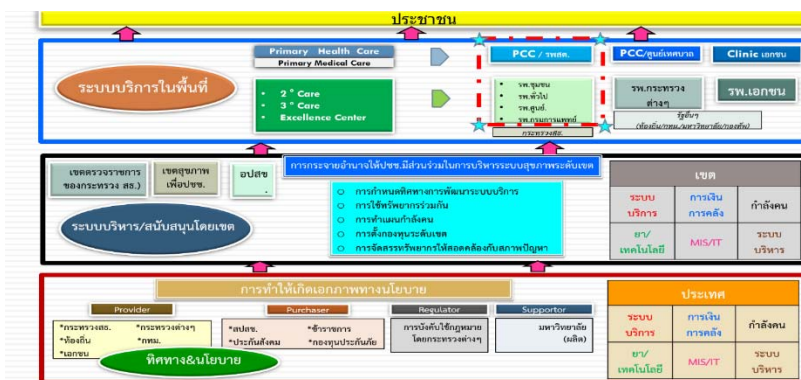
๖. ประเด็นปัญหาการขาดแคลนพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ร้อยละ ๕๐ ของพยาบาลทั้งหมดอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนเตียงทั่วประเทศ ร้อยละ ๗๕ หากสามารถทำให้สถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้พยาบาลจำนวนหนึ่งได้รับสิ่งที่ดีขึ้น และลดความเหลื่อมล้ำ ทั้งนี้ หากสามารถทำให้การบริหารสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขมีประสิทธิภาพมากขึ้น จำนวนเตียงทั้งหมดของประเทศจะกลายเป็นประเด็นปฏิรูปด้านสาธารณสุขที่สำคัญประการหนึ่ง

ทั้งนี้ การพิจารณาอัตราค่าจ้าง การพิจารณาความก้าวหน้า และค่าตอบแทนของข้าราชการของกระทรวงสาธารณสุขถูกกำหนดโดย ก.พ. ส่วนอัตราค่าตอบแทนที่เป็นแรงจูงใจถูกกำหนด โดยกรมบัญชีกลาง แม้จะมีระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุง แต่การบริหารจัดการโรงพยาบาลยังคงรวมศูนย์อยู่ที่ส่วนกลาง คือ กระทรวงสาธารณสุข และงบประมาณสำหรับดำเนินการของโรงพยาบาลรวมศูนย์ไว้ที่ สปสช. ดังนั้น ประเด็นดังกล่าว จึงเป็นปรากฏการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ทั้งนี้ได้มีความพยายามแก้ไขปัญหาจากภายใน แต่การดำเนินการมีปัญหาอุปสรรคอย่างมาก



ในปี ๒๕๕๖ กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอขอรับการจัดสรรตำแหน่งข้าราชการจาก ก.พ. จำนวนประมาณ ๒๐,๐๐๐ ตำแหน่ง โดยมีเงื่อนไขสำคัญ คือ กระทรวงสาธารณสุขจะไม่เสนอขอตำแหน่งข้าราชการเพิ่มอีกเนื่องจากการวิเคราะห์ขณะนั้นพบว่า กระทรวงสาธารณสุขขาดแคลนกำลังคนจำนวน ๒๕,๐๐๐ ตำแหน่ง ทั้งนี้ ประเด็นสำคัญ คือ มีการหารือว่าจะมีตำแหน่งใหม่เกิดขึ้น คือ ตำแหน่งพนักงานกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการออกแบบเช่นเดียวกับตำแหน่งพนักงานมหาวิทยาลัย แต่ขณะนี้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยพนักงานกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มี การดำเนินการต่อ ส่งผลให้การนำคนเข้ามาเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพไม่เกิดขึ้น ดังนั้น จึงควรมีการพิจารณาทบทวนเพื่อแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการจ้างงานสำหรับประเด็นคำตอบแทนที่ไม่เป็นธรรมเนียมในกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นนี้เคยมีการหารือเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงวิธีการพิจารณาคำตอบแทนแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน โดยปรับเปลี่ยนเป็นคำตอบแทนตามปริมาณงาน (P4P) ซึ่งที่ผ่านมาระเบียบคำตอบแทนฉบับที่เกี่ยวข้องกับประเด็นดังกล่าวยังไม่มีการปรับปรุง

นอกจากนี้ มีความพยายามในการเปลี่ยนตำแหน่งผู้บริหาร เช่น ผู้บริหารระดับกรม ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ เพื่อให้ทุกสายวิชาชีพสามารถเข้าสู่ตำแหน่งดังกล่าวได้โดยไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์เท่านั้น แต่ขณะนี้ยังคงไม่มีดำเนินการไปสู่การปฏิบัติ และยังไม่มีการจัดทำกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น จึงขอเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหา ดังนี้



ในเชิงระบบเกี่ยวกับการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ควรมีการปฏิรูประบบบริหารโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขใหม่ ประเด็นสำคัญ คือ ระบบบริการในพื้นที่ ซึ่งสภาการพยาบาลควรร่วมกันพิจารณาประเด็นดังกล่าว ซึ่งข้อเสนอ คือ การปฏิรูประบบบริหารจัดการโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งควรดำเนินการเป็นประเด็นแรกควบคู่ไปกับประเด็นคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ และเขตสุขภาพ โดยมีตัวอย่างการบริหารจัดการโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เช่น การบริหารของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ซึ่งมีจุดแข็ง คือ การบริหาร โดยคณะกรรมการที่มีประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม และการบริหารจัดการภายในที่สามารถจัดทำระเบียบได้ด้วยตนเอง โดยผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการดังกล่าว และหลายเรื่องสามารถดำเนินการได้เองภายใต้กรอบวงเงินงบประมาณเช่นเดียวกับการบริหารของท้องถิ่น เช่น การกำหนดอัตราค่าจ้าง การกำหนดอัตราค่าตอบแทน โดยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ เป็นต้น ทั้งนี้ อาจเสนอให้มีการทดลองดำเนินการในพื้นที่เขตสุขภาพ จำนวน ๒ เขต คือ เขตสุขภาพที่ ๑ และเขตสุขภาพที่ ๕ สำหรับรูปแบบการบริหารโรงพยาบาลจะมีการพิจารณาให้ความสำคัญ คือ การเปลี่ยนรูปแบบการบริหารของโรงพยาบาลซึ่งให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมบริหารและโรงพยาบาลสามารถบริหารทรัพยากรได้เอง เป็นการทำงานในรูปแบบเครือข่ายบริการที่มีการบริหารร่วม ทั้งนี้ การดำเนินการอาจไม่สามารถพิจารณาแก้ไขปัญหาเฉพาะกำลังคนด้านพยาบาลเพียงวิชาชีพเดียวได้ เนื่องจากต้นเหตุของปัญหา คือ ประสิทธิภาพ

ในการบริหารโรงพยาบาลที่มีการรวมศูนย์อำนาจไว้ที่ ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ดังนั้น เพื่อให้สถานพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้นและหากสามารถบริหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะสามารถแก้ไขปัญหาตามที่สภาการพยาบาลเสนอ

นอกจากนี้ หากนำกลไกด้านงบประมาณมาร่วมขับเคลื่อนอาจทำให้ไม่ต้องการกำลังคนเพิ่ม แต่จะทำอย่างไรให้ค่าตอบแทนมีเหตุผลเหมาะสมกับภาระงานที่เกิดขึ้นจริง ดังนั้น แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขซึ่งอยู่ระหว่างการพิจารณานั้น จึงมีการนำเสนอรูปแบบการดำเนินการเป็น sandbox ซึ่งเสนอให้มีการทดลองทำในพื้นที่เขตสุขภาพ จำนวน ๒ เขต โดยนำประเด็นด้านงบประมาณไปพิจารณาดำเนินการด้วย

#### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านกฎหมาย

- การกระจายอำนาจเกิดขึ้นตามพระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. ๒๕๔๒ โดยที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เริ่มขึ้นในปี ๒๕๔๕ ประกอบกับนโยบายด้านการแพทย์ปฐมภูมิอยู่ในช่วงเริ่มดำเนินการ ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังการมีกฎหมายการกระจายอำนาจ โดยหลักการถ่ายโอนภารกิจให้พิจารณาความพร้อมของแต่ละท้องถิ่นที่จะรับการถ่ายโอน แต่ด้วยการถ่ายโอนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข อาจพบปัญหาทางปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วย กรณีหน่วยงานที่ส่งต่อผู้ป่วยอยู่ภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมายังโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นคนละสังกัดกระทรวง ดังนั้น นโยบายการถ่ายโอนดังกล่าว อาจเป็นปัญหาต่อนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการลดความแออัดผู้ป่วยในโรงพยาบาล เพื่อให้ไปใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจากการบริการจัดการ รพ.สต. จะมีประสิทธิภาพหรือไม่ขึ้นจะขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหารแต่ละท้องถิ่น ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารตามระยะเวลาดำรงตำแหน่ง ซึ่งจะทำให้นโยบายการบริการสุขภาพของแต่ละท้องถิ่นที่อาจส่งผลของความไม่ต่อเนื่อง

#### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะทางวิชาการ

๑. ในยุคที่ประชากรเกิดมากกว่า ๑ ล้านคนต่อปี กระทรวงศึกษาธิการได้มีแผนรองรับการศึกษา โดยการขยายโรงเรียนประชาบาลและเพิ่มอัตรากำลังครูที่เพียงพอ รวมทั้งมีแผนการผลิตครูโดยจัดตั้งวิทยาลัยครูขึ้น ต่อมาเมื่อเด็กเริ่มเกิดน้อยลงทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งด้านบุคลากรและอาคารสถานศึกษาเริ่มมีมากเกินความจำเป็น ปัญหาที่จะเกิดขึ้น คือ การลดจำนวนบุคลากรไม่สามารถดำเนินการได้ทันที ในทางกลับกันปัญหาทางด้านสาธารณสุข มีการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุแบบก้าวกระโดด และจะประสบกับปัญหาบุคลากรมีไม่เพียงพอต่อภาระงานเพื่อรองรับประชากรสูงอายุของยุคเบบี้บูมอย่างต่อเนื่อง ๒๐ ปี (ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๘๖) หลังจากนั้นจำนวนผู้สูงอายุจะลดจำนวนลงเรื่อย ๆ ตามจำนวนเด็กที่เกิดลดลง ดังนั้น ควรวางแผนเพิ่มอัตรากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างมากให้ทันรองรับผู้สูงอายุยุคเบบี้บูม และเตรียมลดจำนวนลง หรือถ่ายโอนไปสู่ระบบอื่นในอนาคตเมื่อจำนวนผู้สูงอายุลดลง รวมทั้งควรพิจารณากระบวนการจัดสรรกำลังคนภาพรวมของประเทศ ซึ่งควรวางแผนระยะยาวอย่างน้อย ๖๐ ปี

๒. ประเทศไทยควรมีข้อมูลด้านสุขภาพที่ดีเช่นเดียวกับต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา ซึ่งมีการลงทุนด้านข้อมูลสุขภาพจำนวนมาก โดยมีข้อมูลในการสื่อสารถึงแพทย์และประชาชน เนื่องจากปัจจุบันมีข้อมูลหลอกลวงจำนวนมาก จึงจำเป็นต้องมีข้อมูลที่อ้างอิงและมีความน่าเชื่อถือสำหรับประชาชนที่มากพอสมควร ซึ่งควรตั้งเป็นองค์กรเฉพาะที่ประกอบด้วยภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อทำงานด้านการนำเสนอข้อมูล

๓. ควรมีการจัดทำโครงการเพื่อการวางแผนหรือคาดการณ์สัดส่วนของบุคลากรทางการแพทย์กับประชาชน เพื่อพิจารณาหาจุดเหมาะสม เมื่ออัตราการเกิดของประชากรลดลง และเมื่อประชากรกลายเป็นผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาคนล้นงาน

๔. สถานการณ์พยาบาลกล่าวถึงการบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) จากการศึกษาดูงานสถานพยาบาลกรุงเทพ ประเทศไทยพบว่า มีโมเดลหนึ่งที่อาจนำมาใช้ในประเทศไทยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่อาจมีปัญหาในอนาคต คือ ผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียงที่บ้าน ทั้งนี้ ญี่ปุ่นมีข้อสรุปว่า การดูแลผู้ป่วยลักษณะดังกล่าวการดูแลที่ดีที่สุด คือ การดูแลในชุมชน เนื่องจากไม่กระทบค่าใช้จ่ายมากจนเกินไป ซึ่งรัฐเป็นผู้จ่าย ทั้งนี้ ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะมีการร้องขอผู้ดูแลจากศูนย์ที่ตั้งอยู่ในชุมชน โดยบุคลากรดังกล่าวได้รับเงินค่าตอบแทนจากท้องถิ่น ดังนั้น สำหรับการดำเนินการในประเทศไทย ท้องถิ่นจะกลายเป็น area health board และเป็น regional health board ซึ่งเป็นการทำงานในลักษณะคณะกรรมการพื้นที่ โดยเป็นที่มาของการได้รับงบประมาณและการช่วยเหลือการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาล ฉะนั้น หากทำให้หน่วยปฐมภูมิทั้งหมดเป็นไปตาม Road Map ของกระทรวงสาธารณสุขจะต้องเพิ่มกำลังคน ซึ่งจากการติดตามพบว่า การดำเนินการดังกล่าวค่อนข้างยากและมีความล่าช้าอย่างมาก โดยเฉพาะประเด็นการดำเนินการเกี่ยวกับแพทย์และพยาบาล

#### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการ

๑. ในยุคปัจจุบันเริ่มมีการนำนวัตกรรม AI และ Big Data มาใช้ ทั้งนี้ ควรกำหนดให้มีการปฏิรูปการปฏิบัติงานของกระทรวงต่าง ๆ เพื่อรองรับนวัตกรรมดังกล่าวที่จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว

๒. จากการกำหนดตัวชี้วัดสัดส่วนแพทย์หรือพยาบาลต่อจำนวนประชากร ซึ่งพบว่า มีสัดส่วนที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องนั้น การกำหนดตัวชี้วัดดังกล่าวเป็นตัวชี้วัดที่ไม่สะท้อนภาระงานที่แท้จริง ทั้งนี้ ควรกำหนดตัวชี้วัดสัดส่วนจำนวนบุคลากรต่อจำนวนประชากรที่มีความจำเป็นในการเข้ารับบริการ รวมทั้งผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพที่ส่งผลให้บุคลากรมีภาระงานหนัก เช่น จำนวนบุคลากรต่อจำนวนผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถวางแผนการกำหนดความเพียงพอของบุคลากรต่อภาระงานได้อย่างชัดเจน

๓. ควรมีการบูรณาการระบบสุขภาพแบบองค์รวม เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นเพียงส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ซึ่งมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่สำคัญหลายหน่วยงาน เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย โดยเมื่อบูรณาการระบบสุขภาพทั้งหมดเข้าด้วยกันแล้วจึงพิจารณาว่าภาระงานส่วนใดเป็นของกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ การผลิตแพทย์มีค่าใช้จ่ายสูง ดังนั้น ควรให้แพทย์ปฏิบัติงานเฉพาะในส่วนภาระงานของแพทย์ โดยควรมีการแจกแจงภาระงานที่ชัดเจน เพราะแพทย์และบุคลากรอื่นทำงานซ้ำซ้อนกัน ทำให้ภาระงานมากขึ้น ดังนั้น หากพิจารณาบทบาทประเด็นข้างต้นใหม่ และมีการบูรณาการที่ดี อาจไม่ต้องผลิตบุคลากรจำนวนมาก ซึ่งการผลิตจำนวนมากอาจทำให้บุคลากรมีคุณภาพต่ำลง

๔. การบรรจุพยาบาล เมื่อพิจารณาตัวเลขพยาบาลต่อประชากร พบว่า สหรัฐอเมริกา มีอัตราส่วนจำนวนพยาบาลต่อประชากร คิดเป็น ๑:๑๐๐ สิงคโปร์ คิดเป็น ๑:๑๓๐ ประเทศไทย คิดเป็น ๑:๓๐๐ ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลเป็นการขาดแคลนในภาพรวม เมื่อพิจารณาตัวเลขการผลิตจะสามารถรองรับการแพทย์ที่มีการขยายตัว ในอนาคต การขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชน และสังคมผู้สูงอายุได้อย่างไร สถานการณ์พยาบาลควรพิจารณาประเด็นการมีจำนวนพยาบาลที่มากพอต่อการรองรับการให้บริการด้านสาธารณสุขของทั้งประเทศในทุกรูปแบบ โดยเฉพาะ ในระบบราชการ โดยควรพิจารณาเพื่อให้สามารถสร้างกำลังคนเพื่อรองรับภาระงานของทั้งประเทศที่กำลังขยายตัวอย่างมากได้

๕. ระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลควรแบ่งเป็น ๒ ส่วน คือ ฝ่ายแพทย์ และฝ่ายบริหาร หากพยาบาลเป็นผู้ที่มีความสามารถและมีโอกาสเติบโตในองค์กร ควรเปิดโอกาสในการเข้าสู่ตำแหน่งระดับสูงซึ่งในต่างประเทศมีการแบ่งงานที่ชัดเจน และเปิดโอกาสให้พยาบาลรวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ เข้าสู่ตำแหน่งระดับสูงได้ ทั้งนี้ ในประเทศไทยถูกจำกัดโดยระบบ เพราะพยาบาลทำงานที่ไม่ใช่ภาระงานของตนจำนวนมากและมีภาระงานมาก จึงควรมีผู้ช่วยทำงานของพยาบาลในวอร์ดตลอดเวลา เพื่อให้พยาบาลได้ทำงานของพยาบาลอย่างแท้จริง นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยที่ไม่ต้องอยู่โรงพยาบาล ซึ่งอาจอยู่ในชุมชน ในประเทศไทยมีโมเดลของแพทย์ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน จนสามารถทำให้มีบุคลากรเข้ามาดูแลคนเหล่านั้นในชุมชนได้ สภากาพยาบาลอาจศึกษาโมเดลดังกล่าว และนอกจากนี้ ควรพิจารณาว่าพยาบาลจะรับภาระดูแลภาพรวมทั้งประเทศได้อย่างไร บนความต้องการของประเทศ ซึ่งควรพิจารณาภาพรวมทั้งหมด

๖. พยาบาลสามารถทำงานได้ทุกหน้าที่ในโรงพยาบาล ปัญหา คือ เมื่อมีการพิจารณาความก้าวหน้าหรือการเลื่อนระดับ จึงเกิดปัญหาจากการมีฐานที่ใหญ่ ดังนั้น การพิจารณาอาจจัดเป็นกลุ่ม นอกจากนี้ ปัญหาของพยาบาลขณะนี้ คือ พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ใน ICU MED มีภาระงานที่หนักเนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุซึ่งมักเป็นโรคอายุรกรรม เมื่อผู้ป่วยมีจำนวนมากก็จะล้นไปยัง SUB ICU ซึ่งมีเครื่องมือไม่เพียงพอและเป็นวอร์ดสามัญ ทั้งนี้ ICU ไม่สามารถเพิ่มขึ้นได้ตามความต้องการ เนื่องจากปัจจัยหลายประการส่งผลให้พยาบาลวอร์ดสามัญทำหน้าที่เช่นเดียวกับพยาบาลใน ICU ดังนั้น การพิจารณากำลังคนควรนำเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (Full Time Equivalent: FTE) มาร่วมพิจารณาด้วย นอกจากนี้ สภากาพยาบาลควรนำวาระผู้สูงอายุไปเป็นแนวทางในการทำงานระยะต่อไป เนื่องจากปัญหาผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ สำหรับการตั้งสถานพยาบาล ควรตั้งเป็นศูนย์ผู้สูงอายุ โดยหลักการผู้สูงอายุสากล คือ ให้มีสุขภาพดีที่บ้าน หากมีผู้ป่วยให้ชุมชนเป็นผู้ดูแล ไม่ใช่การดูแลที่โรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลมีจำนวนเตียงจำกัดและไม่สามารถเพิ่มขึ้นได้ตามความต้องการ ดังนั้น ในอนาคตภาระงานของกระทรวงสาธารณสุขจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากการมีจำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้น

**ส่วนที่ ๒** การบริหารจัดการอัตรากำลังพลสำหรับบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขที่รองรับภาวะฉุกเฉินในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๕ เมษายน ๒๕๖๓

### **ผลการพิจารณา**

การขอเพิ่มอัตราข้าราชการตั้งใหม่ และมาตรการเพิ่มสิทธิประโยชน์อื่น สำหรับบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข รองรับภาวะฉุกเฉินในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 แล้ว คณะรัฐมนตรีได้มีมติ ดังนี้

๑) การจัดสรรอัตราข้าราชการตั้งใหม่เพื่อบรรจุบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข หรือลูกจ้างชั่วคราว) ที่ปฏิบัติงานด้านหน้าในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด 19 ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๒๔ สายงานรวมทั้งสิ้น ๓๘,๑๐๕ อัตรา

๑.๑) เห็นชอบให้จัดสรรอัตราข้าราชการตั้งใหม่ รวม ๓๘,๑๐๕ อัตรา เพื่อบรรจุบุคคลดังกล่าวเข้ารับราชการให้ตรงตามตำแหน่งงานที่จ้างอยู่เดิม อย่างไรก็ดี หากภายหลังบริบทของงานเปลี่ยนแปลงไปให้กระทรวงสาธารณสุขเสนอ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข ปรับเปลี่ยนสายงานของอัตราข้าราชการตั้งใหม่

ที่จะจัดสรรเป็นสายงานบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ได้ตามความจำเป็น แต่ทั้งนี้ต้องไม่เกินจำนวนกรอบอัตรากำลังตามที่ คปร. กำหนด และจะต้องสอดคล้องกับแผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยให้บรรจุในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่มีวุฒิคัดเลือกก่อนกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่จะต้องสอบแข่งขัน และถือว่าอัตราข้าราชการตั้งใหม่ครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการบรรจุบุคลากรตามแผนปฏิรูปกำลังคนฯ ด้วย

๑.๒) เห็นชอบให้กำหนดเงื่อนไขว่าเมื่อบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขได้รับการบรรจุเข้ารับราชการในตำแหน่งที่ได้รับจัดสรรแล้ว ให้ยุบเลิกตำแหน่งพนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขหรือลูกจ้างชั่วคราวตามจำนวนที่ได้บรรจุบุคคลเข้ารับราชการและให้กระทรวงสาธารณสุขปรับรูปแบบการจ้างพนักงานกระทรวงสาธารณสุขโดยเน้นเฉพาะการจ้างงานสนับสนุนทั่วไปเท่านั้น และให้กระทรวงสาธารณสุขรายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับการเปลี่ยนสายงาน การบรรจุบุคคลเข้ารับราชการ ตลอดจนการยุบเลิกตำแหน่งที่จ้างงานด้วยรูปแบบอื่นให้ คปร. ทราบด้วย

๑.๓) เห็นชอบให้ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข แบ่งการกำหนดตำแหน่งอัตราข้าราชการตั้งใหม่เป็น ๓ ระยะ ดังนี้

ระยะที่ ๑ ให้กำหนดตำแหน่งเพื่อรองรับการบรรจุกลุ่มบุคลากรที่ให้บริการในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยตรง รวม ๒๕,๐๕๑ อัตรา ภายในเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๓

ระยะที่ ๒ ให้กำหนดตำแหน่งเพื่อรองรับการบรรจุกลุ่มบุคลากรที่สนับสนุนการให้บริการในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวม ๕,๖๑๖ อัตรา ตั้งแต่เดือนสิงหาคม ๒๕๖๓ เป็นต้นไป

ระยะที่ ๓ ให้กำหนดตำแหน่งเพื่อรองรับการบรรจุกลุ่มบุคลากรที่ให้บริการหรือสนับสนุนการให้บริการในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ รวม ๗,๔๓๘ อัตรา ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๓ เป็นต้นไป

ทั้งนี้ ให้กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการโอนเงินงบประมาณเหลือจ่ายประจำปีและเงินนอกงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขมาตั้งจ่ายเป็นเงินเดือนและค่าตอบแทนของบุคลากรที่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการดังกล่าวตามจำนวนวงเงินงบประมาณบุคลากร ที่จะใช้ เพื่อลดการขอรับจัดสรรงบประมาณรายจ่ายเงินงกลาง ตามที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเสนอต่อที่ประชุม

**๒) การจัดสรรอัตราข้าราชการตั้งใหม่เพื่อบรรจุนักศึกษาผู้สำเร็จการศึกษาในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๕ สายงาน รวมทั้งสิ้น ๗,๕๗๙ อัตรา**

๒.๑) ตำแหน่งนายแพทย์และทันตแพทย์

เห็นชอบให้จัดสรรอัตราข้าราชการตั้งใหม่ตำแหน่งนายแพทย์และทันตแพทย์ให้กับสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข เพื่อรองรับการบรรจุนักศึกษาวิชาแพทยศาสตร์และทันตแพทยศาสตร์ที่เป็นนักศึกษาคู่สัญญากระทรวงสาธารณสุขและสำเร็จการศึกษาในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ รวม ๒,๗๙๒ อัตรา โดยเป็นตำแหน่งนายแพทย์ จำนวน ๒,๑๕๗ อัตรา และตำแหน่งทันตแพทย์ จำนวน ๖๓๕ อัตรา และให้นำจำนวนอัตราข้าราชการตำแหน่งนายแพทย์ที่ได้รับการจัดสรรตามข้อ ๑) มานับรวมเป็นส่วนหนึ่งของจำนวนตำแหน่งนายแพทย์ตามเป้าหมายที่กำหนดในแผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ซึ่ง คปร. จะจัดสรรอัตราข้าราชการตั้งใหม่ตำแหน่งนายแพทย์และตำแหน่งทันตแพทย์ให้เป็นปีสุดท้ายด้วย ทั้งนี้ หากกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาแล้ว

เห็นว่าจำเป็นต้องบรรจุนักศึกษาผู้สัญญาของนักศึกษาวิชาแพทยศาสตร์และทันตแพทยศาสตร์เป็นข้าราชการต่อไป ให้กระทรวงสาธารณสุขทบทวนความต้องการอัตรากำลัง และแสดงความจำเป็นพร้อมทั้งแผนการใช้ประโยชน์ว่าจะใช้ตำแหน่งดังกล่าวในการปฏิบัติภารกิจตามแผนงานหรือยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องอย่างไร เพื่อให้ คปร. พิจารณาต่อไป

๒.๒) ตำแหน่งเภสัชกร

เห็นชอบให้กระทรวงสาธารณสุขบรรจุนักศึกษาวิชาเภสัชศาสตร์ที่เป็นนักศึกษาผู้สัญญาของกระทรวงสาธารณสุขเป็นพนักงานราชการแทนการบรรจุเป็นข้าราชการตามมติ อ.ก.พ.กระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมครั้งที่ ๙/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ และให้นำจำนวนอัตราข้าราชการตำแหน่งเภสัชกรที่ได้รับจัดสรรตามข้อ ๑) มานับรวมเป็นส่วนหนึ่งของจำนวนตำแหน่งเภสัชกรตามเป้าหมายที่กำหนดในแผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยยังไม่จัดสรรอัตราข้าราชการตั้งใหม่ตามที่ขอ

๒.๓) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุข

เห็นชอบให้กระทรวงสาธารณสุขพิจารณาทบทวนเหตุผลความจำเป็นของภารกิจจัดทำแผนกำลังคนรองรับและแสดงความสอดคล้องกับแผนปฏิรูปกำลังคนฯ เพื่อให้อัตราข้าราชการที่จะขอตั้งใหม่มีความชัดเจนทั้งภารกิจและหน่วยงานที่จะปฏิบัติ รวมถึงประโยชน์ที่จะได้รับการบรรจุบุคคลเข้ารับราชการ โดยจะต้องไม่ซ้ำซ้อนกับอัตรากำลังที่ได้รับจัดสรรและหากมีความจำเป็นให้จัดทำรายละเอียดเสนอ คปร. ในโอกาสต่อไป

๓) การคัดเลือกบรรจุบุคคลซึ่งมีได้สำเร็จการศึกษาในวุฒิมที่ ก.พ. กำหนดให้คัดเลือกบรรจุเข้ารับราชการตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๔/ว ๑๗ ลงวันที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๖๒

เห็นชอบให้สำนักงาน ก.พ. พิจารณาดำเนินการตามมาตรา ๕๕ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑ เพื่อคัดเลือกบรรจุบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นกรณีที่มีเหตุพิเศษเข้ารับราชการและแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งโดยไม่ต้องดำเนินการสอบแข่งขัน ทั้งนี้ ให้หารือร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการดำเนินการคัดเลือกบุคคลเข้ารับราชการให้สอดคล้องกับข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ สิทธิประโยชน์ของผู้ที่จะบรรจุเข้ารับราชการ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ ก.พ. และคณะรัฐมนตรีกำหนดไว้เดิม ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๘.๑/๑๕๔ ลงวันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๕๖ และ ที่ นร ๑๐๑๒.๒/๒๓๕ ลงวันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๐ แล้วแต่กรณี

๔) การขอสนับสนุนเงินเพิ่มพิเศษรายเดือนสำหรับบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข

เห็นชอบให้บุคลากรสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้รับเงินเพิ่มพิเศษรายเดือนในอัตรา ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ ผู้ปฏิบัติงานโดยตรง ให้ได้รับในอัตราเดือนละ ๑,๕๐๐ บาท

กลุ่มที่ ๒ ผู้ปฏิบัติงานสนับสนุน ให้ได้รับในอัตราเดือนละ ๑,๐๐๐ บาท

ประมาณการงบประมาณที่จะต้องใช้ในการจ่ายเงินเพิ่มพิเศษรายเดือน เป็นระยะเวลา ๗ เดือน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๒,๗๔๖,๓๙๗,๕๐๐ บาท

จากมติคณะรัฐมนตรีดังกล่าว มีผลทำให้บุคลากรด้านสาธารณสุขในทุกวิชาชีพมีโอกาสและความหวังที่จะได้รับผลพวงจากการบรรจุเข้ารับราชการในกระทรวงสาธารณสุข และเนื่องจากคณะกรรมการได้รับหนังสือขอความเป็นธรรมจำนวนมากเกี่ยวกับการบรรจุข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข

จากการเพิ่มอัตราข้าราชการตั้งใหม่ ดังนั้น คณะกรรมการจึงได้มีการพิจารณาศึกษาและเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลถึงการบริหารจัดการอัตรากำลังพลด้านสาธารณสุข แนวทางการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการเพิ่มอัตราข้าราชการตั้งใหม่ และมาตรการเพิ่มสิทธิประโยชน์อื่นสำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เป็นด้านหน้าในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลประชาชนจากสถานการณ์การแพร่ระบาด โดยคณะกรรมการได้มีการแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่มาให้ข้อมูลผลการพิจารณาสามารถสรุปได้ ดังนี้

### สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การบรรจุบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 เข้ารับราชการเป็นกรณีพิเศษที่ได้รับการอนุมัติตามมติคณะรัฐมนตรีเป็นจำนวนทั้งสิ้น ๔๕,๖๘๔ อัตรา แบ่งเป็นอัตราข้าราชการตั้งใหม่เพื่อบรรจุนักศึกษาผู้สำเร็จการศึกษาในปี ๒๕๖๓ จำนวน ๕ สายงาน รวม ๗,๕๗๙ อัตรา และอัตราข้าราชการตั้งใหม่เพื่อบรรจุบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านหน้าในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 จำนวน ๒๔ สายงาน รวม ๓๘,๑๐๕ อัตรา โดยแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ ผู้ปฏิบัติงานโดยตรงในโรงพยาบาล จำนวน ๒๕,๐๕๑ อัตรา ดำเนินการแล้วเสร็จเมื่อวันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๓

กลุ่มที่ ๒ ผู้ปฏิบัติงานด้านการสนับสนุน จำนวน ๕,๖๑๖ อัตรา อยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติ มีกำหนดการบรรจุภายในวันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๓

กลุ่มที่ ๓ ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน ๗,๔๓๘ อัตรา อยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติ และอยู่ระหว่างการขอทบทวนระยะเวลาการบรรจุเดิมมีกำหนดจะดำเนินการบรรจุภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๓ เป็นต้นไป เนื่องจากติดขัดเรื่องงบประมาณ แต่กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการบรรจุข้าราชการโดยเงินที่เหลือจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข จึงทำให้ยังมีงบประมาณในภาพรวมสามารถดำเนินการบรรจุข้าราชการกลุ่มที่ ๓ พร้อมกับกลุ่มที่ ๒ ภายในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๓ ได้ จึงดำเนินการตามขั้นตอนโดยผ่านความเห็นชอบจาก อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข เสนอไปยังสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) เพื่อดำเนินการบรรจุกลุ่มที่ ๓ พร้อมกับกลุ่มที่ ๒ ซึ่งหากสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) เห็นชอบให้ดำเนินการบรรจุพร้อมกัน ก็ต้องเสนอให้ที่ประชุมคณะรัฐมนตรีพิจารณาครั้งสุดท้าย

หลักเกณฑ์การบรรจุอัตราข้าราชการตั้งใหม่เพื่อบรรจุบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านหน้าในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 จำนวน ๒๔ สายงาน รวม ๓๘,๑๐๕ อัตรา ตามมติคณะรัฐมนตรีกำหนดให้บรรจุจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในประเภทพนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว แต่ไม่ครอบคลุมประเภทลูกจ้างประจำ

กระบวนการดำเนินการดำเนินการบรรจุข้าราชการทั้งหมดกระทำผ่านการตั้งคณะกรรมการขึ้นมาชุดหนึ่งเนื่องจากสายงานและวิชาชีพที่จะได้รับการบรรจุมีจำนวนมาก โดยมีรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ๑ คน เป็นที่ปรึกษา และผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขร่วมเป็นกรรมการก่อนนำเสนอ อ.ก.พ.กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเสนอไปยังที่ประชุมคณะรัฐมนตรีพิจารณา ซึ่งคุณสมบัติ คุณวุฒิ และภาระงานจะต้องตรงตามข้อกำหนด

จากการดำเนินการทั้งหมดจึงพบปัญหาและอุปสรรค คือ ผู้มีคุณสมบัติที่กำหนดตามมติคณะรัฐมนตรีจะต้องเป็นพนักงานราชการ พนักงานกระทรวง และลูกจ้างชั่วคราว ทำให้บางกลุ่มที่เป็นลูกจ้างประจำไม่ได้อยู่ในหลักเกณฑ์ที่กำหนด โดยบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๓๖๕,๐๐๐ คน แบ่งเป็น ข้าราชการ

๒ แสนคน และอีกส่วนที่ไม่ได้เป็นข้าราชการ คือ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๑๐,๐๐๐ คน พนักงานราชการ จำนวน ๑๐,๖๒๒ คน ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน ๒๐,๐๐๐ คน และลูกจ้างประจำ จำนวน ๑๒,๗๑๐ คน

นอกจากการบรรจุข้าราชการ ๓๑,๘๐๕ ตำแหน่ง ยังมีข้อเสนอให้มีการบรรจุแพทย์แผนไทย จำนวน ๑,๐๐๐ ตำแหน่ง ซึ่งเป็นการใช้อัตราว่างของกระทรวงสาธารณสุขที่ยังมีอยู่ประมาณ ๑๐,๐๐๐ อัตรา จึงมี การนำประเด็นดังกล่าวเข้าสู่การพิจารณาของ อ.ก.พ.กระทรวงสาธารณสุข และอยู่ระหว่างการดำเนินการ ขอความเห็นชอบจากที่ประชุมคณะรัฐมนตรี

ส่วนการเพิ่มสิทธิประโยชน์อื่น ระหว่างเดือนมีนาคม - กันยายน ๒๕๖๓ แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มที่ ๑ ผู้ปฏิบัติงานโดยตรง ให้ได้รับอัตราเดือนละ ๑,๕๐๐ บาทต่อเดือน กลุ่มที่ ๒ ผู้ปฏิบัติงานสนับสนุน ให้ได้รับ อัตราเดือนละ ๑,๐๐๐ บาทต่อเดือน

สำหรับการบรรจุข้าราชการอัตราพิเศษในกลุ่มแพทย์และกลุ่มพยาบาลจบใหม่ มีการเสนอขอจัดสรร ตำแหน่งสำหรับบรรจุใหม่กับเมื่อได้รับการอนุมัติ ไม่เหมือนกัน ในขั้นแรกกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการ ขอบรรจุข้าราชการแบ่งเป็น ๓ กลุ่ม คือ ๑) ผู้ปฏิบัติงานหลักโดยตรงเกี่ยวกับโควิด - ๑๙ ๒) ผู้ปฏิบัติงาน สนับสนุนเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และ ๓) กลุ่มแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรจบใหม่ แต่เมื่อได้รับการอนุมัติ มีการปรับเปลี่ยน คือ กลุ่มที่ ๑) ผู้ปฏิบัติสายงานหลัก ๒) ผู้ปฏิบัติงานสนับสนุน และ ๓) มีการปรับเปลี่ยน โดยนำบุคลากรในสวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้มีการบรรจุในกลุ่มนี้ สำหรับกลุ่มแพทย์ ทันตแพทย์จบใหม่ ได้มีการแยกการบรรจุออกมาเป็นอีกส่วนหนึ่ง ซึ่งได้รับการอนุมัติแล้ว ยกเว้นเภสัชกร เนื่องจากเคยมีข้อตกลงกับสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.)ว่าจะไม่ขอตำแหน่งข้าราชการ แต่ขอเป็นตำแหน่งพนักงานราชการ ดังนั้น เภสัชกรที่จบใหม่ จึงไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ ทั้งนี้ ยังมีการขอตำแหน่งพยาบาลและนักวิชาการจบใหม่เพิ่มเติม โดยอยู่ระหว่างการดำเนินการจัดทำข้อมูล และรายละเอียดเพื่อเสนอสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) อีกครั้ง เพื่อรอการพิจารณาว่า จะได้รับการอนุมัติให้บรรจุเป็นข้าราชการหรือไม่

มาตรการสำหรับการเยียวยาลูกจ้างประจำที่ไม่ได้รับสิทธิการบรรจุตามพระราชบัญญัติ นั้น ในภาพรวมผู้ปฏิบัติงานหลักและสนับสนุนในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ได้รับสิทธิพิเศษ คือ ๑) การบรรจุ ๒) ค่าตอบแทนที่ได้รับเพิ่มขึ้นมา ๑,๐๐๐ - ๑,๕๐๐ บาทต่อเดือน ๓) การเลื่อนขั้นเงินเดือน เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑ และ ๔) การเยียวยากลุ่มปฏิบัติงาน หากได้รับการติดเชื้อก็จะได้รับการดูแล ในส่วนของ การเยียวยาของลูกจ้างประจำ ซึ่งปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีแนวคิดให้มีการบรรจุและเยียวยา กลุ่มลูกจ้างประจำด้วยการนำข้อเสนอเข้าสู่การพิจารณาของ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข ก่อนนำเสนอ เรื่องให้สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) พิจารณาต่อไป แต่ในเบื้องต้นจะดำเนินการบรรจุ ตามที่ได้รับการอนุมัติมาทั้ง ๓ ระยะ ให้แล้วเสร็จก่อน เพื่อพิจารณาปัญหาให้มีการแก้ไขในแนวทางเดียวกัน ซึ่งเบื้องต้นพบอุปสรรค คือ ๑) การบันทึกข้อมูลในระบบ ๒) วุฒิการศึกษาไม่ตรงตามความต้องการ ของตำแหน่ง ๓) ลูกจ้างประจำรายวันรายคาบ ทั้งนี้ ปัญหาทั้งหมดจะดำเนินการแก้ไขภายหลังการบรรจุ ข้าราชการอัตราพิเศษครบทั้ง ๓ กลุ่ม

สายงานที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่ม ๒๔ วิชาชีพ เช่น ตำแหน่งเวชสถิติโดยตรงจะยังไม่ได้รับการบรรจุ เนื่องจาก ตามการกำหนดสายงานของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) จะมีตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุข แต่ไม่มีตำแหน่งเวชสถิติตามหลักเกณฑ์ ซึ่งส่วนงานที่เกี่ยวข้องอยู่ระหว่างการดำเนินการจัดทำหนังสือเกี่ยวกับตำแหน่งดังกล่าวไปยังสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน พิจารณา ส่วนสายงานพัสดุ นิติกร และอื่น ๆ ไม่สอดคล้องกับแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งพิจารณา



การบรรจุข้าราชการ ผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 โดยตรง ไม่ใช่เป็นการแก้ปัญหาการบรรจุข้าราชการของกระทรวงสาธารณสุข จึงทำให้มีบางวิชาชีพไม่ได้รับการบรรจุในรอบนี้ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการพิจารณาโดยจะนำอัตราเกษียณอายุราชการของสายงานต่าง ๆ มาแก้ไข ปัญหาในการบรรจุข้าราชการสายงานในวิชาชีพอื่น ๆ เช่น คนขับรถที่ต้องขับรถรับผู้ป่วย PUI ซึ่งในส่วนนี้ จะต้องนำไปสู่การพิจารณาหามาตรการเยียวยาต่อไป

### ชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

**ข้อเสนอการบริหารจัดการอัตรากำลัง การเพิ่มอัตราข้าราชการตั้งใหม่ และสิทธิประโยชน์อื่น สำหรับบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข กรณีโรคโควิด 19 ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๕ เมษายน ๒๕๖๓** อนุมัติให้บุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 เข้ารับราชการเป็นกรณีพิเศษ จำนวน ๓๘,๑๐๕ อัตรา ตามที่สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) มีมติอนุมัติให้บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขคัดเลือกเพื่อบรรจุข้าราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๔.๒/๕๘ ลงวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๓ มีดังนี้

๑. กลุ่มวิชาชีพที่ไม่ได้รับการดำเนินการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งเข้ารับราชการ แต่เกี่ยวข้องกับ การปฏิบัติงานในสถานการณ์โรคโควิด 19 โดยตรง เพราะไม่มีมาตรฐานกำหนดตำแหน่งข้าราชการ ของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ได้แก่ นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (Paramedic) และเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ทั้งในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) และในห้องฉุกเฉิน จึงเสนอให้กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ร่วมกันกำหนดมาตรฐานกำหนดตำแหน่งของวิชาชีพและดำเนินการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้ง เข้ารับราชการเป็นกรณีพิเศษ

๒. กลุ่มสายงานสนับสนุนที่สำคัญ ไม่ได้รับการดำเนินการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งเข้ารับ ราชการ ได้แก่ นักวิชาการพัสดุ และเจ้าพนักงานพัสดุ และนักวิชาการการเงินและบัญชี จึงเสนอให้กำหนด อัตราบรรจุและแต่งตั้งเข้ารับราชการในกลุ่มสายงานสนับสนุน

### ข้อเสนอด้านสิทธิประโยชน์อื่นสำหรับบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข กรณีโรคโควิด 19 คือ

๑. ควรทำประกันชีวิตให้บุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์ การระบาดของโรคโควิด 19

๒. สนับสนุนค่าเสี่ยงภัยให้บุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์ การระบาดของโรคโควิด 19

### ข้อเสนอการบริหารจัดการอัตรากำลัง คือ

ตามหนังสือที่ สธ ๐๒๐๘.๐๔/ว๑๕๔๔ ลงวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๓ เมื่อบุคลากรของกระทรวง สาธารณสุขได้รับการบรรจุข้าราชการในตำแหน่งที่ได้รับจัดสรรแล้ว ให้ยุบเลิกตำแหน่งพนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขหรือลูกจ้างชั่วคราวตามจำนวนที่ได้บรรจุบุคคลเข้ารับราชการ จึงห้ามใช้ เลขที่ตำแหน่งที่ได้รับการบรรจุดังกล่าวไปใช้งานในทุกกรณี ดังนั้น จึงขอให้มีการใช้เลขที่ตำแหน่งดังกล่าว เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากรสาธารณสุข ในกรณีที่รอบอัตรากำลังไม่เกินอัตราที่กำหนด

## ชมรมนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย

ประเด็นปัญหาในการบรรจุบุคลากรในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เข้ารับราชการเป็นพิเศษ มีดังนี้

๑. การจ้างงานในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข สำหรับบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (HROPS) ไม่เป็นข้อมูลปัจจุบัน เช่น กรณีการจ้างงานปัจจุบันเป็นตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ แต่ในระบบ HROPS เป็นตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขทำให้ข้อมูลที่ได้จากระบบเป็นนักวิชาการสาธารณสุข ทำให้ต้องบรรจุเข้ารับราชการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขแทน

๒. จากการนำข้อมูลจากระบบ HROPS ณ วันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๓ มาประกอบการบรรจุตามมติคณะรัฐมนตรี ทำให้บุคลากรที่ไม่มีข้อมูลในระบบ HROPS ไม่มีชื่อได้รับการบรรจุตามมติคณะรัฐมนตรีทำให้เกิดรายชื่อตกหล่นจำนวนมาก

๓. คุณวุฒิทางการศึกษาของลูกจ้างชั่วคราว พนักงานกระทรวงสาธารณสุขและพนักงานราชการ คุณวุฒิการศึกษาไม่ตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งทำให้ต้องส่งข้อมูลการพิจารณาให้สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.)

๔. ตำแหน่งที่เป็นสายงานสนับสนุน (back office) เช่น ตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไป นักทรัพยากรบุคคล นักวิชาการเงินและบัญชี นักวิชาการพัสดุ และตำแหน่งอื่น ๆ เป็นตำแหน่งที่ตกสำรวจทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำ ทั้งที่บุคลากรเหล่านี้ก็เป็นบุคลากรที่สนับสนุนการทำงานในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 เช่นกัน

**ข้อเสนอในการแก้ไขประเด็นปัญหาในการบรรจุบุคลากรในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เข้ารับราชการของตำแหน่งตกสำรวจ** โดยตำแหน่งสายงานสนับสนุน (back office) เช่น ตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไป นักทรัพยากรบุคคล นักวิชาการเงินและบัญชี นักวิชาการพัสดุ และตำแหน่งอื่น ๆ นับเป็นตำแหน่งที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนการทำงาน อีกทั้งผู้ปฏิบัติงานตำแหน่งเหล่านี้ได้มีการออกไปตรวจติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดเช่นเดียวกัน แต่ไม่ได้รับการบรรจุ จึงมีข้อเสนอ ดังนี้

๑. ขอรับการจัดสรรตำแหน่งเพิ่มใหม่เพื่อบรรจุบุคลากรที่เป็นตำแหน่งสายงานสนับสนุน (back office) เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจให้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงาน

๒. ในวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ จะมีตำแหน่งบุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเกษียณอายุราชการ ทั้งนี้ เห็นควรให้นำตำแหน่งที่ว่างจากการเกษียณอายุราชการดังกล่าวมากำหนดตำแหน่งเป็นสายงานสนับสนุน (back office) เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจให้บุคลากรที่ปฏิบัติงาน

## ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ ดังนี้

### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

๑. ควรให้ความสำคัญและหามาตรการการเยียวยาทางด้านจิตใจของกลุ่มลูกจ้างประจำกว่า ๑.๒ หมื่นคน มิเช่นนั้น อาจจะทำให้เกิดคลื่นลูกที่สอง เพราะจะมีการตั้งข้อสังเกตว่า ลูกจ้างประจำอยู่มาก่อน ลูกจ้างชั่วคราว เหตุใดจึงไม่ได้รับการบรรจุ

๒. ควรพิจารณาแนวทางการบรรจุของมหาวิทยาลัยที่ใช้มาตรการ "คลื่นกระทบฝั่ง" โดยคลื่นแรกผู้ทำงานมาก่อนจะได้ค่าตอบแทนสูงสุด คลื่นที่สองและคลื่นที่สาม ก็จะได้รับค่าตอบแทนลดหลั่นกันลงมาตามระยะเวลาการทำงาน ซึ่งสามารถช่วยเยียวยาจิตใจบุคลากรทุกส่วน ไม่ให้เกิดผลกระทบตามมาภายหลัง

๓. ควรมีการเยียวยาการบรรจุตำแหน่งข้าราชการในส่วนที่ไม่ตรงตามวุฒิการศึกษา เนื่องจากสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) พิจารณาไม่อนุมัติให้ได้รับการบรรจุตำแหน่งดังกล่าว

๔. หลักเกณฑ์การบรรจุบุคลากรประเภทลูกจ้างรายวันรายคาบ คาดว่า จะมีปัญหามากที่สุด เพราะมติคณะรัฐมนตรีกำหนดชัดเจนว่า เฉพาะลูกจ้างชั่วคราว ถ้าลูกจ้างรายคาบหรือรายชั่วโมงถือเป็นลูกจ้างชั่วคราวเช่นกัน จึงเป็นปัญหาว่า หากพิจารณาตามมติคณะรัฐมนตรี ลูกจ้างประจำรายคาบก็ต้องได้รับสิทธิการบรรจุ เพราะเป็นลูกจ้างประจำเช่นเดียวกัน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจะพิจารณาว่า ลูกจ้างประจำไม่ใช่ลูกจ้างรายคาบก็อาจจะไม่มีปัญหาในข้อกฎหมาย

๕. การบรรจุข้าราชการอัตราพิเศษของกระทรวงสาธารณสุขควรจะมีการปรึกษาหรือขอความคิดเห็นในการดำเนินการในหลายประเด็น

๖. การตั้งโจทย์เกี่ยวกับการบรรจุข้าราชการของกระทรวงสาธารณสุขสำหรับผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับสถานการณ์โควิด 19 วางอยู่บนพื้นฐานใด เพราะผู้ปฏิบัติงาน เช่น เวรเบล เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย ก็เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ต่อสถานการณ์โควิด 19 ผู้ที่ปฏิบัติงานดังกล่าว ไม่ได้หมายความว่าต้องทำงานใกล้ชิดกับโรคโควิด 19 เท่านั้น บุคลากรด้านสาธารณสุขทั้งหมดล้วนเกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19

๗. กระทรวงสาธารณสุขควรหารือกับสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) เกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างที่จำเป็นต้องมีข้าราชการสายงานพัสดุ สำหรับการจัดซื้อจัดจ้างของโรงพยาบาล จะใช้ลูกจ้างประจำดำเนินการไม่ได้ จึงทำให้มีปัญหาในด้านการจัดซื้อจัดจ้างของโรงพยาบาล รวมถึงสายงานการเงินการบัญชี

๘. การบรรจุแพทย์ควรมีการจัดทำแผนผังการบริหารจัดการ (Organization Chart) ให้ครอบคลุม เพราะลักษณะการบรรจุมักจะขึ้นกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นสำคัญ การบรรจุจึงมีลักษณะให้น้ำหนักไปทางฝั่งหนึ่งฝั่งใดมากเกินไป เช่น แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) ที่ขาดแคลน จนมีผลกระทบกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine)

๙. ปัญหาและอุปสรรคการบรรจุบุคลากรด้านสาธารณสุขเกิดจากการรวมศูนย์อำนาจ (Centralization) อยู่ที่กระทรวงสาธารณสุขด้วยเงื่อนไขเดียวกันทั่วประเทศ ดังนั้น การบริหารงานโดยโรงพยาบาลจึงไม่สามารถดำเนินการให้มีประสิทธิภาพได้มากนัก

๑๐. ประเด็นการปฏิรูปด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับการบริหารสถานพยาบาลควรได้รับการผลักดันเพื่อให้เกิดการแก้ไขเชิงโครงสร้าง ด้วยการปรับให้อำนาจการบริหารโรงพยาบาลอยู่ที่คณะกรรมการบริหาร ไม่ใช่การบริหารโรงพยาบาลโดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑๑. การผลิตบุคลากรทางแพทย์จำเป็นจะต้องมีการหารืออย่างรอบคอบ มิเช่นนั้น จะทำให้เกิดภาวะล้นตลาด จำเป็นจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงการบริหารทั้งหมด

๑๒. การบรรจุบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขในครั้งนี้อาจสร้างความไม่เป็นธรรมให้แก่กระทรวงอื่น ๆ เช่น กองทัพที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการปฏิบัติด้านโควิด 19 เช่นกัน ดังนั้น ผู้เกี่ยวข้องต้องพิจารณาเรื่องนี้อย่างรอบด้าน

บทที่ ๒  
ด้านกฎหมาย

## บทที่ ๒ ด้านกฎหมาย

๑. พิจารณาศึกษาและติดตามความคืบหน้าในการตรากฎหมายลำดับรอง เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติด้านสาธารณสุข ซึ่งอยู่ในอำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๒. พิจารณาการจัดทำคำของบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ด้านสาธารณสุข (ตามร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓)
๓. พิจารณาการจัดทำคำของบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ด้านสาธารณสุข (ตามร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔)

## บทที่ ๒ ด้านกฎหมาย

### ๑. พิจารณาการศึกษาและติดตามความคืบหน้าในการตรากฎหมายลำดับรอง เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติด้านสาธารณสุข ซึ่งอยู่ในอำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ตามที่ที่ประชุมคณะกรรมการวิสามัญกิจการวุฒิสภา ครั้งที่ ๘/๒๕๖๓ วันพุธที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ รับทราบผลการพิจารณาของคณะอนุกรรมการติดตามมติของวุฒิสภา กรณีการตรวจสอบและพิจารณาทบทวนข้อมูลการดำเนินการติดตามมติของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ และมีมติเห็นชอบให้ส่งข้อมูลดังกล่าวไปยังคณะกรรมการสามัญประจำวุฒิสภาที่มีหน้าที่และอำนาจเกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาดำเนินการตามที่เห็นสมควร ทั้งนี้ ประธานคณะกรรมการวิสามัญได้มีข้อสังเกตว่า เห็นควรให้คณะกรรมการสามัญประจำวุฒิสภาทุกคณะ พิจารณาติดตามผลการบังคับใช้กฎหมาย สำหรับกรณีพระราชบัญญัติที่มีผลใช้บังคับแล้วตามหน้าที่และอำนาจของแต่ละคณะกรรมการด้วย นั้น

ในคราวประชุมคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา วุฒิสภา ครั้งที่ ๑๓/๒๕๖๓ วันพุธที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๓ และการประชุมครั้งที่ ๑๔/๒๕๖๓ วันพุธที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๓ ที่ประชุมได้มีการพิจารณาดำเนินการติดตามมติของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เรื่อง “การศึกษา ติดตาม และการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมายลำดับรองที่มีการบังคับใช้สมัยสภานิติบัญญัติแห่งชาติเพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัติด้านสาธารณสุข” ตลอดจนปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว รวมทั้งประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

#### การดำเนินงานของคณะกรรมการ

คณะกรรมการมีการเชิญบุคคลและผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาชี้แจง และแสดงความคิดเห็นเพื่อประกอบการพิจารณา ประกอบด้วย

- ๑.๑ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ๑.๒ กรมอนามัย
- ๑.๓ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- ๑.๔ กรมควบคุมโรค
- ๑.๕ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
- ๑.๖ กรมการแพทย์
- ๑.๗ กรมสุขภาพจิต
- ๑.๘ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- ๑.๙ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

#### ประเด็นการพิจารณาศึกษา

การพิจารณาของคณะกรรมการมุ่งเน้น การศึกษา ติดตามการบังคับใช้พระราชบัญญัติด้านสาธารณสุขที่อยู่ภายใต้หน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการการสาธารณสุข และอยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีการประกาศใช้บังคับสมัยสภานิติบัญญัติแห่งชาติ โดยพิจารณาติดตามสถานะ

การดำเนินการ ผลสัมฤทธิ์จากการประกาศใช้บังคับกฎหมายลำดับรองเพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัติด้านสาธารณสุข ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข

### ผลการพิจารณา

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา มีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติกระทำกิจการ พิจารณาขอโทษเท็จจริง หรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนา พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และโดยที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยมีบทบัญญัติที่กำหนดให้ รัฐพึงจัดให้มีการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมายทุกกรอบระยะเวลาที่กำหนด โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องประกอบด้วย เพื่อพัฒนากฎหมายทุกฉบับให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งนี้ คณะกรรมการในฐานะของฝ่ายนิติบัญญัติ ได้ตระหนักและให้ความสำคัญต่อการบังคับใช้พระราชบัญญัติด้านสาธารณสุขที่มีการประกาศใช้อยู่ในปัจจุบัน ซึ่งคณะกรรมการได้มีการพิจารณาศึกษาและติดตามความคืบหน้าสถานการณ์การบังคับใช้กฎหมายทางด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับประธานคณะกรรมการวิสามัญกิจการวุฒิสภาเห็นควรให้คณะกรรมการสามัญประจำวุฒิสภาทุกคณะ พิจารณาติดตามผลการบังคับใช้กฎหมาย สำหรับกรณีพระราชบัญญัติที่มีผลใช้บังคับแล้ว ตามหน้าที่และอำนาจของแต่ละคณะกรรมการด้วย ดังนั้น คณะกรรมการการสาธารณสุขจึงได้มีการพิจารณาการดำเนินการติดตามมติของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เรื่อง “การศึกษา ติดตาม และการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมายลำดับรองที่มีการบังคับใช้สมัยสภานิติบัญญัติแห่งชาติเพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัติด้านสาธารณสุข”

ทั้งนี้ ในการพิจารณาศึกษาและติดตามความคืบหน้าในการตรากฎหมายลำดับรอง เพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัติด้านสาธารณสุข ซึ่งอยู่ในอำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงเป็นผลการพิจารณาในช่วงเวลาตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ จนถึง ปี ๒๕๖๓ (เดือนกรกฎาคม) โดยมีกฎหมายที่ออกในสมัยสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ซึ่งคณะกรรมการได้มีการพิจารณาศึกษาและติดตามกฎหมายด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย

โดยรายละเอียดของกฎหมายแต่ละฉบับสามารถสแกนได้จาก QR Code



**ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ ดังนี้**

๑. พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. ๒๕๖๒ มีผลบังคับใช้เมื่อ ๒๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ ข้อควรระวัง คือ กฎหมายลำดับรองที่ออกเมื่อในปี ๒๕๖๐ เป็นต้นไป ต้องไม่บัญญัติเกินกว่าที่พระราชบัญญัติกำหนด

๒. ความกังวลในการเรื่องเฝ้าระวังการทำการตลาดด้วยการโฆษณาทางสถานีวิทยุของผู้ประกอบการ รวมถึงการโฆษณาโดยการนำเด็กโตมาโฆษณาแทนเด็กเล็ก ซึ่งไม่มีความผิดตามพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ๒๕๖๐ แต่สามารถสื่อสารถึงผู้บริโภคได้ และกรณีคำเตือน มีการใช้ภาษาที่พูดอย่างรวดเร็วจนไม่สามารถฟังได้ทัน

๓. พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ๒๕๖๐ ภาครัฐควรให้ความรู้แก่แม่เกี่ยวกับการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์นมหรืออาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กให้เหมาะสมกับวัยของเด็ก

๔. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ เจตนารมณ์ของกฎหมายฉบับนี้มุ่งคุ้มครองวัยรุ่นที่มีอายุ ๑๐ - ๒๐ ปีบริบูรณ์ เพื่อนำไปสู่การหาข้อมูลของกรมอนามัยต่อไป และมีสิทธิในการเรียนต่อ ซึ่งในทางปฏิบัติมีการกำหนดช่วงอายุที่คลาดเคลื่อนจากพระราชบัญญัติฉบับนี้

๕. การแก้ปัญหาเกี่ยวกับการโฆษณาเกินจริง ควรนำพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. ๒๕๖๐ มาตรา ๑๔ (๑) กำหนดให้ “โดยทุจริต หรือโดยหลอกลวง นำเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ซึ่งข้อมูลคอมพิวเตอร์ที่บิดเบือนหรือปลอมไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน หรือข้อมูลคอมพิวเตอร์อันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ประชาชน อันมิใช่การกระทำความผิดฐานหมิ่นประมาทตามประมวลกฎหมายอาญา” ควรปรับปรุงบทลงโทษให้มีโทษสูง จำคุกไม่เกิน ๕ ปี ปรับไม่เกิน ๑ ล้านบาท และไม่สามารถยอมความได้

๖. ควรผลักดันองค์การอิสระของภาคประชาชนในการคุ้มครองผู้บริโภค ตามมาตรา ๔๖ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย เพื่อช่วยบรรเทาปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

๗. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพต้องเร่งตรากฎหมายลำดับรอง ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ ให้แล้วเสร็จ เพื่อให้การดำเนินการเกี่ยวกับสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพและสถานประกอบการที่ทำลายสุขภาพมีความชัดเจน



**๒. พิจารณาการจัดทำคำขอของงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๓**  
**ด้านสาธารณสุข (ตามร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่าย**  
**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓)**

งบประมาณรายจ่ายเป็นอำนาจการใช้จ่ายเงินแผ่นดินของรัฐบาล ที่กำหนดให้รัฐสภาได้อนุญาตให้ไว้ในรูปของพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี ซึ่งให้รัฐบาลกระทำได้ภายใต้กรอบวัตถุประสงค์ภายในระยะเวลาที่กฎหมายกำหนดหรืออนุญาตไว้ ทั้งนี้ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา ๑๔๓ กำหนดให้วุฒิสภาต้องพิจารณาให้ความเห็นชอบหรือไม่ให้ความเห็นชอบร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ คณะกรรมการ จึงให้ความสำคัญในทุก ๆ รอบปีงบประมาณ โดยมีการพิจารณาศึกษาและติดตามหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุข การจัดทำคำขอของงบประมาณรายจ่ายประจำปี และการนำงบประมาณมาใช้จ่ายและดำเนินการเป็นไปตามแผนการจัดทำคำขอได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นเพียงใด ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ต่อการดำเนินงานทางด้านการสาธารณสุข

**ผลการพิจารณา**

**กระทรวงสาธารณสุข**

**สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข คือ “ลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ ร้างกายแข็งแรง ทำให้เศรษฐกิจประเทศแข็งแรง” ประกอบด้วย

๑. พัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติ
๒. ให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายใจ และมีความมั่นคงทางสุขภาพ
  - ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย ใช้ชุมชนเป็นฐาน
  - พัฒนาเด็กไทยให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในครรภ์
  - จัดการดูแลระยะยาวรองรับสังคมสูงวัยอย่างเป็นระบบ
  - จัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพอย่างครบวงจรและบูรณาการ
๓. ให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ลดความแออัด ลดเหลื่อมล้ำ ลดรอยต่อ และลดภาระค่าใช้จ่าย
  - เพิ่มศักยภาพหน่วยบริการทุกระดับ จัดระบบการแพทย์ปฐมภูมิอย่างทั่วถึง พัฒนาห้องฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ
  - พัฒนาและยกระดับความรู้ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นหมอประจำบ้าน
  - ใช้ Telemedicine ระบบคิว ระบบส่งต่อ ระบบงานบริการ เชื่อมโยงเป็น Big Data เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ
๔. ผลักดันการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข
  - ให้ประชาชนเข้าถึงการใช้กัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์ได้อย่างปลอดภัย
  - ส่งเสริมนวัตกรรมและศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์และสาธารณสุข

๕. เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ
  - ยึดหลักธรรมาภิบาลและความโปร่งใส กระจายอำนาจให้เขตสุขภาพ
  - ผู้บริหารทุกระดับต้องให้ความสำคัญในการสร้างขวัญกำลังใจบุคลากร

#### นโยบายรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข

๑. การออกกำลังกาย อาหารสุขภาพ
๒. เชื่อมโยงเทคโนโลยีสารสนเทศ หรือข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) ในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ

#### นโยบายเร่งรัดของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ สอดคล้องโครงการพระราชดำริ

๑. สุขภาพดีทุกกลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ และ Health Literacy
๒. การควบคุมป้องกันโรค
๓. จัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพ ได้แก่ การยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่อันตรายต่อสุขภาพ การใช้อย่างสมเหตุผล/จัดการเชื้อดื้อยา (RDU & AMR)
๔. พัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ อสม. เป็นหมอครอบครัว ทีม PCC คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ติดดาว
๕. ลดแออัด ลดรอคอยในโรงพยาบาล ได้แก่ จัดระบบบริการเพื่อลดความแออัดและห้องฉุกเฉินคุณภาพ
๖. Fast Track ได้แก่ Stroke และ STEMI
๗. การเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์
๘. นวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อเศรษฐกิจ ได้แก่ สมุนไพร การนวดไทย และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเสริมเศรษฐกิจ
๙. องค์กรสุขภาพ ได้แก่ HA PMQA องค์กรแห่งความสุข
๑๐. นวัตกรรมการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ (Initiative Management)

#### แผนปฏิรูปราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

เป้าหมาย : อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้นเป็น ๘๕ ปี ภายใน พ.ศ. ๒๕๘๐  
 โดยมีกรอบแนวคิดจาก SDGs แผนยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนปฏิรูปประเทศ แผนความมั่นคงแห่งชาติ และนโยบายรัฐบาล  
 เป้าหมายชาติ ได้แก่ มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน  
 เป้าหมายกระทรวง ได้แก่ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยแบ่งออกเป็น 4 Phase คือ Phase 1 (๒๕๖๑ - ๒๕๖๕) ปฏิรูประบบ Phase 2 (๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) สร้างความเข้มแข็ง Phase 3 (๒๕๗๑ - ๒๕๗๕) สู่อุณหภูมิยั่งยืน Phase 4 (๒๕๗๖ - ๒๕๘๐) เป็น ๑ ใน ๓ ของเอเชีย

#### แผนปฏิรูปราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

วิสัยทัศน์ : เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี  
 พันธกิจ : ๑. สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุม และรักษาโรค พิ้นฟูสมรรถภาพของประชาชน  
 ๒. พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน  
 ผลสัมฤทธิ์ : ๑. ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ๒. ประชาชนเข้าถึงการบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างครอบคลุมและทั่วถึง

จากยุทธศาสตร์ชาติ ๖ ด้าน ได้แก่ ๑. ด้านความมั่นคง ๒. ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน ๓. ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ๔. ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ๕. ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และ ๖. ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ โดยกำหนดเป้าหมายการให้บริการ ได้แก่ ๑. ประชาชนได้รับบริการสุขภาพเพื่อสนับสนุนความมั่นคงของชาติ ๒. ระบบบริการสุขภาพมีศักยภาพในการแข่งขัน ๓. ประชาชนมีสุขภาพดีและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน ๔. ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพทั่วถึงเป็นธรรม ๕. ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมและ ๖. การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพและโปร่งใส โดยกำหนดยุทธศาสตร์กระทรวง ดังนี้ ๑. บริการสาธารณสุขเพื่อความมั่นคงของชาติ (PP&P, Service) ๒. บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นเลิศ (Service) ๓. ระบบบริการสุขภาพและการบริหารจัดการเป็นเลิศ (PP&P, Service, People, Governance) ๔. บริหารระบบหลักประกันสุขภาพเป็นเลิศ (Governance) ๕. บริการสุขภาพที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมเป็นเลิศ (PP&P) และ ๖. บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance)

**ภาพรวมพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒** วงเงินรวมทั้งสิ้น ๒๗๐,๕๘๙.๑๗ ล้านบาท จัดสรรให้แก่

- ๑) กองทุน UC จำนวน ๑๓๔,๒๖๙.๑๓ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๔๙.๖๒
- ๒) ๑๐ กรมในกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๓๓,๖๕๑.๕๓ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๔๙.๓๙
- ๓) หน่วยงานในกำกับ ประกอบด้วย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และสถาบันวัคซีนแห่งชาติ จำนวน ๑,๖๗๖.๗๓ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๐.๖๒
- ๔) กองทุนอื่น ๆ ประกอบด้วย กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน และกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย จำนวน ๙๓๑.๓๗ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๐.๓๔
- ๕) องค์การมหาชน ประกอบด้วย โรงพยาบาลบ้านแพ้ว สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล จำนวน ๖๐.๔๐ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๐.๐๒

**เปรียบเทียบพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ กับร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓**

๑. งบประมาณของ ๑๐ กรม ปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑๓๓,๖๕๑.๕๓ ล้านบาท ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๑๓๖,๙๗๔.๑๗ ล้านบาท เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒.๔๙
๒. งบประมาณของหน่วยงานในกำกับ ปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑,๖๗๖.๗๓ ล้านบาท ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๑,๖๕๙.๖๔ ล้านบาท ลดลงร้อยละ ๑.๐๒
๓. งบประมาณขององค์การมหาชน ปี ๒๕๖๒ จำนวน ๖๐.๔๐ ล้านบาทปี ๒๕๖๓ จำนวน ๙๕.๙๙ ล้านบาท เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕๘.๙๒
๔. งบประมาณของกองทุน ปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑๓๕,๒๐๐.๕๐ ล้านบาท ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๑๔๑,๓๕๓.๙๑ ล้านบาท เพิ่มขึ้นร้อยละ ๔.๕๕

เปรียบเทียบพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒  
กับร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ จำแนกงบรายจ่าย  
รวมทั้งสิ้น ๒๘๐,๐๘๓.๗๒ ล้านบาท

๑. งบบุคลากร ปี ๒๕๖๒ จำนวน ๙๕,๘๑๕.๖๘ ล้านบาท ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๙๙,๒๔๘.๑๑ ล้านบาท  
เพิ่มขึ้นร้อยละ ๓.๕๘

๒. งบดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑๔,๘๐๘.๔๙ ล้านบาท ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๑๔,๘๖๐.๖๑ ล้าน  
บาท เพิ่มขึ้นร้อยละ ๐.๓๕

๓. งบลงทุน ปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑๗,๘๕๕.๐๒ ล้านบาท ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๑๗,๔๖๕.๕๐ ล้านบาท  
ลดลงร้อยละ ๒.๔๐

๔. งบเงินอุดหนุน ปี ๒๕๖๒ จำนวน ๖,๖๕๓.๖๔ ล้านบาท ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๖,๙๔๕.๗๔ ล้านบาท  
เพิ่มขึ้นร้อยละ ๔.๓๘

๕. งบรายจ่ายอื่น ปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑๓๕,๔๑๖.๓๓ ล้านบาท ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๑๔๑,๕๖๓.๗๖ ล้านบาท  
เพิ่มขึ้นร้อยละ ๔.๕๔ ซึ่งเป็นงบของกองทุน UC จำนวน ๑๔๐,๕๓๓.๔๒ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๒๗

เปรียบเทียบคำขอ กับพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี ๕ ปีย้อนหลัง (ล้านบาท)

ปี พ.ศ.	คำขอ	พระราชบัญญัติงบประมาณฯ	ส่วนต่าง
๒๕๕๘	๓๒๗,๖๐๖.๕๖๑๗	๒๒๕,๕๓๑.๘๙๕๑	๑๐๒,๐๗๔.๖๖๖๖
๒๕๕๙	๓๒๔,๙๑๔.๗๘๐๔	๒๔๗,๓๘๖.๑๐๒๑	๗๗,๕๒๘.๖๗๘๓
๒๕๖๐	๓๓๒,๘๒๓.๗๒๕๖	๒๕๕,๔๙๓.๐๙๓๔	๗๗,๓๓๐.๖๓๒๒
๒๕๖๑	๓๖๔,๖๒๕.๙๖๔๑	๒๖๒,๔๓๙.๕๘๐๔	๑๐๒,๑๘๖.๓๘๓๗
๒๕๖๒	๓๘๔,๐๕๓.๐๙๓๘	๒๗๐,๕๘๙.๑๖๘๐	๑๑๓,๔๖๓.๙๒๕๘
๒๕๖๓	๓๙๒,๓๓๖.๕๓๖๙	๒๘๐,๐๘๓.๗๑๘๐	๑๑๒,๒๕๒.๘๑๘๙

เปรียบเทียบงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข กับงบประมาณของประเทศ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๖๓ (ล้านบาท)

ปี พ.ศ.	งบของประเทศ	พ.ร.บ.งบประมาณ กสร.	ร้อยละ
๒๕๔๖	๑,๐๒๒,๐๐๐ ล้านบาท	๖๙,๑๓๔ ล้านบาท	๖.๗๖
๒๕๔๗	๑,๐๒๘,๐๐๐ ล้านบาท	๗๔,๘๗๕ ล้านบาท	๗.๒๘
๒๕๔๘	๑,๒๐๐,๐๐๐ ล้านบาท	๘๐,๘๒๑ ล้านบาท	๖.๗๔
๒๕๔๙	๑,๓๖๐,๐๐๐ ล้านบาท	๙๒,๓๓๙ ล้านบาท	๖.๗๙
๒๕๕๐	๑,๕๖๖,๐๐๐ ล้านบาท	๑๓๗,๔๔๕ ล้านบาท	๘.๗๘
๒๕๕๑	๑,๖๖๐,๐๐๐ ล้านบาท	๑๔๒,๑๙๒ ล้านบาท	๘.๕๗
๒๕๕๒	๑,๙๕๑,๐๐๐ ล้านบาท	๑๕๓,๔๔๖ ล้านบาท	๗.๘๖
๒๕๕๓	๑,๗๐๐,๐๐๐ ล้านบาท	๑๖๑,๗๙๔ ล้านบาท	๙.๕๒
๒๕๕๔	๒,๐๗๐,๐๐๐ ล้านบาท	๑๘๙,๐๖๐ ล้านบาท	๙.๑๓
๒๕๕๕	๒,๓๘๐,๐๐๐ ล้านบาท	๒๐๐,๕๓๐ ล้านบาท	๘.๔๓
๒๕๕๖	๒,๔๐๐,๐๐๐ ล้านบาท	๒๐๙,๔๒๖ ล้านบาท	๘.๗๓
๒๕๕๗	๒,๕๒๕,๐๐๐ ล้านบาท	๒๒๒,๒๘๐ ล้านบาท	๘.๘๐
๒๕๕๘	๒,๕๗๕,๐๐๐ ล้านบาท	๒๒๕,๕๓๒ ล้านบาท	๘.๗๖

๒๕๕๙	๒,๗๒๐,๐๐๐ ล้านบาท	๒๔๗,๓๘๖ ล้านบาท	๙.๑๐
๒๕๖๐	๒,๗๓๓,๐๐๐ ล้านบาท	๒๕๕,๔๙๓ ล้านบาท	๙.๓๕
๒๕๖๑	๒,๙๐๐,๐๐๐ ล้านบาท	๒๖๒,๔๔๐ ล้านบาท	๙.๐๕
๒๕๖๒	๓,๐๐๐,๐๐๐ ล้านบาท	๒๗๐,๕๘๙ ล้านบาท	๙.๐๒
๒๕๖๓ (ร่าง พ.ร.บ.)	๓,๒๐๐,๐๐๐ ล้านบาท	๒๘๐,๐๘๓ ล้านบาท	๘.๗๕

**ร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ จำแนกตามยุทธศาสตร์  
จัดสรรงบประมาณรายแผนงาน รวมทั้งสิ้น ๒๘๐,๐๘๓.๗๒ ล้านบาท ดังนี้**

๑. แผนงานบุคลากรภาครัฐ	๑๐๘,๐๐๗.๖๓ ล้านบาท	สัดส่วนร้อยละ ๓๘.๕๖
๒. แผนงานยุทธศาสตร์	๑๖๓,๒๓๒.๓๙ ล้านบาท	สัดส่วนร้อยละ ๕๘.๒๘
๓. แผนงานพื้นฐาน	๖,๑๖๐.๕๘ ล้านบาท	สัดส่วนร้อยละ ๒.๒๐
๔. แผนงานบูรณาการ	๒,๖๘๓.๑๓ ล้านบาท	สัดส่วนร้อยละ ๐.๙๖

**ร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ จำแนกตามยุทธศาสตร์ชาติ  
รวมทั้งสิ้น ๒๘๐,๐๘๓.๗๒ ล้านบาท ดังนี้**

๑. ด้านความมั่นคง ๑,๐๕๓.๘๕ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๐.๓๘ ประกอบด้วย
  - แผนงานบูรณาการชายแดนใต้, ยาเสพติด จำนวน ๑,๐๔๘.๐๙ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๐.๓๗
  - แผนงานยุทธศาสตร์จัดการปัญหาแรงงานต่างด้าวและการค้ามนุษย์ จำนวน ๕.๗๖ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๐.๐๐๒๑
๒. ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน จำนวน ๘๕๗.๔๓ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๐.๓๑ ประกอบด้วย
  - แผนงานยุทธศาสตร์พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมดิจิทัล จำนวน ๒๘.๖๗ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๐.๐๑๐๒
  - แผนงานบูรณาการอุตสาหกรรม, ท่องเที่ยว, วิสาหกิจ, เขตเศรษฐกิจพิเศษ EEC, โลจิสติกส์ จำนวน ๘๒๘.๗๕ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๐.๓๐
๓. ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ จำนวน ๓๔,๓๙๒.๕๕ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๒๗ ประกอบด้วย
  - แผนงานบูรณาการ แผนงานพื้นฐาน แผนงานบุคลากรภาครัฐ จำนวน ๑๑๔,๐๔๓.๘๗ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๔๐.๗๒
  - แผนยุทธศาสตร์เสริมสร้างให้คนมีสุขภาวะที่ดี พัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต การวิจัยและพัฒนานวัตกรรม จำนวน ๒๐,๓๔๘.๖๘ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๗.๒๗
๔. ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม จำนวน ๑๔๓,๖๘๔.๒๙ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๓๐ ประกอบด้วย แผนงานบูรณาการรองรับสังคมสูงวัย แผนงานยุทธศาสตร์ แผนงานบุคลากรภาครัฐ
๕. ด้านการสร้างเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม จำนวน ๘๒.๑๙ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๐.๐๓ ประกอบด้วย แผนงานบูรณาการมลพิษและสิ่งแวดล้อม จัดการทรัพยากรน้ำ
๖. ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐ จำนวน ๑๓.๔๑ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๐.๐๐๕

## สรุปผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

๑. การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทำให้เกิดทีมคลินิกหมอครอบครัว จำนวน ๑,๑๗๙ ทีม คณะกรรมการ พขอ. จำนวน ๘๗๘ อำเภอทั่วประเทศ รพ.สต.ติดดาว ผ่านเกณฑ์ ๕ ดาว ๕ ดี จำนวน ๖,๙๑๔ ทีม
๒. การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล
  - โรงพยาบาลมีระบบการจัดการซื้อตัวยาเพิ่มขึ้น ๑๑๕ แห่ง
  - ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ๘๙๔ แห่ง
  - ลดการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยนอกกว่า ๕ ล้านคน ทำให้ค่าใช้จ่ายลดลงกว่า ๒๐๐ ล้านบาท
๓. การควบคุมป้องกันวัณโรค เพิ่มความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้ ร้อยละ ๘๕.๔
๔. การปฏิรูปกำลังคนด้านสุขภาพ เขตสุขภาพบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพกว่าร้อยละ ๘๘ และเกิดองค์กรแห่งความสุข
๕. การปฏิรูประบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ ยกย่องโรงพยาบาลให้เป็น Smart Hospital จำนวน ๓๒๕ แห่ง และมีการใช้ PCC Application ในทุกเขตสุขภาพ
๖. การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพสตรีและเด็กปฐมวัย ดูแลหญิงตั้งครรภ์กว่า ๑๕๐,๐๐๐ ราย ให้ทารกคลอดปลอดภัย สุขภาพแม่แข็งแรง
๗. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก จำนวน ๖๕๒ แห่ง และดีมาก Plus ครบทุกจังหวัด
๘. การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ให้หยุดเสพยาได้อย่างต่อเนื่องกว่า ๑๘,๐๐๐ ราย สถานบริการผ่านมาตรฐานร้อยละ ๗๔
๙. การดูแลผู้ป่วยระบบ Fast Track ทุกจังหวัดมีระบบบริการ Fast Track ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากหลอดเลือดสมองเหลือร้อยละ ๗.๙ และกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเหลือร้อยละ ๘.๔
๑๐. นวัตกรรมการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ มีการจัดระบบบริการด้วยนวัตกรรมในทุกเขตสุขภาพ เพื่อตอบสนองและแก้ไขปัญหาในพื้นที่
๑๑. การบริหารจัดการเงินการคลัง เพิ่มประสิทธิภาพการจัดสรรเงินส่งผลให้วิกฤติทางการเงินลดลงจาก ๑๓๖ แห่ง เหลือเพียง ๔ แห่ง
๑๒. การพัฒนาองค์กรคุณภาพ พัฒนาโรงพยาบาลให้ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขึ้น ๓ อย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมร้อยละ ๙๘

## กรมการแพทย์

วงเงินงบประมาณตามร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เปรียบเทียบกับงบประมาณปี พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยงบประมาณปี ๒๕๖๒ ได้รับการจัดสรรจำนวน ๘,๐๖๕.๓๔๐๒ ล้านบาท ปี ๒๕๖๓ ได้รับการจัดสรร จำนวน ๘,๐๘๖.๓๓๐๖ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๐.๒๖

ภาพรวมงบประมาณตามร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ของกรมการแพทย์จำแนกตามหมวดงบประมาณรายจ่าย จำนวน ๘,๐๘๖.๓๓๐๖ ล้านบาท ประกอบด้วยงบบุคลากร จำนวน ๔,๓๕๓.๐๓๑๖ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๘๓ งบลงทุน จำนวน ๒,๖๔๕.๕๑๐๘ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๗๒ งบดำเนินงาน จำนวน ๙๓๙.๑๑๙๔ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๖๑ งบเงินอุดหนุน จำนวน ๘๘.๓๒๘๘ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๑.๒๒ และงบรายจ่ายอื่น จำนวน ๕๐.๓๔๐๐ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๐.๖๒

## งบเงินอุดหนุนดำเนินการโครงการต่าง ๆ ดังนี้

๑. โครงการอุดหนุนเป็นทุนการศึกษา เพื่อพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน ๙.๗๔๙๙ ล้านบาท
๒. โครงการอุดหนุนเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการแพทย์ จำนวน ๓๗.๒๓๑๗ ล้านบาท
๓. การเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง จำนวน ๔๗.๕๐๐๐ ล้านบาท
๔. โครงการศูนย์สมาคมแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (อาเซียน) เพื่อผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและนวัตกรรม (ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation : ACAI) จำนวน ๓.๘๔๗๒ ล้านบาท

## งบรายจ่ายอื่น ดำเนินการในเรื่องต่าง ๆ ประกอบด้วย

๑. ค่าใช้จ่ายในการวิจัยและพัฒนา จำนวน ๑๐.๔๘๕๐ ล้านบาท
๒. ค่าใช้จ่ายในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์ จำนวน ๓.๐๕๕๔ ล้านบาท
๓. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการต่างประเทศชั่วคราว จำนวน ๔.๗๖๗๙ ล้านบาท
๔. โครงการผู้ป่วยในสถานพยาบาลของวัดไทยในดินแดนพหุภูมิภาค จำนวน ๗.๒๐๔๕ ล้านบาท
๕. ค่าใช้จ่ายในการพัฒนาด้านวิชาการและบริการในประเทศกลุ่มประชาคมอาเซียน จำนวน ๑๖.๓๓๔๙ ล้านบาท
๖. โครงการดูแลสุขภาพแรงงานไทยในกลุ่มประเทศอาเซียนและทวีปเอเชีย จำนวน ๘.๔๙๒๓ ล้านบาท

## เปรียบเทียบงบเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ดังนี้

หน่วย : ล้านบาท

หมวดรายจ่าย	พระราชบัญญัติ ปี ๒๕๖๒	คำขอ งบประมาณ ปี ๒๕๖๓	ร่าง พระราชบัญญัติ ปี ๒๕๖๓	งบประมาณ เพิ่ม / ลด จากปี ๒๕๖๒	
				จำนวน	ร้อยละ
๑. งบบุคลากร	๔,๑๑๘.๗๓๗๓	๔,๕๙๒.๒๗๖๙	๔,๓๕๓.๐๓๑๖	เพิ่มขึ้น ๒๓๔.๒๙๔๓	๕.๖๙
๒. งบดำเนินงาน	๙๖๐.๓๗๗๙	๑,๖๙๕.๐๗๕๒	๙๓๙.๑๑๙๔	ลดลง ๒๑.๒๕๘๕	- ๒.๒๑
๓. งบลงทุน	๒,๘๑๖.๒๖๗๐	๔,๑๕๖.๑๖๔๐	๒,๖๔๕.๕๑๐๘	ลดลง ๑๗๐.๗๕๖๒	- ๖.๐๖
๓.๑ ครุภัณฑ์	๑,๗๘๐.๑๓๐๓	๒,๒๕๗.๓๙๓๘	๑,๘๓๕.๔๑๕๐	เพิ่มขึ้น ๕๕.๒๘๔๗	๓.๑๑
๓.๒ สิ่งก่อสร้าง	๑,๐๓๖.๑๓๖๗	๑,๘๙๘.๗๗๐๒	๘๑๐.๐๙๕๘	ลดลง ๒๒๖.๐๔๐๙	- ๒๑.๘๒
๔. งบเงินอุดหนุน	๑๑๐.๕๕๙๗	๒๐๔.๔๗๒๙	๙๘.๓๒๘๘	ลดลง ๑๒.๒๓๐๙	- ๑๑.๐๖
๕. งบรายจ่ายอื่น	๕๙.๓๙๘๓	๑๕๒.๘๕๙๖	๕๐.๓๔๐๐	ลดลง ๙.๐๕๘๓	- ๑๕.๒๕
รวมทั้งสิ้น	๘,๐๖๕.๓๔๐๒	๑๐,๘๐๐.๘๔๘๖	๘,๐๘๖.๓๓๐๖	เพิ่มขึ้น ๒๐.๙๙๐๔	๐.๒๖

วงเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๘,๐๘๖.๓๓๐๖ ล้านบาท  
 จำแนกตามแผนงาน ๔ ด้าน ดังนี้

๑. แผนงานด้านบูรณาการ จำนวน ๒๕๐.๔๖๐๘ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๓ ประกอบด้วย

๑) แผนงานบูรณาการป้องกัน ปราบปราม และบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด  
 จำนวน ๒๓๐.๑๓๒๙ ล้านบาท ดังนี้

๑.๑) โครงการผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดได้รับการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ  
 จำนวน ๒๓.๑๘๔๙ ล้านบาท

๑.๒) การให้บริการผู้ป่วยยาเสพติด ระบบสมัครใจ จำนวน ๑๐,๕๐๐ คน และระบบ  
 บังคับบำบัด จำนวน ๒,๘๐๐ คน จำนวน ๒๐๖.๙๔๘๐ ล้านบาท

๒) แผนงานบูรณาการสร้างความเสมอภาพ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุจำนวน ๒๐.๓๒๗๙  
 ล้านบาท ดังนี้

๒.๑) โครงการผลักดันการนำนวัตกรรมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุไปใช้  
 ประโยชน์ จำนวน ๘.๕๙๐๑ ล้านบาท

๒.๒) โครงการสร้างสังคมห่วงใยใส่ใจสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน ๑๑.๗๓๗๘ ล้านบาท

๒. แผนงานด้านยุทธศาสตร์ จำนวน ๒,๗๒๕.๘๗๒๗ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๓๔ ประกอบด้วย

๑) แผนงานยุทธศาสตร์เสริมสร้างให้คนมีสุขภาพที่ดี จำนวน ๒,๗๐๗.๙๖๒๕ ล้านบาท  
 ดังนี้

๑.๑) โครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพประชาชนในพื้นที่ จำนวน ๗.๐๐๐๐ ล้านบาท

๑.๒) โครงการพัฒนาเครือข่าย จำนวน ๗.๐๐๐๐ ล้านบาท

๑.๓) การบูรณาการด้านการพัฒนาระบบบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ (Service Plan)  
 จำนวน ๓๕.๖๙๒๑ ล้านบาท

๑.๔) บริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติด สุราและบุหรี่ ที่มีภาวะยุ่งยาก  
 ซับซ้อน จำนวน ๔๕.๘๔๕๘ ล้านบาท

๑.๕) ครัวภัณฑ์การแพทย์ จำนวน ๓๐๗ รายการ และสิ่งก่อสร้าง จำนวน ๒๑ รายการ  
 จำนวน ๒,๕๔๔.๖๑๐๑

๑.๖) โครงการอาเซียน โครงการตรวจสุขภาพแรงงานไทย และโครงการ ACAI  
 จำนวน ๕๒.๒๙๔๗ ล้านบาท

๑.๗) การบริการและการศึกษาวิจัยกัญชาทางการแพทย์ จำนวน ๑๕.๕๑๙๘ ล้านบาท

๒) แผนงานยุทธศาสตร์พัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต จำนวน ๗.๔๒๕๒ ล้านบาท ดังนี้

๒.๑) กลุ่มในครรภ์/แรกเกิด/ปฐมวัย จำนวน ๔.๖๔๑๒ ล้านบาท

๒.๒) กลุ่มวัยเรียน จำนวน ๒.๗๘๔๐ ล้านบาท

๓) แผนงานยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนานวัตกรรม จำนวน ๑๐.๔๘๕๐ ล้านบาท

๓. แผนงานด้านบุคลากร จำนวน ๔,๖๖๑.๙๐๘๘ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๕๘ ประกอบด้วย

๑) งบประมาณ ดังนี้

๓.๑) เงินเดือน จำนวน ๓,๗๙๓.๑๗๒๒ ล้านบาท

๓.๒) ลูกจ้างประจำ จำนวน ๓๔๑.๕๔๔๔ ล้านบาท

๓.๓) พนักงานราชการ จำนวน ๒๑๘.๓๑๕๐ ล้านบาท



๒) งบดำเนินงาน (ค่าตอบแทนขั้นต่ำ เช่น ค่าเช่าบ้าน เงินเติมชั้น ค่าตอบแทนแพทย์ไม่ทำเวชปฏิบัติฯ เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พตส.) เป็นต้น) จำนวน ๓๐๘.๘๗๗๒ ล้านบาท

๔. แผนงานด้านพื้นฐาน จำนวน ๔๔๘.๐๘๘๓ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๕ ประกอบด้วย

๑) ค่าตอบแทน (ค่าตอบแทนเวรป่วย เวรตึก เงินรางวัลกรรมการสอบ ค่าเบี้ยเลี้ยง ที่พัก พาหนะ ค่าซ่อมแซม ค่าจ้างเหมาบริการ เป็นต้น) /ใช้สอย/วัสดุ จำนวน ๒๓๗.๖๗๘๒ ล้านบาท

๒) งบลงทุน ดังนี้

๒.๑) สิ่งก่อสร้าง (ผูกพันเดิม) จำนวน ๒ รายการ จำนวน ๑๐๐.๙๐๐๗ ล้านบาท

๓) งบเงินอุดหนุน จำนวน ๙๔.๔๘๑๖ ล้านบาท

๓.๑) เงินอุดหนุนเป็นทุนการศึกษา เพื่อพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน ๙.๗๔๙๙ ล้านบาท

๓.๒) เงินอุดหนุนเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการแพทย์ จำนวน ๓๗.๒๓๑๗ ล้านบาท

๓.๓) เงินอุดหนุนการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง จำนวน ๔๗.๕๐๐๐ ล้านบาท

๔) งบรายจ่ายอื่น จำนวน ๑๕.๐๒๗๘ ล้านบาท ดังนี้

๔.๑) ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการต่างประเทศชั่วคราว จำนวน ๔.๗๖๗๙ ล้านบาท

๔.๒) โครงการดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาลของวัดไทยในดินแดนพุทธภูมิ ระหว่างเทศกาลแสวงบุญของชาวพุทธ จำนวน ๗.๒๐๔๕ ล้านบาท

๔.๓) ค่าใช้จ่ายในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์ จำนวน ๓.๐๕๕๔ ล้านบาท

## กรมอนามัย

**ผลการดำเนินงานสำคัญปี ๒๕๖๒** ประกอบด้วย

๑. มหัทศจรย์ “๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต” ได้จัดทำโครงการพัฒนาการสมวัย โดยดำเนินการคัดกรองเด็ก จำนวน ๒๗๐,๘๒๓ คน เนื่องจากที่ผ่านมาพบปัญหาเกี่ยวกับพัฒนาการของเด็กที่ไม่สมวัย ทั้งนี้ เมื่อเริ่มโครงการดังกล่าวได้ประมาณ ๕ ปี ตัวเลขของเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยเริ่มดีขึ้นถึงระดับร้อยละ ๘๙.๘

๒. การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีการผลักดันผ่านพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ที่ผ่านมามีวัยรุ่นตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรร้อยละ ๕๔ ต่อ ๑,๐๐๐ คน ปัจจุบันลดลงเหลือร้อยละ ๒๘.๘๙ ต่อ ๑,๐๐๐ คน

๓. Health Literacy เป็นการดำเนินการต่อเนื่องจากปีที่ผ่านมา โดยมีการสร้างความรอบรู้คนไทยผ่าน 66 Key Message ซึ่งจากการประเมินในเบื้องต้นพบว่า คนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างดีไม่ถึงร้อยละ ๕ และพัฒนาระบบศูนย์ตอบโต้ความเสี่ยงเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Risk Response for Health Literacy Center : RRHL)

๔. 10 Packages “ปลอดภัยดี สุขภาพดี งานดี มีความสุข” พบว่า คนไทยมีดัชนีมวลกายปกติ ๓๓.๖ ซึ่งถือว่ามีความเสี่ยงที่ต่ำมาก ในปีนี้จึงมีการขับเคลื่อนงบประมาณภายใต้แผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายแห่งชาติ เพื่อดำเนินการในเรื่องดังกล่าว

๕. ตำบล Long Term Care เป็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีการคัดกรองประชาชนจำนวน ๗,๗๒๘,๗๓๗ คน ทั้งนี้ มีกลุ่มพึ่งพิงได้รับการดูแลจำนวน ๑๘๐,๘๒๑ คน

๖. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ได้ดำเนินโครงการ Clean Green Hospital และจังหวัดจัดการปัจจัยเสี่ยง

**สัดส่วนงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ จำแนกตามงบรายจ่าย ดังนี้**

วงเงินรวม ๒,๐๔๔,๕๙๖,๙๐๐ ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๒ ร้อยละ ๑.๗๖ ประกอบด้วย งบบุคลากร จำนวน ๑,๑๘๙.๑๗๓๘ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๑๖ งบดำเนินงาน จำนวน ๖๑๗.๓๗๓๕ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๒๐ งบลงทุน จำนวน ๒๑๖.๘๐๐๐ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๖๐ งบอุดหนุน จำนวน ๐.๗๑๓๐ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๐.๐๓ และงบรายจ่ายอื่น จำนวน ๒๐.๕๓๖๖ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๑.๐๐

ร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เทียบกับงบประมาณที่ได้รับ ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ และงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ไปพลางก่อน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ ถึง ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๓)

หน่วย : ล้านบาท

หมวดรายจ่าย	พระราชบัญญัติ ปี ๒๕๖๒	คำขอ งบประมาณ ปี ๒๕๖๓	ร่าง พระราชบัญญัติ ปี ๒๕๖๓	งบประมาณ เพิ่ม / ลด จากปี ๒๕๖๒		งบประมาณ ปี ๒๕๖๒ ไปพลางก่อน
				จำนวน	ร้อยละ	
๑. งบบุคลากร	๑,๑๘๙.๑๗๓๘	๑,๑๘๙.๒๔๓๒	๑,๑๘๙.๑๗๓๘	ลดลง ๖.๒๒๓๐	- ๐.๕๒	๕๙๗.๖๙๘๔
๒. งบดำเนินงาน	๕๗๔.๒๑๘๙	๙๘๑.๕๙๑๐	๖๑๗.๓๗๓๕	เพิ่มขึ้น ๔๓.๑๕๔๖	๗.๕๑	๓๐๙.๗๖๕๘
๓. งบลงทุน	๒๐๔.๕๘๗๗	๒๘๘.๒๔๗๑	๒๑๖.๘๐๐๐	เพิ่มขึ้น ๑๒.๒๑๒๓	๕.๙๗	-
๔. งบเงินอุดหนุน	๐.๗๒๔๕	๐.๘๒๕๐	๐.๗๑๓๐	ลดลง ๐.๐๑๑๕	- ๑.๕๙	๐.๗๑๓๐
๕. งบรายจ่ายอื่น	๓๔.๒๐๗๖	๑๐๘.๔๑๐๐	๒๐.๕๓๖๖	ลดลง ๑๓.๖๗๑	- ๓.๓๒	๑๗.๑๐๓๘
รวมทั้งสิ้น	๒,๐๐๙.๑๓๕๕	๒,๕๗๔.๓๑๖๓	๒,๐๔๔.๕๙๖๙	เพิ่มขึ้น ๓๕.๔๖๑๔	๑.๗๖	๙๒๕.๒๘๑๐

**แผนงานสำคัญปี ๒๕๖๓ ประกอบด้วย**

๑. โครงการพระราชดำริ/เฉลิมพระเกียรติ
  - ๑.๑ โครงการส่งเสริมโภชนาการในถิ่นทุรกันดาร
  - ๑.๒ โครงการเลี้ยงดูลูก “ตามคำสอนพ่อ” ในพื้นที่ความมั่นคงและหมู่บ้านยามชายแดน
  - ๑.๓ โครงการพัฒนาสุขภาพเด็กและประชาชนในพื้นที่ศูนย์ภูฟ้าพัฒนา
  - ๑.๔ โครงการควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
  - ๑.๕ โครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ
  - ๑.๖ โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
  - ๑.๗ โครงการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่โครงการพระราชดำริ/เฉลิมพระเกียรติ

๒. (ส่งเสริมสุขภาพ ๔ กลุ่มวัย)

๒.๑ โครงการลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย พัฒนาการสมวัย ได้ดำเนินการ “โครงการมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต”

๒.๒ โครงการโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLS) เด็กวัยเรียน วัยรุ่น สุขภาพดี สูงดี สมส่วน เป็นการขับเคลื่อนตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ซึ่งจะทำให้เด็กวัยเรียนและเด็กวัยรุ่น มีความเข้มแข็ง สุขภาพแข็งแรงและฉลาด

๒.๓ โครงการวัยทำงานสุขภาพแข็งแรง ฉลาดรอบรู้ เตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เพื่อรองรับประชากรไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ โดยได้ดำเนินโครงการ “๑๐ ล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ”

๒.๔ โครงการผู้สูงอายุสุขภาพดี ดูแลตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว และการพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์

๓. อนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ

๓.๑ โครงการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ

- การพัฒนาชุมชนให้มีศักยภาพจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕

- การพัฒนาระบบการจัดการคุณภาพสุขาภิบาลอาหารและน้ำ
- การพัฒนาระบบการจัดการส้วมและสิ่งปฏิกูลที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม
- การพัฒนารูปแบบป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

๓.๒ ฝ้าระวังเตือนภัยสุขภาพและตอบโต้ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

- ฝ้าระวังภาวะสุขภาพจากมลพิษในพื้นที่เสี่ยง
- ฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพในพื้นที่เขตเศรษฐกิจ

๓.๓ ยกระดับคุณภาพการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม

- การยกระดับ Green & Clean Hospital
- การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

๔. การพัฒนาองค์กร

๔.๑ การวิจัยและพัฒนา จำนวน ๘ โครงการ

๔.๒ การเสริมสร้างธรรมาภิบาล โดยการส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม ความโปร่งใส และการป้องกันการทุจริต

**กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก**

ผลการดำเนินงานที่สำคัญในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ภายใต้วิสัยทัศน์ “ต่อยอดภูมิปัญญา สร้างสรรค์บริการ เสริมสร้างเศรษฐกิจ” ประกอบด้วย

๑. ส่งเสริม “ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย” พัฒนาสู่การใช้ประโยชน์ ดำเนินการจัดทำตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ จาก ๓๐๐ ตำรับยาแห่งชาติ สู่ ๓๐ ตำรับยาดี ใช้รักษาตามกลุ่มโรคต่าง ๆ

๒. พัฒนาแอปพลิเคชัน “Herb ID” (Thai Herbal Identification) รองรับทั้งระบบ Android และ iOS โดยนำปัญญาประดิษฐ์ (AI) มาใช้ระบุรายละเอียดสมุนไพร จากภาพถ่าย ใบ ดอก ผล ซึ่งสามารถแสดงรายละเอียดได้ไม่ต่ำกว่า ๑,๐๐๐ ชนิด โดยได้รับรางวัลชนะเลิศจากงาน Digital Transformation Award 2019 สาขา Emerging Technology ของกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

๓. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งได้รับความนิยมจากประชาชนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยปี ๒๕๖๑ มีประชาชนเข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยสูงถึง ๔๑,๒๙๖,๗๐๕ ครั้ง

๔. ยกระดับ “เมืองสมุนไพร” ๑๔ จังหวัด เข้าสู่ห่วงโซ่อุปทาน ตั้งแต่ต้นทางจนถึงปลายทาง สร้างผลผลิตมูลค่าการจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ๒๒.๒๔ ล้านบาท และส่งเสริมให้ผู้ป่วยนอกได้รับการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานสูงถึง ๒๕.๔๖ เพอร์เซ็นต์

สำหรับงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ได้รับการจัดสรรทั้งสิ้น ๔๐๒.๐๐๒๙ ล้านบาท ประกอบด้วย งบตามประเภทรายจ่าย ดังนี้ ๑) งบบุคลากร๑๒๒.๑๙๐๔ ล้านบาท ๒) งบดำเนินงาน ๑๗๗.๔๗๙๙ ล้านบาท ๓) งบลงทุน ๖๘.๙๒๐๖ ล้านบาท ๔) งบอุดหนุน ๒๒.๐๐๐๐ ล้านบาท และ ๕) งบรายจ่ายอื่น ๑๑.๔๓๐๐ ล้านบาท ในภาพรวมจึงได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นจากงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวน ๙๔.๔๓๘๙ ล้านบาท หรือคิดเป็น ๓๐ เพอร์เซ็นต์

เปรียบเทียบวงเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ดังนี้

หน่วย : ล้านบาท

หมวดรายจ่าย	พ.ร.บ.งบประมาณปี ๒๕๖๒	ร่าง พ.ร.บ.งบประมาณปี ๒๕๖๓	งบประมาณเพิ่ม/ลดจากปี ๒๕๖๒	งบประมาณเพิ่ม/ลด จากปี ๒๕๖๒ คิดเป็นเปอร์เซ็นต์
บุคลากร	๑๐๕.๓๗๖๓	๑๒๒.๑๙๐๔	๑๖.๘๑๔๑	๑๖%
ดำเนินงาน	๑๐๓.๓๓๒๔	๑๗๗.๔๗๙๙	๗๔.๑๔๗๕	๗๒%
ลงทุน	๒๙.๔๒๕๓	๖๘.๙๒๐๖	๓๙.๔๙๕๓	๑๓๔%
อุดหนุน	๒๕.๐๐๐๐	๒๒.๐๐๐๐	-๓.๐๐๐	-๑๒%
รายจ่ายอื่น	๑๔.๔๓๐๐	๑๑.๔๓๐๐	-๓.๐๐๐	-๒๑%
รวม	๒๗๗.๕๖๔๐	๔๐๒.๐๐๒๙	๑๒๔.๔๓๘๙	๔๕%

ทั้งนี้ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีแนวทางการผลักดันโครงการและแผนงานตามงบประมาณรายจ่ายประจำปี ๒๕๖๓ ที่สำคัญได้แก่ ๑) โครงการการพัฒนาศูนย์สุขภาพดี (Thai Integrative Medicine Wellness Center) ทางกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานผ่านเมืองท่องเที่ยว ๑๐ จังหวัด ๒) ยกระดับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในจังหวัดเมืองสมุนไพร ๕ จังหวัด โครงการพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นเลิศด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่โรงพยาบาลสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร และโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง

### กรมควบคุมโรค

วงเงินงบประมาณตามร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ได้รับการจัดสรรทั้งสิ้น ๔,๒๓๕.๔๒ ล้านบาท ประกอบด้วย ๑) งบบุคลากร ๑,๘๗๓.๐๒ ล้านบาท ๒) งบดำเนินงาน ๑,๔๑๗.๒๐ ล้านบาท ๓) งบลงทุน ๖๖๘.๘๗ ล้านบาท ๔) งบเงินอุดหนุน ๒๔๕.๐๙ ล้านบาท ๕) งบรายจ่ายอื่น ๓๑.๒๔ ล้านบาท ในภาพรวมจึงได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นจากงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวน ๑๙๙.๙๒ ล้านบาท คิดเป็น ๔.๙๕ เพอร์เซ็นต์

ทั้งนี้ กรมควบคุมโรคได้วางเป้าหมายด้านการลดโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญในระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๘๐) ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ โดยกำหนดผลสัมฤทธิ์และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้จากการเบิกจ่ายงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ทั้งสิ้น ๒ ประการ คือ ๑) ประชาชนมีสุขภาพดี ลดเสี่ยง ลดโรค ลดป่วย ลดพิการ ลดตายจากโรค และภัยที่ป้องกันได้ โดยมีความรอบรู้ทางสุขภาพ สามารถจัดการตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้ และ ๒) ประเทศมีระบบการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

ซึ่งการบรรลุเป้าหมายต้องดำเนินการตาม ๗ ประเด็นสำคัญ ดังนี้ ๑) พัฒนางานสาธารณสุข ตามแนวพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติ ๒) ป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ ผ่านกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ๓) ยกระดับความสามารถในการรับมือโรคอุบัติใหม่ อุตสาหกรรมและภัยสุขภาพ ๔) ลดป่วย ลดโรคที่สำคัญ ๕) กำจัด กวาดล้างโรคตามพันธสัญญา ๖) พัฒนา เทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรม และ ๗) เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกอบด้วย

๑. ความร่วมมือในการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า โครงการพระปณิธานฯ มีผู้ป่วยเหลือเพียง ๓ ราย ลดลงจากปีก่อนหน้าร้อยละ ๘๓ สามารถให้วัคซีนก่อนสัมผัสเชื้อ ๗๑,๙๐๐ โด๊ส และหลังสัมผัสเชื้อ ๑,๕๐๐,๐๐๐ โด๊ส

๒. โครงการ “ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๘” ปลาดิบพยาธิใบไม้ตับ ลดลงเหลือ ๑๔-๒๐ เปอร์เซ็นต์ ความชุกพยาธิใบไม้ตับในคน ลดลงเหลือ ๖.๙ เปอร์เซ็นต์ และผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีรอดชีวิตรับการคัดกรอง-ผ่าตัด รอดชีวิต ๗ ใน ๑๐ ราย

๓. การเร่งรัดจัดการกับปัญหาวัณโรค ลดลงอย่างต่อเนื่องเหลืออัตราป่วย ๑๔๕ ต่อประชากรหนึ่งแสนคน

๔. การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย สามารถประกาศรับรอง ๓๕ จังหวัด ปลอดโรคไข้มาลาเรีย แต่ยังคงพบผู้ป่วย ๕,๘๑๙ คน

๕. โรคเอดส์ จำนวนผู้เสียชีวิตต้องลดลง ๘๐ เปอร์เซ็นต์ ซึ่งองค์การอนามัยโลกประกาศรับรอง การยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกระยะที่ ๒ ของประเทศไทย เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๑ ที่ผ่านมา

๖. พัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่ออันตราย ตั้งแต่ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ชุมชน จนถึงโรงพยาบาล ซึ่งที่ผ่านมามีประเทศไทยประสบความสำเร็จในการเฝ้าระวัง เช่น การแพร่ระบาดของไวรัส MERS สามารถคัดกรองยับยั้งจนรอดพ้นความเสียหายทางเศรษฐกิจได้ประมาณ ๖ ล้านล้านบาท

### กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ได้รับการจัดสรรทั้งสิ้น ๑,๓๕๔.๒๙๕๒ ล้านบาท ซึ่งสามารถจำแนกตามแผนงาน ดังนี้

๑. แผนงานบุคลากร ๕๑๙.๖๙๐๑ ล้านบาท

- รายการค่าใช้จ่ายบุคลากรภาครัฐ ๕๑๙.๖๙๐๑ ล้านบาท

๒. แผนงานพื้นฐาน ๒๓๒.๑๘๐๘ ล้านบาท

- เป็นหน่วยงานกลางในการกำหนดมาตรฐานและพัฒนาศักยภาพทางห้องปฏิบัติการของประเทศและภูมิภาคเอเชีย ๒๓๒.๑๘๐๘ ล้านบาท

## ๓. แผนงานยุทธศาสตร์ ๔๗๗.๕๖๒๓ ล้านบาท

## ๓.๑ ยุทธศาสตร์ด้านการเสริมสร้างสุขภาพที่ดี

- โครงการพัฒนาศักยภาพด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ในการวินิจฉัยและป้องกันโรค เพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพ ๓๓๙.๐๒๐๔ ล้านบาท

- โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้วยข้อมูลทางพันธุกรรม ๖๑.๐๗๒๔ ล้านบาท

- โครงการพัฒนาศักยภาพห้องปฏิบัติการควบคุมคุณภาพเพื่อสนับสนุนการพัฒนา มาตรฐานการผลิตยา ๒๔.๔๗๗๒ ล้านบาท

- โครงการเฝ้าระวังคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่เขตเศรษฐกิจ พิเศษ ๗.๑๐๐ ล้านบาท

- โครงการพัฒนากัญชาทางการแพทย์ ๑๕.๔๕๐๐ ล้านบาท

## ๓.๒ ยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนานวัตกรรม

- โครงการองค์ความรู้ งานวิจัยพัฒนาและนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มี ความเป็นเลิศ ๒๕.๔๔๑๓ ล้านบาท

- โครงการองค์ความรู้ งานวิจัยพัฒนาและนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มี ความเป็นเลิศทางวิชาการ ๕ ล้านบาท

## ๔. แผนงานบูรณาการ ๑๒๔.๘๘๑๕ ล้านบาท

- โครงการสนับสนุนการแก้ไขปัญหาผู้เสพยาเสพติด การควบคุมตัวยาและสารเคมี ทางห้องปฏิบัติการ ๑๒๔.๘๘๑๕ ล้านบาท

อย่างไรก็ตาม ในภาพรวมงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้รับการจัดสรรงบประมาณลดลงจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี งบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๕๔.๖๐๓๖ ล้านบาท หรือคิดเป็น ๓.๘๘ เปอร์เซ็นต์

เปรียบเทียบวงเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ดังนี้

หน่วย : ล้านบาท

หมวดรายจ่าย	พ.ร.บ.งบประมาณ ปี ๒๕๖๒	ร่าง พ.ร.บ. งบประมาณ ปี ๒๕๖๓	งบประมาณ เพิ่ม/ลด จากปี ๒๕๖๒	งบประมาณ เพิ่ม/ลด จากปี ๒๕๖๒ คิดเป็น เปอร์เซ็นต์
บุคลากร	๔๙๙.๔๕๑๘	๕๐๕.๖๙๐๑	๑๖.๘๑๔๑	๑๖%
ดำเนินงาน	๔๖๕.๔๙๕๒	๔๒๙.๓๖๑๘	๗๔.๑๔๗๕	๗๒%
ลงทุน	๔๑๗.๑๔๑๗	๓๘๙.๕๘๕๙	๓๙.๔๗๗๓	๑๓๔%
อุดหนุน	๑.๑๐๐๐	๑.๑๐๐๐	-๓.๐๐๐	-๑๒%
รายจ่ายอื่น	๒๕.๗๑๐๑	๒๘.๕๕๗๔	-๓.๐๐๐	-๒๑%
รวม	๑,๔๐๘.๘๙๘๘	๑,๓๕๔.๒๙๕๒	๑๒๔.๔๓๘๙	๔๕%

**แผนงานสำคัญตามปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ประกอบด้วย****๑. กัญชาทางการแพทย์**

- ศูนย์ประสานการตรวจกัญชาทางห้องปฏิบัติการ จัดทำคู่มือการตรวจมาตรฐานกัญชาทางการแพทย์ของประเทศ พร้อมทั้งส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาตั้งแต่การปลูก ตลอดจนจนถึง การตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ คุณภาพ และความปลอดภัย

**๒. นวัตกรรมวิทยาศาสตร์การแพทย์**

- พัฒนาให้ชุดทดสอบต่าง ๆ และให้ขึ้นบัญชีนวัตกรรมไทย  
- ดำเนินการถ่ายทอดให้ภาคเอกชนนำไปผลิตเชิงพาณิชย์  
- จัดการฝึกอบรมเพื่อสนับสนุนการสร้างองค์ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้อง  
- ด้านยาเสพติด สนับสนุนการแก้ไขปัญหายาเสพติด การควบคุมตัวยา และสารเคมีทางห้องปฏิบัติการ

๓. ส่งเสริมอุตสาหกรรมด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้วย “ข้อมูลทางพันธุกรรม” ภายใต้แผนแม่บทชาติ “Genomics Thailand”

- สร้างฐานข้อมูลทางพันธุกรรม ที่เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับใช้สนับสนุนการวิจัยทางพันธุศาสตร์

- นำข้อมูลทางพันธุกรรมไปใช้ในเชิงคลินิกเพื่อการวินิจฉัยป้องกันรักษา ประเมินความเสี่ยง และโอกาสที่จะเป็นโรคต่าง ๆ และจัดตั้ง Bio resource Center ในระยะ ๓ ปี

**๔. ยกระดับเสริมสร้างศักยภาพห้องปฏิบัติการและกำกับดูแลมาตรฐานทุกระดับ**

- พัฒนาห้องปฏิบัติการอ้างอิงระดับสากลให้ครอบคลุมมากขึ้น
- พัฒนาและกำกับดูแลห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุขร่วมกับสภาวิชาชีพ
- พัฒนาและกำกับดูแลห้องปฏิบัติการด้านคุ้มครองผู้บริโภคอาหาร
- ประเมินคุณภาพและควบคุมชุดทดสอบทางการแพทย์

**ผลการดำเนินงานที่สำคัญในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกอบด้วย**

๑. การเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจทั้งภายในประเทศและส่งออกต่างประเทศ จากการพัฒนาการผลิตยาชีววัตถุ สามารถลดการนำเข้าได้ ๒๕๐ ล้านบาท และคาดว่าจะสามารถทำรายได้จากการส่งออกได้ ๒,๒๐๐ ล้านบาท

๒. พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผ่านการจัดทำฐานข้อมูลและความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลรักษาสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน ตลอดจนสร้างกลไกศูนย์แจ้งเตือนภัย เฝ้าระวัง และรับเรื่องร้องเรียนผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ซึ่งมีอำเภอดันแบบกระจายทุกภูมิภาคครอบคลุม ๑๒ เขตสุขภาพ

๓. การสร้างความมั่นคงด้านยาของประเทศ พัฒนาแอปพลิเคชัน GREEN BOOK เพื่ออำนวยความสะดวกในการสืบค้นและอ้างอิงในการจัดซื้อยา ซึ่งมีรายการยาทั้งหมด ๖๒๐ รายการ ครอบคลุมยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมากกว่า ๘๕ เปอร์เซ็นต์

๔. การควบคุมและป้องกันภาวะผิดปกติแต่กำเนิด เช่น โรคธาลัสซีเมีย กลุ่มอาการดาวน์ โรค HIV และโรคขาดไทรอยด์ฮอร์โมน

๕. ศักยภาพการเป็นห้องปฏิบัติการอ้างอิงระดับสากลในแต่ละด้าน ทั้งด้านควบคุมคุณภาพสารเคมี กำจัดศัตรูพืช ด้านชีววัตถุ ด้านโรค ด้านคุ้มครองผู้บริโภคครอบคลุมทั้งทางรังสีวิทยา วัคซีน สารมาตรฐาน โลหะหนัก และสารกำจัดศัตรูพืช

## กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ผลการดำเนินงานที่สำคัญในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ จำแนกตามแผนงานทั้ง ๓ ด้าน ดังนี้

### ๑. แผนงานพื้นฐาน

- สถานพยาบาลภาครัฐ ได้รับการทดสอบ/สอบเทียบ เครื่องมือวัดทางการแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูง
- สถานพยาบาลภาครัฐ ได้รับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพด้านอาคาร และสภาพแวดล้อม
- สถานพยาบาลที่ให้บริการด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ที่ได้รับการเฝ้าระวังและดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด

- กฎหมายหรือกฎหมายลำดับรองได้รับการพัฒนาและประกาศใช้ในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ

- เรืองร้องเรียนผู้ประกอบการโรคศิลปะได้รับการดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนด
- สถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงได้รับการเฝ้าระวังตามกฎหมาย
- สถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพได้รับการส่งเสริมพัฒนาเข้าสู่สากล
- สถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจและดำเนินการตามกฎหมาย
- ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนด

### ๒. แผนงานยุทธศาสตร์

- โครงการส่งเสริมและพัฒนาสถานบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐาน และยกระดับคุณภาพบริการสู่สากลรองรับอุตสาหกรรมทางการแพทย์ และบริการสุขภาพครบวงจรสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน

- โครงการจัดตั้งและพัฒนาสุขาศาลาพระราชทานตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

- อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพครอบครัว
- พัฒนาเป้าหมายระบบบริการสุขภาพ
- สนับสนุนและกำกับคุณภาพการก่อสร้างอาคารและสภาพแวดล้อม

### ๓. แผนงานบูรณาการ

- โครงการส่งเสริมพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ
- โครงการวิจัยพัฒนา ยกระดับศักยภาพและคุณภาพระบบบริการสุขภาพ
- โครงการยกระดับพัฒนาการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ

สำหรับภาพรวมตามงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ได้รับการจัดสรร ๘๒๖.๐๙๒๕ ล้านบาท น้อยกว่างบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ที่ได้รับการจัดสรร ๘๓๗.๔๒๔๐ ล้านบาท หรือคิดเป็น ๑.๓๕ เปอร์เซ็นต์



## เปรียบเทียบงบเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ดังนี้

หน่วย : ล้านบาท

ประเภทงบประมาณ	พ.ร.บ. งบประมาณ ปี ๒๕๖๒	ร่าง พ.ร.บ. งบประมาณ ปี ๒๕๖๓	งบประมาณ เพิ่ม/ลด จากปี ๒๕๖๒	งบประมาณ เพิ่ม/ลด จากปี ๒๕๖๒ คิดเป็น เปอร์เซ็นต์
แผนงานบุคลากร	๔๑๐.๑๔๒๘	๔๑๐.๖๑๑๓	- ๐.๕๓๑๕	- ๐.๑๑%
แผนงานพื้นฐาน	๒๘๐.๒๘๘๕	๒๑๐.๓๘๑๖	- ๖๙.๙๐๖๙	- ๒๕.๐๕%
แผนงานยุทธศาสตร์	๑๓๖.๔๗๘๖	๑๘๓.๓๙๕๒	๔๖.๙๑๖๖	๓๔.๓๘%
แผนงานบูรณาการ	๑๐.๕๑๔๐	๒๑.๗๐๔๔	๑๑.๑๙๐๓	๑๐๖.๔๓%
รวม	๘๓๗.๔๒๔๐	๘๒๖.๐๙๒๕	- ๑๑.๓๓๑๕	- ๑.๓๕%

## แผนงานสำคัญตามปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ประกอบด้วย

## ๑. โครงการพระราชดำริและเฉลิมพระเกียรติ “สุขศาลาพระราชทานฯ”

## ๑.๑ โครงการพระราชดำริ “สุขศาลาพระราชทานฯ”

- สนับสนุน พัฒนาการดำเนินงานสุขศาลาพระราชทานฯ ให้มีความพร้อมในการให้บริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนในพื้นที่ทุรกันดาร

- ส่งเสริมประชาชนในพื้นที่ มีการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่

๑.๒ โครงการ สบส. รวมใจ ปั่นออกกำลังกาย สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เฉลิมพระเกียรติ เนื่องในโอกาสสมโภชกรุงรัตนโกสินทร์ ๒๐๐ ปี โดยให้ความรู้ในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ ฝึกอบรม และอุปกรณ์ในการปั่นจักรยาน แก่ผู้เข้าร่วมโครงการ ออกกำลังกายทุกวันๆ ๒๕ ของเดือน

๑.๓ โครงการเฉลิมพระเกียรติเนื่องในโอกาสสมโภชกรุงรัตนโกสินทร์ ๒๐๐ ปี กิจกรรมเครื่องวัดความดันโลหิตปลอดภัย คนไทยสุขภาพดี โดยการดำเนินการสอบเทียบเครื่องวัดความดันโลหิตให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้พร้อมใช้งานทั่วประเทศ

## ๒. ด้านสุขภาพภาคประชาชน

๒.๑ การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นหมอประจำบ้าน โดยมีเป้าหมายอยู่ที่ ๘๐,๐๐๐ คน ให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็น คือ การออกกำลังกาย การดูแลผู้สูงอายุ การคัดกรองผู้ป่วยวัณโรค (TB) การเฝ้าระวังสุขภาพจากการใช้สารเคมีเกษตร การส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม (RDU) และการสนับสนุนการดำเนินงานทีม PCC

๒.๒ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ต่อยอดระบบ Tele Health หรือ “หมอที่บ้าน โรงพยาบาลในมือถือ”

๒.๓ จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ

๒.๔ การดูแลผู้ติดยาเสพติดหลังการบำบัดรักษา โดยพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีความรู้ในการบำบัดรักษาเพื่อคืนคนดีสู่สังคม

## ๓. ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

๓.๑ พัฒนามาตรฐานตามกฎหมาย ของสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนให้สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาล “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ UCEP และสถานประกอบการที่ดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และสุขภาพ

๓.๒ การสร้างรายได้เศรษฐกิจด้านสุขภาพ ด้วยการขับเคลื่อนการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Medical & Wellness Tourism) พร้อมกับพัฒนาเมืองศูนย์กลางบริการสุขภาพ ในอาเซียน (Medical Hub) และยกระดับมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพสู่สากล

๓.๓ พัฒนาระบบ กลไกการคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ มุ่งเน้นยกระดับการเตือนภัยเครือข่ายการคุ้มครองผู้บริโภค (HSS Alert Project)

๔. ด้านมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ซึ่งคำนึงถึงมาตรฐานการออกแบบ และมาตรฐานวิศวกรรม การแพทย์

๕. ด้านการพัฒนาองค์กรคุณภาพ ทั้งในมิติการบริหารจัดการและมิติกระบวนการองค์กรแห่งความสุข ส่งเสริมการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้เป็นองค์กรดิจิทัล

### สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

สพฉ. ได้รับการจัดสรรงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ วงเงิน ๑๑๖.๕๖๔๔ ล้านบาท สามารถจำแนกได้ตามแผนงานทั้ง ๔ ด้าน คือ ๑) แผนงานบุคลากรภาครัฐ ๖๑.๘๙๓๑ ล้านบาท ๒) แผนงานพื้นฐานด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ๓๙.๘๙๐๗ ล้านบาท ๓) แผนงานยุทธศาสตร์เสริมสร้างให้คนไทยสุขภาพที่ดี ๑๑.๖๘๐๐ ล้านบาท และ ๔) แผนงานยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนานวัตกรรม ๓.๐๙๒๖ ล้านบาท ซึ่งภาพรวมได้รับการจัดสรรน้อยกว่างบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่ได้รับ ๑๘๕.๘๗๔๓ ล้านบาท หรือคิดเป็น ๓๗.๒๙ เปอร์เซ็นต์

### เปรียบเทียบวงเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ดังนี้

หน่วย : ล้านบาท

ประเภทงบประมาณ	พ.ร.บ. งบประมาณ ปี ๒๕๖๒	ร่าง พ.ร.บ. งบประมาณ ปี ๒๕๖๓	งบประมาณ เพิ่ม/ลด จากปี ๒๕๖๒	งบประมาณ เพิ่ม/ลด จาก ปี ๒๕๖๒ คิดเป็น เปอร์เซ็นต์
แผนงานบุคลากร	๗๗.๖๗๙๙	๖๑.๘๙๓๑	- ๑๕.๗๘๖๘	- ๒๐.๖๒%
แผนงานพื้นฐาน	๑๐๐.๑๖๗๔	๓๙.๘๙๐๗	- ๖๐.๒๗๖๗	- ๖๐.๑๘%
แผนงานยุทธศาสตร์เสริมสร้างสุขภาพ	๔.๑๐๕๐	๑๑.๖๘๐๐	๗.๕๗๕๐	๑๘๕.๗๓%
แผนงานยุทธศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม	๓.๐๙๒๐	๓.๐๙๒๖	๐.๐๐๐๖	๑.๙๓%
รวม	๑๘๕.๘๗๔๓	๑๑๖.๕๖๔๔	- ๖๙.๓๐๙๙	- ๓๗.๒๙%

ผลการดำเนินงานที่สำคัญในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ มีจุดเด่นอยู่ที่การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งมีหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินอยู่ทั้งสิ้น ๘,๓๒๕ แห่ง พร้อมบริการกู้ชีพทุกช่องทาง ไล่จากทางบก มีชุดปฏิบัติการจากแนวร่วมและมูลนิธิต่าง ๆ รวม ๒๒,๕๕๗ ชุด ปฏิบัติการฉุกเฉิน ๑.๗๙๐๒ ล้านครั้ง เฉลี่ย ๑.๔๙๑๘ แสนครั้งต่อเดือน ทางน้ำมีความพร้อมตลอด ๒๔ ชั่วโมง เพื่อลำเลียงส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ส่วนทางอากาศมีการลงนามร่วมกับ ๖ หน่วยงานที่มีความพร้อม ทำให้มีเฮลิคอปเตอร์พร้อมลำเลียงช่วยเหลือผู้ประสบเหตุได้ทันทั่วทั้งที่ เช่น ทีมแพทย์อำนวยการปฏิบัติการฉุกเฉิน (พอป.) และทีม sky doctor ที่ปฏิบัติการเข้ารับทราบก ภัย ๒ เดือน ๑๒ วัน ที่อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

นอกจากนี้ ยังมีแพทย์/พยาบาล/ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน รวม ๗๗,๐๔๙ คน อีกทั้งยังมีมาตรการส่งเสริมการฝึกอบรม โดยการออกไปประกาศนียบัตร ร่วมกับสถานศึกษาอีก ๔ แห่ง มีแหล่งฝึกเพื่อเป็นบุคลากรหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน ๓๖๔ แห่ง

**แผนงานสำคัญตามปี พ.ศ. ๒๕๖๓** ได้มีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา โดยสรุปออกมาเป็นปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข ๕ ด้าน ดังนี้

๑. ประชาชนยังตระหนักรู้ถึงภาวะฉุกเฉินในระดับต่ำ ส่งผลให้การเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉินยังน้อย แนวทางการแก้ไขจึงต้องสร้างการรับรู้ต่อภาวะฉุกเฉินและการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงกลุ่มเปราะบางตามพื้นที่เฉพาะ

๒. ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการส่วนใหญ่ยังไม่ได้มาตรฐาน ส่งผลให้คุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินไม่สอดคล้องกับระดับความฉุกเฉิน แนวทางการแก้ไขจึงต้องมุ่งเน้นการปฏิรูประบบสาธารณสุข เรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน กำหนดเป้าหมายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม ดำเนินการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน

๓. หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินยังมีปริมาณไม่เพียงพอและกระจายไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ แนวทางการแก้ไข กล่าวคือ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ดำเนินการจัดการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของจังหวัด

๔. บุคลากรในระบบยังไม่เพียงพอและไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ แนวทางการแก้ไขต้องมุ่งเน้นการปฏิรูประบบสาธารณสุข เรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน กำหนดเป้าหมายการผลิตบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขให้เพียงพอต่อความต้องการในระยะ ๑๐ ปี

๕. งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรไม่เพียงพอ โดยเฉพาะค่าชดเชยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น ปฏิบัติการฉุกเฉินทางบก มีการประมาณการว่าในปี ๒๕๖๓ จะมีเหตุเพิ่มขึ้นเป็น ๑.๘ ล้านครั้ง แต่งบประมาณถูกปรับลดลงให้เหลือสำรองจ่ายสำหรับจำนวนเหตุฉุกเฉิน ๑.๕ ล้านครั้ง เท่ากับงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งการปฏิบัติงานเมื่อปีที่ผ่านมา มีเหตุฉุกเฉิน ต้องปฏิบัติการทางบกมากกว่าที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ ถึง ๑.๗ ล้านครั้ง ดังนั้น แนวทางการแก้ไข กองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน และ ๓ กองทุนสุขภาพหลัก จึงควรพิจารณากำหนดสิทธิประโยชน์ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และวิธีการชดเชยสิทธิประโยชน์ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพและทั่วถึง พร้อมกันนี้ ก็จะดำเนินการจัดทำคำขอแปรญัตติงบประมาณในชั้นการพิจารณาของคณะกรรมการวิสามัญพิจารณาร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ของสภาผู้แทนราษฎร หรือดำเนินการขอรับการจัดสรรจากงบกลางสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉิน ในกรณีที่ยังงบประมาณระหว่างปีไม่เพียงพอ

### กรมสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิตได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ทั้งสิ้น ๓,๑๕๘.๒๓ ล้านบาท ประกอบด้วย ๑) งบบุคลากร ๑,๘๘๘.๒๓ ล้านบาท ๒) งบดำเนินงาน ๖๙๒.๕๐ ล้านบาท ๓) งบลงทุน ๕๔๔.๗๓ ล้านบาท ๔) งบอุดหนุน ๑๑.๗๙ ล้านบาท และ ๕) งบรายจ่ายอื่น ๒๐.๙๘ ล้านบาท ในภาพรวมจึงได้รับการจัดสรรงบประมาณลดลง จากงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวน ๕๘.๖๙ ล้านบาท

## เปรียบเทียบวงเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ดังนี้

หน่วย : ล้านบาท

หมวดรายจ่าย	พ.ร.บ.งบประมาณ ปี ๒๕๖๒	ร่าง พ.ร.บ. งบประมาณ ปี ๒๕๖๓	งบประมาณ เพิ่ม/ลด จากปี ๒๕๖๒
บุคลากร	๑,๘๗๕.๖๐	๑,๘๘๘.๒๓	๑๒.๖๓
ดำเนินงาน	๘๒๓.๓๑	๖๙๒.๕๐	-๑๓๐.๘๑
ลงทุน	๔๙๓.๖๕	๕๔๔.๗๓	๕๑.๐๘
อุดหนุน	๑๑.๗๙	๑๑.๗๙	-๐
รายจ่ายอื่น	๑๒.๕๗	๒๐.๙๘	๘.๔๑
รวม	๓,๒๑๖.๙๒	๓,๑๕๘.๒๓	๕๘.๖๙

**แผนงานสำคัญตามปี พ.ศ. ๒๕๖๓** ดำเนินการสืบเนื่องจากผลงานที่สำคัญในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยมุ่งเน้นให้เกิดผลสัมฤทธิ์และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คือ การทำให้ประชาชนมีความตระหนัก และสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัวและชุมชน ตลอดจนได้รับบริการ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ผ่านการดำเนินการตามประเด็นยุทธศาสตร์ ๔ ด้าน ดังนี้

๑. ส่งเสริมสุขภาพจิตป้องกันและควบคุมปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต วงเงิน ๑๔๕.๖๔ ล้านบาท ดำเนินการครอบคลุมประชาชนทุกช่วงวัย เริ่มจากช่วงปฐมวัย/วัยเรียน/วัยรุ่น แก้ปัญหาตั้งแต่พัฒนาการของเด็กที่ล่าช้า ช่วยแก้ปัญหาด้านพฤติกรรมหรืออารมณ์ ปัญหาการติดเกมส์ ปัญหาการถูกลั่นแกล้ง (Bully) ตลอดจนยกระดับ IQ และ EQ ส่วนวัยทำงาน มีแผนดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผ่านโครงการสร้างสุขวัยทำงานในชุมชนและสร้างสุขวัยทำงานในสถานประกอบการ ซึ่งเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ดำเนินการครอบคลุมพื้นที่ทั้งสิ้น ๗๓ จังหวัด ๒๙๔ อำเภอ ๘๗๕ ตำบล ประกอบกับการลงนามสร้างความร่วมมือทั้งในระดับกระทรวงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อผลักดันการแก้ปัญหาเชิงบูรณาการ เช่น สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และสภาองค์กรลูกจ้างแรงงานแห่งประเทศไทย สำหรับวัยสูงอายุที่มีจำนวน ๑๑ ล้านคน คิดเป็น ๑๖.๕ เปอร์เซ็นต์ ของประชากรทั้งหมด มีการดำเนินงาน ๒ ส่วน คือ ชุมชน และโรงพยาบาล ช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิต ตลอดจนการดูแลด้านสังคมและจิตใจ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ จำนวน ๘,๐๘๑ ชมรม มีสมาชิกกว่า ๒.๘๓ ล้านคน และการดูแลทางกายภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือคลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster)

๒. พัฒนาคูณภาพระบบบริการและวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช วงเงิน ๗๔.๗๙ ล้านบาท ดำเนินการให้ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพทั้งในภาวะปกติและวิกฤติ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่คุ้มครองสิทธิของประชาชนที่มีความผิดปกติทางจิตให้ได้รับการดูแล บำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ และป้องกันควบคุมปัจจัยคุกคาม ด้วยระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับประเทศ ๑๓ แห่ง และหอผู้ป่วยใน ใน ๑๒ เขตสุขภาพ ทั่วประเทศ ซึ่งครอบคลุมการดูแลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิที่มีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาต่อเนื่องทั้งในแง่ระบบบริการ ทรัพยากรบุคคล และงานวิจัยกัญชาทางการแพทย์เพื่อผู้ป่วยจิตเวช นอกจากนี้ ยังมีการให้คำปรึกษาผ่านช่องทางทั้งโทรศัพท์ และสื่อออนไลน์

ซึ่งมีแผนความร่วมมือด้านเทคโนโลยีกับสำนักงานกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) เพื่อพัฒนา tele-mental Health และ chatbot พร้อมทั้งยกระดับ tele-psychiatry นำเทคโนโลยีมาช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถพูดคุยตอบโต้กับบุคลากรทางการแพทย์ได้ทันที

๓. สร้างความตระหนักและความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิต วงเงิน ๕.๒๓ ล้านบาท ดำเนินการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตให้แก่ประชาชน ผ่านช่องทางการสื่อสารต่าง ๆ ทั้งสายด่วนสุขภาพจิต ๑๓๒๓ สื่อออนไลน์ที่ได้รับความนิยม ตลอดจนพัฒนาเครือข่ายสื่อมวลชนและนักศึกษา ดำเนินการโครงการขุนพลต่อสู้ด้านสุขภาพจิตเพื่อประชาชน “อสม.4.0 SMART Delivery” โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่กระจายครอบคลุมทุกหมู่บ้าน

๔. พัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล วงเงิน ๑๕.๔๘ ล้านบาท ดำเนินงานภายใต้วิสัยทัศน์ “ดิจิทัลกรมสุขภาพจิต” ภายในปี ๒๕๖๕ กรมสุขภาพจิตเป็นองค์กรดิจิทัลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชด้วยกลยุทธ์ เช่น การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจิตให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงยุคดิจิทัล (Digital Transformation)

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าว สรุปได้ดังนี้

#### ผลการดำเนินงานที่สำคัญในปี พ.ศ. ๒๕๖๒

๑. แผนงานบูรณาการป้องกัน ปรามปรามและบำบัดผู้ติดยาเสพติด
  - สามารถควบคุมตัวยา เคมีภัณฑ์ และสารตั้งต้นที่เป็นวัตถุเสพติดได้ ๓๐,๔๑๘ รายการ
๒. แผนงานบูรณาการการพัฒนาอุตสาหกรรมศักยภาพ
  - ส่งเสริมผู้ประกอบการที่มีศักยภาพในการสร้างนวัตกรรมหรือส่งออก สามารถดำเนินการขออนุญาตได้ ๓๕ ราย
    - พิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพนวัตกรรมหรือส่งออก ๕๖ คำรับ
๓. แผนบูรณาการการพัฒนาผู้ประกอบการเศรษฐกิจชุมชน และพัฒนาวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมสู่สากล
  - พัฒนากลุ่ม SMEs อาหาร ให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ๒๖ แห่ง
  - สถานประกอบการที่ได้รับการพัฒนาผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๒๖ แห่ง
  - เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหาร ๒๖ ตัวอย่าง ผ่านเกณฑ์ ๘๘.๖๔ เปอร์เซนต์
๔. แผนงานยุทธศาสตร์สร้างเสริมให้คนมีสุขภาพที่ดี
  - พบรายงานความไม่ปลอดภัยจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๔ เรื่อง และจัดการเสร็จเรียบร้อยแล้ว ๑๐๐ เปอร์เซนต์
    - ส่งเสริมให้ผู้บริโภคมีความรอบรู้และใช้อย่างสมเหตุสมผล ในผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่ป่วยเรื้อรัง ๗ กลุ่มโรค ผลสำรวจพบว่า มีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม ๗๖.๑ เปอร์เซนต์
    - พัฒนาโรคคัดบรรจุผัก ผลไม้ ๒๓๐ แห่ง ผ่านเกณฑ์ ๑๘๗ แห่ง คิดเป็น ๘๑.๓ เปอร์เซนต์ และตรวจสอบผัก ผลไม้ ๕๑๖ ตัวอย่าง พบปลอดภัย ๘๑.๖ เปอร์เซนต์
๕. แผนงานพื้นฐานด้านการพัฒนาและเสริมศักยภาพคน
  - พิจารณาอนุญาต ๑,๔๕๓,๓๒๒ รายการ แล้วเสร็จภายในเวลาคิดเป็น ๙๙.๘ เปอร์เซนต์
  - เฝ้าระวัง ตรวจสอบคุณภาพผลิตภัณฑ์ สถานประกอบการ ผลิต และโฆษณา ๓๖๔,๖๖๙ รายการ พบได้มาตรฐานถูกต้อง ๙๙.๐๔ เปอร์เซนต์
    - ดำเนินคดี ๓๐๘ ราย เปรียบเทียบปรับ ๑,๓๙๕ ราย เป็นเงิน ๑,๘๘๐๒,๒๐๐ บาท

- ผลิตสื่อและเผยแพร่ความรู้แก่ผู้บริโภค ๖๕๔ เรื่อง/ ๗๖๑ ครั้ง ผลสำรวจพบมีความรู้ถูกต้อง ๙๐.๙ เปอร์เซ็นต์

- รณรงค์ให้ผู้บริโภคมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ผลสำรวจพบมีพฤติกรรมถูกต้อง ๗๙.๗ เปอร์เซ็นต์

สำหรับงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้รับการจัดสรรวงเงิน ๘๓๓.๒๗ ล้านบาท จำแนกตามประเภทงบรายจ่ายได้ ดังนี้ ๑) งบบุคลากร ๓๒๓.๘๗ ล้านบาท ๒) งบดำเนินงาน ๔๓๗.๐๗ ล้านบาท ๓) งบลงทุน ๖๑.๑๓ ล้านบาท ๔) งบรายจ่ายอื่น ๑๑.๓๔ ล้านบาท ในภาพรวมจึงได้รับการจัดสรรงบประมาณน้อยกว่างบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวน ๕๖.๘๗ ล้านบาท หรือคิดเป็น ๖.๓๙ เปอร์เซ็นต์

เปรียบเทียบวงเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ดังนี้

หน่วย : ล้านบาท

หมวดรายจ่าย	พ.ร.บ.งบประมาณปี ๒๕๖๒	ร่าง พ.ร.บ.งบประมาณปี ๒๕๖๓	งบประมาณเพิ่ม/ลดจากปี ๒๕๖๒	งบประมาณเพิ่ม/ลด จากปี ๒๕๖๒ คิดเป็นเปอร์เซ็นต์
บุคลากร	๓๑๑.๒๗	๓๒๓.๘๗	๑๒.๖๐	๓.๙๔%
ดำเนินงาน	๔๗๕.๒๓	๔๓๗.๐๗	-๓๘.๑๖	-๘.๐๓%
ลงทุน	๙๒.๐๙	๖๑.๑๓	-๓๐.๙๖	-๓๓.๖๒%
อุดหนุน	-	-	-	-
รายจ่ายอื่น	๑๑.๓๔	๑๑.๓๔	-๐.๐๑	-๐.๐๘%
รวม	๘๙๐.๒๗	๘๓๓.๒๗	-๕๖.๘๗	-๖.๓๙%

แผนงานสำคัญตามปี พ.ศ. ๒๕๖๓ จำแนกตามแผนงาน ๕ ด้าน พร้อมเกณฑ์ชี้วัด ดังนี้

๑. แผนงานบูรณาการป้องกัน ปราบปรามและบำบัดผู้ติดยาเสพติด

- สามารถควบคุมตัวยา เคมีภัณฑ์ และสารตั้งต้นที่เป็นวัตถุเสพติดได้ ๒๘,๐๐๐ รายการ

๒. แผนงานบูรณาการการพัฒนาอุตสาหกรรมศักยภาพ

- ส่งเสริมผู้ประกอบการที่มีศักยภาพในการสร้างนวัตกรรมหรือส่งออก สามารถดำเนินการขออนุญาตได้ ๒๒ ราย

- พิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพนวัตกรรมหรือส่งออก ๘๕ ตำรับ

๓. แผนงานบูรณาการการพัฒนาผู้ประกอบการเศรษฐกิจชุมชน และพัฒนาวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมสู่สากล

- พัฒนากลุ่ม SMEs อาหาร ให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ๖๐ แห่ง

- สถานประกอบการที่ได้รับการพัฒนาผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์

- ผลิตภัณฑ์อาหารกลุ่ม SMEs ได้มาตรฐาน ๘๐.๐๐ เปอร์เซ็นต์

๔. แผนงานยุทธศาสตร์สร้างเสริมให้คนมีสุขภาพที่ดี

- ผลักดันยาที่มีความจำเป็นเข้าสู่บัญชียาหลักชาติเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้ จำนวน ๒๐ รายการ

- ส่งเสริมให้มีรายการยามุ่งเป้าที่ทดแทนยาต้นแบบ ๓๐ รายการ

- ส่งเสริมให้ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล โดยผู้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และอุจจาระร่วงเฉียบพลันในสถานพยาบาลได้รับยาปฏิชีวนะไม่เกิน ๒๐ เปอร์เซ็นต์

- พัฒนากฎหมาย องค์ความรู้และนวัตกรรมในการจัดการสารเคมี เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยจากพิษสารเคมีลดลงจากปีที่ผ่านมา

๕. แผนงานพื้นฐานด้านการพัฒนาและเสริมศักยภาพคน

- พิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพ สถานประกอบการ และโฆษณา ๘๖๗,๙๔๐ รายการแล้วเสร็จภายในเวลา ๙๙.๙ เปอร์เซนต์

- ตรวจสอบคุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพ สถานประกอบการ ฉลาก และโฆษณา ๓๖๒,๔๒๒ รายการพบได้มาตรฐานถูกต้อง ๙๕ เปอร์เซนต์

- ผลิตสื่อและเผยแพร่ความรู้แก่ผู้บริโภค ๓๔๓ เรื่อง/ ๔๙๑ ครั้ง

- รณรงค์ให้ผู้บริโภคมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ๓ โครงการ

**สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

**๑. แนวทางการจัดทำงบประมาณและเปรียบเทียบงบประมาณ ปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๓ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)**

ขั้นตอนสำคัญในการเสนองบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระบวนการเริ่มต้น ๑. จากการรับฟังความเห็น ตามมาตรา ๑๘ ร้อยละ๑๐) และร้อยละ ร้อยละ๑๓) ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ จากนั้นจึงได้นำข้อมูลความเห็นดังกล่าวที่ได้จากประชาชน มากำหนดเป็นสิทธิประโยชน์ ๒. คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ให้ความเห็นตามมาตรา ๓๙ วรรค ๒ และรวบรวมความเห็นทั้งหมดเสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณา จากนั้นทำขอเสนองบประมาณ ตามมาตรา ๒๙ และมาตรา ๓๙ เสนอต่อคณะรัฐมนตรี สำนักงานงบประมาณ และรัฐสภาตามลำดับ โดย สปสช. จัดทำร่างขอเสนองบประมาณเงินกองทุนไปยังคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยพิจารณายุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี กรอบแนวคิดต่าง ๆ ความคิดเห็นข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการชุดต่าง ๆ และผู้ที่เกี่ยวข้อง

**ปัจจัยที่มีผลต่องบประมาณเงินกองทุน**

ในการคำนวณงบประมาณจะใช้หลักเศรษฐศาสตร์ประกันภัย รายการหลักที่พิจารณา คือ ค่าบริการเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งเป็นค่าบริการพื้นฐาน และนอกเหมาจ่ายรายหัว เป็นเรื่องนโยบายของรัฐบาล เช่น ผู้สูงอายุ ไตวาย เอดส์

ปัจจัยหลักที่มีผลต่องบประมาณ จะใช้หลัก  $P \times Q$  คือ ต้นทุนบริการ ได้แก่ ต้นทุนต่อหน่วยบริการ, Cost Inflation rate, ราคาขายจำเป็นตามการจัดหา  $\times$  ปริมาณงาน ได้แก่ อัตราการใช้บริการ ร้อยละ UR), Coverage สำหรับบริการ P&P โดยมีสิทธิประโยชน์ใหม่ ได้แก่ เพิ่มการเข้าถึงบริการแบบก้าวกระโดดซึ่งเป็นตัวแปรที่ทำให้ค่าบริการปรับเปลี่ยนได้

**สรุปกองทุนฯ ปี ๒๕๖๓ ที่คาดว่าจะได้รับ โดยมีภาพรวมเป้าหมาย ดังนี้**

๑. บริการเหมาจ่ายรายหัว ประชาชนที่ได้รับบริการในปี ๒๕๖๓ จำนวน ๔๘.๒๖๔ ล้านคน ซึ่งในปี ๒๕๖๒ จำนวน ๔๘.๕๗๕ ล้านคน โดยบริการผู้ป่วยนอก ๓.๗๔ ครั้งต่อคน (๑๘๐.๔๘ ล้านครั้ง) บริการผู้ป่วยใน Total SumAdjRW ๗.๑๑ ล้านหน่วย (๖.๑ ล้านครั้ง)

๒. บริการนอกเหมาจ่ายรายหัว ได้แก่

๑) บริการผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS รักษาต่างๆ ๒๔๒,๔๐๐ ราย (ปี ๖๒ มี ๒๒๙,๔๐๐ ราย) ป้องกัน ๖๘,๕๐๐ ราย (ปี ๖๒ มี ๗๒,๕๐๐ ราย)

๒) บริการไตวายเรื้อรัง ๖๑,๙๔๘ ราย (ปี ๖๒ มี ๕๓,๑๐๐ ราย)

- ก) บริการควบคุมความรุนแรงของโรคเรื้อรัง DM/HT ๓.๐๓ ล้านราย (ปี ๖๒ มี ๓.๐๓ ล้านราย) จิตเวชในชุมชน ๑๒,๐๐๐ ราย (ปี ๖๒ มี ๑๒,๐๐๐ ราย)
- ข) พื้นที่ Hardship/ภาคใต้ ๒๐๒ แห่ง (ปี ๖๒ มี ๒๐๒ แห่ง)
- ค) ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ๑๙๗,๖๑๕ ราย (ปี ๖๒ มี ๑๕๒,๘๐๐ ราย)
- ง) บริการเพิ่มเติมสำหรับ PCC ๗๓๐,๐๐๐ ครั้ง (ปี ๖๒ มี ๗๓๐,๐๐๐ ครั้ง)
- จ) ชดเชยค่าวัคซีนป้องกันหัด คางทูม หัดเยอรมัน ๑๕๐,๐๐๐ โด๊ส

**สรุปกองทุนฯ ปี ๒๕๖๓ ที่คาดว่าจะได้รับ เทียบปี ๒๕๖๒**

	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	
	๑๘๑,๕๘๔.๐๙ ลบ.	๑๙๐,๓๖๖.๐๐ ลบ.	เพิ่มขึ้น ๘,๗๘๑.๙๑ ลบ.
หัก เงินเดือน	๔๗,๓๑๔.๙๖ ลบ.	๔๙,๘๓๒.๕๘ ลบ.	
คงเหลือ	๑๓๔,๒๖๙.๑๒ ลบ.	๑๔๐,๕๓๓.๔๒ ลบ.	เพิ่มขึ้น ๖,๒๖๔.๓๐ ลบ.
งบเหมาจ่ายรายหัว	๓,๔๒๖.๕๖ บาท/ปชก.	๓,๖๐๐ บาท/ปชก.	เพิ่มขึ้น ๑๗๓.๔๔ บาท/ปชก.
นอกงบเหมาจ่ายฯ	๑๕,๑๓๘.๘๖ ลบ.	๑๖,๕๘๘.๕๙ ลบ.	เพิ่มขึ้น ๑,๔๔๙.๗๓ ลบ.
งบเพิ่มเติมเฉพาะกรณีชดเชยวัคซีน MMR			เพิ่มขึ้น ๒๗.๐๑ ลบ.

**สรุปงบกองทุนฯ ปี ๒๕๖๓ ในส่วนต่างงบที่คาดว่าจะได้รับ**

	งบเหมาจ่าย	งบนอกเหมาจ่าย	งบเพิ่มเติมชดเชยวัคซีน MMR
ข้อเสนอตามมติบอร์ด	๓,๗๘๔.๕๗ บาท/ปชก.	๑๗,๒๖๑.๒๗ ลบ.	๔๕.๐๒ ลบ.
คาดว่าจะได้รับ	๓,๖๐๐ บาท/ปชก.	๑๖,๘๒๔.๓๐ ลบ.	๒๗.๐๑ ลบ.

ตามมติ ครม. (พ.ร.บ.งบประมาณ ๑๒ ก.พ. ๖๒ ๑๖,๕๘๘.๖๐ ลบ.) ประกอบด้วย

- บริการ HIV ๒๕๓.๓ ลบ.
- บริการไตวาย ๓๐ ลบ.
- บริการโรคเรื้อรัง ๙๗.๕ ลบ.
- บริการ LTC ๔๙.๙ ลบ.

**ประเภทและขอบเขตบริการที่เพิ่มใหม่ปี ๒๕๖๓**

๑. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
  - นำร่องตรวจเช็ก่อนการสัมผัสโรค PrEP
  - ตรวจคัดกรองยีนส์ HLA
  - คัดกรองภาวะ Down syndrome ในหญิงตั้งครรภ์อายุไม่เกิน ๓๕ ปี
  - วัคซีนป้องกันโรคท้องร่วงในเด็กเล็ก ร้อยละ Rota virus vaccine)
  - ค่าชดเชยวัคซีน MMR เพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดในภาคใต้
๒. บริการรักษา
  - นำร่องบริการล้างไตผ่านเครื่องอัตโนมัติ
  - ยาบัญญัติ จ. ร้อยละ ๒
  - ลดความแออัดในโรงพยาบาลด้วยการรับยาที่ร้านยา
  - นำร่องการดูแลโรคหายาก ร้อยละ Rare disease)



๓. บริการฟื้นฟู

- บริการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงขยายไปยังทุกสิทธิ ทุกกลุ่มอายุ
- ปรับเพิ่มรายการจ่ายค่าอุปกรณ์และบริการฟื้นฟูโดย อบจ.

สรุปผลการเบิกจ่ายงบกองทุน ปี ๒๕๖๒ (๑ ต.ค. ๖๑ - ๓๐ ก.ย. ๖๒)

ประเภทกองทุน	งบตั้งต้น	งบประมาณที่ใช้ไป	ร้อยละ
๑. บริการทางการแพทย์	๑๑๙,๑๓๐,๒๖๕,๒๐๐	๑๑๙,๐๖๑,๘๓๕,๔๓๘	๙๙.๙๔
๒. บริการ HIV/AIDs	๓,๐๔๖,๓๑๕,๐๐๐	๓,๐๔๕,๑๖๓,๘๗๙	๙๙.๙๖
๓. บริการไตวายเรื้อรัง	๘,๒๘๑,๗๙๖,๐๐๐	๘,๒๘๑,๗๙๖,๐๐๐	๑๐๐.๐๐
๔. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	๑,๑๓๕,๐๒๕,๐๐๐	๑,๑๓๑,๓๐๐,๙๐๐	๙๙.๖๗
๕. ค่าใช้จ่ายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหน่วยบริการ	๑,๔๙๐,๒๘๘,๐๐๐	๑,๔๙๐,๒๘๘,๐๐๐	๑๐๐.๐๐
๖. บริการสาธารณสุข สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง	๙๑๖,๘๐๐,๐๐๐	๙๑๖,๓๐๕,๐๐๐	๙๙.๙๕
๗. บริการสาธารณสุข สำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว	๒๖๘,๖๔๐,๐๐๐	๒๖๖,๓๘๔,๓๒๔	๙๙.๑๖
รวม	๑๓๔,๒๖๙,๑๒๖,๒๐๐	๑๓๔,๑๙๓,๐๗๓,๕๔๑	๙๙.๙๔

๒. ความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และรายงานสถานะทางการเงิน หน่วยบริการสังกัด สป.สร ปี ๒๕๖๒

ความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
ประชาชน	๙๔.๕๕	๙๑.๘๖	๙๕.๖๖	๙๓.๙๑	๙๗.๗๑
องค์การภาคีที่เกี่ยวข้อง	๗๙.๘๘	๘๘.๒๐	๘๘.๙๙	๙๐.๐๑	๙๓.๒๑
ผู้ให้บริการ	๖๕.๙๙	๖๖.๒๑	๖๙.๖๕	๗๐.๖๗	๗๕.๙๙

สรุป ความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี ๒๕๖๒ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

รายงานสถานะทางการเงินหน่วยบริการสังกัด สป.สร ปี ๒๕๖๒

	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
จำนวน	๑๐๓	๘๖	๒๘	๑๓	๓
ร้อยละ Risk 7	๑๑.๕๐	๙.๘๓	๓.๑๓	๑.๔๕	๐.๓๓

สรุป รายงานสถานะทางการเงินระดับ ๗ ของหน่วยบริการสังกัด สป.สร. ลดลง

### ๓. โอกาส และความท้าทาย

โอกาส มีการประกาศปฏิญญาทางการเมืองเกี่ยวกับ UHC ในที่ประชุมสหประชาชาติ โดยนายกรัฐมนตรีเป็นผู้กล่าวปาฐกถาในฐานะผู้นำในการยกร่าง ร้อยละความเท่าเทียม ประสิทธิภาพ ระบบการมีส่วนร่วม

#### ความท้าทาย

- ความเหลื่อมล้ำ ร้อยละไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงวัย ผู้ด้อยค่า
- ประสิทธิภาพของระบบ ร้อยละรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัด, บริการฉุกเฉิน ๗๒ ชั่วโมงแรก, ระบบข้อมูลฯ)
- การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ ดังนี้

#### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

๑. กระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณายุทธศาสตร์ชาติ โดยเฉพาะในประเด็นการพัฒนาระบบบริการที่ต้องกระจายอำนาจปฏิรูประบบบริหารจัดการ ใช้ทรัพยากรในทุกพื้นที่ กล่าวคือ เขตสุขภาพในยุคยุทธศาสตร์ชาติ และเขตสุขภาพในแผนปฏิรูปประเทศ มีความแตกต่างจากเขตสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการอยู่ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงควรนำแผนชาติและแผนปฏิรูปประเทศมาวิเคราะห์และพิจารณาอย่างละเอียด

๒. กระทรวงสาธารณสุขควรปรับเปลี่ยนบทบาทมาเป็นเป็นผู้ดูแลระดับนโยบายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Authority) ระดับประเทศ ไม่ใช่เฉพาะกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งจะเป็นทิศทางการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

#### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านกฎหมาย

๑. จากเอกสารแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ ในส่วนที่ ๓ แผนย่อย ประเด็น การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี ข้อ ๓.๓ แผนย่อยการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยสนับสนุนการสร้างสุขภาพที่ดี และ ๓.๓.๑ แนวทางการพัฒนา ดังนี้

๑) ปรับเปลี่ยนและพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยได้ตามมาตรฐานสากลภายใต้ระบบการบริหารที่มีการกระจายอำนาจ มีประสิทธิภาพ พอเพียง เป็นธรรมและยั่งยืน รวมทั้งปรับระบบบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกันระหว่างสถานพยาบาลทุกสังกัดในเขตพื้นที่สุขภาพในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการทั้งด้านบุคลากร ทรัพยากรทางการแพทย์ และโครงสร้างพื้นฐานที่เชื่อมโยงบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิเข้าด้วยกันอย่างไม่มีอุปสรรค พร้อมพัฒนาระบบส่งต่อและระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ตลอดจนพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ

หากพิจารณาคำว่า “ทุกสังกัด” จะเห็นว่า เขตสุขภาพที่กำลังจะเกิดขึ้นในยุคยุทธศาสตร์ชาติกับเขตสุขภาพในแผนปฏิรูปประเทศแตกต่างจากเขตสุขภาพของระบบราชการ

๒. การดำเนินการเกี่ยวกับ Genomic Thailand ยังไม่มีกฎหมายรองรับ และไม่มีหน่วยงานที่เข้ามารับผิดชอบดำเนินการที่ชัดเจน ซึ่งอาจเกิดปัญหาในการควบคุม ตรวจสอบ และอาจเกิดผลกระทบในวงกว้าง ซึ่งกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ อาจเป็นหน่วยงานที่ต้องพิจารณาดำเนินการโดยเร็วในเรื่องดังกล่าว

๓. ตามมาตรา ๑๘ (๑๓) ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ การรับฟังความคิดเห็น และมติของคณะกรรมการ สปสช. เพื่อประกอบการจัดทำคำของบประมาณปี ๒๕๖๓ ไม่พบว่ามีการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการรายใหญ่ ยกเว้นกลุ่มแพทย์ชนบท ทั้งนี้ คณะกรรมการ สปสช. มีผลจากการประชุมในเรื่องนี้ และมีการพิจารณาถึงการจัดทำคำของบประมาณประการใด

### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะทางวิชาการ

๑. ภาพรวมงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ กองทุน UC ได้รับจัดสรร ๑๓๔,๒๖๙.๑๓ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๔๙.๖๒ และ ๑๐ กรมของกระทรวงสาธารณสุข ได้รับจัดสรร ๑๓๓,๖๕๑.๕๓ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๔๙.๓๙ ซึ่งทั้ง ๒ ส่วน ได้รับจัดสรรจำนวนใกล้เคียงกัน ฉะนั้น ทั้ง ๒ ส่วน จะสามารถดำเนินงานตอบสนองแผนงานตามแผนยุทธศาสตร์ชาติได้ หากพิจารณางบประมาณ ปี ๒๕๖๓ จำแนกตามยุทธศาสตร์ชาติ ของกระทรวงสาธารณสุข ในแผนยุทธศาสตร์เสริมสร้างให้คนที่มีสุขภาพที่ดี พัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต การวิจัยและพัฒนานวัตกรรม ๒๐,๓๔๘.๖๘ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๗.๒๗ ประเด็น คือ กระบวนการที่จะแปลงยุทธศาสตร์ชาติ โดยเฉพาะแผนยุทธศาสตร์เสริมสร้างให้คนที่มีสุขภาพที่ดี ตามแผนแม่บทที่ ๑๓ และแผนแม่บทที่ ๑๑ การพัฒนาคนตลอดช่วงอายุ ได้บรรจุอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ ทั้งนี้ การจัดทำคำขอของกระทรวงสาธารณสุขกับหน่วยงานอื่นในส่วนนี้มีการบูรณาการกระบวนการทำแผน และมีผลลัพธ์ประการใด

๒. งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขได้รวมอยู่ในงบสุขภาพด้านอื่น กล่าวคือ งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย งบประมาณเกี่ยวกับสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ และงบประมาณที่เป็นการใช้จ่ายด้านสาธารณสุข ซึ่งอยู่นอกกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กระทรวง ทบวง กรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ กระทรวงยุติธรรม หน่วยงานท้องถิ่น และกรุงเทพมหานคร ดังนั้น งบสุขภาพทั้งหมดจะถูกกำหนดให้ไม่ควรเกินร้อยละ ๑๗ ของงบประมาณแผ่นดิน เมื่อ ๒ ปีที่ผ่านมาอยู่ที่ร้อยละ ๑๖.๗ ทั้งนี้ งบประมาณในส่วนนี้มีวงเงินเท่าใด เนื่องจาก หากงบประมาณด้านสุขภาพมีอัตราที่สูงขึ้น จะส่งผลให้งบบัตรทองน้อยลงถือว่าเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากงบบัตรทองจะถูกควบคุมด้วยเพดานของงบสุขภาพอื่น ๆ

๓. ปัจจุบันยาบางประเภทที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย ไม่ผ่านการตรวจสอบให้นำเข้ามาจำหน่ายในประเทศ โดยเฉพาะยาที่ใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ข้อมูลจากสมาคมโรคมะเร็ง) ซึ่งต้องใช้ยาบางประเภทต่อเนื่อง ๓ - ๕ ปี จึงเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยที่ต้องใช้ยารักษาอย่างต่อเนื่อง

### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการ

๑. การใช้งบประมาณขาดมีการจัดสรรให้แก่กองทุนสุขภาพตำบล ซึ่งไม่เกี่ยวกับการบริการ โดยสถานบริการ ทั้งนี้ มีแนวทางการบริหารจัดการ และมีวงเงินคงค้างในระบบของกองทุนสุขภาพตำบลจำนวนมากเป็นประการใด

๒. การให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการถือเป็นเครื่องมือที่ดี อย่างไรก็ตาม การจัดสรรงบประมาณควรแยกออกมาจากงบ P&P ที่เป็นเงินค่าเหมาจ่ายรายหัว หรืออาจแยกออกเป็นงบนอกเหมาจ่ายรายหัว ไม่ควรใช้จากงบประมาณของหน่วยบริการปฐมภูมิ

๓. กรณี Long Term Care ได้รับจัดสรรงบประมาณ ๔๙.๙ ล้านบาท ซึ่งเป็นการจัดสรรงบประมาณให้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นหลัก พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุมาใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐสูงขึ้น ทำให้โรงพยาบาลต้องแบกรับภาระในส่วนนี้ซึ่งมากกว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทั้งนี้ หากมีการแสดงข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจะสามารถเป็นข้อมูล

สำหรับประกอบคำขอประมาณได้ ซึ่งจะทำให้กระทรวงสาธารณสุข หรือ สปสช. ได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นได้ เนื่องจากประเทศเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

๔. การดำเนินงานของ สปสช. ซึ่งมีความก้าวหน้าค่อนข้างมาก จะเห็นว่า ความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งประชาชน องค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง และผู้ให้บริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ความพึงพอใจในส่วนของผู้ให้บริการในปี ๒๕๖๓ อยู่ที่ร้อยละ ๗๕.๙๙ เห็นว่า ควรมีการพิจารณาถึงปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหา รวมทั้งปรับปรุงทัศนคติของผู้ให้บริการให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น

๕. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการเพิ่มค่าตอบแทนพิเศษที่เหมาะสมให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ เพื่อเป็นขวัญกำลังใจและเป็นการธำรงไว้ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ดังกล่าว

๖. กรมอนามัยควรหารือร่วมกับกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา เพื่อบูรณาการการดำเนินงานให้สอดคล้องกับโครงการมหัศจรรย์ “๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต” เนื่องจากกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษาได้มีการศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบความเหลื่อมล้ำของการศึกษาที่มาจากสุขภาพ โดยเริ่มจาก การตั้งครรภ์ที่เหมาะสมซึ่งสอดคล้องกับโครงการดังกล่าวของกรมอนามัย เพื่อให้การดำเนินงานของทั้งสองหน่วยงานเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๗. การดำเนินงานด้านสาธารณสุขบางเรื่องมีความเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน โดยหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพหลักในแต่ละเรื่องจะมีการกำหนดแผนบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานสนับสนุนที่เกี่ยวข้องในเรื่องนั้น ทั้งนี้ แต่ละหน่วยงานจะกำหนดแผนการดำเนินงานของตน และขอรับการจัดสรรงบประมาณในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในเรื่องนั้น ดังนั้น การขอจัดสรรงบประมาณการจึงต้องพิจารณาถึงความซ้ำซ้อนภารกิจของแต่ละกระทรวง จึงจะทำให้การบริหารจัดการงบประมาณในแต่ละเรื่องเกิดประสิทธิภาพ ซึ่งในช่วงระยะเวลา ๒ - ๓ ปีที่ผ่านมา ได้มีการตั้งบูรณาการระหว่างกระทรวงขึ้น อย่างไรก็ตาม หน่วยงานภายในกระทรวงยังไม่มีบูรณาการให้สอดคล้องกับแนวคิดของรัฐบาลที่ต้องการให้มีการดำเนินงานร่วมกันระหว่างกระทรวงต่าง ๆ ภายใต้บูรณาการ โดยแต่ละกระทรวงยังคงมีการตั้งงบประมาณแบบเดิม จึงทำให้งบประมาณบางเรื่องเกิดความซ้ำซ้อนกัน ทั้งนี้ การตั้งบูรณาการมีเฉพาะบางเรื่อง เช่น เรื่องยาเสพติดที่สามารถเห็นได้ชัดเจนว่า มีการตั้งงบประมาณไว้ที่กระทรวงใดบ้าง แต่ในอีกหลาย ๆ เรื่องยังไม่มี การตั้งบูรณาการดังกล่าว เนื่องจากโครงสร้างของกระทรวง ทบวง กรมต่าง ๆ มีลักษณะแยกส่วนกัน และนโยบายในการดำเนินงานแต่ละเรื่องขึ้นอยู่กับแต่ละกระทรวงที่รับผิดชอบ จึงทำให้เกิดการตั้งงบประมาณดำเนินงานที่ซ้ำซ้อนกัน ทั้งนี้ ในประเด็นดังกล่าวจะต้องมีการหารือร่วมกับสำนักงบประมาณและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดทำบูรณาการเพื่อให้เกิดการใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

๘. สำนักงานประกันสังคมควรกำหนดแนวทางในการจัดสรรงบบริการทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ค่าบริการทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นจริง เพื่อลดปัญหาการออกจากระบบประกันสังคมของโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ

๙. ควรกำหนดบาทบาทหน้าที่ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินให้มีความชัดเจน ระหว่าง Regulator Purchaser Provider หรือ Authority ปริมาณงานเกี่ยวกับผู้ป่วยฉุกเฉินที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก แต่ยังคงพบว่าเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการโดยระบบ EMS เป็นเพียงผู้ป่วยระดับสีเขียว และสีเหลืองเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่ผู้ป่วยระดับสีแดงไม่ได้เข้ารับบริการด้วยระบบ EMS ซึ่งเป็นการสะท้อนปัญหาของระบบและการบริหารจัดการ

๑๐. กระบวนการในการจัดทำค่าของงบประมาณของหน่วยงานต่าง ๆ โดยส่วนใหญ่ยังคงมีการจัดทำค่าขอในแบบเดิม ซึ่งยังไม่มีความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ หรือแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข รวมทั้งแผนปฏิบัติราชการประจำปีของกระทรวง ทบวง กรม ดังนั้นในการจัดทำค่าของงบประมาณประจำปีของหน่วยงานต่าง ๆ ควรให้ความเชื่อมโยงกันของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามภารกิจที่จะต้องเกิดขึ้นตามยุทธศาสตร์ชาติ หรือแผนปฏิรูปประเทศ โดยเฉพาะโครงการระดับ Flagship หรือเป้าหมายระดับประเทศ โดยจัดทำค่าของงบประมาณร่วมกันของหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้ค้นพบ Key success factor ซึ่งคาดว่าจะได้รับการสนับสนุนงบประมาณตามเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม แนวทางดังกล่าวอาจนำไปพิจารณาในชั้นการพิจารณา ร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ของสภาผู้แทนราษฎร และการจัดทำค่าของงบประมาณในปี ๒๕๖๔ เป็นต้นไป โดยเฉพาะในกระทรวงสาธารณสุขควรมีการจัดทำค่าของงบประมาณที่จะต้องดำเนินการตามแผนปฏิรูปประเทศเกี่ยวกับการทบทวนบทบาทโครงสร้างของกรมในกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายการปฏิรูปดังกล่าว

๑๑. การจัดทำค่าของงบประมาณรายจ่ายประจำปี ควรจะต้องเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ และแผนปฏิรูปประเทศ รวมทั้งควรต้องเชื่อมโยงบูรณาการทุกหน่วยงาน ตามแผนงานและโครงการที่จะต้องดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายการปฏิรูป โดยเฉพาะงบประมาณด้านการใช้เทคโนโลยี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของงาน และลดภาระค่าใช้จ่าย อันจะเป็นการลดภาระของบุคลากรและประชาชน มีความคุ้มค่า รวดเร็ว และประหยัดค่าใช้จ่าย เช่น เทคโนโลยีช่วยการรักษา รวมทั้งการกระจายอำนาจไปสู่ระดับเขตในภูมิภาค

ทั้งนี้ การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ที่ยังไม่สามารถเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ และแผนปฏิรูปประเทศได้ นั้น อาจเกิดจากงบประมาณและระยะเวลาจำกัด

งบประมาณที่เพิ่มขึ้นมีเพียงกรมควบคุมโรค และกรมแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ส่วนกรมอื่น ๆ ได้รับจัดสรรงบประมาณลดลง ซึ่งงบประมาณรายจ่ายเกี่ยวกับเงินเดือนเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้งบส่วนอื่นลดลง เนื่องจากเงินเดือนจะต้องเพิ่มขึ้นในทุกปี

การเปรียบเทียบการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขของประเทศอังกฤษ ซึ่งได้รับจัดสรรประมาณสองแสนล้านบาท โดยมีสัดส่วนงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขกับส่วนของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (NHS) คิดเป็น ๑ : ๒๕ หรือคิดเป็น ๒๕ เท่า สะท้อนให้เห็นว่า บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขลดลง อย่างไรก็ตาม การจัดสรรงบประมาณที่ได้รับเพิ่มขึ้นหรือลดลง จะมาจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น การใช้จ่ายงบประมาณไม่ทันปีงบประมาณ ดังนั้น กรมต่าง ๆ จะต้องวิเคราะห์ปัญหาและแก้ไขปัญหาดังกล่าวเพื่อกำหนดแนวทางการจัดทำค่าของงบประมาณในอนาคต

๑๒. ปัจจุบัน AI เริ่มเข้ามาสู่ระบบการแพทย์รวดเร็วขึ้น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพควรเร่งรัดการนำนวัตกรรมดังกล่าวมาใช้ประโยชน์เพื่อรองรับปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะปัญหาผู้สูงอายุที่จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว

๑๓. ปัญหาโรงพยาบาลขาดแคลนอาคารที่พัก เนื่องจากระเบียบไม่เอื้ออำนวยต่อการอนุมัติงบประมาณของผู้บริหารโรงพยาบาล ประกอบกับงบประมาณไม่เพียงพอ กระทรวงสาธารณสุขจึงควรรหาแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

๓. พิจารณาการจัดทำคำขอของงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๔  
ด้านสาธารณสุข (ตามร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่าย  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔)

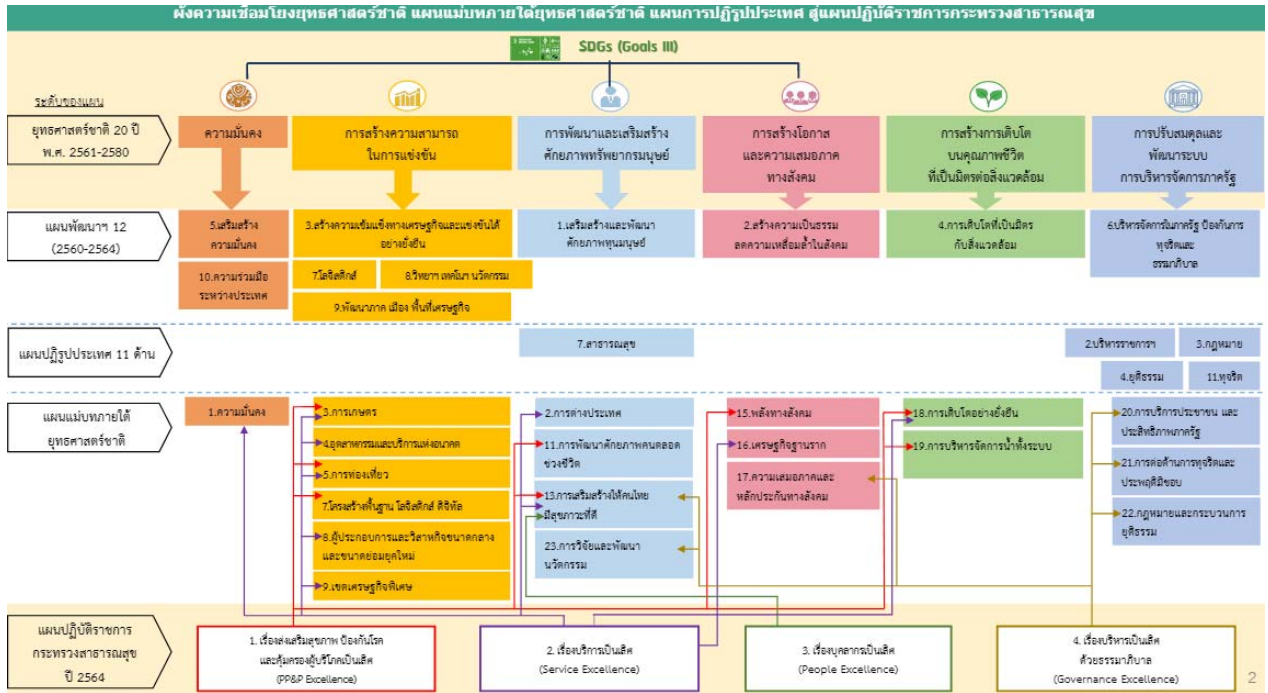
คณะกรรมการการสาธารณสุข ได้มีการพิจารณาศึกษาและติดตามการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีของหน่วยงานด้านสาธารณสุข รวมทั้งการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรในปีที่ผ่านมา ได้มีการจัดทำและบริหารจัดการงบประมาณตามแผนการจัดทำคำขอ และนำงบประมาณที่ใช้ให้มีความสอดคล้องเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และนำมาสู่แผนปฏิบัติการของหน่วยงานให้มีความคุ้มค่า และเป็นไปในทิศทางใด ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ต่อการดำเนินงานทางด้านการสาธารณสุข

### ผลการพิจารณา

#### กระทรวงสาธารณสุข

#### สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การจัดทำพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ และร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ของกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดทำที่สอดคล้องเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และนำมาสู่แผนปฏิบัติการกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ จากเป้าของ SDGs เป้าหมายที่ ๓ จึงได้นำมาสู่การกำหนดยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐) แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๕) แผนปฏิรูปประเทศ และนำมาสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๔



แผนปฏิบัติการราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ได้กำหนดวิสัยทัศน์เพื่อเป็นองค์การหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี และมีพันธกิจ การพัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน โดยมีเป้าหมายเพื่อชาติ เพื่อความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน และเป้าหมาย ระยะ ๒๐ ปี คือ มีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้นเป็น ๘๕ ปี ภายในปี ๒๕๘๐ (ปัจจุบันอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิด ๗๔.๙ ปี) สำหรับเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยแบ่งการพัฒนาออกเป็น ๔ ระยะ ระยะละ ๕ ปี โดยเริ่มระยะที่ ๑ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕

การเปรียบเทียบงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขกับงบประมาณของประเทศ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๖๔ โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ได้รับวงเงินงบประมาณ จำนวน ๒๗๘,๗๔๓ ล้านบาท (คิดเป็นร้อยละ ๘.๗๑ ของงบประมาณประเทศ) และปี ๒๕๖๔ จำนวน ๒๘๔,๓๐๘ ล้านบาท (คิดเป็นร้อยละ ๘.๖๒ ของงบประมาณประเทศ) โดยภาพรวมปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ได้รับเพิ่มขึ้น ๕,๕๖๕.๓๙ ล้านบาท เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒.๐๐

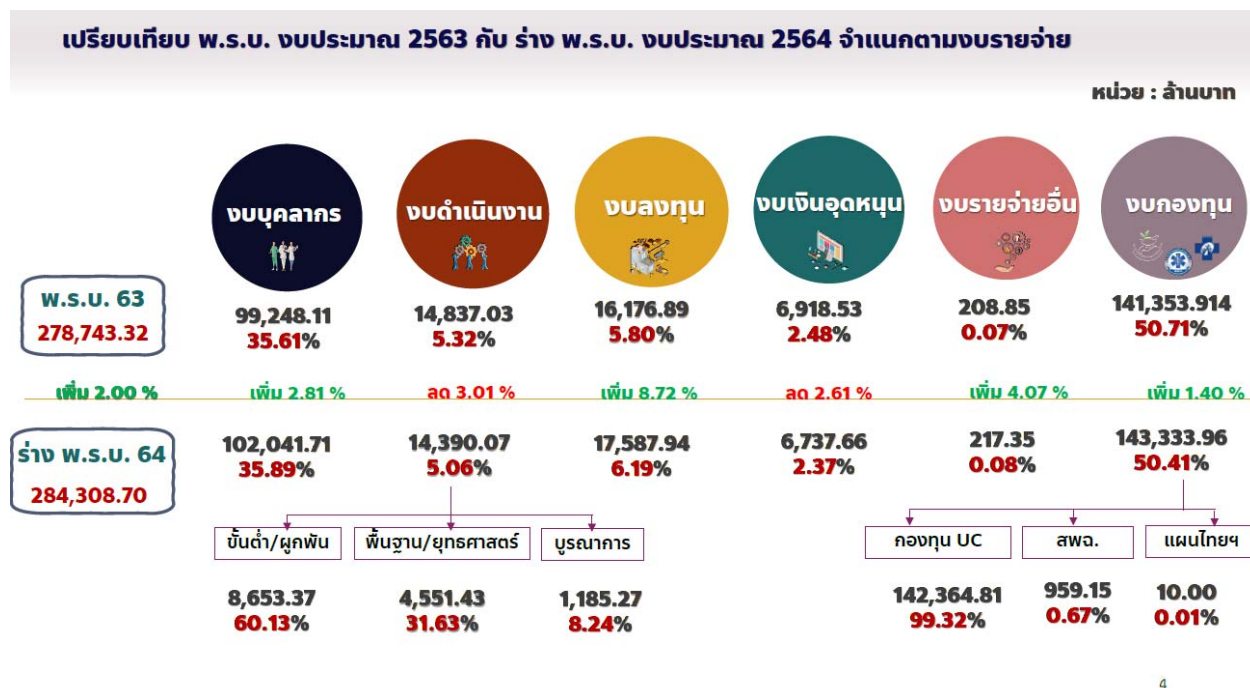
แยกเป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๑๐ หน่วยงาน ประกอบด้วย ๗ กรม และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสถาบันบรมราชชนก ได้รับปี ๒๕๖๔ จำนวน ๑๓๙,๒๖๙.๑๕ ล้านบาท เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒.๖๘

หน่วยงานในกำกับ/องค์การมหาชน ประกอบด้วย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สถาบันวัคซีนแห่งชาติ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ได้รับการจัดสรรปี ๒๕๖๔ จำนวน ๑,๗๐๕.๕๙ ล้านบาท ลดลง ร้อยละ ๒.๖๒

กองทุนในกำกับกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน และกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ได้รับปี ๒๕๖๔ จำนวน ๑๔๓,๓๓๓.๖๙ เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑.๔๐

สำหรับงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับจำนวน ๒๗๘,๗๔๓ ล้านบาท โดยแบ่งออกเป็น ๖ หมวด ได้แก่ ๑) งบแผนงานบุคลากรภาครัฐ ๑๐๗,๙๙๗.๖ ล้านบาท ๒) งบดำเนินงาน ๖,๘๒๔.๓ ล้านบาท ๓) งบลงทุน ๑๖,๒๙๓.๖ ล้านบาท ๔) งบเงินอุดหนุน ๖,๐๔๕.๐ ล้านบาท ๕) งบรายจ่ายอื่น ๒๐๘.๘ ล้านบาท และ ๖) งบกองทุน ๑๔๑,๓๕๓.๘ ล้านบาท

เปรียบเทียบงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ กับร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔



วงเงินงบลงทุน ตามร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๔ (มติคณะรัฐมนตรี ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๖๓) รวมวงเงินทั้งสิ้น ๑๗,๕๘๗.๙๕ ล้านบาท แบ่งเป็นงบครุภัณฑ์ ๖,๔๐๓.๐๑ ล้านบาท (ร้อยละ ๖๓.๕๑) สิ่งก่อสร้าง ๑๑,๑๘๔.๙๔ ล้านบาท (ร้อยละ ๖๓.๕๙)

ความเชื่อมโยงโดยจำแนกตามยุทธศาสตร์ชาติ ของร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๔ (มติคณะรัฐมนตรี ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๖๓) รวมทั้งสิ้น ๒๘๔,๓๐๘.๗๐ ล้านบาท แบ่งเป็นตามยุทธศาสตร์ ๖ ด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นคง จำนวน ๑,๑๐๕.๒๕ ล้านบาท (ร้อยละ ๐.๓๙) ด้านความสามารถในการแข่งขัน จำนวน ๑,๐๔๗.๐๙ ล้านบาท (ร้อยละ ๐.๓๗) ด้านศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ จำนวน ๑๓๖,๗๒๒.๔๐ ล้านบาท (ร้อยละ ๔๘.๐๙) ด้านการลดความเหลื่อมล้ำ จำนวน ๑๔๕,๓๓๒.๘๗ ล้านบาท (ร้อยละ ๕๑.๑๒) ด้านคุณภาพชีวิตเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม จำนวน ๕๗.๕๖ ล้านบาท (ร้อยละ ๐.๐๒) และด้านการบริหารจัดการภาครัฐ จำนวน ๔๓.๕๒ ล้านบาท (ร้อยละ ๐.๐๑๕ ล้านบาท)

สำหรับการจัดสรรงบกลาง COVID 19 ที่ได้รับจัดสรร จำนวนรวมทั้งสิ้น ๖,๗๒๑.๗๒ ล้านบาท แบ่งเป็นรอบที่ ๑ ได้รับจัดสรร ๑,๒๓๓.๒๗ ล้านบาท และรอบที่ ๒ ได้รับจัดสรร ๕,๔๘๘.๔๕ ล้านบาท

นอกจากนี้ ยังมีงบประมาณตามพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยี่ยวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. ๒๕๖๓ (๑ ล้านล้านบาท) จากรัฐบาล จำนวน ๔๕,๐๐๐ ล้านบาท ซึ่งใช้ในภาพรวมระบบ



สาธารณสุขทั้งประเทศ ซึ่งมีใช้กระทรวงสาธารณสุขหน่วยงานเดียว โดยกระจายไปกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลทุกระดับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานภายนอก เช่น โรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลสังกัดอื่น ๆ

ต่อกรณีดังกล่าว คณะกรรมการมีความประสงค์ขอให้ผู้แทนสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจัดส่งข้อมูลงบประมาณดังกล่าวที่แยกออกเป็นงบลงทุน รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนเงินเดือนของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขจากงบเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับจากงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีงบประมาณประจำปี รวมถึงหากมีการตัดงบประมาณรายจ่ายประจำชั้นต่ำที่จำเป็น (เช่น เงินเดือน หมายถึงรายจ่ายประจำที่จำเป็น ซึ่งมีจำนวนที่ต้องจ่ายเพิ่มขึ้นทุกปี ทำให้กระทบสัดส่วนงบประจำของกระทรวง จึงเห็นว่า ควรตัดงบในส่วนรายจ่ายประจำที่จำเป็นดังกล่าวออกจากงบประมาณในส่วนอื่น เพื่อให้เห็นงบประมาณที่ได้รับชัดเจน

สำหรับงบประมาณที่นำมาใช้ตามแผนปฏิรูปประเทศในส่วนของแผนงานด้านระบบบริการปฐมภูมิ และงบประมาณด้านเงินเดือนและค่าตอบแทนสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยในการพัฒนา และปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ ได้ดำเนินการภายใต้กลไกตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดงบประมาณด้านการพัฒนาและปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิไว้ในแผนงานและงบประมาณในส่วนงบดำเนินงานและงบลงทุนไว้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยเมื่อประชาชนเข้าใช้บริการปฐมภูมิได้มีการเบิกจ่ายจากงบประมาณภายใต้งบด้านบริการของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับงบประมาณด้านแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้กำหนดไว้ในงบประมาณด้านบุคลากรและแผนงานในภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุข

### กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ในระดับแผนกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีความสัมพันธ์กับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ในด้านขีดความสามารถในการแข่งขัน และด้านการเสริมสร้างทรัพยากรมนุษย์ สอดคล้องกับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ๔ ข้อ คือ ๑) ด้านการท่องเที่ยว จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย ๒) เมื่อนำอยู่อัจฉริยะ จากการพัฒนาพื้นที่เมืองและชนบท ๓) ส่งเสริมผู้ประกอบการ SME ด้วยการสร้างความเข้มแข็งให้ผู้ประกอบการ และ ๔) การทำให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี โดยการสร้างระบบบริการที่ทันสมัย และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

#### ความเชื่อมโยงกับแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

แผนที่ ๕ : การแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเชิงเศรษฐกิจ ขับเคลื่อนผ่าน ๓ ประเด็น ดังนี้

๑. การสร้างอุตสาหกรรมสมุนไพร ด้วยการนำ Big Data เข้ามาใช้ในการจัดเก็บ และประมวลผลข้อมูล การสร้างการตลาดด้านสมุนไพรในระดับประเทศ ยกกระดับอุตสาหกรรมสารสกัดสมุนไพร บัวบก กล้วยา และอื่น ๆ ที่มีมูลค่าและความต้องการของตลาด เช่น นวัตกรรมจากสารสกัดกัญชา และพัฒนาตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบ ๑๖ ตำรับ

๒. การบริการ มุ่งยกระดับนวัตกรรมไทยสู่สากล สร้างศูนย์ความเป็นเลิศด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ประจำภูมิภาค เช่น โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี โรงพยาบาลสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร และโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง และในเขตกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และสถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย

๓. การศึกษา ต้องปรับปรุงหลักสูตรในระดับปริญญาตรี เพื่อผลิตบัณฑิตแพทย์แผนไทยแนวใหม่ โดยความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

การแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทยกับ COVID-19

การวิจัยฤทธิ์ต้านไวรัส COVID-19 ของฟ้าทะลายโจร ค้นพบสาร Andrographolide ในฟ้าทะลายโจรสามารถฆ่าเซลล์ไวรัส COVID-19 ในหลอดทดลองได้ ซึ่งอยู่ระหว่างการศึกษาวินิจฉัยผู้ป่วย COVID-19 ในเขตพื้นที่กักกัน (State Quarantine) โดยความร่วมมือกับโรงพยาบาลสมุทรปราการ ส่วนโครงการภายใต้พระราชกำหนดเกี่ยวกับการกู้เงิน มีการผลักดันโครงการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพด้วยสมุนไพรที่มีศักยภาพต้านเชื้อไวรัส โดยความร่วมมือกับศูนย์ความเป็นเลิศด้านการค้นหาตัวยา มหาวิทยาลัยมหิดล นอกจากนี้ยังมีแผนงาน ในปี ๒๕๖๔ ที่เกี่ยวข้อง คือ โครงการพัฒนาและวิจัยต่อยอดสมุนไพรที่มีศักยภาพต้านเชื้อโควิด -19 โดยการพัฒนา screening platform การศึกษากลไกการออกฤทธิ์ของสมุนไพรไทย และศึกษาเภสัชจลนศาสตร์ของสมุนไพร ในระดับสัตว์ทดลองและอาสาสมัครสุขภาพดี

วงเงินงบประมาณตามร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้รับการจัดสรร จำนวน ๓๕๗ ล้านบาท ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา ร้อยละ ๑๐.๗ เมื่อเปรียบเทียบวงเงินตามพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ จำแนกตามประเภทหมวดงบรายจ่าย จะมีรายละเอียดดังตาราง

	งบบุคลากร	งบดำเนินงาน	งบลงทุน	งบรายจ่ายอื่น	งบอุดหนุน	รวม
ปี ๒๕๖๓	๑๒๒.๑๘๐๔	๑๗๖.๔๗๙๙	๖๗.๘๐๒๖	๑๑.๔๓๐๐	๒๒.๐๐๐๐	๔๐๐.๐๐๒๙
ปี ๒๕๖๔ (ร่าง)	๑๒๒.๑๘๙๒	๑๓๑.๗๕๑๖	๗๙.๓๗๐๕	๗.๓๘๓๗	๑๖.๕๐๐๐	๓๕๗.๒๐๕๐

จะเห็นว่า มีงบประมาณหลายด้านถูกปรับลดจากปีงบประมาณที่ผ่านมา คือ ๑) งบรายจ่ายอื่น ถูกปรับลดลง ร้อยละ ๓๕.๐๔ ๒) งบดำเนินงาน ถูกปรับลดลง ร้อยละ ๒๕.๓๔ และ ๓) งบเงินอุดหนุน ถูกปรับลดลง ร้อยละ ๒๕ ในส่วนที่ได้รับการจัดสรรเพิ่มขึ้น คือ งบลงทุน ได้รับเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๖.๘๙ ซึ่งถือเป็นงบผูกพันตามแผนบูรณาการภาค ปี ๒๕๖๔ ร้อยละ ๖๐.๓๘ สำหรับก่อสร้างอาคาร OPD ๔ ชั้น ณ โรงพยาบาลสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร และโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง นอกจากนี้ หากจำแนกงบประมาณที่รองรับแผนการปฏิรูปประเทศระหว่างปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้รับการจัดสรรรวมกัน จำนวน ๘๗.๖๓๐๐ ล้านบาท

**กรมควบคุมโรค**

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของกรมควบคุมโรคมีวิสัยทัศน์ คือ ประชาชนได้รับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับมาตรฐานสากล ภายในปี ๒๕๘๐ (ค.ศ. ๒๐๓๓) โดยมีพันธกิจหลัก คือ การวิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้เทคโนโลยีการป้องกันควบคุมโรคที่ได้มาตรฐานให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชน ตลอดจนหน่วยงานระดับนานาชาติ

โครงสร้างส่วนราชการกรมควบคุมโรค แบ่งเป็น ส่วนกลาง ๓๓ หน่วยงาน สถานบริการ ๒ หน่วยงาน ภูมิภาค ๑๒ หน่วยงาน

เปรียบเทียบพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ และ (ร่าง) พระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ของกรมควบคุมโรค ดังนี้

กรมควบคุมโรคเสนอตั้งงบประมาณปี พ.ศ. ๒๕๖๔ วงเงิน ๔,๐๘๘.๖๔ ล้านบาท เปรียบเทียบกับปี พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๔,๒๒๐.๗๓ ล้านบาท ลดลงจากงบประมาณปี พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน -๑๓๒.๐๘ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ -๓.๑๓

เปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๔ ดังนี้

- งบบุคลากร	ปี ๒๕๖๓	ค่าขอตั้ง	จำนวน	๑,๘๗๓.๐๒	ล้านบาท
	ปี ๒๕๖๔	ค่าขอตั้ง	จำนวน	๑,๘๖๔.๘๔	ล้านบาท
- งบดำเนินงาน	ปี ๒๕๖๓	ค่าขอตั้ง	จำนวน	๑,๔๑๖.๘๙	ล้านบาท
	ปี ๒๕๖๔	ค่าขอตั้ง	จำนวน	๑,๒๘๓.๙๙	ล้านบาท
- งบลงทุน	ปี ๒๕๖๓	ค่าขอตั้ง	จำนวน	๖๕๕.๔๙	ล้านบาท
	ปี ๒๕๖๔	ค่าขอตั้ง	จำนวน	๖๗๗.๑๑	ล้านบาท
- งบเงินอุดหนุน	ปี ๒๕๖๓	ค่าขอตั้ง	จำนวน	๒๔๔.๐๙	ล้านบาท
	ปี ๒๕๖๔	ค่าขอตั้ง	จำนวน	๒๓๒.๑๒	ล้านบาท
- งบรายจ่ายอื่น	ปี ๒๕๖๓	ค่าขอตั้ง	จำนวน	๓๑.๒๔	ล้านบาท
	ปี ๒๕๖๔	ค่าขอตั้ง	จำนวน	๓๐.๕๘	ล้านบาท

การใช้จ่ายงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๓ วงเงิน ๔,๑๘๓.๔๑ ล้านบาท ใช้จ่ายงบประมาณ ปี ๒๕๖๓ ภาพรวม ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๓ จำนวน ๔,๐๔๒.๗๔ ล้านบาท คิดเป็น ร้อยละ ๗๒.๗๓

- รายจ่ายรวม	ปี ๒๕๖๒	จำนวน	๔,๐๔๗	ล้านบาท
	ปี ๒๕๖๓	จำนวน	๔,๑๘๓	ล้านบาท
- รายจ่ายประจำ	ปี ๒๕๖๒	จำนวน	๓,๕๐๘	ล้านบาท
	ปี ๒๕๖๓	จำนวน	๓,๕๕๘	ล้านบาท
- รายจ่ายลงทุน	ปี ๒๕๖๒	จำนวน	๕๓๙	ล้านบาท
	ปี ๒๕๖๓	จำนวน	๖๒๕	ล้านบาท

งบกลาง รายงานเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินฯ ในส่วนของกรมควบคุมโรค เพื่อเตรียมความพร้อม ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ : กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมงบประมาณที่ได้รับ จัดสรรทั้งสิ้น ๘๐๕.๙๖ ล้านบาท แบ่งเป็น

- ระยะระบาดในวงจำกัด (ระยะที่ ๒) เดือน มีนาคม-พฤษภาคม ๒๕๖๓ วงเงิน ๒๘๕.๗๑ ล้านบาท ใช้จ่าย ๒๘๑.๐๒ ล้านบาท คิดเป็น ร้อยละ ๙๘.๓๖
- ระยะระบาดในวงกว้าง (ระยะที่ ๓) เดือน พฤษภาคม - กันยายน ๒๕๖๓ วงเงิน ๕๒๐.๒๕ ล้านบาท ใช้จ่าย ๒๒๐.๗๗ ล้านบาท คิดเป็น ร้อยละ ๔๒.๔๔

โครงการภายใต้แผนงานหรือโครงการที่มีวัตถุประสงค์ทางการแพทย์และสาธารณสุข งบประมาณรวม ๑.๓๓๓ ล้านบาท โดยมีแผนงานที่ ๒ : จัดซื้อจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นการจัดหา ยา เวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วงเงินรวม ๖๕๑.๗๘๓๙ ล้านบาท และแผนงานที่ ๕ : เพื่อรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินอันเนื่องมาจากการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 วงเงินรวม ๖๘๑.๒๑๖๑ ล้านบาท ทั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาถ่วงถ่วงจากคณะอนุกรรมการฯ แล้ว เมื่อวันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๓

แผนการขับเคลื่อนงานปี ๒๕๖๔ มีความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ปี แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนปฏิรูปประเทศ และกรอบงานปี ๒๕๖๔

ทิศทางการดำเนินงาน กรมควบคุมโรค ปี ๒๕๖๔

- ๑) พัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติ
- ๒) ยกระดับความสามารถในการรับมือโรคอุบัติใหม่ อุตุนิบัติและภัยสุขภาพ
- ๓) ป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพผ่านกลไก อสม. พชอ.

- ๔) ลดป่วย ลดโรคที่สำคัญ (ไข้เลือดออก วัณโรค ไข้หวัดใหญ่ โรคเอดส์)
- ๕) กำจัด กวาดล้างโรคตามพันธสัญญา (โรคหัด โรคพิษสุนัขบ้า โปลิโอ มาเลเรีย)
- ๖) เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (สร้างขวัญกำลังใจ ยึดหลักธรรมาภิบาล)
- ๗) พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรม

อนึ่ง คณะกรรมการการสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ซึ่งได้มีการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงแผนปฏิรูปในประเด็นการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัด (Big Rock) ในประเด็นปฏิรูปที่ ๒ : การปฏิรูประบบ ความมั่นคงด้านสุขภาพเพื่อรับมือกับโรคอุบัติใหม่ และโรคติดต่ออันตราย ทั้งนี้ ตามพระราชกำหนดกู้เงินเพื่อการเยียวยาและดูแลเศรษฐกิจที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. ๒๕๖๓ ซึ่งมีแผนงานทางการแพทย์และสาธารณสุข วงเงิน ๔๕,๐๐๐ ล้านบาท โดยมีประเด็นที่ควรพิจารณา ดังนี้

๑) ตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่ ๑๓ ประเด็นการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี ประกอบกับแผนย่อยของแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่ ๕ แผนย่อยการพัฒนาและสร้างระบบรับมือ และปรับตัวต่อโรคอุบัติใหม่ อยากรายว่า ในแผนงานงบประมาณปี พ.ศ. ๒๕๖๔ และ ๒๕๖๕ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดกลไก โครงการ วิธีทำงานในแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ในประเด็นการรับมือกับโรคอุบัติใหม่ รวมถึงมีการบูรณาการการทำงานระหว่างกระทรวงหรือไม่ อย่างไร

๒) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศให้เพิ่มมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผน โดยมีทิศทาง และเป้าหมายในการเบิกจ่ายงบประมาณ ๔๕,๐๐๐ ล้านบาท รวมถึงกระบวนการวางแผนร่วมกันกับหน่วยงานอื่นหรือไม่ อย่างไร

๓) แผนงานด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งทั้งระบบบริการ ด้านการตรวจจับด้านสาธารณสุข แผนงานด้านนี้ถูกกำหนดไว้ในแผนงานทางการแพทย์และสาธารณสุข วงเงิน ๔๕,๐๐๐ ล้านบาท หรือไม่

๔) การเร่งจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมภายในประเทศเพื่อให้ประเทศไทยมีความสามารถในการพึ่งตนเองได้ทางยา วัคซีน อุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุขอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment, PPE) เวชภัณฑ์ที่สำคัญจำเป็นในภาวะฉุกเฉิน ตั้งแต่ต้นน้ำ จนถึงปลายน้ำ พร้อมทั้งจัดระบบการส่งเสริมอุตสาหกรรมดังกล่าวอย่างเหมาะสม กระทรวงได้กำหนดให้มียุทธศาสตร์นี้หรือไม่ อย่างไร

ในประเด็นนี้ กรมควบคุมโรค ได้ให้ข้อมูลว่า ทางกรมควบคุมโรคมีการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่แผนปฏิบัติการ โดยได้มีการเชื่อมโยงแผนยุทธศาสตร์กับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ ในแผนที่ ๒ แผนย่อยการใช้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี และแผนที่ ๕ แผนย่อยการพัฒนาและสร้างระบบรับมือและปรับตัวต่อโรคอุบัติใหม่ และแปลงมาเป็นแผนปฏิบัติการ ซึ่งร้อยละ ๕๐ อยู่ในทิศทางที่กรมควบคุมโรคดำเนินการ มีการทบทวนบทบาทของกรมควบคุมโรค ในการดูแลโรคอุบัติใหม่มากยิ่งขึ้น สำหรับงบประมาณ ๔๕,๐๐๐ ล้านบาท มีคณะทำงานที่ประกอบด้วยกรมต่าง ๆ โดยมีนายกรัฐมนตรียเป็นประธาน แผนงานของกรมควบคุมโรค มีการแบ่งสัดส่วน เช่น

- ๑) การลดความแออัดคนในโรงพยาบาล
- ๒) สนับสนุนงบประมาณให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน ๑๐,๐๐๐ ล้านบาท
- ๓) การพัฒนาและลดความแออัดโรงพยาบาลของกระทรวงเพื่อรองรับผู้ป่วยติดเชื้อโรคโควิด ๑๙ และโรคติดต่ออื่น จำนวน ๑๐,๐๐๐ ล้านบาท

๔) เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาล และหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๕,๐๐๐ - ๖,๐๐๐ ล้านบาท

๕) พัฒนาและเตรียมความพร้อมด้านเวชภัณฑ์ยา ชุด PPE เพื่อรองรับการระบาดรอบ ๒ รวมถึงพัฒนาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยดำเนินการร่วมกับองค์การเภสัชกรรม

๖) แผนงานหรือโครงการเพื่อจัดซื้อวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่เพิ่มเติม ค่าตอบแทนเสี่ยงภัยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำหรับประเด็นการปรับโครงสร้างของกรมควบคุมโรค เห็นว่า สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.) มีบทบาทสำคัญในช่วงการระบาดโควิด ๑๙ ในเขตเมือง จึงมีความพยายามผลักดันให้ สปคม. เป็นหน่วยงานที่ กพ. รับผิดชอบ

### กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เสนอตั้งงบประมาณปี พ.ศ. ๒๕๖๔ วงเงิน ๒,๓๒๕.๑๖๑๒ ล้านบาท ได้รับจัดสรร ๑,๓๔๔.๗๔๗๖ ล้านบาท เปรียบเทียบค่าของงบประมาณปี พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๒,๒๗๐.๒๘๕๑ ล้านบาท ได้รับจัดสรร ๑,๓๔๔.๔๕๗๒ ล้านบาท

ทั้งนี้ งบประมาณสำหรับดำเนินการเกี่ยวกับโรคโควิด ๑๙ ได้รับจัดสรรจากงบกลาง จำนวน ๑๖.๙๖๒๐ ล้านบาท และค่าของงบประมาณตามพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงิน เพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๖๕๐ ล้านบาท

เปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ ดังนี้

- งบบุคลากร	ปี ๒๕๖๓	คำขอตั้ง	จำนวน	๕๓๒.๓๖๐๑	ล้านบาท
		รับจัดสรร	จำนวน	๕๐๕.๖๙๐๑	ล้านบาท
	ปี ๒๕๖๔	คำขอตั้ง	จำนวน	๕๘๘.๐๖๘๗	ล้านบาท
		รับจัดสรร	จำนวน	๕๐๔.๙๙๕๖	ล้านบาท
- งบดำเนินงาน	ปี ๒๕๖๓	คำขอตั้ง	จำนวน	๗๗๑.๙๖๕๕	ล้านบาท
		รับจัดสรร	จำนวน	๔๒๗.๓๖๑๘	ล้านบาท
	ปี ๒๕๖๔	คำขอตั้ง	จำนวน	๙๑๘.๗๐๑๙	ล้านบาท
		รับจัดสรร	จำนวน	๓๑๓.๕๙๐๑	ล้านบาท
- งบลงทุน	ปี ๒๕๖๓	คำขอตั้ง	จำนวน	๘๘๕.๓๕๗๘	ล้านบาท
		รับจัดสรร	จำนวน	๓๘๑.๗๔๗๙	ล้านบาท
	ปี ๒๕๖๔	คำขอตั้ง	จำนวน	๗๓๘.๒๗๐๑	ล้านบาท
		รับจัดสรร	จำนวน	๔๖๐.๓๔๘๒	ล้านบาท
- งบเงินอุดหนุน	ปี ๒๕๖๓	คำขอตั้ง	จำนวน	๑.๕๙๐๐	ล้านบาท
		รับจัดสรร	จำนวน	๑.๑๐๐๐	ล้านบาท
	ปี ๒๕๖๔	คำขอตั้ง	จำนวน	๑.๔๐๐๐	ล้านบาท
		รับจัดสรร	จำนวน	๐.๖๖๑๑	ล้านบาท
- งบรายจ่ายอื่น	ปี ๒๕๖๓	คำขอตั้ง	จำนวน	๗๙.๐๑๗๗	ล้านบาท
		รับจัดสรร	จำนวน	๒๘.๕๕๗๔	ล้านบาท
	ปี ๒๕๖๔	คำขอตั้ง	จำนวน	๗๘.๗๒๐๕	ล้านบาท
		รับจัดสรร	จำนวน	๖๕.๑๕๒๖	ล้านบาท

งบประมาณเพื่อรองรับการดำเนินงานตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ และปีงบประมาณ ๒๕๖๔

- การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	ปี ๒๕๖๓	จำนวน	๑๐,๐๐๐,๐๐๐	บาท
	ปี ๒๕๖๔	จำนวน	๑๐,๐๐๐,๐๐๐	บาท
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ปี ๒๕๖๓	จำนวน	๒๗,๓๐๕,๐๐๐	บาท
	ปี ๒๕๖๔	จำนวน	๒๗,๕๐๓,๕๐๐	บาท
- การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค	ปี ๒๕๖๓	จำนวน	๒๗,๙๗๗,๐๐๐	บาท
	ปี ๒๕๖๔	จำนวน	๓๐,๑๑๓,๒๐๐	บาท
- สมุนไพรไทยเพื่อเศรษฐกิจ	ปี ๒๕๖๓	จำนวน	๗,๑๐๐,๐๐๐	บาท
	ปี ๒๕๖๔	จำนวน	๗,๒๑๐,๐๐๐	บาท
- ระบบบริการปฐมภูมิ	ปี ๒๕๖๓	จำนวน	๑๐,๐๐๐,๐๐๐	บาท
	ปี ๒๕๖๔	จำนวน	๑๐,๐๐๐,๐๐๐	บาท
- ระบบบริการจัดการด้านสุขภาพ	ปี ๒๕๖๓	จำนวน	๕,๐๐๐,๐๐๐	บาท
	ปี ๒๕๖๔	จำนวน	๕,๐๐๐,๐๐๐	บาท
รวมงบประมาณ	ปี ๒๕๖๓	จำนวน	๘๗,๓๘๒,๐๐๐	บาท
	ปี ๒๕๖๔	จำนวน	๘๙,๘๒๖,๗๐๐	บาท

### กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้รับการจัดสรรงบประมาณตามร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ รวมทั้งสิ้น ๗๙๐,๑๗๐,๖๐๐ บาท ซึ่งสามารถจำแนกรายละเอียดโครงการตามแผนงานทั้ง ๔ ด้าน ได้ดังนี้

#### ๑. แผนงานบุคลากรภาครัฐ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์

- รายการค่าใช้จ่ายบุคลากรภาครัฐ จำนวน ๔๑๐,๘๙๙,๑๐๐ บาท

#### ๒. แผนงานพื้นฐาน ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ จำนวน ๒๓๑,๘๓๗,๔๐๐ บาท

- โครงการประชาชนและชุมชนสามารถจัดการสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเอง จำนวน ๓๑,๖๖๖,๗๐๐ บาท

แบ่งเป็นงบดำเนินงาน จำนวน ๒๐.๖๖ ล้านบาท และงบเงินอุดหนุน จำนวน ๘ ล้านบาท

#### ๓. แผนงานยุทธศาสตร์เสริมสร้างให้คนมีสุขภาพที่ดี จำนวน ๑๓๙,๗๑๗,๐๐๐ บาท

- โครงการพระราชดำริและเฉลิมพระเกียรติ จำนวน ๑๓,๙๖๔,๙๐๐ บาท

- โครงการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนทุกกลุ่มวัย จำนวน ๘๒,๒๕๐,๐๐๐ บาท

- โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการ จำนวน ๔๓,๕๐๒,๑๐๐ บาท

#### ๔. แผนงานบูรณาการ จำนวน ๗,๗๑๗,๑๐๐ บาท

- โครงการการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ จำนวน ๑,๙๘๐,๕๐๐ บาท

- โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์ จำนวน ๓,๔๕๐,๕๐๐ บาท

- โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส จำนวน ๖๙๕,๕๐๐ บาท

- โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน ๑,๕๙๐,๖๐๐ บาท

อย่างไรก็ตาม สำหรับงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ งบกลางรายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น : กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้นำเสนอขอรับการจัดสรรสำหรับการสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. หมอประจำบ้าน ในการเฝ้าระวังโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวนทั้งสิ้น ๖๕,๒๙๕,๐๐๐ บาท

สำหรับค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับ อสม. ในส่วนของค่าตอบแทนหรือค่าป่วยการ นั้น เดิมเรียกค่าป่วยการ แต่ตามพระราชบัญญัติกำหนดอำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจ และสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. ๒๕๖๓ กำหนดเรียกค่าตอบแทน ไม่ใช่ค่าป่วยการ ซึ่งจะอยู่ในวงเงิน ๔๕,๐๐๐ ล้านบาท โดยค่าป่วยการอยู่ในความรับผิดชอบของกรมการส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งสภาพพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กำชับไม่ให้นำค่าตอบแทนไปผูกโยงกับค่าป่วยการ ค่าตอบแทนจึงเป็นคนละส่วน ซึ่งไม่ใช่ค่าป่วยการ

### กรมสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิตได้รับการจัดสรรงบประมาณตามร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ รวมทั้งสิ้น ๒,๙๖๘,๒๙๑,๕๐๐ โดยจำแนกได้ตามแผนงานทั้ง ๕ ด้าน ดังนี้

๑. แผนงานบุคลากรภาครัฐ จำนวน ๒,๐๘๒,๖๕๗,๗๐๐ บาท
๒. แผนงานยุทธศาสตร์พัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต จำนวน ๕๐,๑๓๑,๐๐๐ บาท
๓. แผนงานยุทธศาสตร์เสริมสร้างให้คนมีสุขภาวะที่ดี จำนวน ๙๙,๘๙๖,๙๐๐ บาท
๔. แผนงานบูรณาการป้องกันปราบปรามและบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด จำนวน ๑๙๗,๑๗๖,๘๐๐ บาท
๕. แผนงานพื้นฐานด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ จำนวน ๕๓๘,๔๒๙,๑๐๐ บาท

ทั้งนี้ หากเปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ กับ พ.ศ. ๒๕๖๔ จะพบว่า ได้รับการจัดสรรลดลง คิดเป็นร้อยละ ๕.๓๗ โดยมีรายละเอียดปรากฏตามงบรายหมวดดังตาราง

หน่วย: ล้านบาท	งบบุคลากร	งบ ดำเนินงาน	งบลงทุน	งบ เงินอุดหนุน	งบ รายจ่ายอื่น	รวม
๒๕๖๔	๑,๙๖๘.๒๑	๗๑๐.๔๓	๒๗๔.๘๓	๑๑.๗๙	๓.๐๓	๒,๙๖๘.๒๙
๒๕๖๓	๑,๘๘๘.๒๓	๖๙๒.๕๐	๕๒๔.๑๙	๑๑.๗๙	๑๙.๙๗	๓,๑๓๖.๖๙
เพิ่ม/ลด	๗๙.๙๘	๑๗.๙๒	-๒๔๙.๓๖	-	-๑๖.๙๔	-๑๖๘.๔๐

ทั้งนี้ หากพิจารณางบประมาณสำหรับการดำเนินการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข กรมสุขภาพจิตได้รับงบประมาณทั้งสิ้น ๗๕,๔๐๒,๔๐๐ บาท มากกว่างบประมาณที่ได้รับการจัดสรรในปี ๒๕๖๓ จำนวน ๗๖๘,๗๐๐ บาท หรือคิดเป็นร้อยละ ๑.๐๓ สำหรับการดำเนินการตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขที่กรมสุขภาพจิตเกี่ยวข้อง ๓ ประเด็น ได้แก่

๑. ประเด็นการปฏิรูปที่ ๔ : ระบบบริการปฐมภูมิ จำนวน ๒๑.๐๗ ล้านบาท
  - ๑) แผนงานยุทธศาสตร์เสริมสร้างให้คนมีสุขภาวะที่ดี จำนวน ๙.๒๘ ล้านบาท
    - โครงการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัยในระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน ๕.๗๔ ล้านบาท
    - โครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตครบวงจรด้วยกลไกทางกฎหมาย จำนวน ๓.๕๓ ล้านบาท
  - ๒) แผนงานพื้นฐานด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ จำนวน ๑๑.๗๙ ล้านบาท
    - โครงการพัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านสุขภาพจิต จำนวน ๑๑.๗๙ ล้านบาท
๒. ประเด็นการปฏิรูปที่ ๗ : การเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค จำนวน ๔๔.๙๐ ล้านบาท
  - ๑) แผนงานยุทธศาสตร์พัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต จำนวน ๔๔.๙๐ ล้านบาท

- โครงการเสริมสร้างพัฒนาการเด็กล่าช้า จำนวน ๙.๓๔ ล้านบาท
- โครงการสร้างเสริมสุขภาพจิตเด็กไทยวัยเรียน จำนวน ๘.๕๘ ล้านบาท
- โครงการเสริมสร้างทักษะชีวิตและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น จำนวน ๕.๓๕ ล้านบาท
- โครงการเสริมสร้างสุขภาวะและสุขภาพจิตที่ดี จำนวน ๕.๔๕ ล้านบาท
- โครงการสร้างสุขภาวะทางใจเพื่อเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณค่าและความสุข จำนวน ๑๖.๑๖ ล้านบาท

ซึ่งได้รับการจัดเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา จำนวน ๘.๖๗ ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๑๕.๗๐

๓. ประเด็นการปฏิรูปที่ ๘ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน ๙.๔๒ ล้านบาท

๑) แผนงานยุทธศาสตร์พัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต จำนวน ๕.๒๓ ล้านบาท

- โครงการเสริมสร้างความรอบรู้และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์แก่ ประชาชน จำนวน ๕.๒๓ ล้านบาท

๒) แผนงานยุทธศาสตร์เสริมสร้างให้คนมีสุขภาวะที่ดี จำนวน ๔.๑๙ ล้านบาท

- โครงการสื่อสารประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพจิต จำนวน ๔.๑๙ ล้านบาท

### กรมการแพทย์

การจัดทำคำของบประมาณในส่วนของกรมการแพทย์มีการปรับเปลี่ยน อันเนื่องจาก technology disruption และ covid - 19 disruption คือ การเปลี่ยนแปลงจาก Hospital Based Medical Service สู่ Personal Based Medical Service จะช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล เพิ่มคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ และลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ซึ่งโจทย์ดังกล่าวได้นำไปสู่การจัดทำคำของบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ได้รับการจัดสรรตามร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ซึ่งในภาพรวมได้รับการจัดสรร จำนวน ๘,๖๖๗ ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณที่ผ่านมา ร้อยละ ๘.๙๓ สำหรับนำมาใช้ดำเนินการตามภารกิจต่อเนื่องจากผลการดำเนินงานที่สำคัญในปี ๒๕๖๓ ต่อเนื่องถึงปี ๒๕๖๔ ทั้ง ๖ ด้าน ดังนี้

๑. พัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริ และโครงการเฉลิมพระเกียรติ ได้แก่ ๑) โครงการราชทัณฑ์ปันสุข มีผู้ป่วยต้องได้รับบริการตรวจรักษาโรคเฉพาะทาง จำนวน ๙๖ ราย ๒) การตรวจสุขภาพดูแลพระสงฆ์ จำนวน ๒,๘๖๒ รูป และประชาชน จำนวน ๕,๓๗๘ ล้านคน ๓) การบริการเปลี่ยนดวงตาให้กับผู้ป่วย จำนวน ๗๒๕ ราย ๔) การสนับสนุนโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช และโรงพยาบาลเพชรรัตนนครราชสีมา จำนวน ๑๑ แห่ง ๕) การพัฒนาศูนย์การเรียนการสอนสำหรับเด็กที่ป่วยที่ด้อยโอกาสทางการศึกษา ให้ได้รับการศึกษา จำนวน ๔๐,๙๑๔ ราย ๖) การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันโดยวิธี Thrombectomy จำนวน ๖๗ ราย

๒. การดูแลให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงทั้งทางกายทางใจและมีความมั่นคงทางสุขภาพ ได้แก่ ๑) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะ และการจัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพอย่างครบวงจร โดยมุ่งเน้นส่งเสริมคลินิกมลพิษออนไลน์ และจังหวัดกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนการวางระบบฐานข้อมูลโรคจากสิ่งแวดล้อม ๒) การสร้างเสริมสุขภาพมารดาและพัฒนาการเด็ก มุ่งคัดกรองพัฒนาการเด็กป่วยไม่น้อยกว่าจำนวน ๑๒,๐๐๐ คน ส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กป่วย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ และพัฒนาระบบบริการสุขภาพแม่และเด็ก ๓) การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยการช่วยให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ จำนวน ๑๓,๓๐๐ ราย และผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษา สามารถติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ๑ ปี ได้ร้อยละ ๕๐

๓. การดูแลให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพปลอดภัย ได้แก่ ๑) เสนอสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพิ่มโรคและหัตถการที่สามารถเบิกจ่ายได้เพิ่ม จาก ODS จำนวน ๑๔ กลุ่มโรค



๒) การติดตั้ง Preanesthetic Clinic ในโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมิน ODS&MIS ๓) ค่าเป้าหมายจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบริการ ODS ร้อยละ ๖๐ และ ๔) ค่าเป้าหมายการดำเนินงาน MIS โดยเน้นการผ่าตัดที่มีความปลอดภัยสูง

๕. ผลักดันการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่

๑) โครงการกัญชาทางการแพทย์ ศึกษาการตรวจพันธุกรรมเพื่อลดความเสี่ยงจากอาการไม่พึงประสงค์ของกัญชา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์  
๒) ส่งเสริมนวัตกรรมและศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ เช่น การวางระบบหุ่นยนต์จ่ายยาอัตโนมัติสำหรับผู้ป่วยของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ นำรถวินิจฉัยและรักษาภาวะวิกฤติทางหลอดเลือดสมองเคลื่อนที่ (Mobile Stroke Unit) และหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

๕. การแพทย์และการสาธารณสุขในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ได้แก่

๑) การสร้างเครือข่าย ๒) การลดความแออัดในโรงพยาบาล ๓) การพัฒนา Guideline แนวทางการรักษาผู้ป่วย ๔) จัดระบบบริการสุขภาพ ๕) การวางระบบบริหารจัดการ ๖) การศึกษาวิจัยทางด้าน COVID-19 ๗) การดูแลบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับที่ให้บริการผู้ป่วย COVID-19 และ ๘) การสร้างการรับรู้สถานการณ์ COVID-19

๖. การเปลี่ยนผ่านสู่สภาวะความปกติใหม่ (New Normal)

### กรมอนามัย

ภารกิจหลักของกรมอนามัย คือ ๑) ส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยตั้งแต่เชิงกรานถึงเชิงตะกอน ๒) อนามัยสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ ยังมีส่วนภูมิภาค คือ ศูนย์อนามัย จำนวน ๑๒ ศูนย์ และสถาบันศูนย์พัฒนาสุขภาพเขตเมือง ในกรุงเทพมหานคร ส่งเสริมความรู้ในภาพรวม กำหนดนโยบายออกแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพให้หน่วยงานในพื้นที่ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)

#### การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

กรมอนามัย คือ หน่วยงานหลักในการปฏิรูป เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และการปรับเปลี่ยนองค์กรให้มีสมรรถนะสูง โดยยึดหลักขององค์การอนามัยโลก (WHO) ๓ ข้อ คือ ๑) การยึดหลักธรรมาภิบาล ๒) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และ ๓) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในเขตเมือง (Health Literacy Cities) ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ภารกิจของกรมอนามัยไปสู่เป้าหมายความเป็น Smart Cities ส่งผลให้คนไทยอายุยืนยาว ๘๕ ปี และอายุยืนสุขภาพดีที่ ๗๕ ปี

#### ผลงานที่สำคัญในปี ๒๕๖๓

๑. มหัตศรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต มีค่า MMR ๒๑.๐๔
  ๒. ส่งเสริมการเจริญเติบโต ๙ อย่างเพื่อสร้างลูก มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๘๘.๙๐
  ๓. โรงเรียนรอบรู้สุขภาพ (HLS) เด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๖๒.๕๐
  ๔. การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คลอดมีชีพในวัยรุ่น อายุ ๑๕-๑๙ ปี ร้อยละ ๒๘.๓๖ (เป้าไม่เกินร้อยละ ๓๔) และตั้งครรภ์ซ้ำในวัยต่ำกว่า ๒๐ ปี ร้อยละ ๑๔.๕๔ (เป้าไม่เกินร้อยละ ๑๔)
  ๕. การดูแลผู้สูงอายุ “Long Term Care” มีผลงานโดดเด่นการดูแลผู้ป่วยติดเตียง Care Plan ในระบบออนไลน์ ร้อยละ ๘๐ กลุ่มที่พึงพิงได้รับการดูแล จำนวน ๑๘๐,๘๒๑ คน
  ๖. ๑๐ ล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ มีจำนวนผู้ลงทะเบียนเข้าร่วมผ่านระบบออนไลน์ มากกว่า ๑ ล้านคน ค่า BMI ปกติ ร้อยละ ๔๘.๓๑ ใกล้เคียงค่าเป้าหมายที่ร้อยละ ๔๙
- ส่วนเป้าหมายสุดท้ายของการดำเนินการด้าน Health Literacy ได้ ๒.๖๔ คะแนน เต็ม ๔ คะแนน

### กรอบการขับเคลื่อนเพื่อการแก้ไขปัญหาการระบาดของ COVID-19

เป้าหมาย คือ การลดการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในประชาชน และสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตประจำวันของประชาชน และสถานประกอบการให้มีความปลอดภัยจากการติดเชื้อ เพื่อช่วยเศรษฐกิจชาติ โดยกรมอนามัยได้สร้างระบบดิจิทัลให้ผู้ประกอบการเข้ามาลงทะเบียนผ่านเว็บไซต์ thaistopcovid เพื่อให้ได้ใบประกาศนียบัตรรับรองการดำเนินการป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด - 19 ให้ผู้ประกอบการเกิดความมั่นใจ ตัวชี้วัดอื่น ๆ เช่น ส่งเสริมให้คนไทยสวมหน้ากากได้ร้อยละ ๙๐ สถานประกอบการได้มาตรฐาน ร้อยละ ๗๕.๗ สร้างศูนย์กลางการสื่อสารให้มาอยู่กระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้ต่อสู้กับข่าวปลอมได้อย่างรวดเร็ว ควบคู่ไปกับการใช้โซเชียลมีเดียในการจัดลำดับความสำคัญในการสื่อสารด้านสุขภาพให้ประชาชนรับรู้

### งบกลางและรายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉิน

การเตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อใหม่ กรณีโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 กรมอนามัยได้จัดงบประมาณ จำนวน ๑๒ ล้านบาท โดยได้กลับคืนมา จำนวน ๑๐ ล้านบาท สามารถเบิกจ่ายได้เกือบครบทั้งหมด สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายการพัฒนาความรู้ ความเข้มแข็งของภาคประชาชน ผลักดันให้ ๑๓ เขตอนามัย ให้ความรู้อย่างทั่วถึง ทำให้การเบิกจ่ายและผลงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

### งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

ในภาพรวมได้รับการจัดสรร ทั้งสิ้น ๑,๘๘๗ ล้านบาท ถูกปรับลดไป จำนวน ๑๓๐ ล้านบาท โดยงบที่ถูกปรับลดมากที่สุด คือ งบดำเนินงาน จำนวน ๑๐๙ ล้านบาท ซึ่งแบ่งได้ตามสัดส่วน ดังนี้ การดำเนินการตาม Agenda จำนวน ๕ แผนงาน จำนวน ๑๑๓ ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ ๕.๙๙ ของทั้งหมด การดำเนินการตาม Function จำนวน ๖ แผนงาน จำนวน ๕๔๑ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๖๘ และรายจ่ายบุคลากรภาครัฐ ๑ แผนงาน จำนวน ๑,๒๓๓ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๖๕.๓๓ ทั้งนี้ กรมอนามัยมีแผนงานการขับเคลื่อนในปี ๒๕๖๔ โดยแบ่งตามแผนงาน ดังนี้

๑. แผนงานบูรณาการ ได้แก่ ๑) การรองรับสังคมผู้สูงอายุ ๒) การป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ๓) การจัดการสุขภาพโภชนาการในแหล่งท่องเที่ยว ๔) การจัดการคุณภาพน้ำบริโภค ๕) การป้องกันการทุจริตเชิงรุก

๒. แผนงานพื้นฐาน ได้แก่ การเพิ่มประสิทธิภาพองค์กร

๓. แผนงานยุทธศาสตร์ ได้แก่ ๑) โครงการพระราชดำริ ๒) ส่งเสริมสุขภาพ ๔ กลุ่มวัย ๓) ส่งเสริมความรู้สุขภาพแก่ประชาชน ๔) สร้างความเข้มแข็งระบบอนามัยสิ่งแวดล้อม และ ๕) พัฒนาระบบวิชาการ

๔. แผนงานบุคลากรภาครัฐ ได้แก่ เงินเดือนและเงินตามสิทธิของบุคลากร จำนวน ๓,๒๑๙ คน

กรมอนามัย คือ หน่วยงานหลักในการรับผิดชอบภารกิจด้านกลุ่มวัย มีเป้าหมายในการดูแลเรื่องสุขภาพของประชาชน โดยใน ๒๐ ปี ข้างหน้า คนไทยจะต้องมีอายุเฉลี่ยอย่างน้อย ๘๕ ปี และมี Health Life Expectancy ที่มีค่าอายุเฉลี่ยที่ ๗๕ ปี ซึ่งเป็นความพยายามขับเคลื่อนภายใต้โครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมสูงอายุ จึงต้องพยายามผลักดันให้คนไทยมีสุขภาพดี เพื่อลดภาระของประเทศในการดูแล งบประมาณกลุ่มวัยจึงมุ่งเน้นไปที่การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น ๓ ส่วน คือ ๑) Active Ageing ให้ความสำคัญในศักยภาพของการพัฒนาการยกระดับให้เป็นเมืองผู้สูงอายุ ๒) Dependence กลุ่มที่ติดบ้านติดเตียง กรมอนามัยจะวางกรอบการดูแลในระดับชุมชน ซึ่งเชื่อมโยงกับส่วนท้องถิ่น โดยมีกองทุน Long Term Care เพื่อดูแลผู้สูงอายุ ๓) กรมอนามัยจะผลิต Care Giver Care Manager เพื่อดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังมีแผน

ร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในการจับมือกับภาคเอกชนดูแลผู้สูงอายุในภาคเอกชน ซึ่งอยู่ระหว่างการพัฒนาแนวทางการร่วมมือกับภาคเอกชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุ

#### คณะกรรมการอาหารและยา

เปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๔ ดังนี้

- งบบุคลากร	ปี ๒๕๖๓	คำขอตั้ง	จำนวน	๓๒๖.๓๗๒๘	ล้านบาท
		รับจัดสรร	จำนวน	๓๒๓.๘๖๖๔	ล้านบาท
		ได้รับหลัง พรบ.โอนฯ	จำนวน	๓๒๓.๘๖๖๔	ล้านบาท
	ปี ๒๕๖๔	คำขอตั้ง	จำนวน	๓๖๓.๔๒๐๖	ล้านบาท
		รับจัดสรร	จำนวน	๓๔๐.๖๐๑๔	ล้านบาท
		ได้รับหลัง พรบ.โอนฯ	จำนวน	๓๔๐.๖๐๑๔	ล้านบาท
- งบดำเนินงาน	ปี ๒๕๖๓	คำขอตั้ง	จำนวน	๙๓๙.๓๐๕๐	ล้านบาท
		รับจัดสรร	จำนวน	๔๓๕.๓๑๘๒	ล้านบาท
		ได้รับหลัง พรบ.โอนฯ	จำนวน	๔๓๐.๗๖๗๑	ล้านบาท
	ปี ๒๕๖๔	คำขอตั้ง	จำนวน	๑,๐๙๕.๗๘๓๐	ล้านบาท
		รับจัดสรร	จำนวน	๓๓๑.๓๘๕๖	ล้านบาท
		ได้รับหลัง พรบ.โอนฯ	จำนวน	๓๓๑.๓๘๕๖	ล้านบาท
- งบลงทุน	ปี ๒๕๖๓	คำขอตั้ง	จำนวน	๑๕๒.๕๒๗๘	ล้านบาท
		รับจัดสรร	จำนวน	๕๙.๙๐๗๕	ล้านบาท
		ได้รับหลัง พรบ.โอนฯ	จำนวน	๕๔.๑๕๕๖	ล้านบาท
	ปี ๒๕๖๔	คำขอตั้ง	จำนวน	๓๕๙.๙๖๗๑	ล้านบาท
		รับจัดสรร	จำนวน	๗๔.๐๖๙๔	ล้านบาท
		ได้รับหลัง พรบ.โอนฯ	จำนวน	๗๔.๐๖๙๔	ล้านบาท
- งบเงินอุดหนุน	ปี ๒๕๖๓	คำขอตั้ง	จำนวน	-	
		รับจัดสรร	จำนวน	-	
		ได้รับหลัง พรบ.โอนฯ	จำนวน	-	
	ปี ๒๕๖๔	คำขอตั้ง	จำนวน	-	
		รับจัดสรร	จำนวน	-	
		ได้รับหลัง พรบ.โอนฯ	จำนวน	-	
- งบรายจ่ายอื่น	ปี ๒๕๖๓	คำขอตั้ง	จำนวน	๒๐.๐๗๒๙	ล้านบาท
		รับจัดสรร	จำนวน	๑๑.๓๔๐๐	ล้านบาท
		ได้รับหลัง พรบ.โอนฯ	จำนวน	๖.๗๔๓๓	ล้านบาท
	ปี ๒๕๖๔	คำขอตั้ง	จำนวน	๖๔.๕๓๙๐	ล้านบาท
		รับจัดสรร	จำนวน	๓๑.๕๑๓๐	ล้านบาท
		ได้รับหลัง พรบ.โอนฯ	จำนวน	๓๑.๕๑๓๐	ล้านบาท
รวมงบประมาณ	ปี ๒๕๖๓		จำนวน	๘๑๕.๕๓๒๔	ล้านบาท
	ปี ๒๕๖๔		จำนวน	๗๗๗.๕๖๙๔	ล้านบาท

การดำเนินการเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ได้รับจัดสรร จำนวน ๘๑๕.๕๓๒๔ ล้านบาท ได้ใช้ไปกับการดำเนินการเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ตามแผนรองรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน ๘.๑๘ ล้านบาท ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ได้รับจัดสรร จำนวน ๗๗๗.๕๖๙๔ ล้านบาท ได้ใช้ไปกับการดำเนินการเกี่ยวกับโรคโควิด ๑๙ ตามแผนรองรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน ๒๔.๔๖๗ ล้านบาท

สำหรับงบประมาณปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ เพื่อรองรับการดำเนินงานตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขจัดสรร ดังนี้

	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔ (ล้านบาท)
ประเด็นปฏิรูปที่ ๘ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	๓๔.๕๔	๑๖.๓๔
ประเด็นปฏิรูปที่ ๙ ด้านคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	๑๕.๑๗	๓๐.๓๕
<b>รวม</b>	<b>๔๙.๗๑</b>	<b>๔๖.๖๙</b>

### สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

งบประมาณของ สปสช. มี ๒ ส่วนสำคัญ ได้แก่

๑) งบบริหารจัดการ โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ได้รับความ ๑,๔๑๕ ล้านบาท มาจากการอุดหนุนทั่วไปจากรัฐบาล

๒) งบกองทุน ซึ่งเป็นหมวดรายจ่ายอื่น การจัดสรรในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ซึ่งมีงบประมาณที่สำคัญคือ

- งบค่าบริการเหมาจ่ายรายหัว เพื่อให้บริการที่สำคัญกับประชาชนในสิทธิพื้นฐานสำหรับประชาชนที่ไม่มีหลักประกันอื่น

- งบนอกเหมาจ่ายรายหัว เป็นงบบริการที่เป็นไปตามประเด็นปัญหาตามนโยบาย

สำหรับงบประมาณประจำปี ๒๕๖๔ ได้มีการจัดสรรเพิ่มในส่วนของงบ COVID 19

ทั้งนี้ ขั้นตอนสำคัญในการเสนอขอรับการจัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่

๑) การรับฟังความเห็นของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยส่วนใหญ่จะส่งผลให้เกิดบในด้านสิทธิประโยชน์ใหม่ การให้บริการใหม่ และแนวนโยบายใหม่

๒) ข้อเสนอจากคณะกรรมการต่าง ๆ ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมป้องกัน และการฟื้นฟู

๓) ข้อเสนอจากคณะกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐาน เช่น การกำหนดราคากลาง

โดยเมื่อได้ข้อเสนอจากทั้งสามส่วนได้มีการนำเสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเสนอต่อไปยังสำนักงบประมาณ และกระบวนการทางงบประมาณต่อไป

ปัจจัยที่มีผลต่องบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่

๑) ต้นทุนบริการหรือ Unit Cost ในแต่ละรายการ ทั้งด้านงบเหมาจ่ายรายหัวและนอกเหมาจ่ายรายหัว

๒) ปริมาณงาน จากด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟู

๓) สิทธิประโยชน์ใหม่ เช่น การเร่งรัดการเพิ่มการเข้าถึงบริการแบบก้าวกระโดด การให้บริการผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง การดูแลผู้ป่วยเอดส์

นอกจากนี้ นโยบายที่ได้นำมาประกอบการจัดทำขอเสนอสำหรับในปีงบประมาณรายจ่ายประจำปี ๒๕๖๔ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ แผนปฏิรูปประเทศ นโยบายรัฐบาล นโยบายความมั่นคง และแผนหลักอื่น ๆ ทั้งนี้ ได้เพิ่มเติมในส่วนของการให้บริการเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ซึ่งมีการประเมินว่า เป็นค่าใช้จ่ายระยะยาว และจะต้องเตรียมการรองรับของหน่วยบริการไว้ล่วงหน้า

โดยสรุปการจัดทำขอเสนองบประมาณรายจ่ายประจำปี ๒๕๖๔ ในส่วนงบกองทุน (ไม่รวมงบประมาณในส่วนโรคโควิด 19) ประกอบด้วย ๗ กลุ่ม ได้แก่

- ๑) งบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ครอบคลุมประชากรประมาณ ๔๘.๒๖๔ ล้านคน
- ๒) งบประมาณผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ประกอบด้วย ผู้ที่ต้องรับยาต้าน จำนวน ๒๗๑,๗๐๔ ราย และการป้องกัน จำนวน ๗๒,๕๐๐ ราย
- ๓) งบประมาณไตวายเรื้อรัง จำนวน ๖๓,๘๑๕ ราย
- ๔) งบประมาณควบคุมความรุนแรงของโรคเรื้อรัง เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง
- ๕) งบประมาณพื้นที่ Hardship/ภาคใต้ จำนวน ๒๐๗ แห่ง
- ๖) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๑๓๙,๖๗๑ ราย
- ๗) งบประมาณระดับปฐมภูมิ จำนวน ๒,๖๘๐,๐๐๐ ครั้ง

สรุปการเปรียบเทียบงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ที่คาดว่าจะได้รับเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ ๒๕๖๓

- ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ได้รับ ๑๙๐,๓๖๖.๐๐ ล้านบาท (รวมเงินเดือน ๔๙,๘๓๒.๘๕ ล้านบาท)
- ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ได้รับ ๑๙๔,๕๐๘.๗๙ ล้านบาท คิดเป็นค่าเหมาจ่ายรายหัวจำนวน ๓,๗๑๙.๒๓ ต่อรายหัวประชากรสิทธิ์ (รวมเงินเดือน ๕๒,๑๔๓.๙๘ ล้านบาท จำนวนเงินเดือนดังกล่าวหมายถึงเงินเดือนสำหรับบุคลากรของทุกสังกัด ทั้งในหน่วยบริการของตำรวจ หรือองค์ปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการ ทั้งนี้ งบประมาณดังกล่าวอาจมีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากเป็นงบที่จัดก่อนที่จะมีการบรรจุอัตราบุคลากรในสถานการณ์โรคโควิด 19) ดังนั้น เมื่อตัดเงินเดือนดังกล่าวแล้วจะเหลือเป็นเงินสดจำนวน ๑๔๒,๓๖๔.๘๑ ล้านบาท โดยรวมจำนวนงบประมาณเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๔,๑๔๒.๗๙ ล้านบาท (ร้อยละ ๒.๒) สำหรับงบนอกเหมาจ่ายรายหัว จำนวน ๑๖,๕๘๘ ล้านบาท ซึ่งมีใช้การคำนวณเป็น Unit Cost หรือเหมาจ่ายรายหัว แต่คำนวณจากลักษณะปริมาณงานที่เป็นนโยบายเร่งด่วน เช่น การบริการสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงงบประมาณเพิ่มเติม เฉพาะกรณีชดเชยวัคซีน MMR จำนวน ๒๗.๐๑ ล้านบาท

ทั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นองค์การมหาชน ระดับ ๑ ที่ดำเนินงานด้านยุทธศาสตร์ และได้รับเงินเดือนจากเงินอุดหนุนคิดเป็น ร้อยละ ๓๖ สำหรับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรเป็นเงินเดือนในปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๔ จำนวน ๕๒,๑๔๓.๙๘ ล้านบาท คิดเป็นสัดส่วนเงินเดือนของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข จำนวนประมาณ ๕๐,๐๐๐ ล้านบาท หรือร้อยละ ๙๖

นอกจากนี้ มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อรองรับสถานการณ์โรคระบาดอื่น และโรคโควิด 19 จึงได้มีการจัดสรรงบประมาณในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ โดยปรับเกลี่ยจากงบภายใน และงบกลางจากรัฐบาลจำนวน ๔,๒๘๐.๑๒ ล้านบาท รวมทั้งการเสนอขอจากพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๑๖๐.๙๐ ล้านบาท ตลอดจนการเตรียมความพร้อมรองรับในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จากพระราชกำหนดฯ ดังกล่าวข้างต้น จำนวน ๙,๑๓๙.๑๐ ล้านบาท โดยครอบคลุมบริการ COVID 19 และ COVID 19 Related ดังนี้

๑. การตรวจคัดกรองการป้องกันการติดเชื้อ โดยกำหนดเป้าหมายจำนวนที่ต้องมีการตรวจคัดกรองในปี ๒๕๖๔ จำนวน ๓,๒๗๔,๑๕๗ ราย และปัจจุบันสามารถตรวจคัดกรองได้จำนวนประมาณ ๗๐๐,๐๐๐ คน
๒. การรักษาผู้ป่วย และการส่งต่อ จำนวน ๑๐,๒๒๔ ราย

๓. บริการ Telehealth/Tele จำนวน ๒,๗๔๕,๐๐๐ ราย
๔. บริการรับยาทางไปรษณีย์ จำนวน ๑,๙๕๓,๐๐๐ ราย
๕. บริการรับยาที่ร้าน Model3 จำนวน ๖๙๕ ราย
๖. บริการตรวจ Lab นอกหน่วยบริการ จำนวน ๙๔๑,๗๐๐ ราย
๗. บริการตรวจวัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่ จำนวน ๒,๓๖๕,๙๐๐ ราย
๘. เพิ่มอัตราเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย จำนวน ๓๐๐ ราย
๙. ค่าบริการเหมาจ่ายรายหัว (เพิ่มจากภาวะว่างงาน) จำนวน ๙๙๐,๗๕๐ ราย

ทั้งนี้ ในส่วนงบประมาณประจำปี ๒๕๖๓ และ ๒๕๖๔ ได้กำหนดให้มีงบประมาณสำหรับสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การบริการรักษา การบริการฟื้นฟู และการบริการรองรับ COVID 19 ในภาระงานที่ต่อเนื่องกัน

การดำเนินการที่สำคัญต่อแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้อง คือ ประเด็นปฏิรูปที่ ๑๐ : ระบบหลักประกันสุขภาพ โดยได้กำหนดโครงการและกิจกรรมหลัก ๔ โครงการ ในงบประมาณประจำปี ๒๕๖๓ และ ๒๕๖๔ ได้แก่

๑) โครงการการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลักสำหรับคนไทยทุกคน และชุดสิทธิประโยชน์เสริมการประมาณการค่าใช้จ่ายตามชุดสิทธิประโยชน์ และแหล่งเงิน โดยมีกิจกรรม คือ การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์บริการใหม่ ๆ เพิ่มเติม เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่สำคัญจำเป็น เช่น บริการส่งเสริมป้องกันโรค บริการปฐมภูมิ เป็นต้น โดยในงบประมาณ ๒๕๖๓ ได้รับจัดสรร ๙.๖ ล้านบาท และปี ๒๕๖๔ ได้รับจัดสรร ๑.๐ ล้านบาท

๒) โครงการคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่ กลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ รวมทั้งไม่ใช่ประชาชนไทย โดยมีกิจกรรม คือ บรณาการการทำงาน ๙ หน่วยงาน เพื่อช่วยคนไทยที่มีปัญหาสถานะสิทธิ ให้ได้รับสถานะ และมีสิทธิในการรักษาพยาบาล ได้รับจัดสรรงบประมาณประจำปี ๒๕๖๔ จำนวน ๑.๐ ล้านบาท

๓) พัฒนากลไกหลักในการบริหารจัดการทางการคลังสุขภาพระดับประเทศ โดยมีกิจกรรม คือ ระบบ Audit เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพการบริหารจัดการทางการเงิน และการพัฒนาต้นทุนบริการ โดยในงบประมาณ ๒๕๖๓ ได้รับจัดสรร ๑๒๔.๘๒ ล้านบาท และปี ๒๕๖๔ ได้รับจัดสรร ๑.๐ ล้านบาท

ความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของประชาชน ผู้ให้บริการ และองค์กรภาคีต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นจากทุกภาคส่วนดังกล่าว โดยเฉพาะความพึงพอใจจากผู้ให้บริการ (Providers) ที่มีแนวโน้มความพึงพอใจสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับแนวโน้มและรายงานสถานะทางการเงินระดับ ๗ ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ ที่มีจำนวนโรงพยาบาลที่มีสถานะทางการเงินระดับ ๗ จำนวน ๑๐๓ แห่ง และมีจำนวนลดลงอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งปัจจุบันปี ๒๕๖๓ เหลือ จำนวน ๑ แห่ง

โอกาส และความท้าทายที่จะต้องมีการปรับปรุงและพัฒนา ได้แก่

ด้านโอกาส คือ มีการประกาศปฏิญญาทางการเมืองเกี่ยวกับ UHC ในที่ประชุมสหประชาชาติ โดยนายกรัฐมนตรี เป็นผู้กล่าวปาฐกถา ในฐานะผู้นำในการยกวาง เกี่ยวกับประเด็นความเท่าเทียม ประสิทธิภาพระบบ และการมีส่วนร่วม

ด้านความท้าทาย หรือปัญหา ได้แก่

- การลดความเหลื่อมล้ำ โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ และผู้ต้องขัง
- การเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ เพื่อลดความแออัด การบริการฉุกเฉิน ๗๒ ชั่วโมงแรก ระบบข้อมูลสุขภาพ และการนำร่องบูรณาการการจ่ายเพื่อลดปัญหาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง
- การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

## กระทรวงแรงงาน

## สำนักงานประกันสังคม

ในปี ๒๕๖๓ การเบิกจ่ายงบอุดหนุนเพื่อจ่ายเงินสมทบตามมาตรา ๓๓, มาตรา ๓๙ และมาตรา ๔๐ ได้เบิกจ่ายหมดแล้ว ร้อยละ ๑๐๐ และงบบุคลากรเบิกจ่ายแล้ว คิดเป็นร้อยละ ๗๐

เปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๔ ดังนี้

- งบบุคลากร	ปี ๒๕๖๓	รับจัดสรร	จำนวน	๘๘๔.๘๗๖๙	ล้านบาท
	ปี ๒๕๖๔	คำขอตั้ง	จำนวน	๑,๐๑๗.๑๙๒๘	ล้านบาท
		รับจัดสรร	จำนวน	๘๖๑.๗๗๒๗	ล้านบาท
- งบดำเนินงาน	ปี ๒๕๖๓	รับจัดสรร	จำนวน	๔๗.๘๐๗๔	ล้านบาท
	ปี ๒๕๖๔	คำขอตั้ง	จำนวน	๒๓๙.๖๕๒๖	ล้านบาท
		รับจัดสรร	จำนวน	๕๐.๘๖๖๔	ล้านบาท
- งบเงินอุดหนุน	ปี ๒๕๖๓	รับจัดสรร	จำนวน	๖๕,๗๒๒.๗๕๘๗	ล้านบาท
	ปี ๒๕๖๔	คำขอตั้ง	จำนวน	๑๓๙,๖๐๘.๑๘๙๒	ล้านบาท
		รับจัดสรร	จำนวน	๖๓,๖๑๐.๙๐๒๓	ล้านบาท

โดยเป็น ๑) เงินสมทบกองทุนประกันสังคมผู้ประกันตนตามมาตรา ๔๐

ปี ๒๕๖๓	รับจัดสรร	จำนวน	๑,๑๐๐.๓๐๔๐	ล้านบาท
ปี ๒๕๖๔	คำขอตั้ง	จำนวน	๒,๑๘๙.๖๗๗๐	ล้านบาท
	รับจัดสรร	จำนวน	๙๑๕.๑๘๐๐	ล้านบาท

๒) เงินสมทบกองทุนประกันสังคม ๗ กรณี

ปี ๒๕๖๓	รับจัดสรร	จำนวน	๖๗,๖๒๒.๔๕๔๗	ล้านบาท
ปี ๒๕๖๔	คำขอตั้ง	จำนวน	๑๓๗,๔๑๘.๕๑๒๒	ล้านบาท
	รับจัดสรร	จำนวน	๖๒,๖๙๕.๗๒๒๓	ล้านบาท

รวมงบประมาณ	ปี ๒๕๖๓	จำนวน	๖๖,๖๕๕.๔๔๓๐	ล้านบาท
	ปี ๒๕๖๔	จำนวน	๖๔,๕๒๓.๕๔๑๔	ล้านบาท

ทั้งนี้ สำนักงานประกันสังคมได้ทำคำขอขบประมาณตามพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๖๙ ล้านบาท สำหรับชดเชยกรณีผู้ว่างงานด้วยเหตุโควิด 19

การบริหารจัดการงบประมาณกองทุนประกันสังคมที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์และสาธารณสุข อัตราเงินสมทบ เริ่มใช้ปี ๒๕๖๑

ประเภทประโยชน์ทดแทน	นายจ้าง	ลูกจ้าง	รัฐบาล (ฝ่ายละ %)
๑. กรณีเจ็บป่วย/ประสบอันตราย	๑.๐๖	๑.๐๖	๑.๐๖
๒. กรณีคลอดบุตร	๐.๒๓	๐.๒๓	๐.๒๓
๓. กรณีทุพพลภาพ	๐.๑๓	๐.๑๓	๐.๑๓
๔. กรณีเสียชีวิต	๐.๘๐	๐.๘๐	๐.๘๐
รวม ๔ กรณี	๑.๕	๑.๕	๑.๕
๑. สงเคราะห์บุตร / ชราภาพ	๓.๐	๓.๐	๑.๐
๒. กรณีว่างงาน	๐.๕	๐.๕	๐.๒๕

รวม ๖ กรณี	๕.๐	๕.๐	๒.๗๕	
<u>สถานพยาบาลหลักในโครงการประกันสังคม</u>				
ปี ๒๕๖๑ โรงพยาบาลรัฐ ๑๕๙ แห่ง	โรงพยาบาลเอกชน ๗๘	รวม ๒๓๗ แห่ง		
ปี ๒๕๖๒ โรงพยาบาลรัฐ ๑๖๐ แห่ง	โรงพยาบาลเอกชน ๗๘	รวม ๒๓๘ แห่ง		
ปี ๒๕๖๓ โรงพยาบาลรัฐ ๑๖๓ แห่ง	โรงพยาบาลเอกชน ๗๙	รวม ๒๔๒ แห่ง		
<u>ค่าบริการทางการแพทย์กองทุนประกันสังคม</u>				
ประเภท	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓
จำนวนผู้ประกันตน (คน)	๑๒,๓๐๕.๘๓๓	๑๒,๘๗๑,๘๔๘	๑๓,๖๓๔,๓๑๔	๑๓,๘๘๗,๗๙๔
กรณีเจ็บป่วย (ล้านบาท)	๔๒,๖๙๔	๔๕,๕๕๕.๒๐	๕๐,๕๔๕.๑๙	๑๗,๒๘๖.๙๖
ค่าบริการทางการแพทย์ (บาท/หัว)	๓,๔๖๙	๓,๕๓๙	๓,๗๐๑	-
กรณีคลอดบุตร (ล้านบาท)	๓,๘๖๑	๓,๘๑๔	๓,๘๓๔.๗๙	๑,๑๔๑.๔๓
กรณีทุพพลภาพ (ล้านบาท)	๒๕๗	๒๔๘	๒๗๙.๖๗	๑๐๒.๐๔
รวม	๔๖,๘๑๓	๔๙,๖๑๘.๔๙	๕๔,๖๕๙.๖๗	๑๘,๕๓๐.๔๓

สำหรับการจัดทำค่าของงบประมาณตามพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. ๒๕๖๓ สำหรับชดเชยกรณีผู้ว่างงานด้วยเหตุโควิด 19 คำนวณจากผู้ว่างงาน สำนักงานประกันสังคมได้ขอจัดสรรงบประมาณ ๖๙,๒๔๔ ล้านบาท เพื่อชดเชยให้แก่ผู้ประกันตนที่ว่างงานจำนวน ๓.๑๔๘ ล้านบาท เป็นกรณีหยุดงานและขาดรายได้ เป็นเวลา ๙๐ วัน โดยจ่ายให้ในกรณี

- ๑) ผู้ว่างงานจากเหตุสุดวิสัย ชดเชยให้ร้อยละ ๖๒ เป็นเวลา ๙๐ วัน
- ๒) ผู้ประกันตนลาออกจากงานด้วยเหตุโควิด ๑๙ จ่าย ชดเชยให้ ร้อยละ ๔๕ เป็นเวลา ๙๐ วัน
- ๓) นายจ้างหยุดงาน และให้ลูกจ้างออก ชดเชยให้ ร้อยละ ๗๐ เป็นเวลา ๒๐๐ วัน

ค่าใช้จ่ายจากงบกองทุนประกันสังคม ซึ่งมีผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๓ เป็นแรงงานในระบบประกันสังคม มาตรา ๓๙ และมาตรา ๔๐ เป็นแรงงานอิสระ อายุเฉลี่ยของผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๓ และมาตรา ๓๙ เฉลี่ยอยู่ที่อายุ ๓๗ ปี

งบประมาณที่ใช้จ่ายกรณีเจ็บป่วย ในปี ๒๕๖๒ อยู่ที่ ๕๐,๕๔๕ บาท/คน/ปี และในปี ๒๕๖๓ ค่าใช้จ่ายรายหัว จำนวนเงิน ๓,๙๕๙ บาท/คน/ปี ประกอบด้วย

- ๑) เงินเหมาจ่าย ๒,๘๓๙ บาท/คน/ปี แบ่งเป็น เหมาจ่ายรายหัว ๑,๖๔๐ บาท/คน/ปี ภาวะเสี่ยง ผู้ป่วยเรื้อรัง ๔๕๓ บาท/คน/ปี
- ๒) โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ๗๔๖ บาท/คน/ปี
- ๓) เงินนอกเหนือเหมาจ่าย ๑,๐๙๕ บาท/คน/ปี เป็นเงินจ่ายเพิ่มให้แก่โรงพยาบาลที่ใช้อุปกรณ์ อวัยวะเทียม หรือบส่งเสริมสุขภาพ ไตวายเรื้อรัง
- ๔) เงินทดแทนรายได้ ๒๕ บาท/คน/ปี



## กระทรวงการคลัง

### กรมบัญชีกลาง

ในปี ๒๕๖๒ กรมบัญชีกลาง ได้รับจัดสรร จำนวน ๗๐,๐๐๐ ล้านบาท ใช้จริง ๗๔,๘๑๘ ล้านบาท ในปี ๒๕๖๓ ได้รับจัดสรร ๗๑,๒๐๐ ล้านบาท ขณะนี้ใช้ไปแล้ว ๕๘,๐๐๐ ล้านบาท

เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล แบ่งเป็น ๒ ประเภท คือ

๑. งบประมาณประเภทงบกลาง คือ งบประมาณที่ได้รับจัดสรรเพื่อใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ครอบคลุมเฉพาะผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

๒. งบประมาณประเภทงบรายจ่ายอื่น ได้แก่ โครงการบริหารจัดการระบบการเบิกจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โครงการบริหารจัดการสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลด้วยบัตรประจำตัวประชาชน และโครงการตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

โดยมีเจ้าของสิทธิ ได้แก่ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ อาสาสมัคร ข้าราชการการเมือง พนักงานมหาวิทยาลัย จำนวนรวม ๒,๑๓๓,๕๖๓ คน และบุคคลในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร จำนวนรวม ๒๔๔,๕๖๓ คน รวมทั้งสิ้น ๔,๕๗๘,๕๘๔ คน

#### งบประมาณที่ได้รับจัดสรร

ปี ๒๕๖๑	ขอรับจัดสรร	๗๔,๙๒๒	ล้านบาท	ได้รับจัดสรร	๖๓,๐๐๐	ล้านบาท
	เบิกจ่าย	๗๔,๒๗๙.๖๓	ล้านบาท			
ปี ๒๕๖๒	ขอรับจัดสรร	๗๙,๐๒๑	ล้านบาท	ได้รับจัดสรร	๗๐,๐๐๐	ล้านบาท
	เบิกจ่าย	๗๔,๘๑๘.๐๐	ล้านบาท			

#### การใช้จ่ายงบประมาณประเภทงบกลาง ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒

		ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒
- แบบเบิกจ่ายตรง	ผู้ป่วยใน	๒๐,๔๙๔	๒๑,๕๑๒	๒๑,๖๘๓
	ผู้ป่วยนอก	๔๙,๗๑๙	๔๙,๕๓๐	๔๙,๙๙๐
- แบบเบิกจ่าย ณ หน่วยงานต้นสังกัด	ผู้ป่วยนอก	๓,๑๘๔	๒,๙๒๖	๒,๗๗๓
	ผู้ป่วยใน	๑๖๒	๓๑๒	๓๗๒
- ค่ายา		๓๓,๕๘๓.๕๓	๓๐,๙๖๒.๖๖	๓๓,๔๐๐.๘๑

#### การใช้จ่ายงบประมาณประเภทงบรายจ่ายอื่น ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒

- โครงการบริหารจัดการสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการด้วยบัตรประชาชน	๒๓,๐๑๕,๐๐๐	บาท
- โครงการบริหารจัดการระบบการเบิกจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	๔๐,๐๐๐,๐๐๐	บาท
- โครงการตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	๑๘,๗๖๖,๐๐๐	บาท

ทั้งนี้ จากรายงานมีคนอยู่ในระบบเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน ประมาณ ๔.๕ ล้านคน โดยมีแบ่ง เจ้าของสิทธิประมาณ ๒.๑ ล้านคน และบุคคลในครอบครัวประมาณ ๒.๔ ล้านคน โดยอายุของผู้ที่อยู่ในระบบเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล แบ่งเป็น

- ผู้ป่วยใน มีการบริการ ๗๙๐,๐๐๐ ครั้ง อายุเฉลี่ย ๕๑ ปีขึ้นไป - ๘๑ ปีขึ้นไป
- ผู้ป่วยนอก มีการบริการ ๓๐,๐๐๐,๐๐๐ ครั้ง อายุเฉลี่ย ๕๑ ปีขึ้นไป - ๘๑ ปีขึ้นไป

### ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ ดังนี้

#### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

๑. ความมั่นคงทางการสาธารณสุขของประเทศไทยมีความสำคัญ ควรต้องมีการดำเนินการเชิงรุก ในการควบคุมโรคระบาดใหม่ โรคระบาดซ้ำ ซึ่งมีการกำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ เนื่องจากในอนาคตก็จะเกิดโรคระบาดใหม่ และโรคระบาดซ้ำขึ้นอีก

๒. การตั้งงบประมาณในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด - 19 ส่งผลให้หลายหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขได้รับการจัดสรรงบประมาณลดลง แต่งบประมาณด้านค่าใช้จ่ายบุคลากรยังได้รับจำนวนเพิ่มขึ้นตามเงินเดือนบุคลากร จนทำให้งบรายจ่ายด้านการลงทุนยิ่งลดลงเป็นประจำทุกปี ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการทำงานด้านสาธารณสุข

๓. คณะกรรมการการสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ซึ่งได้มีการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงแผนปฏิรูปในประเด็นการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัด (Big Rock) ในประเด็นปฏิรูปที่ ๒ : การปฏิรูประบบ ความมั่นคง ด้านสุขภาพเพื่อรับมือกับโรคอุบัติใหม่และโรคติดต่ออันตราย ทั้งนี้ ตามพระราชกำหนดกู้เงินเพื่อการเยียวยาและดูแลเศรษฐกิจที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. ๒๕๖๓ ซึ่งมีแผนงานทางการแพทย์และสาธารณสุข วงเงิน ๔๕,๐๐๐ ล้านบาท โดยมีประเด็นที่ควรพิจารณา ดังนี้

๑) ตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่ ๑๓ ประเด็นการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี ประกอบกับแผนย่อยของแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่ ๕ แผนย่อยการพัฒนาและสร้างระบบรับมือและปรับตัวต่อโรคอุบัติใหม่ ทั้งนี้ ในแผนงานงบประมาณปี พ.ศ. ๒๕๖๔ และ ๒๕๖๕ กระทรวงสาธารณสุข ควรมีการกำหนดกลไก โครงการ วิธีทำงานในแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติในประเด็นการรับมือกับโรคอุบัติใหม่ รวมถึงควรมีการบูรณาการการทำงานระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้อง

๒) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศให้เพิ่มมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขควรจัดทำแผน โดยมีทิศทาง และเป้าหมายในการเบิกจ่ายงบประมาณ ๔๕,๐๐๐ ล้านบาท รวมถึงกระบวนการวางแผนร่วมกันกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

๓) ในเรื่องของแผนงานด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งทั้งระบบบริการ ด้านการตรวจจับด้านสาธารณสุข แผนงานดังกล่าวควรถูกกำหนดไว้ในแผนงานทางการแพทย์และสาธารณสุข วงเงิน ๔๕,๐๐๐ ล้านบาท

๔) กระทรวงสาธารณสุขควรดำเนินการเร่งจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมภายในประเทศเพื่อให้ประเทศไทยมีความสามารถในการพึ่งตนเองได้ทางยา วัคซีน อุปกรณ์ทางการแพทย์ และสาธารณสุข อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment, PPE) เวชภัณฑ์ที่สำคัญจำเป็นในภาวะฉุกเฉิน ตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ พร้อมทั้งจัดระบบการส่งเสริมอุตสาหกรรมดังกล่าวให้มีความเหมาะสม

๔. ข้อมูลที่ปรากฏเกี่ยวกับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีการใช้งบประมาณในจำนวนที่น้อยแต่ได้รับความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการและหน่วยบริการ ซึ่งในความเป็นจริงจะต้องมองภาพรวมในระบบหลักประกันสุขภาพ ที่ยังมีงบประมาณในส่วนของสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม นอกจากนี้ การได้รับงบประมาณที่เพิ่มขึ้นของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในแต่ละปี อาจไม่ได้เป็นการเพิ่มขึ้นที่เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของประชาชนที่จะได้รับเพิ่มขึ้นจริง แต่อาจเป็นตัวเลขที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากการรวมเงินเดือนบุคลากรอยู่ในกองทุนด้วย โดยที่เงินเดือนมีการปรับขึ้นทุกปี ดังนั้น กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรแสดงตัวเลขค่าหมายจ่ายรายหัวที่ได้รับแยกออกจากเงินเดือนบุคลากรที่ชัดเจน

ทั้งนี้ ผลจากความพึงพอใจของประชาชนและการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยที่จะทำให้สามารถบรรลุเป้าหมายตาม SDGs ข้อ ๓.๘ ได้หรือไม่ นั้น นอกจากการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ยังมีประเด็นด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่เป็นข้อเป็นอุปสรรคต่อผลของความสำเร็จที่กระทรวงสาธารณสุขจะต้องบูรณาการการแก้ไขปัญหา เช่น ประเทศไทยยังไม่สามารถดำเนินการแก้ไขการเกิดอุบัติเหตุและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุลงได้

ต่อกรณีดังกล่าวคณะกรรมการจึงเห็นว่า ควรที่จะมีคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ อยู่ในแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ เพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบายภาพรวมของระบบสาธารณสุขให้มีเอกภาพ ซึ่งจะทำให้การดำเนินนโยบายด้านระบบหลักประกันสุขภาพได้รับประโยชน์จากคณะกรรมการดังกล่าว โดยเฉพาะการกำหนดงบประมาณให้เหมาะสมและเพียงพอต่อการให้บริการสุขภาพสำหรับประชาชน

๕. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความสำคัญ ซึ่งที่ผ่านมามีพื้นฐานการทำงานที่เข้มแข็งอยู่แล้ว เช่น มีการเยี่ยมบ้าน ดูแลการจราจร ยาเสพติด ภัยพิบัติต่าง ๆ แต่เมื่อมีการระบาดของโรคโควิด 19 เจ้าหน้าที่ อสม. ได้เพิ่มการดูแลมากขึ้นยิ่ง รัฐควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนให้เพียงพอเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน

๖. กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ควรร่วมมือกับกระทรวงศึกษาธิการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการลดความเหลื่อมล้ำในเด็กยากจนพิเศษ ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา ซึ่งมีข้อมูลว่า ประชากรกลุ่มวัย ๐ - ๑๘ ปี โดยแบ่งเป็นช่วงอายุ ๐ - ๑ ปี มีจำนวนประชากรกว่า ๕.๖ แสนคน และกลุ่มประชากรวัย ๑๗ - ๑๘ ปี มีประมาณกว่า ๘ แสนคน รวมประชากรช่วงอายุดังกล่าวประมาณ ๑๔ ล้านคน ในจำนวนนี้มีประมาณ ร้อยละ ๒๙ (คิดเป็น ๔.๒ ล้านคน) อยู่ภายใต้กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา และกลุ่มยากจนพิเศษ (Extremely Poor) มีประชากรประมาณกว่า ๗.๖๑ แสนคน ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรจัดตั้งงบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหา โดยส่งเสริมและสนับสนุนการฝากครรภ์ (Antenatal care : ANC) คือ การไปพบแพทย์/สูติรีแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ เพื่อดูแลสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ โดยมีจุดมุ่งหมายให้มารดาและทารกในครรภ์มีความสมบูรณ์มากที่สุด มารดาสามารถคลอดบุตรได้อย่างปลอดภัย ทารกมีสุขภาพแข็งแรงดีและหากตรวจพบความผิดปกติจะสามารถให้การรักษาหรือแนะนำที่สมควรกับมารดาได้) โดยให้มีการฝากครรภ์ในทุกครรภ์เรือนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการเกิดเด็กที่มีระดับไอคิวต่ำในกลุ่มยากจนพิเศษ (Extremely Poor) ซึ่งจะสามารถลดภาระด้านงบประมาณเพื่อการดูแลเด็กกลุ่มดังกล่าว

๘. โดยที่ อสม. มีการทำงานค่อนข้างหนักในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ อสม. ได้รับการชื่นชมเป็นอย่างมากในการป้องกันการแพร่ระบาดของดังกล่าว ดังนั้น รัฐควรพิจารณาจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการบริหารจัดการในการทำงานของ อสม. เพื่อให้มีประสิทธิภาพในการทำงานมากยิ่งขึ้น

๙. Digital Health คือ ปัญหาสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งควรได้รับการสนับสนุนเพื่อลดภาระงานในด้านอื่น ๆ

### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะทางวิชาการ

๑. ประเทศไทยไม่มีค่าเฉลี่ยสภาวะเด็กเตี้ยแคระแกร็น ซึ่งเป็นตัวชี้วัดของธนาคารโลก ดังนั้น หน่วยงานวิชาการของกระทรวงสาธารณสุข ควรพิจารณาจัดทำข้อมูลเพื่อนำมาวิจัย และนำไปสู่การพิจารณาส่งเสริมสุขภาพโภชนาการและการเจริญเติบโตของเด็กไทยให้มีความเหมาะสม

๒. คณะกรรมการเห็นด้วยกับกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในการดำเนินการร่วมกับระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นจุดที่จะต้องนำไปต่อยอดในส่วนที่เกี่ยวข้องกับชุมชนมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ประเด็นดังกล่าวยังไม่ได้รับการสนับสนุนทางวิชาการเท่าที่ควร และไม่ควรรนำไปเชื่อมโยงกับงบประมาณในส่วนของยุทธศาสตร์จังหวัด

### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการ

๑. ตามนโยบายสร้างนำซ่อม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีมาตรการ หรือสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองให้สุขภาพดีขึ้น ซึ่งจะช่วยให้สามารถประหยัดงบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

๒. ควรให้ความสำคัญกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยวางแผนการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนให้ รพ.สต. เพื่อสร้างความเข้มแข็ง เช่น การพัฒนาเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่จะทำให้กับผู้ป่วย ทั้งนี้ เพื่อทำให้เกิดความเชื่อมั่นแก่ รพ.สต.

๓. การกำหนดให้มีแผนงานและงบประมาณเพื่อการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ และแผนปฏิรูปประเทศด้านระบบบริการปฐมภูมิควรมีความชัดเจนในแต่ละปีงบประมาณ รวมถึงการบูรณาการงบประมาณเพื่อให้มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นไปตามแผนปฏิรูปดังกล่าว ทั้งนี้ ควรจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนและมุ่งเน้นการปฏิรูปให้มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ชนบทโดยเร่งด่วน โดยใช้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นฐานการดำเนินงาน ซึ่งในระยะแรกอาจไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพียงพอในทุกหน่วยบริการ แต่ควรมีแพทย์หมุนเวียนไปให้บริการและมีการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์เพื่อให้มีการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์และประชาชน เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของประชาชนในพื้นที่ชนบทได้อย่างสะดวก รวดเร็ว

๔. ประชากรที่มีภูมิลำเนาในต่างจังหวัดซึ่งได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นประชากรสิทธิ์ในพื้นที่ภูมิลำเนาดังกล่าว และเมื่อมีการเคลื่อนย้ายของประชากรไปในพื้นที่จังหวัดอื่น โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร โดยไม่ได้เปลี่ยนแปลงทะเบียนประชากร ทำให้ประชากรกลุ่มดังกล่าวไม่สามารถใช้สิทธิ์การรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพื้นที่ใหม่ได้ แต่โรงพยาบาลในพื้นที่ได้รับงบประมาณรายหัวของประชากรดังกล่าว กรณีดังกล่าว สปสช. ได้บริหารจัดการโดยยึดประชาชนเป็นตัวตั้งเพื่อไม่ให้ประชาชนเสียสิทธิ์ โดยให้ประชาชนสามารถแจ้งย้ายสิทธิการรักษาตามที่อยู่ปัจจุบันโดยไม่ต้องย้ายทะเบียนบ้านได้ปีละ ๔ ครั้ง โดยสามารถยื่นผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งจะได้รับสิทธิ์ภายใน ๑๕ วัน และเมื่อกลับไปอยู่ภูมิลำเนา

ก็สามารถย้ายสิทธิ์กลับไปได้เช่นกัน สำหรับในช่วงสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น น้ำท่วม หรือโรคโควิด สามารถใช้สิทธิ์ได้ทุกที่ เนื่องจากมีระบบการตามจ่ายภายใต้การบริการกองทุนในสถานการณ์ฉุกเฉิน ประกอบกับมีการให้บริการจองสิทธิผ่านแอปพลิเคชัน เพื่ออำนวยความสะดวกให้ประชาชนเข้าถึงบริการ

อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการตั้งข้อสังเกตว่า การบริหารจัดการตามแนวทางดังกล่าว อาจยังเกิดปัญหากระทบสิทธิในทางปฏิบัติ เนื่องจากประชาชนที่ย้ายที่อยู่ส่วนใหญ่จะไม่ได้แจ้งย้ายสิทธิ แต่เมื่อเกิดความเจ็บป่วยและจำเป็นจะต้องใช้สิทธิจึงจะดำเนินการย้ายสิทธิดังกล่าว ซึ่งต้องรอรระยะเวลารับสิทธิ์ ๑๕ วัน ทำให้ประชาชนเสียสิทธิเช่นเดิม ซึ่งอาจจะไม่เป็นไปตามที่รัฐธรรมนูญกำหนดให้สิทธิแก่ผู้ยากไร้

๕. การจัดสรรงบประมาณสำหรับกรมต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข โดยที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับการจัดสรรเพิ่ม จำนวนประมาณ ๓,๔๘๘ ล้านบาท กรมการแพทย์ได้รับการจัดสรรเพิ่ม จำนวนประมาณ ๘๑๐ ล้านบาท สำหรับกรมอื่น ๆ ได้รับการจัดสรรในจำนวนลดลง เช่น กรมควบคุมโรค ซึ่งมีภารกิจปัจจุบันเกี่ยวกับการควบคุมโรคระบาดโควิด 19 ได้รับการจัดสรรลดลง จำนวนประมาณ ๑๓๒ ล้านบาท กรมสุขภาพจิต ได้รับการจัดสรรลดลง จำนวนประมาณ ๑๖๘ ล้านบาท สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้รับการจัดสรรลดลง จำนวนประมาณ ๔๘ ล้านบาท และสถาบันวัคซีนแห่งชาติ ได้รับการจัดสรรลดลง จำนวนประมาณ ๒๐ ล้านบาท กรณีดังกล่าว ควรชี้แจงเหตุผลและคำชี้แจงเพื่อให้ทราบถึงการจัดสรรงบประมาณในจำนวนที่เพิ่มหรือลดของกรมต่าง ๆ เนื่องจากการลดลงของบางกรมอาจไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่มีความจำเป็น รวมถึงกรณีการจัดสรรงบประมาณสำหรับบางหน่วยงาน เช่น สถาบันบรมราชชนก ซึ่งมีการยกสถานะให้เป็นสถาบันที่มีภารกิจเพิ่มขึ้น แต่ได้รับการจัดสรรงบประมาณในจำนวนเท่าเดิม กรณีดังกล่าวอาจไม่ได้รับการพัฒนาเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งหน่วยงาน

๖. การเสนอค่าของงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ เกี่ยวกับเงินเดือนบุคลากร ยังไม่ได้มีคำขอในส่วนเงินเดือนของบุคลากรที่ได้รับการบรรจุใหม่ตามมติคณะรัฐมนตรีจำนวนกว่า ๔๕,๐๐๐ อัตรา เนื่องจากมติคณะรัฐมนตรีออกภายหลังการจัดทำคำขอของงบประมาณ มติคณะรัฐมนตรีจึงกำหนดให้ใช้งบประมาณจากงบเหลือจ่ายหรือเงินนอกงบประมาณ กรณีดังกล่าวอาจเกิดปัญหาการบริหารจัดการงบประมาณ ดังนั้น จึงควรมีข้อมูลงบประมาณในส่วนดังกล่าวเพื่อผลักดันให้มีการจัดสรรงบประมาณเพิ่มจากรัฐบาล

๗. ควรสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ด้านการนวดในลักษณะ Day Care ที่ให้บริการแก่ชาวต่างชาติ ซึ่งได้รับความนิยมน้อยในภาคบริการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเริ่มดำเนินการกำหนดข้อบังคับหรือกฎเกณฑ์ให้ครอบคลุมไปยังศูนย์ผู้สูงอายุภาคเอกชนที่มีจำนวนมากทั่วประเทศเพื่อให้ได้มาตรฐาน ตลอดจนการกำหนดงบประมาณสำหรับการฝึกอบรมในการดูแลผู้สูงอายุ

๘. ข้อกังวลในเรื่องปัญหาขยะจากวัสดุทางการแพทย์ที่เกิดจากการทิ้งหน้ากากอนามัย หน้ากาก N95 และชุด PPE ที่ควรมีวิธีการนำกลับมาใช้ซ้ำได้อีก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำประเด็นนี้มาพิจารณา

๙. คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (คป.สธ.) ชุดใหม่ จะนำเรื่องผู้สูงอายุ (Ageing Society) มากำหนดเป็นประเด็นปฏิรูปใหม่ กรมการแพทย์ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก ซึ่งต้องร่วมดำเนินการกับหน่วยงานอื่น ๆ นั้น มีข้อมูลสถิติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของทั้งประเทศครบถ้วนหรือไม่ เนื่องจากตามกระบวนการปกติสำนักงบประมาณจะนำงบประมาณส่วนนี้จัดสรรไว้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยนำมารวมกับงบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งเห็นว่า งบประมาณในส่วนนี้จำเป็นต้องแยกออกมาอย่างชัดเจน ซึ่งการนำงบประมาณส่วนนี้มาใช้กับเรื่องของการปฏิรูปที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ หน่วยงานจำเป็นต้องอธิบายอย่างละเอียดว่า งบประมาณดังกล่าวมาจากแหล่งใด

๑๐. ควรให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาความแออัดในโรงพยาบาล โดยการวางแผนตั้งแต่ระยะสั้นถึงระยะยาว เนื่องจากเป็นทุกข์ของประชาชนในฐานะผู้รับบริการ จึงต้องหาวิธีการในการบรรเทาความเดือดร้อนของประชาชนให้มากที่สุด เพราะหากไม่มีการระบาดของโควิด - 19 จะไม่ได้เห็นโรงพยาบาลลดความแออัดลง

๑๑. โครงการ “มหัศจรรย์พันวัน” เป็นโครงการที่ดี เนื่องจากต้องให้ความสำคัญกับอัตราการเกิดน้อย ให้มีการเกิดอย่างมีคุณภาพ ซึ่งต้องมิใช่เป็นการเกิดโดยไม่ได้มีการวางแผนก่อนการตั้งครรภ์ ซึ่งในช่วงของระยะเวลา ๑,๐๐๐ วันแรก จะช่วยให้เด็กเติบโตขึ้นอย่างมีคุณภาพ

## บทที่ ๓

ด้านสุขภาพ การควบคุมและการป้องกันโรค  
การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ  
รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางประชากร

**บทที่ ๓ ด้านสุขภาพ การควบคุมและการป้องกันโรค ค่ารักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางประชากร**

๑. การนำสารสกัดน้ำมันกัญชามาใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ หรือเพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัย
๒. แนวทางและมาตรการด้านสุขภาวะ สุขอนามัย และความปลอดภัยของอาหาร รวมถึงแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคของผู้ต้องขัง ภายในเรือนจำ
๓. การพิจารณาศึกษาและติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
  - ส่วนที่ ๑ ข้อเสนอแนวทางการเตรียมระบบรองรับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด 19) โดย คณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา (๑๕ เมษายน ๒๕๖๓)
  - ส่วนที่ ๒ ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ต่อการจัดทำระบบรับมือกับโรคอุบัติใหม่ ยุทธศาสตร์ความมั่นคงของชาติ : ข้อเสนอระยะสั้นต่อการเตรียมระบบรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
  - ส่วนที่ ๓ รายงาน “โรคโควิด 19” โดย คณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา
  - QR Code รายงาน
๔. พิจารณาศึกษาและติดตามสถานการณ์ค่าฝุ่นละอองขนาดเล็ก ผลกระทบจากปัญหามลพิษและฝุ่นละอองขนาดเล็กที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชนและชุมชน แนวทางการบูรณาการการทำงานร่วมกัน



## บทที่ ๓

ด้านสุขภาพ การควบคุมและการป้องกันโรค ค่ารักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ  
รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางประชากร๑. การนำสารสกัดน้ำมันกัญชามาใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์  
หรือเพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัย

คณะกรรมการการสาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการศึกษาและติดตามการดำเนินงานตามนโยบายรัฐบาล ในส่วนที่เกี่ยวกับการนำกัญชามาใช้ในทางการแพทย์ ซึ่งประเด็นดังกล่าวได้ถูกบรรจุอยู่ในคำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีที่แถลงต่อรัฐสภา เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๒ ในนโยบายเร่งด่วน ข้อที่ ๔ ซึ่งมีการกำหนดให้เร่งศึกษาวิจัย และพัฒนาเทคโนโลยีการใช้กัญชา กัญชง และพืชสมุนไพร เพื่อมิให้เกิดผลกระทบทางสังคมตามที่กฎหมายบัญญัติไว้อย่างเคร่งครัด ในประเด็นดังกล่าวนี้ จึงส่งผลให้คณะกรรมการได้ให้ความสำคัญในการที่จะนำมาพิจารณาศึกษาเพื่อหาข้อมูลข้อเท็จจริง และนำมาสู่ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อนโยบายดังกล่าวในเชิงการกำกับดูแล ความคุ้มครองทางสังคมอย่างครอบคลุม และเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

**ผลการพิจารณา****สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

ภาพรวมความคืบหน้าการดำเนินการสกัดสารน้ำมันกัญชาหรือยาสกัดกัญชาตามนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องการให้เกิดการผลักดันและสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์และการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์จากการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์โดยมุ่งเน้นให้ประชาชน มีความรู้และเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึงและปลอดภัย ซึ่งสารสกัดจากกัญชาเพื่อการแพทย์สามารถจำแนกได้เป็น ๓ เกรด คือ ๑) Medical Grade เพื่อสกัดสาร THC และ CBD ๒) สารสกัดกัญชาแผนไทยทั้ง ๑๖ ตำรับ ซึ่งรวมถึงน้ำมันเดชา และ ๓) น้ำมันกัญชาพื้นบ้านสำหรับโรงพยาบาลที่เปิดบริการกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันมีการเปิด จำนวน ๒ รอบ มีทั้งสิ้น ๓๙ แห่ง แบ่งเป็นรอบที่ ๑ เมื่อวันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๒ จำนวน ๑๓ แห่ง และรอบที่ ๒ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒ จำนวน ๒๖ แห่ง พร้อมกันนี้ ยังมีโรงพยาบาลในแต่ละเขตสุขภาพยื่นขออนุญาตจัดตั้ง “Medical Cannabis Clinic” เพิ่มเติมอีก ๕๔ แห่ง ซึ่งแต่ละแห่งก็มีความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ค่อนข้างสูง เช่น จังหวัดบุรีรัมย์ มีความต้องการสารสกัดกัญชาที่มี สาร THC ๑,๒๗๐ ขวด/ปี สาร CBD ๑,๐๙๐ ขวด/ปี และสาร THC รวมกับ CBD ๙๗๕ ขวด/ปี ด้านการให้บริการ “คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย” ทั้ง ๑๖ ตำรับ รวมกับน้ำมันเดชา มีทั้งหมด ๑๗ แห่ง

อย่างไรก็ตาม การถอดบทเรียนจากการดำเนินการที่ผ่านมาพบว่า มีความสำเร็จในด้านการสนับสนุนเชิงนโยบายมากขึ้น ส่งผลให้บุคลากรด้านสาธารณสุขได้รับการพัฒนาความรู้ มีทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์อยู่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล ส่วนปัญหาและอุปสรรคพบว่า บุคลากรที่รับผิดชอบยังมีน้อย โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทาง และพยาบาลประจำคลินิก สำหรับข้อเสนอแนะคือ ความต้องการยาที่มีสาร CBD มากกว่าสาร THC ตลอดจนสูตรการรักษาที่ชัดเจนของแต่ละโรค

## สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

การดำเนินการตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ กำหนดไว้ใน ๒ มาตรา คือ ๑) มาตรา ๒๖/๒ กำหนดห้ามมิให้ผู้ใดผลิต นำเข้า หรือส่งออก ซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท ๕ ยกเว้นกรณีจำเป็น เพื่อประโยชน์ของทางราชการ และทางการแพทย์เพื่อการรักษาผู้ป่วย ซึ่งต้องได้รับใบอนุญาตโดยความเห็นชอบจากคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ ดังนั้น การสันนิษฐานการจึงไม่อาจทำได้ ๒) มาตรา ๒๖/๕ กำหนดให้ อย. คือ ผู้อนุญาตโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ ในการผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดประเภท ๕ ได้ เมื่อปรากฏว่า ผู้ขออนุญาตเกี่ยวข้องกับดำเนินการกับทางการแพทย์ เภสัชกรรม วิทยาศาสตร์ การเกษตรกรรม หรือที่เกี่ยวข้องกับการปราบปรามยาเสพติด คือ ๑) หน่วยงานของรัฐ ๒) ผู้ประกอบวิชาชีพ ๓) สถาบันอุดมศึกษาเอกชน ทางแพทย์/เภสัชศาสตร์ ๔) ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมที่รวมตัวเป็นวิสาหกิจชุมชน ๕) ผู้ประกอบการขนส่ง สาธารณะระหว่างประเทศ ๖) ผู้ป่วยเดินทางระหว่างประเทศ ๗) ผู้ขออนุญาตอื่น ๆ

ทั้งนี้ อย. ได้ผลักดันให้มีการตรากฎหมายลำดับรองเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวน ๑๑ ฉบับ ทั้งนี้ ยังคงเหลืออยู่ ๒ ฉบับ ได้แก่ กฎกระทรวงว่าด้วย กัญชา และกฎกระทรวงว่าด้วยกัญชง ซึ่งกฎหมายฉบับเดิมที่อนุญาตให้หน่วยงานรัฐขออนุญาตปลูก และใช้เส้นใยกัญชงในมิติสิ่งทอทำเครื่องนุ่งห่มเท่านั้น แต่ร่างกฎกระทรวงฉบับใหม่ ที่อยู่ระหว่างการยกร่าง และขั้นตอนการรับฟังความคิดเห็น จะเปิดให้ปลูกกัญชงเป็นพืชทางเศรษฐกิจ ใช้ในอุตสาหกรรมอื่น ๆ นอกเหนือจากสิ่งทอได้ อาทิ เครื่องสำอาง อาหาร สมุนไพร เป็นต้น สำหรับความก้าวหน้าของกัญชาทางการแพทย์ อย. ในฐานะที่เป็นหน่วยงานออกใบอนุญาต และเป็นฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ ตามมาตรา ๒๖/๕ จากข้อมูล เมื่อวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ มีทั้งสิ้น ๔๕๔ ราย สามารถ จำแนกออกเป็น คำขออนุญาตผลิต (ปลูก) ๙ ราย การขออนุญาตผลิต (สกัด/ตำรับยา) ๑๑ ราย การขออนุญาตครอบครอง ๓๙ ราย คำขออนุญาตนำเข้า (ส่วนใหญ่ คือ เมล็ดพันธุ์ที่ให้สาร CBD สูง) ๓ ราย และคำขออนุญาตจำหน่าย (ส่วนใหญ่ คือ สถานพยาบาลของรัฐ) ๓๘๖ ราย โดยสามารถแบ่งผู้ได้รับอนุญาต ตั้งแต่การปลูก การผลิต/การสกัด/การแปรรูป จนถึงการจัดจำหน่ายได้เป็น ๒ Supply Chain คือ

### ๑. Supply Chain ของยาแผนปัจจุบัน

๑.๑ องค์การเภสัชกรรม (อภ.) กับมหาวิทยาลัยแม่โจ้ จังหวัดเชียงใหม่ เป็นผู้ปลูก ก่อนส่งตรวจวิเคราะห์ไปยังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ก่อนผลิตออกมาเป็นยาสารสกัดกัญชาแล้วส่งตรวจวิเคราะห์ไปยังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์อีกครั้ง จึงส่งให้สถานพยาบาลในฐานะผู้จ่ายยาดำเนินการจำหน่าย โดยแบ่งตามชนิดสารสกัดเป็น ๓ ประเภท คือ ๑) CBD cannabis oil (CBD 100 mg/ml) ๒) THC cannabis oil (THC 13 mg/ml) และ ๓) THC:CBD 1:1 cannabis oil (THC 27 mg/ml, CBD 25 mg/ml)

๑.๒ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เป็นผู้ปลูก ก่อนส่งตรวจวิเคราะห์ไปยัง กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ก่อนผลิตออกมาเป็นยาสารสกัดกัญชา แล้วส่งตรวจวิเคราะห์ไปยังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์อีกครั้ง จึงส่งให้สถานพยาบาลในฐานะผู้จ่ายยาดำเนินการจำหน่ายยาสารสกัดกัญชชนิด THC 1.7% w/v (THC 0.5 mg/drop)

ในภาพรวมการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ในสถานพยาบาลแพทย์แผนปัจจุบัน พบว่า อภ. จ่ายยาสารสกัดกัญชาให้สถานพยาบาล THC cannabis oil (THC ๑๓ mg/ml) จำนวน ๓,๗๘๐ ขวด THC:CBD ๑:๑ cannabis oil จำนวน ๔๓๔ ขวด และ CBD cannabis oil (CBD ๑๐๐ mg/ml) จำนวน ๒๐๐ ขวด ส่วนโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรมียอดผลิตและจ่ายยาสารสกัดกัญชาทั้งสิ้น ๖,๙๗๓ ขวด

## ๒. Supply Chain ของยาแผนไทย

๒.๑ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี จังหวัดสกลนคร เป็นผู้ปลูก ก่อนส่งตรวจวิเคราะห์ไปยังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ก่อนผลิตออกมาเป็นยาสารสกัดกัญชาที่โรงพยาบาล พระอาจารย์ฝั้น อาจาโร (ตำรับยาแผนไทย) แล้วส่งตรวจวิเคราะห์ไปยังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์อีกครั้ง จึงส่งให้กรมการแพทย์แผนไทยกระจายไปสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย และหมอพื้นบ้าน ในฐานะผู้จ่ายยา ดำเนินการจำหน่าย ซึ่งมี ๕ ตำรับ คือ ๑) ยาสุขไสยาศน์ ๒) ยาทาริตสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง ๓) ยาแก้ลมแก้เส้น ๔) ยาทำลายพระสุเมรุ ๕) ยาอัมฤตย์โอสถ

๒.๒ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จังหวัดสกลนคร เป็นผู้ปลูก ก่อนส่งตรวจวิเคราะห์ไปยังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ก่อนผลิตออกมาเป็นยาสารสกัดกัญชา ที่โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร (ตำรับยาแผนไทย) แล้วส่งตรวจวิเคราะห์ไปยังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์อีกครั้ง จึงส่งให้กรมการแพทย์แผนไทยกระจายไปสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย และหมอพื้นบ้าน ในฐานะผู้จ่ายยา ดำเนินการจำหน่าย ซึ่งมี ๕ ตำรับ คือ ๑) ยาสุขไสยาศน์ ๒) ยาทาริตสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง ๓) ยาแก้ลมแก้เส้น ๔) ยาทำลายพระสุเมรุ ๕) ยาอัมฤตย์โอสถ

ในภาพรวมการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย พบว่า โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จ่ายยาสารสกัดกัญชาให้สถานพยาบาลแพทย์แผนไทย และหมอพื้นบ้าน โดยแบ่งเป็น ยาสุขไสยาศน์ ๖,๓๐๐ ซอง และยาทำลายพระสุเมรุ ๙,๗๘๐ ซอง

นอกจากนี้ การดำเนินการรับลงทะเบียนสำหรับผู้แจ้งครอบครองกัญชา ภายใน ๙๐ วัน ตามบทเฉพาะกาลของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยแบ่งเป็น ๓ กลุ่ม ดังนี้ ๑) ผู้มีคุณสมบัติตามมาตรา ๒๖/๕ ได้รับแจ้งการครอบครอง จำนวน ๙๗ ราย ๒) ผู้ป่วยที่มีความจำเป็น ต้องใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคเฉพาะตัว ได้รับแจ้งการครอบครอง จำนวน ๓๙,๗๐๘ ราย ๓) บุคคลอื่นมีไว้ในครอบครอง ซึ่งไม่เข้าตามสองกลุ่มแรก ได้รับแจ้งการครอบครอง จำนวน ๒๖ ราย

### กรมการแพทย์

การนำสารสกัดกัญชามาใช้ทางการแพทย์เพื่อการรักษาได้นั้น จะต้องเกิดจากการไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบปกติ (Conventional Treatment) โดยจะต้องมีการพูดคุยกันกับคนไข้ที่มารับบริการ ถึงความเสี่ยงที่เกิดขึ้นและประโยชน์ที่จะได้รับ เพื่อบันทึกในใบยินยอม (informed consent) พร้อมกำหนดมาตรการเพื่อป้องกันการไปพบแพทย์หลายแห่ง หรือที่เรียกว่า doctor shopping โดยที่ผ่านมามีกรมการแพทย์ได้ทบทวนวรรณกรรมและบทความวิชาการเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยถึงประโยชน์ของกัญชาในทางการแพทย์ ผ่านการทบทวนวรรณกรรมตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๙๐ จนถึงปัจจุบัน ซึ่งสามารถจำแนกประโยชน์ของกัญชาสำหรับการรักษาโรคออกมาได้ ๓ กลุ่ม คือ ๑) กลุ่มที่ได้ประโยชน์ สำหรับภาวะคลื่นไส้ อาเจียน ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง โรคลมชัก รักษาเด็ก หรือกรณีที่ต้องการ ยากต่อการรักษา ๒) กลุ่มที่น่าจะ ได้ประโยชน์ สำหรับโรคพาร์กินสัน โรคอัลไซเมอร์และโรคจิตเภท และ ๓) กลุ่มที่อาจจะได้ประโยชน์ สำหรับการรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งยังต้องมีการทดลองในสัตว์ทดลองและในคนต่อไป

ทั้งนี้ กรมการแพทย์ในฐานะที่เป็นหน่วยงานด้านวิชาการจึงมีการจัดอบรมแก่เภสัชกรที่ต้องผ่านการอบรมเพื่อขึ้นทะเบียนกับ ออย. รวมแล้วกว่า ๖,๐๐๐ คน พร้อมด้วยหน่วยงานทางวิชาการอื่น ๆ ได้แก่ สภาเภสัชกรรม คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย เขตสุขภาพที่ ๑๐ และเขตสุขภาพที่ ๒ ทั้งนี้ การเผยแพร่องค์ความรู้ ช่วงที่ผ่านมา ทุกเขตสุขภาพมีความต้องการเรียนรู้แบบเร่งรัดจึงเปลี่ยนรูปแบบเป็น E-Learning ผ่านอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นรูปแบบวีดีโอที่บันทึกมาจากการอบรมแบบปกติตลอด ๒ วัน

อย่างไรก็ตาม นับจากมีการผลักดันกัญชาเพื่อใช้ทางการแพทย์ทำให้เกิดประเด็นต่าง ๆ ในแต่ละพื้นที่ที่ต้องการนำกัญชามาใช้ แต่สถานพยาบาลอาจยังไม่มีความพร้อม และยาสารสกัดยังกระจายไปไม่ถึงทั่วถึง จึงดำเนินการในขั้นต้น คือ เปิดคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์ จำนวน ๓๑ แห่ง ซึ่งจะพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ามายังโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เช่น สถาบันประสาทวิทยา สถาบันมะเร็ง โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน คนไข้กลุ่มที่เข้ามา คือ กลุ่มประสาทและมะเร็งเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ ยังมีการนำร่องเพื่อให้คำปรึกษา ผ่านการเปิดให้ลงทะเบียนออนไลน์ พบว่า คนไข้ส่วนใหญ่ใช้ช่องทางผ่านแอปพลิเคชันไลน์มากกว่าเว็บไซต์ ทั้งนี้ คนไข้ที่ลงทะเบียนขอรับคำปรึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หรือระยะลุกลาม ซึ่งจะสามารถใช้ยาได้ดีที่สุด มีจำนวนเพียงร้อยละ ๑๐ ของทั้งหมด และไม่รวมกับคนไข้ที่ป่วยจากโรคอื่น ๆ หรือที่ยังอายุไม่ถึงเกณฑ์ออกไป ทำให้ภาพรวมการขอคำปรึกษาการใช้กัญชาของผู้ป่วยต่อกรมการแพทย์ มีการคัดกรอง ๑,๘๒๒ คน ใช้น้ำมันกัญชา ๖๐๐ คน ใช้น้ำมันกัญชารวม ๘๒๘ ขวด

สำหรับ adverse event หรือผลกระทบจากการใช้สารสกัดที่ทุกคนเป็นกังวล สถาบันบำบัดและฟื้นฟูยาเสพติดแห่งชาติ ก็มีการหารือถึงการรับมือผลข้างเคียงของกัญชา (Cannabis intoxication) ซึ่งมีการประเมินความเสี่ยงจากการติดยาและทางจิตเวชร่วมกับกรมสุขภาพจิต ตลอดจนระบบส่งต่อของ ๑๒ เขตบริการ โดยข้อมูลผลข้างเคียงจากการใช้กัญชาเพื่อการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแนวโน้มสูงขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา ระหว่างเดือนเมษายน – มิถุนายน ทั้งนี้ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม – สิงหาคม ผู้ป่วยภาวะ Cannabis intoxication มีแนวโน้มลดลง ซึ่งอาจเกิดจากในขณะนี้ มีการรณรงค์ทำให้ประชาชนตื่นตัวและเข้าใจสารสกัดจากกัญชามากขึ้น อีกทั้งยังสะท้อนว่า สารสกัดของแต่ละหน่วยงานได้ส่งไปถึงประชาชน ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ กรมการแพทย์มีแผนการดำเนินงานกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ สำหรับผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงน้อยหรือสำหรับใช้ดูแลตนเอง และปรับปรุงคู่มือการใช้กัญชาทางการแพทย์ ตลอดจนร่วมกับพันธมิตรศึกษาวิจัยการปลูกกัญชาแบบ out door การผลิตกัญชาแบบต่าง ๆ ควบคู่ไปกับการจัดอบรม การสอบขึ้นทะเบียน การประชาสัมพันธ์ และเชื่อมต่อกับฐานข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องของแต่ละหน่วยงานเข้าด้วยกัน

### โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

ความคืบหน้าการผลักดันการใช้สารสกัดกัญชาเพื่อใช้ทางการแพทย์เริ่มตั้งแต่การดำเนินการปลูก โดยแบ่งเป็น ๓ ระบบ คือ ระบบปิด ๑) ปลูกในตู้คอนเทนเนอร์ ควบคุมสภาพแวดล้อมทุกอย่าง มีการพัฒนาวิจัยระบบน้ำและไฟเพื่อลดต้นทุน ๒) ระบบกึ่งเปิดกึ่งปิด ปลูกในโรงเรือน หรือ Green House ใช้ดินที่ไม่มีสารพิษ ไม่ใช้ยาฆ่าแมลง ๓) ระบบเปิด ปลูกโดยใช้พันธุ์หางกระรอกของไทย ซึ่งระบบนี้ต้องดำเนินการตามมาตรการที่คุมเข้มของ ออย. ที่กำหนดให้มีรั้วสองชั้น ต้องมีกล้องวงจรปิดที่เคลื่อนไหวอัตโนมัติ ซึ่งการแยกระบบการปลูกสามารถช่วยให้ประเมินถึงความคุ้มค่าในผลผลิตจากการลงทุน อีกทั้งยังต้องคำนึงถึงความเหมาะสมของสายพันธุ์ว่า CBD เด่น หรือ THC เด่น ซึ่งประเทศไทย อยู่ในเขตร้อน ละติจูดที่ ๓๐ องศาเหนือและใต้ จะเหมาะกับพันธุ์ SATIVA ให้ผลผลิต THC เด่น ซึ่งส่งผลให้เคลิบเคลิ้ม ส่วนละติจูดที่ ๕๐ องศาเหนือ จะอยู่โซนทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือ ซึ่งเหมาะกับพันธุ์ INDICA ให้ผลผลิต CBD เด่น โดย CBD จะถูกนำมาใช้รักษาโรคเป็นหลัก ตาม indication ของงานวิจัย เนื่องจากประเทศไทยได้เริ่มมีนโยบายให้นำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ และจากนี้การนำ THC มาใช้รักษาโรค จะมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ

สำหรับผลผลิตสารสกัดกัญชาของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรจะได้สาร THC 1.7 % ใน 1 cc ของสารสกัดกัญชาจะมีสาร THC อยู่ 17 ml เพื่อให้ในหนึ่งหยดจะมี THC ที่ 0.5 ml ซึ่งเป็นสารตั้งต้นที่แนะนำให้ใช้ ในขณะที่น้ำมันเถื่อนใต้ดินจะมี THC อยู่ 0.3 ml/cc ขณะเดียวกันก็มีเครื่องสกัด

สารปนเปื้อน supercritical co2 สามารถสกัดโลหะหนักอย่าง cadmium ที่ปนอยู่กับกัญชาได้ดีและปลอดภัยต่อการนำมาใช้มาก ส่วนมูลนิธิเจ้าพระยาอภัยภูเบศรนอกจากทำหน้าที่ผลิตสมุนไพรต่าง ๆ แล้ว ยังผลิตสารสกัดกัญชาแจกจ่ายไปยังโรงพยาบาลศูนย์ทั่วไป โดยอีกประมาณ ๓ - ๔ เดือน จะผลิตสารสกัดจาก CBD ซึ่งกำลังอยู่ระหว่างปลูกเมล็ดพันธุ์นำเข้ามาจากต่างประเทศ โดยแผนการต่อไปจะดำเนินการสกัด CBD 10 % และ THC : CBD ในสัดส่วน 1:1 ต่อไป ซึ่งราคาจะมีความแตกต่างกัน โดย CBD 10 % ราคา ๒,๐๐๐ บาท THC : CBD ในสัดส่วน 1:1 ราคา ๑,๐๐๐ บาท สูงกว่า THC 1.7 % ที่ผลิตอยู่ขณะนี้ ซึ่งมีราคา ๕๐๐ บาท ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้นิยามสารสกัดกัญชา แบ่งเป็น Medical Grade คือ น้ำมันกัญชาที่องค์การเภสัชกรรม และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรผลิต เรียกว่า “ยาสารสกัดกัญชา” ส่วนของอาจารย์เดชา เรียกว่า “น้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา” และ “น้ำมันกัญชาเถื่อน” อันเต็มไปด้วยสารปนเปื้อนโลหะหนักและยาฆ่าแมลง แต่มีการใช้มากที่สุดในประเทศไทย ประมาณหลักแสนคน ซึ่งในช่วงแรกที่กระทรวงสาธารณสุขเปิดให้บริการกัญชาทางการแพทย์พบว่า ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจ จึงทำให้มีคนไข้ฉุกเฉินที่มาด้วยอาการ ความดันต่ำ อาเจียนรุนแรง โดยเหตุเกิดจากการใช้ ในช่วงแรกที่มีการเปิดให้ผู้ที่ครอบครองขึ้นทะเบียน ซึ่งมีการใช้กันแพร่หลายมาก แต่ด้วยที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทาง Toxicology จึงสามารถช่วยเหลือได้

อย่างไรก็ดี การผลักดันกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันยังสามารถให้ยาสารสกัดกัญชาได้น้อยมาก เนื่องจากไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่กรมการแพทย์กำหนด และอบรม ประกอบกับมีการใช้สารสกัดกัญชายังไม่ถึง ๑,๐๐๐ ขวด กระบวนการค่อนข้างยุ่งยาก เนื่องจากยาสารสกัดกัญชายังไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นยา ทาง อย. จึงได้ออกแบบ SAS (Special Access Scheme) ให้สกรีนข้อความเตือนก่อนมีการใช้ยาว่า ผู้ใช้มีข้อบ่งชี้หรือภาวะใด ๆ หรือไม่ ก่อนจะจ่ายยา เพราะมีข้อกำหนดสำหรับแต่ละโรคที่ให้ใช้แตกต่างกัน ทั้งยังจะต้องติดตามโทรสอบถามผู้ใช้ถึงผลการรักษา ซึ่งถือว่าเป็นข้อจำกัดที่ค่อนข้างยากมากในการโทรศัพท์เพื่อติดตามโรคต่าง ๆ

นอกจากนี้ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ยังได้เปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์แห่งแรกที่ถูกกฎหมายของอาเซียน โดยผลการรักษาพบว่า ผู้ป่วยพึงพอใจมากโดยเฉพาะโรคอัลไซเมอร์ พาร์กินสัน และลมชัก ได้ผลตอบรับดีมากส่วนใหญ่อาการดีขึ้น ร้อยละ ๗๘ คงเดิม ร้อยละ ๑๕ และอาการแย่ลง ร้อยละ ๗ ส่วนการรักษาโรคมะเร็งไม่ได้หมายความว่า รักษาไม่สำเร็จโดยตรงแต่หมายถึงการรักษาแบบ palliative care เพื่อช่วยให้คนไข้ที่เจ็บปวดมาก มีอาการซึมเศร้าสิ้นหวัง ในวาระสุดท้ายของชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ไม่ใช้ใช้เพื่อการนอนหลับ ซึ่งเป็นเรื่องที่คนไทยนำไปใช้มากที่สุด โดยช่วงแรกมีผู้ป่วยโทรเข้ามาไม่น้อยกว่า ๕๐๐ สาย เกือบทั้งหมดปรึกษาถึงอาการนอนไม่หลับกับอีกส่วนเป็นโรคมะเร็ง เพราะเชื่อว่ารักษาได้ ขณะที่กัญชาทางการแพทย์แผนไทยอยู่ระหว่างการปลูกอีก ๔ เดือน ก่อนนำไปผลิตตามตำรับคุชไสยาสน์ และทำลายพระสุเมธต่อไป

### กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

แนวความคิดดำเนินการเกี่ยวกับกัญชาเพื่อใช้ทางการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มุ่งเน้นคำนึงถึงคุณภาพและความปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญ โดยกัญชาจะต้องปราศจากสารตกค้างที่ทำให้เกิดอันตราย ซึ่งผู้ปลูกกัญชาที่ไม่ได้เป็น Medical Grade มักมีการใช้ยาฆ่าแมลง และสิ่งสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง คือ โลหะหนัก ได้แก่ ตะกั่ว ปรอท สารหนู โดยเฉพาะ cadmium ที่กัญชามักมีสารปนเปื้อนชนิดนี้สูง ซึ่งพบมากจากของกลางของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ที่นำมาใช้ทดลองสกัดสารกัญชาในช่วงแรก ดังนั้น ระบบของการทำงาน โดยตัวอย่างกัญชามักจะถูกส่งมาตรวจสอบที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ค่อนข้างมาก เพื่อให้มีการตรวจสอบก่อนนำไปสกัดเป็นยา

ด้วยเหตุนี้ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในฐานะห้องปฏิบัติการอ้างอิงด้านยาและวัตถุเสพติดของประเทศ จึงได้มีการจัดตั้ง “ศูนย์ประสานการตรวจกัญชาทางห้องปฏิบัติการ” โดยครอบคลุม ๔ ภูมิภาคทั่วประเทศ ประกอบด้วย จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดชลบุรี จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดสงขลา สำหรับขั้นตอนการตรวจจะเริ่มตั้งแต่เป็นวัตถุดิบ สารสกัด จนกระทั่งผลออกมาเป็นผลิตภัณฑ์ เช่นเดียวกับกลุ่มของสารสกัดที่อยู่ใต้ดินที่มีอยู่เป็นจำนวนมาก ทางกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้มีการพัฒนา ชุดทดสอบอย่างง่าย เพื่อให้ประชาชนสามารถนำไปใช้ตรวจสอบน้ำมันกัญชาที่มีการลักลอบขายในราคาสูงถึง ๒,๐๐๐ - ๒,๕๐๐ บาท/ขวด โดยไม่ได้มีการรับรองว่า มีตัวยาจากสารสกัดกัญชาจริงหรือไม่ ซึ่งชุดทดสอบดังกล่าวจะแล้วเสร็จในเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓ ระหว่างนี้ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ก็ได้ดำเนินการส่งชุดทดสอบสาร THC ในปัสสาวะ ไปยังโรงพยาบาลทั่วประเทศไว้ใช้ตรวจสอบปริมาณการใช้กัญชาใต้ดิน เพื่อนำมาพิจารณาหาแนวทางเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ที่ลักลอบใช้หันมาใช้สารสกัดที่ถูกต้อง ภายใต้กรอบการควบคุมของกฎหมายให้ได้มากยิ่งขึ้น เพื่อจะได้ส่งผลให้กัญชากลายเป็นหนึ่งในโมเดล ที่จะนำมาสู่การสร้างความมั่นคงทางยาของประเทศไทย นอกจากนี้ ก็จะดำเนินการพัฒนาชุดทดสอบที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น สำหรับตรวจหาความเข้มข้นของสารทั้ง THC และ CBD

สำหรับการดำเนินการที่ผ่านมาได้มีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ขั้นตอนการปลูกและขั้นตอนการสกัด รวม ๒๒ องค์กร มีทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน อีกทั้ง ยังขยายความร่วมมือผ่านการหารือกับกระทรวงพาณิชย์ที่เชี่ยวชาญทางการค้า เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับ Supply Chain เพื่อส่งเสริมและผลักดันกัญชงให้เป็นพืชเศรษฐกิจในอนาคตต่อไป

### กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กระทรวงสาธารณสุขนิยามการใช้ประโยชน์จากกัญชา ๓ ลักษณะ คือ

๑. ยาสารสกัดกัญชา สำหรับการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งจำแนกแยกย่อยไปตามระดับ THC สูง CBD สูง และ THC:CBD 1:1 ซึ่งมีกรมการแพทย์เป็นหน่วยงานผู้รับผิดชอบ

๒. ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบตามภูมิปัญญาดั้งเดิม โดยมีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมอพื้นบ้าน หรือการแพทย์แผนไทยประยุกต์เป็นผู้รับผิดชอบ

๓. น้ำมันกัญชาซึ่งดำเนินการตามมติของคณะกรรมการยาเสพติดให้โทษที่เปิดให้ใช้ภายใต้การวิจัยในมนุษย์ตามการกำกับของคณะกรรมการจริยธรรม โดยผู้สั่งใช้ คือ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตามตำรับยาของนายเดชา ศิริภัทร ที่มอบตำรับยาให้กรมการแพทย์แผนไทยที่อยู่ในระบบบริการเป็นผู้ผลิต ซึ่งต้องจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยฟรีตามฐานข้อมูลผู้ป่วยที่นายเดชารวบรวมไว้ ส่งผลให้เกิดข้อดีในการนำผู้ใช้้ำมันกัญชาที่ไม่อยู่ในระบบหรือลักลอบใช้มารับน้ำมันกัญชาที่อยู่ในระบบจนสามารถลดปริมาณการลักลอบใช้ได้เป็นอย่างดี

สำหรับการดำเนินการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์แผนไทยของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีการจัดวางโครงสร้างการทำงานผ่านการแต่งตั้งคณะกรรมการนำกัญชาและกระท่อมมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์แผนไทย เพื่อรับผิดชอบงานทั้ง ๔ ด้าน ดังนี้ ๑) ด้านการปลูกและการผลิตตำรับยา ๒) ด้านการฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร ๓) ด้านการวิจัยและการพัฒนาวิชาการด้านตำรับยา และ ๔) ด้านการประเมินรับรองตำรับยาและการใช้ยา ขณะเดียวกันยังได้จัดตั้งสำนักงานจัดการกัญชาและกระท่อมทางการแพทย์แผนไทยขึ้นเพิ่มเติม โดยโยกย้ายอัตรากำลังและงบประมาณ มาสนับสนุนการดำเนินการ

ทั้งนี้ ที่มาของกัญชาตามภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยพบว่า มีการใช้บำบัดหรือรักษาอาการเจ็บป่วยมานานกว่า ๓๐๐ ปี ซึ่งมีการนำเกือบทุกส่วนประกอบของต้นกัญชามาใช้ประโยชน์ เช่น ช่อ ดอก ใบ และลำต้น เช่นเดียวกับรูปแบบการใช้ก็มีทุกรูปแบบ เช่น ยาเม็ด ยาผง น้ำมัน และยาลูกกลอน จากตำรับยาชาติ จำนวน ๒๖,๐๐๐ ตำรับ โดยมีตำรับยาที่มีกัญชาเป็นส่วนผสม จำนวน ๒๐๐ ตำรับ สามารถจำแนกได้เป็น ๔ ประเภท ได้แก่ ๑) ประเภท ก. หมายถึง มีการระบุสูตร สรรพคุณ และขั้นตอนการใช้ อย่างชัดเจน มีทั้งสิ้น ๑๖ ตำรับ ๒) ประเภท ข. หมายถึง สูตรที่ไม่มีความชัดเจน แต่มีสรรพคุณ ทั้งสิ้น ๓๐ ตำรับ ๓) ประเภท ค. สูตรไม่ค่อยชัดเจนจากบันทึกที่ระบุเป็นคำกลอน มี ๓๐ ตำรับ และ ๔) ประเภท ง. สูตรมีความชัดเจน แต่ในรายละเอียดมีสารต้องห้ามที่ CITES ขึ้นบัญชีประกอบอยู่ เช่น ฝิ่น ดังนั้น จึงมีการนำรายชื่อตำรับยาที่มีกัญชาเป็นส่วนผสมประเภท ก. จำนวน ๑๖ ตำรับ โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษ ในประเภท ๕ ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ ให้กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกใช้ได้ตามภูมิปัญญาดั้งเดิม แม้ไม่มีผลการวิจัยก็ตาม เนื่องจากตามบันทึกมีการใช้ต่อเนื่องยาวนานหลายร้อยปี โดยจะใช้ใน ๒ ตำรับ เป็นหลัก คือ ยาสุขไสยาสน์ และยาทำลายพระสุเมรุ อีกทั้ง ก่อนการจ่ายยาให้กับคนไข้จะต้องผ่านขั้นตอนการผลิตที่มีมาตรฐาน ตั้งแต่ขั้นตอนการปลูก และการผลิตต้องได้รับการตรวจสอบความปลอดภัยจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งต้องปราศจากสารปนเปื้อนตามมาตรฐาน ISO14000 ตลอดจนมีการติดตามประเมินผลจากผู้ไข้

ในด้านการผลิต กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้นำของกลางจากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) มาใช้ในช่วงแรก ก่อนที่จะมีการพัฒนาผ่านการลงนามความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา และวิสาหกิจชุมชนเพื่อเป็นหน่วยงานหลักในขั้นตอนการปลูก เช่น มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี วิทยาลัยเกษตรและเทคโนโลยีสุพรรณบุรี และวิสาหกิจชุมชนเพลาเพลิน จังหวัดบุรีรัมย์ ส่วนขั้นตอนการผลิตจะอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร โดยดำเนินการให้เป็นไปตาม GMP ขององค์การอนามัยโลก (WHO) เพื่อส่งไปยังโรงพยาบาลที่มีคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย นำร่อง ๒๐ แห่ง ทั้งนี้ ขั้นตอนการขนส่งมีความซับซ้อน เนื่องจากมีความเป็นสารเสพติด ทำให้มีมาตรการที่ต้องรัดกุมเป็นพิเศษ จึงจัดให้มีการลงนามความร่วมมือกับไปรษณีย์ไทย เพื่อ distribute อย่างมีมาตรฐาน ซึ่งน้ำมันกัญชาแต่ละขวดจะมี Tracking No. ระบุอยู่ตามขั้นตอนของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

ในภาพรวมการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในรอบปี พ.ศ. ๒๕๖๒ มีผู้เข้ารับบริการทั้งสิ้น ๑,๒๗๙ ราย มีผู้ผ่านเกณฑ์ ๕๙๐ ราย และมีผู้ได้รับการจ่ายยาประมาณ ๔๐๐ ราย หรือคิดเป็นร้อยละ ๓๐ ซึ่งพบอาการไม่พึงประสงค์จากผู้ไข้ร้อยละ ๓๐ โดยมีอาการ เช่น วิงเวียนศีรษะ แสบร้อนกลางหน้าอก คลื่นไส้ ง่วงซึม จึงทำให้มีการปรับปริมาณการใช้ จากเดิมใช้ครั้งละ ๑ ซอง ขนาด ๒ กรัม ก็เปลี่ยนเป็นให้เริ่มต้นการใช้ยาที่หนึ่งส่วนสอง หรือหนึ่งส่วนสี่ ส่งผลให้อาการไม่พึงประสงค์ลดลงเหลือไม่ถึงร้อยละ ๑๐ ส่วนการติดตามผล พบผู้ไข้ส่วนใหญ่ได้รับประสิทธิผล โดยตั้งแต่กลางปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่เปิดให้มีการใช้น้ำมันกัญชา ส่งผลให้การใช้ตำรับยาแพทย์แผนไทยที่มีสารสกัดกัญชาลดลง เนื่องจากผู้ไข้ให้ความนิยมกับน้ำมันกัญชามากกว่า

ส่วนความคืบหน้าในการวิจัยการใช้น้ำมันกัญชาด้วยวิธีการสังเกตของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งมีความร่วมมือกับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการลงพื้นที่ไปสำรวจขั้นตอนการจ่ายยาของแพทย์แผนไทย และประเมินคุณภาพชีวิตของผู้รับยา เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการสนับสนุนให้มีการปรับสิทธิประโยชน์

เพื่อให้ได้รับบริการฟรี อย่างไรก็ตาม การจะได้รับสิทธิประโยชน์ดังกล่าว ต้องอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์ ซึ่งต้องได้รับการขึ้นทะเบียนให้เข้าไปอยู่ในบัญชียาแห่งชาติ โดยเฉพาะบัญชี จ (๑) นอกจากนี้ ยังมีแผน การขับเคลื่อนการนำพืชกระท่อมมาใช้ทางการแพทย์แผนไทย ซึ่งมีข้อเสนอให้นำพืชกระท่อมออกจาก บัญชียาเสพติด เนื่องจากเป็นอุปสรรคที่ทำให้เกิดปัญหาในการศึกษาวิจัย เช่นเดียวกับกับัญชาที่สามารถผลักดัน ให้เกิดประโยชน์ได้มากกว่านี้ ดังนั้น จึงควรแก้ไขให้นำกัญชาออกจากบัญชียาเสพติด

### สถาบันวิจัยกัญชาเพื่อการแพทย์ วิทยาลัยเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

ภาพรวมของการดำเนินการนับจากได้รับการพิจารณาอนุญาตจากคณะกรรมการยาเสพติดให้โทษ ภายใต้การดูแลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) มีวัตถุประสงค์ เพื่อการศึกษาวิจัยและพัฒนา ผลิตภัณฑ์สารสกัดกัญชาให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพสำหรับนำไปใช้ทางการแพทย์ ซึ่งได้ดำเนินการ ตามแผนการดำเนินการระยะสั้นที่แบ่งออกเป็น ๔ ส่วน คือ ๑) การสกัดและแยกสาร ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ คือ สามารถแยกสารสกัดกัญชาออกมาได้ ๓ ชนิด คือ THC CBD และ CBN พร้อมทั้งผลการศึกษาเงื่อนไข ที่เหมาะสมในการสกัดสารสกัดให้ได้ปริมาณสูงสุด ๒) การพัฒนาผลิตภัณฑ์ต้นแบบ มีทั้งแพทย์ปัจจุบัน และแพทย์แผนไทย โดยทุกขั้นตอนตั้งแต่การปลูกจะมีการควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์ทุกขั้นตอน โดยมีผลิตภัณฑ์ต้นแบบ คือ Cannabis Oromucosal Spray ใช้ฉีดพ่นในช่องปากให้เกิดการดูดซึมยาสารสกัด กัญชา เพื่อลดการรับประทานยาชนิดเม็ดที่ก่อให้เกิดการทำลายตับ เช่นเดียวกับ Cannabis Wafer Tablets มีลักษณะเป็นยาเม็ดเลียนแบบ wafers ขนมหานเล่าน โดยใช้วางบนลิ้น เมื่อถูกน้ำลายเพียง ๕ - ๑๐ วินาที จะแตกตัว ทำให้อาหารสารสกัดกัญชาซึมเข้าช่องปาก ถัดมา คือ CBD Oil ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคลมชัก เกิดจาก การแยกสารสกัด CBD บริสุทธิ์ ได้มากกว่า ๙๙ เปอร์เซ็นต์ และ CBN Oromucosal Spray ซึ่งสาร CBN เกิดจากการผสมกันระหว่าง THC กับ CBN ซึ่งเกิดจากการเสื่อมสลายของสาร THC โดยจะพบสาร CBN สูง จากกัญชาที่เก็บไว้นาน ผลของ CBN จะออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทน้อยกว่า THC ก่อให้เกิดประสิทธิภาพ ในการคลายความวิตกกังวลและผ่อนคลายสามารถนอนหลับได้ดี ๓) การควบคุมคุณภาพ ซึ่งมีการดำเนินการ ในทุกขั้นตอนตั้งแต่เป็นสารสกัดจนถึงผลออกมาเป็นผลิตภัณฑ์ โดยตรวจสอบการปนเปื้อนทั้งจากยาฆ่าแมลง โลหะหนัก และจุลินทรีย์ ทั้งยังอยู่ระหว่างการพัฒนาห้องปฏิบัติการให้สามารถตรวจวิเคราะห์สารสกัด ตามมาตรฐาน ISO ได้เอง และ ๔) การทดสอบฤทธิ์สารสกัดดำเนินการในหลอดทดลอง สัตว์ทดลอง และอยู่ระหว่างการขอใบอนุญาตศึกษาวิจัยในมนุษย์ ซึ่งการทดสอบมุ่งศึกษาฤทธิ์ในด้านคลายกังวล และการต้านมะเร็งในเซลล์มะเร็งน้ำดี ซึ่งผลการทดสอบในหลอดทดลอง และสัตว์ทดลอง พบว่า THC ทำให้ เซลล์มะเร็งตายและลดการลุกลาม ส่วนในเซลล์มะเร็งปอดมีการทดลองกับสัตว์ทดลอง พบว่า CBN กับ THC สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งปอด โดยระหว่างนี้อยู่ในขั้นตอนศึกษาถึงกลไกการออกฤทธิ์ รวมถึงการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์แผนไทยก็มีการพัฒนาตำรับยาสุขไสยาศน์ออกมา ในรูปแคปซูลและผง ผลักดันให้ใช้น้ำมันกัญชา ในลักษณะ micro dose เพื่อลดผลข้างเคียงที่ปรากฏแก่ผู้ใช้ โดยให้เริ่มใช้ในปริมาณต่ำแล้วให้ผู้ใช้ประเมินปรับปริมาณด้วยตนเอง

ส่วนแผนการดำเนินการในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ และแผนระยะยาวจะมีการปรับปรุงสายพันธุ์ ศึกษาเพื่อหาวิธีการสกัดสารจากกัญชาให้ดีขึ้น พัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ ในคลินิก ตลอดจนการดำเนินการ วิเคราะห์ปริมาณสารสำคัญตลอดจนรับผลิตผลิตภัณฑ์ ทดสอบความเป็นพิษของกัญชาต่อมนุษย์ และทดสอบ ทางรหัสพันธุกรรมของคนไทย เพื่อตรวจหาอาการไม่พึงประสงค์ต่อการใช้ยาสารสกัดกัญชา



## สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.)

ภาพรวมการดำเนินการนับจากพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ มีผลใช้บังคับได้พบปัญหาเกี่ยวกับการไม่ดำเนินการตามเงื่อนไขที่ได้รับอนุญาตจาก อย. ทั้งการปลูกและการครอบครองของผู้ป่วย ก่อให้เกิดอุปสรรคในด้านการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากเกิดการต่อต้านจากประชาชน โดยปัญหาหลัก คือ การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับกฎหมายทางการแพทย์ที่เข้าใจว่า กฎหมายกฎหมายสามารถปลูกได้ ซึ่งมีทั้งกลุ่มที่ไม่รู้จักจริง ๆ กับกลุ่มที่แกล้งไม่รู้ จึงทำให้เกิดการลักลอบปลูกและผลิตกันเป็นจำนวนมาก ขณะเดียวกันก็เกิดกระแสการจัดอบรมสรรพคุณของกัญชาจำนวนมากจากผู้ที่ยังอ้างว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญ และภายหลังการอบรมก็จะมีการตั้งกลุ่มไลน์ โดยมีตัวแทนจำหน่ายน้ำมันกัญชาที่ไม่ได้รับอนุญาต และดำเนินการผลิตอย่างไม่มีคุณภาพตามมาตรฐาน มีการลักลอบจำหน่ายให้แก่ผู้ที่สนใจ โดยมีกรณีตัวอย่างที่น่าสนใจ คือ ป.ป.ส. เคยได้รับการแจ้งเบาะแสจากผู้ร้องเรียนรายหนึ่ง ซึ่งเป็นญาติของผู้ที่ใช้้ำมันกัญชาที่มีการลักลอบจำหน่ายจนเสียชีวิต จึงมีการดำเนินการขยายผลสืบค้นไปยังสถานที่จัดจำหน่ายที่จังหวัดทางภาคเหนือจนพบผู้ลักลอบขายน้ำมันกัญชา พร้อมเงินสดนับล้านบาทและอุปกรณ์การผลิต และประเด็นที่สำคัญ คือ หลักฐานการจัดส่งน้ำมันกัญชาไปทั่วประเทศไทยมากถึง ๓,๗๐๒ แห่ง จึงเป็นสาเหตุให้ ป.ป.ส. และทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องตระหนักถึงการลักลอบผลิตและจำหน่ายน้ำมันกัญชา จนอาจทำให้ผู้ใช้ได้รับผลกระทบถึงชีวิต และต้องคำนึงถึงการควบคุมการปลูก การผลิต และการจำหน่ายกัญชาให้มีความรอบคอบมากยิ่งขึ้น

ขณะเดียวกัน ป.ป.ส. ยังให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์อย่างเต็มความสามารถด้วยการนำกัญชาของกลางที่ตรวจค้น จับกุมและเตรียมส่งมอบให้แก่หน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องและได้รับการอนุญาตภายใต้การกำกับดูแลของ อย. นำไปใช้ประโยชน์ซึ่งในขณะนี้ยังคงเหลือกัญชาของกลางอีก ๑๙ ตัน จัดเก็บไว้ในตู้คอนเทนเนอร์ของกรมศุลกากรและสำนักงาน ป.ป.ส.

## นายวิโรจน์ สุ่มใหญ่ ประธานคณะกรรมการควบคุมสารเสพติดระหว่างประเทศ

International Narcotics Control Board (INCB) เป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นตามสนธิสัญญา Single Convention on Narcotic Drugs เมื่อปี ค.ศ. 1961 และแก้ไข Protocol ในปี ค.ศ. 1972 มีลักษณะเป็นองค์กรกึ่งตุลาการ มีหน้าที่ ให้คำแนะนำติดตามการดำเนินการของรัฐภาคีให้สอดคล้องกับตัวบทบัญญัติที่กำหนดในสนธิสัญญาฉบับดังกล่าว ซึ่งประเทศไทยถือเป็นหนึ่งในรัฐภาคีต้องดำเนินการตามขอบเขตที่สนธิสัญญากำหนด โดย commission on narcotic drugs จะมีการประชุมเพื่อพิจารณาญาติติที่รัฐภาคีนำเสนอเป็นประจำทุกปี ที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้มาจากการคัดเลือกโดยคณะมนตรีเศรษฐกิจและสังคมของสหประชาชาติ โดยประเทศไทยได้รับการคัดเลือกเป็นกรรมการชุดดังกล่าวมาอย่างต่อเนื่อง อำนาจหน้าที่ของกรรมการชุดดังกล่าว คือ การพิจารณาข้อมติในประเด็นที่รัฐภาคีนำเสนอ หากได้รับความเห็นชอบต่อการปรับปรุงแก้ไข Resolutions ในประเด็นใด ก็จะออกมาเป็น Resolutions ของ Commission on narcotic drugs และข้อตกลงร่วมกันระหว่างรัฐภาคีทั่วโลก เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามข้อมติดังกล่าว ซึ่งจะต้องรายงานไปยังคณะมนตรีเศรษฐกิจและสังคมของสหประชาชาติ ซึ่ง INCB ยังมีหน้าที่ในการจัดทำรายงานสถานะของรัฐภาคีตามสนธิสัญญาว่า แต่ละรัฐมีข้อต้องปรับปรุงแก้ไขหรือต้องมีการออกกฎหมายฉบับใหม่หรือไม่ อย่างไร ซึ่งจะทำงานควบคู่ไปกับองค์การอนามัยโลก (WHO) โดยมี Expert Committee on Drugs Dependence (ECDD) หรือคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ ที่มีฤทธิ์ก่อให้เกิดการเสพติด ซึ่ง EDCC จะประชุมกันที่ กรุงเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ประจำปี โดยพิจารณาว่าที่ ต้องมีการควบคุมตามสนธิสัญญาว่า มีการขาดแคลนในประเทศใดหรือไม่ ก็ต้องส่งเรื่อง

ให้ INCB พิจารณาหาหนทางให้ประเทศดังกล่าวพ้นอุปสรรค หรือหากประเทศใดเกิดการแพร่ระบาดของยาหรือสารเสพติดก็ต้องส่งเรื่องมาให้ INCB หามาตรการดำเนินการกับหาแนวทางการแก้ไขให้รัฐภาคีที่ประสบปัญหา ซึ่งทุกประเทศที่เป็นรัฐภาคีจะต้องมีการจัดทำรายงานเสนอต่อองค์การสหประชาชาติ ณ กรุงนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นประจำทุกปี

สำหรับ International law on cannabis และ legal binding กับรัฐภาคี มีข้อสังเคราะห์ความคิดกับการทำงานโดยรวมของรัฐภาคีเป็นข้อต่อก่อนมีการ Adopt สนธิสัญญา Single Convention on Narcotic Drugs ปี ค.ศ. 1961 แก้ไขเพิ่มเติม ปี ค.ศ. 1972 ซึ่งมีสาระสำคัญ คือ กำหนดให้รัฐภาคีต้องสร้างหลักประกันด้านการสาธารณสุข ให้ความสำคัญถึงการใช้จ่ายเพื่อระงับความเจ็บป่วย คือ ความจำเป็นของมนุษยชาติ ทั้งยังต้องตระหนักถึงภัยจากการใช้จ่ายเช่นเดียวกัน เพราะยามี่ทั้งด้านดีและไม่ดี หากการใช้ถูกควบคุมเหมาะสมก็ส่งผลให้คนพ้นทุกข์ทรมาน แต่หากมาตรการการควบคุมเกิดการรั่วไหลก็จะส่งผลให้เกิดปัญหา รัฐภาคีจึงมีภาระหน้าที่ในการป้องกันปัญหาดังกล่าว ซึ่งบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับกัญชาในสนธิสัญญาดังกล่าวให้คำจำกัดความหมายถึง ช่อดอก (flowering) และใบที่ติดกับช่อ (fruiting tops) ที่ต้องได้รับการควบคุม ไม่รวมถึงเมล็ด ใบ และต้น โดยการเพาะปลูกกัญชา กำหนดให้รัฐภาคีที่มีนโยบายให้มีการเพาะปลูกเพื่อนำไปใช้ในการสกัดยารักษาโรค ซึ่งจะต้องมีการออกกฎหมายเพื่อกำหนดมาตรการการควบคุมการเพาะปลูกให้เหมาะสม และป้องกันการรั่วไหลไปสู่ประชาชน ซึ่งระบุให้การใช้ประโยชน์จากกัญชาต้องอยู่ภายใต้กรอบทางแพทย์และวิทยาศาสตร์ ซึ่งในบางประเทศ หรือบางรัฐในสหรัฐอเมริกา ที่เปิดให้มีการใช้อย่างเสรี จึงถือว่า ขัดกับสนธิสัญญาดังกล่าวอย่างร้ายแรง เพราะการสูบกัญชาไม่ถือเป็นการใช้ในทางการแพทย์

ส่วนข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการที่รัฐภาคีจะเปิดให้มีการปลูกกัญชาเพื่อใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ กำหนดอยู่ในมาตรา ๒๘ ของสนธิสัญญา ซึ่งจะไม่ควบคุมการปลูกสำหรับตอบสนอง ภาคอุตสาหกรรมอื่น ๆ เช่น เครื่องสำอาง และสิ่งทอ ที่ใช้ประโยชน์จากเส้นใย (fiber) และเมล็ด (Seed) ของกัญชาที่ไม่อยู่ในในการควบคุมตามคำจำกัดความ แต่หากปลูกเพื่อการผลิต ช่อดอก (flowering) และใบที่ติดกับช่อ (fruiting tops) ตามคำจำกัดความ รัฐนั้นจะต้องกำหนดมาตรการการควบคุมที่เหมาะสม โดยต้องได้รับการควบคุมเช่นเดียวกับการปลูกฝิ่นเพื่อนำผลผลิตบางส่วนไปใช้เพื่อการแพทย์ ตามมาตรา ๒๓ ที่ระบุถึงการปลูกกัญชาเพื่อนำช่อดอก (flowering) และใบที่ติดกับช่อ (fruiting tops) ไปใช้ทางการแพทย์ รัฐนั้นจะต้องมีการจัดตั้งหน่วยงานกลาง ขึ้นมากำกับดูแลโดยเฉพาะ ในลักษณะ International cannabis agency โดยมีอำนาจหน้าที่ดังนี้

- ๑) การแจ้งพื้นที่การเพาะปลูกกัญชา โดยกำหนดรายละเอียดเจาะจงตามพิกัดดาวเทียม GPS เพื่อความสะดวกในการตรวจสอบและควบคุม
- ๒) ผู้เพาะปลูกกัญชาจะต้องได้รับอนุญาตจากหน่วยงานกลางที่รัฐจัดตั้งขึ้นมากำกับดูแล
- ๓) การออกใบอนุญาตให้เพาะปลูกกัญชาจะต้องระบุพื้นที่การเพาะปลูกให้ชัดเจน
- ๔) ผู้ได้รับอนุญาตให้เพาะปลูกกัญชาจะต้องจำหน่ายผลผลิตให้แก่หน่วยงานกลางที่รัฐจัดตั้งขึ้นมา เพื่อคอยกำกับดูแลราคาตลาดให้เหมาะสม และจัดจำหน่ายต่อไปยังโรงงานที่ผลิตออกมาเป็นยาสารสกัดกัญชา
- ๕) หน่วยงานกลางที่รัฐจัดตั้งขึ้นจะมีสิทธิขาดในการจัดเก็บ นำเข้า และส่งออก ทั้งนี้ หน่วยงานกลางที่รัฐบาลจัดตั้งขึ้นมากำกับดูแลเกี่ยวกับการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์

และการศึกษาวิจัย สำหรับประเทศไทยจะสามารถมีได้เพียงแห่งเดียว เนื่องจากประเทศไทยเป็นรัฐเดี่ยว (Single State) และมีหน้าที่ต้องรายงานให้องค์การสหประชาชาติรับทราบ

ดังนั้น ข้อห่วงกังวลต่อแนวคิดที่จะเปิดให้สามารถปลูกกัญชาได้ครัวเรือนละ ๖ ต้น ก็ทำให้สามารถตั้งข้อสังเกตได้ว่า จะดำเนินการตามหลักเกณฑ์ ที่กำหนดไว้ในสนธิสัญญาฉบับนี้อย่างไร โดยเฉพาะเงื่อนไขที่ระบุให้หน่วยงานกลาง ที่จัดตั้งขึ้นมาเพื่อกำกับดูแล ซึ่งต้องรายงานพื้นที่เพาะปลูกกัญชาไปยังองค์การสหประชาชาติ โดยต้องระบุเป็นพิกัด GPS ซึ่งรัฐบาลไทยก็ต้องตอบคำถามให้ได้ หากจะให้มีการเพาะปลูกกัญชาในระดับครัวเรือนละ ๖ ต้น จะออกแบบมาตรการการตรวจสอบพื้นที่เพาะปลูก แล้วระบุพิกัด GPS รายงานไปยังองค์การสหประชาชาติ อย่างไร

ขณะเดียวกัน การดำเนินการเกี่ยวกับการนำกัญชามาใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ของ ECDD ซึ่งสอดคล้องกับ INCB เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ มีความคืบหน้า โดยอยู่ระหว่างการหาข้อยุติร่วมกันของรัฐบาล ซึ่งจะรู้ผลในเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ กล่าวคือ การผลักดันให้มีการแก้ไขเพิ่มเติมสนธิสัญญา Single Convention on Narcotic Drugs โดยให้ตัด cannabis และ cannabis resin ออกจากบัญชียาประเภทที่ ๔ (schedule 4) ซึ่งหมายถึง ยาที่ใช้แล้วเสพติด ส่งผลร้ายจนเกิดอาการลงแดง (overdose) ซึ่งผู้ใช้น้ำสารสกัดกัญชาไม่เคยพบการลงแดง อีกทั้งยังเสนอให้มีการแก้ไขปรับปรุงสนธิสัญญาฉบับดังกล่าว โดยให้นำสารสกัดจากกัญชา ได้แก่ delta-9 และ THC ที่มีประโยชน์ทางการแพทย์ไปใส่ไว้ในบัญชียาประเภทที่ ๑ (schedule 1) ซึ่งหมายถึงยาเสพติดที่นำมาใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ภายใต้การควบคุม ส่วนสาร CBD ที่มี THC ปนอยู่ไม่เกิน ๐.๒ เปอร์เซ็นต์ ให้ระบุใน footnote ว่า ไม่ถือเป็นสารเสพติดที่ต้องอยู่ภายใต้การควบคุม นอกจากนี้ ยังเสนอให้ตัดคำว่า สารสกัด (extracts) และสารละลาย (tinctures) ของกัญชาออกจากบัญชียาประเภทที่ ๑ (schedule 1)

### ศาสตราจารย์ธีรวัฒน์ เหมะจุธา อาจารย์คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภายหลังพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ มีผลใช้บังคับ ยังคงพบความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนต่อตัวผลิตภัณฑ์ วิธีการใช้ รวมถึงประโยชน์ที่ได้รับจากสารสกัดกัญชาของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งที่ตามข้อเท็จจริงแล้วประเทศไทยมีประสบการณ์จากการใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่า ๔๐๐ ปี ตามที่มีบันทึกระบุในตำรายาแพทย์แผนไทยหลายชนิดที่มีกัญชาผสมอยู่ ซึ่งตรงกับสรรพคุณทางวิทยาศาสตร์ที่รับรู้รับทราบกัน โดยเฉพาะแนวทางที่จะผลักดันให้สามารถปลูกกัญชาได้ ๖ ต้น ต่อครัวเรือน ซึ่งการใช้ประโยชน์จากกัญชาตามแนวทางการดูแลสุขภาพตนเองจะอยู่ที่ ๑๐ – ๑๒ ต้น ก็ได้ ขึ้นกับผู้ใช้นำไปใช้ในทางสุขภาพหรือทางการแพทย์เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยรู้จักวิธีใช้จากจำนวน ๑๐ – ๑๒ ต้น หรือไม่ ที่สำคัญคือ ต้องคำนึงถึงการควบคุมไม่ให้เกิดการนำไปใช้ในทางที่ผิด ซึ่งประเทศไทยยังขาดองค์ความรู้จากข้อมูลแบบครอบคลุม (totality of evidence)

การดำเนินการของคณะทำงานด้านกัญชาทางการแพทย์ในส่วนที่เกี่ยวข้อง ไม่ได้จำกัดเพียงแค่อุทธรณ์เพียงอย่างเดียว แต่ยังมีกรลงพื้นที่ “ภูมิปัญญาชุมชนใต้ดิน” ที่มีการใช้น้ำมันกัญชาแบบพื้นบ้านจากการสกัดด้วยแอลกอฮอล์ มีสีดำ นำมารักษาเด็กที่พิการทางสมอง ซึ่งมีอาการชักเกร็ง บิดบิดปกติ โดยปริมาณการใช้ อยู่ที่ ๑-๒ หยดต่อวัน หรือผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ทำการรักษาด้วยมอร์ฟิน แล้วไม่อาจควบคุมได้ ก็ทำให้สามารถกลับบ้านใช้ชีวิตได้อย่างสบาย แม้จะเสียชีวิตในภายหลังก็ยังถือว่า มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อยู่ โดยลักษณะความเข้าใจการออกฤทธิ์ของกัญชาในลักษณะของสารเดี่ยวแบ่งเป็นสาร THC และสาร CBD เท่านั้น ยังคลาดเคลื่อน เพราะยังมีอีกกลุ่มที่ไม่ใช่สาร THC และสาร CBD ซึ่งการใช้ตามตำรายาแพทย์ไทย ไม่ได้จำกัดแค่สารสองชนิดดังกล่าวแบบเดียว ๆ แต่เป็นการใช้ร่วมกันทั้งหมด เช่น การใช้แบบภูมิปัญญาชาวบ้าน ก็จะนำใบสดมาเคี้ยว หรือนำใบกัญชาอ่อนมาต้มน้ำร้อนดื่ม เพราะเหตุผลการใช้ ช่อ ใบ ดอก ต้น และเมล็ด คือ

หากไม่ถูกความร้อนจัดตั้งแต่ต้น กัญชาจะให้สารกลุ่มที่ ๓ ซึ่งไม่ใช่ THC และ CBD แต่เป็น terpenoids และ flavonoids โดยตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์พบว่า การนำสารสกัดกัญชามาใช้รักษามะเร็งมีความต้องการสูงมากในสารกลุ่มที่ ๓ ซึ่งมาจากใบสด ช่อสด เมล็ด ตลอดจนถึงราก ส่วนการใช้ปัญญาตามภูมิปัญญาชาวบ้าน จะนำต้นและรากที่ถูกทำให้แห้ง ซึ่งต่างจากการทำให้ผ่านความร้อนมาบิเบียนร่วมกับเมล็ดธัญพืชที่ให้น้ำมันด้วยสัดส่วน รากกัญชา ๑ กิโลกรัม กับเมล็ดธัญพืช ๑๐ - ๑๕ กิโลกรัม เช่น ชีมน้ำมันหอมระเหย ดอกแห้ง โดยสิ่งที่ได้สามารถกำหนดได้ว่า สารออกฤทธิ์ ที่ได้ควรจะเป็นอะไร ซึ่งผลที่ได้รับจากการวิเคราะห์ทางวิทยาศาสตร์จะพบว่า สารสกัดกัญชาที่เกิดจากการบิเบียนกับชีมน้ำมัน ใน ๑ แคปซูลที่ใช้จะมีสารที่ออกฤทธิ์ทำให้เมาเพียง ๐.๐๐๓ มิลลิกรัมเท่านั้น หากเทียบกับสารสกัดน้ำมันกัญชา จากองค์กรเภสัชกรรม ซึ่งถือเป็นผลิตภัณฑ์ของทางการ ใน ๑ หยด จะมีสารออกฤทธิ์ทำให้เมาสูงกว่า คือ ๐.๕ มิลลิกรัมต่อหนึ่งหยด สาเหตุที่ทำให้สารสกัดแบบแรกมีประโยชน์มากกว่า เพราะสารที่ออกฤทธิ์เป็นกลุ่ม ไม่ได้มีเพียงสารเดียว ดังนั้น การใช้กัญชาโดยการสกัดออกมาเป็นสาร THC หรือ CBD เดียว ๆ จึงถือเป็นความเข้าใจผิด โดยบริษัทยาต่างประเทศแห่งหนึ่งกำลังผลิตยาจากสารสกัดกัญชารวมทั้ง ๓ กลุ่มข้างต้นออกมาขาย ซึ่งมีสรรพคุณ ในการรักษาโรคเนื้องอกในสมองที่รักษายากที่สุดโรคหนึ่ง จึงสะท้อนการติดกับดักว่า จะต้องสกัดกัญชาออกมาเป็นสารบริสุทธิ์ จึงถือเป็น medical grade แต่ข้อเท็จจริงบ่งบอกว่า การสกัดด้วยวิธีบิเบียน หรือ Eternal จะได้ผลมากกว่า

ในด้านความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนต่อวิธีการใช้ คือ ปริมาณของยาสารสกัดกัญชาไม่จำเป็นต้องใช้มากตามอาการของโรค แต่สิ่งที่ต้องการ คือ การใช้ปริมาณน้อยเพื่อให้เข้าไปกระตุ้นร่างกายให้สร้างกัญชาธรรมชาติในตัวของผู้ป่วยออกมา ซึ่งคณะทำงานได้ใช้ระบบ “ไม่จิ้มฟัน” หรือ micro dose โดยการใช้ปลายไม้จิ้มฟันไปแตะสารสกัดกัญชาโดยที่ไม่จำเป็นต้องรู้ปริมาณความเข้มข้น ก่อนนำไปหยดให้กับผู้ป่วยแล้วคอยสังเกต หากไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ก็สามารถปรับเพิ่มการให้ยาสารสกัดกัญชาให้สูงขึ้นในแต่ละวัน ตัวอย่างจากประสบการณ์ของคณะทำงานที่พบความก้าวหน้าในการเยียวยารักษา ได้แก่ อาการภาวะแข็งเกร็ง อาการปวดทรมาน ภาวะการปฏิเสธอาหาร โรคสะกดเจ็บ โรคพาร์กินสัน โรคสมองเสื่อมหรืออัลไซเมอร์ โรคลมชักทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ และโรคจิตเภท โดยทั้งหมดสามารถ ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาได้เป็นจำนวนมาก ทั้งนี้ การเยียวยารักษาจะแตกต่างจากผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง คณะทำงานจะใช้ heavy dose เพราะผู้ป่วยจะมีเวลาในชีวิตเหลือน้อยและได้รับความเจ็บปวดทรมาน

อย่างไรก็ตาม ข้อบ่งชี้ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ระบุว่า สารสกัดกัญชาจะส่งผลกระทบต่ออาการและการรักษาเพียง ๔ โรค ถือว่า ยังไม่สามารถใช้ประโยชน์จากกัญชาได้อย่างเต็มที่ เพราะอาจมีประโยชน์ต่อการรักษานับร้อยโรคก็ได้ หากทราบว่า การสกัดกัญชากับธัญพืชเมล็ดพันธุ์ต่าง ๆ จะทำให้สารสกัดแต่ละตัวออกฤทธิ์อย่างไร นอกจากนี้ บริษัทยาหลายแห่งรับรู้ผลการออกฤทธิ์จากสารนับร้อยตัวของกัญชา เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๔ จึงพบว่า บริษัทยามีความพยายามจะจดทะเบียนสิทธิบัตรครอบครองพืชกัญชาของคนไทยทั้งหมด โดยจะนำสารสกัดทั้ง ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม THC กลุ่ม CBD และกลุ่มที่ไม่ใช่ THC และ CBD เพื่อนำมารักษามะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่ เช่นเดียวกับปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ก็มีความพยายามจดทะเบียนยาจากสารสกัดกัญชา ซึ่งในปัจจุบันการวิจัยต่อการนำสารสกัดกัญชามาใช้ในการรักษามะเร็งในสมองมีความก้าวหน้าขึ้น ในระยะที่ ๒ - ๓ ดังนั้น ประเทศไทยจึงต้องให้ความสำคัญกับการศึกษาวิจัยการใช้ประโยชน์จากสารสกัดกัญชาในทางการแพทย์ให้มากกว่าเพียง ๔ - ๕ โรค หรือน้ำมันจะต้องมาจากดอกกัญชาเพียงอย่างเดียว และในฐานะคณะกรรมการการปฏิรูปด้านการสาธารณสุข ซึ่งพบว่า มีอุปสรรคต่องบประมาณสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพ จึงเห็นว่า กัญชาจะสามารถทำให้คนไข้ช่วยเหลือตนเองได้จากการใช้ประโยชน์ภายใต้มาตรการการควบคุมอย่างเหมาะสมของภาครัฐ

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี ผู้จัดการศูนย์วิชาการเฝ้าระวัง และพัฒนาระบบยา (กพย.)**

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ ยังคงกำหนดในเรื่องของการห้ามเสพ ห้ามนำเข้า ยกเว้นให้ใช้สำหรับทางการแพทย์เท่านั้น ในภาพรวมอาจเหมือนกับการทำอุตสาหกรรมทางแพทย์ เพื่อผลิตยาแพทย์แผนปัจจุบันสำเร็จรูปตามระบบปกติของส่วนราชการ อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุข ได้เปิดให้ใช้ยาสูตรโบราณที่มีกัญชาผสมประกาศิ์ใช้แล้ว เช่น สูตรนายเดชา ศิริภัทร ที่มีการต่อสู้อย่างยาวนาน แผนการอบรมบุคลากรแพทย์แผนปัจจุบันมีค่อนข้างมาก แต่แพทย์ไม่สั่งยาให้กับผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยเข้าไม่ถึง ยาแผนโบราณ ส่วนการอบรมหมอพื้นบ้านยังต้องมีการติดตามผลการดำเนินการ ส่วนข้อเสนอการผลักดัน ร่างพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้อง มี ๓ ส่วน กล่าวคือ พรรคการเมืองหนึ่ง เครือข่ายภาคประชาสังคม และศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) ซึ่งประเด็นของการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ ต้องมีการคิดวิเคราะห์ ทั้งในมิติทางการเมืองและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake Holder) ควบคู่กันไป เนื่องจาก ตลาดกัญชามีขนาดใหญ่คิดเป็นมูลค่ามหาศาล ตลอดจนผลประโยชน์ที่ได้รับ การนำไปใช้ ทุกภาคส่วนของสังคมจึงจำเป็นต้องหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าว โดยต่อยอดจากการประกาศรับรอง การใช้ประโยชน์กัญชาทางการแพทย์สำหรับ ๔ โรค พร้อมทั้งร่วมกันพิจารณาถึงข้อห่วงใย และประสิทธิผล ให้ครอบคลุมมากที่สุด โดยการดำเนินการขององค์กรระหว่างประเทศ ทั้ง WHO กับ ECDD ก็มีความพยายาม ปลดสาร CBD ที่มีสาร THC ประกอบไม่เกิน ๐.๓ เปอร์เซ็นต์ ที่ได้จากการสกัดจากกัญชาออกจากบัญชียาเสพติด เช่นเดียวกับสาร THC ก็ไม่ถือเป็นสารเสพติด เพราะเป็นสารออกฤทธิ์ทางจิตประสาทประเภทหนึ่ง สำหรับการขึ้นทะเบียนยาที่มีส่วนประกอบจากกัญชาในประเทศสหรัฐอเมริกา และสหภาพยุโรป มีการขึ้นทะเบียนยาที่มีการสังเคราะห์สารสกัดจากกัญชาทั้ง THC และ CBD เป็นส่วนประกอบไปจำนวนมาก เช่น cesamet มีโมเลกุลสารคล้าย THC ได้รับอนุมัติจาก WHO ให้จำหน่ายและใช้ได้หลายประเทศ ในทวีปยุโรป และสหรัฐอเมริกา ส่วน marinol ที่ได้รับอนุมัติตั้งแต่ปี ค.ศ. 1985 ก็ได้รับการผลักดัน ให้ใช้รักษาโรคแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ และ Epidolex ที่มี CBD เป็นส่วนประกอบ สำหรับการรักษา โรคลมชักก็ได้รับการรับรองโดยสหภาพยุโรป ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งประเทศอังกฤษกำหนดให้สามารถเบิกจ่าย ยาชนิดดังกล่าวได้ในระบบประกันสุขภาพแล้ว ส่วนการเปิดให้ใช้กัญชาทางการแพทย์เท่านั้น มีหลายประเทศ ทั่วโลก เช่น อาร์เจนตินา ออสเตรเลีย ซิลี โคลัมเบีย โครเอเชีย อิตาลี เยอรมนี กรีซ จาไมกา และไทย เมื่อพิจารณาในระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่า ประเทศอินโดนีเซีย ให้ความสำคัญกับงานวิจัย ซึ่งมีความก้าวหน้ามาก

ในภาพรวมของการควบคุมกัญชาในต่างประเทศทั่วโลก มี ๔ กลุ่ม ได้แก่

- ๑) ถูกกฎหมาย (legal) คือ แคนาดา อูรุกวัย และบางประเทศในทวีปแอฟริกา
- ๒) ไม่ถูกกฎหมาย (illegal) ซึ่งยังไม่เปิดกว้างให้การใช้กัญชาถูกกฎหมาย แต่ผ่อนปรน ให้มีความยืดหยุ่นมากยิ่งขึ้น ส่วนใหญ่หลายประเทศอยู่ในกลุ่มนี้
- ๓) ไม่ถูกกฎหมาย (illegal) แต่มาตรการการควบคุมเป็นไปอย่างหละหลวม
- ๔) ไม่ถูกกฎหมาย (illegal) โดยมีมาตรการบังคับใช้อย่างเด็ดขาด

สำหรับตัวแบบในบางประเทศที่มีการให้อนุญาตปลูกกัญชาเพื่อใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ ในระดับครัวเรือน ดังนี้

- ๑) ประเทศที่อนุญาตให้ปลูกกัญชาจำนวนน้อยกว่า ๖ ต้น ได้แก่ เบลเยียม แคนาดา สหราชอาณาจักรเช็ก และจาไมกา
- ๒) ประเทศที่อนุญาตให้ปลูกกัญชาจำนวน ๖ - ๒๐ ต้น ได้แก่ บางรัฐ ในสหรัฐอเมริกา ศรีลังกา และจอร์เจีย

ก) ประเทศที่อนุญาตให้ปลูกกัญชาจำนวนมากกว่า ๒๐ ต้น ได้แก่ ซิลี แอฟริกาใต้ สเปน โคลัมเบีย

ขณะที่การพิจารณาการจดสิทธิบัตรเกี่ยวกับยาที่มีส่วนผสมของสารสกัดกัญชาในประเทศไทย ยังคงต้องติดตาม เพราะหากอนุญาตให้ดำเนินการทางด้านการวิจัย จะทำให้อุตสาหกรรมบางชนิดในประเทศไทยจะได้รับผลกระทบทำให้ไม่อาจดำเนินการได้ ซึ่งที่ผ่านมามีการยื่นทั้งสิ้น ๑๓ คำขอ ผลการดำเนินการ คือ ละทิ้ง ๓ คำขอ ปฏิเสธ ๔ คำขอ และอีก ๖ คำขอ ไม่สามารถติดตามได้

### ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

สารสกัดกัญชาที่สำคัญมี ๒ ชนิด ที่มีการนำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ คือ delta - 9 - tetrahydrocannabinol (THX) เมื่อเข้าสู่สมองจะจับกับ cannabinoid receptors (CB) ทั้งชนิด CB1 และ CB2 ทำให้เกิดอาการเคลิ้ม ผ่อนคลายความวิตกกังวล รู้สึกเป็นสุข แต่บางรายมีอาการกระวนกระวาย เดินเซมีการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนไป เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน หรือหลงผิด ความจำบกพร่อง สมาธิไม่ดี การตัดสินใจเสีย ส่วนสาระสำคัญชนิดที่ ๒ คือ cannabidiol (CBD) ซึ่งมีฤทธิ์ต่อจิตและประสาทน้อยกว่า แต่จะจับกับ cannabinoid receptors ชนิด CB2 มากกว่า ซึ่ง CB2 พบมากในระบบภูมิคุ้มกันและประสาทส่วนปลาย ทำหน้าที่ควบคุมการตอบสนองของภูมิคุ้มกันและปฏิกิริยาการอักเสบ โดยลดการทำงานของ T - lymphocyte และลดการหลั่งสารหลายชนิด เช่น Interferon gamma หรือ Interleukin - 12 จึงมีฤทธิ์ลดการอักเสบบริเวณปลายประสาทและลดปวดในระบบประสาทจากกลไกการออกฤทธิ์ของสารสกัดกัญชาดังกล่าว จึงมีการนำมาใช้รักษาโรค จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพดีพบว่า สารสกัดกัญชาได้ประสิทธิผลในการรักษาโรคเจ็บป่วยเรื้อรัง โรคปวดเส้นประสาท กล้ามเนื้อเกร็งจากโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง โรคลมชักในเด็ก ใช้เป็นยาลดการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับผลข้างเคียงจากเคมีบำบัด ใช้เป็นยาเพิ่มความอยากอาหารในผู้ป่วยเอดส์ที่มีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้ออย่างมาก แต่สารสกัดจากกัญชายังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพดีพอที่จะยืนยันประสิทธิภาพในการรักษาโรคทางจิตเวช ในทางกลับกันยังพบว่า อาจส่งผลเสียต่อการดำเนินโรค อาทิ การใช้กัญชาในการหยุดยั้งหรือรักษาโรคอัลไซเมอร์ จาก Preclinical research ในสัตว์ทดลอง พบว่า สารสกัดจากกัญชาอาจช่วยลด amyloid plaques ซึ่งเป็นพยาธิสภาพที่พบบ่อยในอัลไซเมอร์ โดยมีการทบทวนและหาข้อสรุปหลักฐานเกี่ยวกับประสิทธิผลและทนายได้สำหรับ cannabinoids ในการรักษาอาการพฤติกรรมและอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วย dementia จากงานวิจัย 2RCT ใช้ยาสังเคราะห์ THC ผู้ป่วยทนายได้ดี แต่ไม่พบประสิทธิผลของยาในการเปลี่ยนแปลง ค่าคะแนนพฤติกรรมและอาการจิตประสาทจากแบบประเมิน neuropsychiatric inventory (NPI) มีรายงานกรณีศึกษาและงานทดลองแบบ open label trials พบประโยชน์จากการใช้ยา synthetic cannabinoids เสริมไปกับการรักษาที่มี พบว่า มีการลดลงของ agitation, aberrant motor behaviour and night time behaviour จึงมีความจำเป็นต้องสร้างงานวิจัย RCT คุณภาพดีที่ทำในผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อมระดับความรุนแรงต่าง ๆ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของ cannabinoids ในการรักษาอาการพฤติกรรม รวมทั้งผลข้างเคียงของยาต่อ cognitive and neuropsychiatric functioning

สารสกัดกัญชายังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพดีที่จะยืนยันประสิทธิภาพในการรักษาโรคทางจิตเวช โดยโรควิตกกังวล พบว่า ความชุกของโรควิตกกังวลเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับอัตราการใช้กัญชาสูง แสดงถึงการใช้กัญชามีผลเสียต่อโรควิตกกังวล ซึ่งรายงานผลการวิจัยแบบ observational study เกี่ยวกับการใช้กัญชาในโรคเครียดหลังประสบภัยพิบัติในประเทศแคนาดา ทั้งนี้ ยังต้องการงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเลือกเปรียบเทียบที่มีคุณภาพเพื่อยืนยันประสิทธิผลของการรักษา

ด้วยสารสกัดกัญชา ส่วนโรซินิเคร่า พบว่า การใช้กัญชาเพิ่มความเสี่ยงต่อโรซินิเคร่า ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับปริมาณที่ใช้ อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ที่ ๑.๑๗ เท่า ในผู้ใช้กัญชา และยังไม่มีการวิจัยการทดลองแบบ randomized controlled trials (RCT) ที่สนับสนุนประสิทธิผลของการสกัดกัญชาในการรักษาโรซินิเคร่า โรคจิตเภท พบว่า มีหลักฐานเชิงประจักษ์หลายประการที่สนับสนุนว่าการใช้กัญชามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทหรือโรคจิตชนิดอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะผู้ใช้กัญชาเป็นประจำปริมาณมาก ๆ มีประวัติเคยเป็นโรคจิตมาก่อน ทั้งนี้ มีประวัติคนในครอบครัวป่วยทางจิต โดยอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ต่อการเกิดโรคจิตในผู้ใช้กัญชาเป็น ๑.๔๑ เท่า โรคอารมณ์สองขั้ว ในรายงาน Lev – Ran et al. 2013 พบว่า ผู้ป่วยโรคนี้นี้มีปัญหาการใช้กัญชาในช่วง ๑ ปีที่ผ่านมา ร้อยละ ๗.๒ ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไปที่พบเพียง ร้อยละ ๑.๗ ซึ่งกัญชามีผลทำให้อาการของผู้ป่วยแย่ลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการ mania กำเริบมีความเสี่ยงสัมพัทธ์ถึง ๓ เท่า โรคนอนไม่หลับ พบว่า สาร CBD มีประสิทธิผลดีกว่าสาร THC เนื่องจากช่วยลด sleep latency แต่ไม่ทำให้คุณภาพการนอนเสียในระยะยาว ส่วนในกลุ่มโรคนอนกรนจากการอุดตันระบบทางเดินหายใจ จะเกิดผลดีในระยะเวลายาวขึ้น หากหยุดใช้จะเกิดภาวะการรบกวนการหายใจ

การประเมินก่อนสั่งจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ การเฝ้าระวังความปลอดภัยและผลกระทบทางจิตเวช ในกรณีดังนี้

๑. ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามทางจิตเวชในการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่จะทำให้อาการรุนแรงขึ้น ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ยังคงมีอาการหรืออยู่ระหว่างรับการรักษาโรคจิตเวช อาทิ โรคจิตเภทหรือโรคจิตชนิดอื่น ๆ โรคอารมณ์สองขั้ว โรซินิเคร่า ซึ่งมีความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย

๒. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงการป่วยทางจิตจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยต้องมีการซักประวัติว่า มีญาติสายตรง คือ พ่อ แม่ พี่ และน้อง ที่มีประวัติป่วยโรคจิตเภท โรคจิตอื่น ๆ หรือโรคอารมณ์สองขั้ว และห้ามใช้กัญชากับผู้ที่อายุต่ำกว่า ๒๕ ปี สตรีตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร และเคยมีประวัติเจ็บป่วยทางจิตเวช เคยมีประวัติหรือกำลังมีปัญหาพฤติกรรมเสพติด

๓. ผู้ที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาที่มี drug interaction กับผลิตภัณฑ์กัญชา อาทิ ยาด้านการแข็งตัวของเลือด เช่น warfarin, apixaban ยาด้านการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด เช่น clopidogrel ยาแก้ชัก เช่น phenytoin, carbamazepine ยาลดอัตราการเต้นของหัวใจ เช่น propranolol, bisoprolol ยาในกลุ่ม fluoroquinolones เช่น norfloxacin ยาในกลุ่ม dihydropyridine ยาในกลุ่ม SSRI เช่น fluoxetine ยาออกฤทธิ์กดประสาท เช่น opioid, benzodiazepine ยาที่ถูก metabolized โดย CYP 1A2, 2C9, 2C19, 2D6 ในปริมาณมาก เช่น midazolam, diazepam, flunlizine, ergatamine, antiHIV

๔. โรคประจำตัวที่ควรหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์กัญชาที่มีความเข้มข้นของ THC สูง อาทิ โรคตับ โรคไต และโรคหัวใจ

ดังนั้น ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยจึงออกประกาศที่ ๑๒/๒๕๖๑ แลกงจุดยืนของราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง “การใช้กัญชาทางการแพทย์” โดยอาศัยอำนาจตามความในหมวด ๓ ข้อ ๘ (๗) แห่งข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๓๘ และมติคณะผู้บริหารราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย มีความคิดเห็นและขอแนะนำเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ซึ่งความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาต่อผลทางจิตเวชเห็นว่า กัญชามีฤทธิ์ทำให้เสพติดได้ ซึ่งเกิดจากฤทธิ์ของสาร delta9 – THC กัญชาไม่ว่าในรูปแบบใดก็ตาม ยังไม่มีใช้ทางการแพทย์โรคทางจิตเวช การใช้กัญชามีฤทธิ์รบกวนการทำงานของสมอง และอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตเวชได้ ส่วนคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้กัญชา เห็นว่า บุคคลควรใช้กัญชาหรือสารสกัดตามข้อบ่งชี้ที่มีหลักฐานทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานรองรับเท่านั้น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลของกัญชาทั้งประโยชน์และโทษ ควรระบุ

ให้ชัดเจนว่า เป็นผลของการใช้กัญชาหรือสารสกัด เช่น delta9 – THC หรือเป็นผลจากสารสังเคราะห์ ทั้งนี้ บุคคลทั่วไปที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ไม่ควรใช้กัญชา โดยเฉพาะเด็กและเยาวชน และผู้ที่มีโรคทางจิตเวช

แนวทางการใช้สารสกัดกัญชาในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตยังมีข้อมูลจำกัดในด้านประโยชน์สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเวช โรคอารมณ์ผิดปกติ ทั้งโรคซึมเศร้าและอารมณ์แปรปรวน โรควิตกกังวล และโรคนอนไม่หลับ กลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงสูงและมักแสวงหาความสุขช่วงสั้น ๆ จากการใช้กัญชา ซึ่งเกิดผลเสียจากการใช้กัญชา เช่น อาการโรคจิตกำเริบ หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อีกทั้งเสี่ยงต่อการติดสารเสพติด ปัจจุบันยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีพอในการนำสารสกัดกัญชามาใช้ทางการแพทย์ในการรักษาโรคทางจิตเวช ควรมีการทำวิจัยในเรื่องนี้ตามระเบียบวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งต้องการงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเลือกเปรียบเทียบ ส่วนในโรคที่มียารักษาได้ผลดีอยู่แล้วไม่ควรสนับสนุนให้มีการเปลี่ยนมาใช้สารสกัดกัญชาในการรักษาโรคทางจิตเวช

### แพทยสภา

แพทยสภาได้มีการประชุมร่วมกับราชวิทยาลัยต่าง ๆ ทั้ง ๑๔ ราชวิทยาลัย เกี่ยวกับการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ และจัดทำข้อสรุปการสนับสนุนการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ถูกต้องตามหลักวิชาการที่น่าเชื่อถือ และปลอดภัยต่อประชาชน ซึ่งผู้ที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ คือ 3P safety คือ แพทย์ (Personnel) ต้องผ่านหลักสูตรการฝึกอบรมจากกรมการแพทย์ สถานพยาบาล (Place) ต้องขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งต้องมียาที่ขออนุญาตถูกต้องตามกฎหมาย ผลิตภัณฑ์ (Product) ต้องรู้แหล่งที่มาของผลิตภัณฑ์และได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อให้มั่นใจถึงความปลอดภัย

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย ให้ข้อมูลว่าการใช้ยาต้องคำนึงถึงประโยชน์ที่คนไข้จะได้รับเมื่อเทียบกับความเสี่ยงของยา ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ชัดเจนว่า การใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ผลดีในกลุ่ม Palliative care คือ กลุ่มโรคระยะสุดท้าย โรคเรื้อรัง กลุ่มที่มีอาการปวดประสาทส่วนกลาง กล้ามเนื้อหดเกร็งจาก multiple sclerosis โรคลมชักบางประเภท อาการคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด ทั้งนี้ มีรายงานว่าอาจใช้ได้ผลแต่ขาดข้อมูลระยะยาว ซึ่งอยู่ระหว่างการทดลอง คือ กลุ่มโรคลมชักที่ดื้อต่อยา Parkinsonism, Alzheimer ส่วนโรคที่ขาดหลักฐานเพียงพอว่าดีกว่ายามาตรฐาน หรืออาจมีโทษมากกว่า อาทิ Migraine, อาการนอนไม่หลับ อาการปวดประสาทส่วนปลาย (Peripheral neuropathic pain) ดังนั้น จึงไม่ได้ใช้กัญชาในการรักษาโรคทุกโรค แต่ใช้สารออกฤทธิ์ที่มีอยู่ในกัญชาเป็นหลัก ซึ่งกัญชามีหลายสายพันธุ์ แต่ละพันธุ์มีส่วนของสารออกฤทธิ์ต่างกัน ทำให้ผลการรักษาโรคและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ดังนั้น การใช้กัญชาที่ไม่ทราบองค์ประกอบทางเคมีที่แน่นอน จึงไม่ต่างจากการให้ผู้ป่วยทดลองยา

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ให้ข้อมูลว่า THC ในสารสกัดจากกัญชาสามารถผ่านจากรกสู่ทารกในครรภ์ได้ หากพบว่า มารดามีการใช้สารสกัดกัญชาควรแนะนำให้งด เพราะอาจส่งผลกระทบต่อทารกและการตั้งครรภ์ ซึ่งกัญชาสามารถตรวจพบได้ในนมมารดา แพทย์จึงควรแนะนำให้มารดาห้ามใช้ผลิตภัณฑ์จากกัญชาทุกชนิดระหว่างการให้นมบุตร ทั้งนี้ แพทย์จะมีการถามประวัติสารเสพติดอื่นในหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการใช้กัญชาทุกราย ซึ่งกัญชาอาจทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการทางจิตประสาทและอารมณ์แปรปรวน รวมทั้งส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของสมองและความสามารถในการเรียนรู้ของทารก และทำให้เด็กที่มีประวัติของมารดาใช้กัญชาระหว่างตั้งครรภ์มีแนวโน้มการใช้สารเสพติดชนิดอื่นได้ง่ายเมื่อเติบโตขึ้น ทั้งนี้ ห้ามมิให้แพทย์ใช้สารสกัดจากกัญชาในผู้ที่อายุน้อยกว่า ๒๕ ปี เนื่องจากอาจทำให้เกิดอาการของโรคจิตและส่งผลกระทบต่อตามมา



ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ให้ข้อมูลว่า THC ในสารสกัดจากกัญชา หากใช้ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานานจะส่งผลเสียต่อสมองที่กำลังเจริญเติบโตในเด็กและวัยรุ่น ทั้งนี้ ยังไม่ควรนำสารสกัดกัญชาที่มี THC และสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทใด ๆ มารักษาโรคในเด็กและวัยรุ่น จนกว่าจะมีข้อมูลการศึกษาวิจัยที่น่าเชื่อถือ เพื่อยืนยันถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากการรักษา เนื่องจากกัญชาอาจทำให้เด็กปัญญาอ่อนหรือป่วยด้วยโรคจิตเภท ดังนั้น จึงห้ามใช้กัญชาในเด็กหรือวัยรุ่นอายุต่ำกว่า ๒๕ ปี ยกเว้นเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักบางประเภท ซึ่งไม่ตอบสนองต่อยาแผนปัจจุบัน

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยและมะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย ให้ข้อมูลว่าการใช้ THC ซึ่งเป็นสารสกัดจากกัญชาในระยะยาวอาจส่งผลต่อความสามารถในการรับรู้และความสามารถในการตัดสินใจ มีความเสี่ยงต่อการติดยา ทำให้เกิดอาการขาดการกระตือรือร้น อาการแพ้และกระวนกระวาย รวมทั้งทำให้มีอาการหลอน เคลิ้ม รัสเซียก่วง และยังไม่มีความชัดเจนว่า สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการนอนหลับได้

กลุ่มโรคมะเร็งการใช้กัญชาในการรักษาอาจไม่ใช่ทางเลือกสุดท้าย แต่ก็ไม่ใช่ทางเลือกแรกของการรักษา เนื่องจากฤทธิ์ของกัญชาในการรักษาโรคมะเร็งเกือบทุกชนิดอยู่ระหว่างการวิจัยและทดลอง หากมีการใช้กัญชาในการรักษาโรคมะเร็งควรใช้ควบคู่กับการรักษาในแผนปัจจุบัน ยกเว้นผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อการรักษาแผนปัจจุบันได้ ซึ่งสารสกัดจากกัญชากับโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หากผู้ป่วยยังคงสามารถทำการรักษาในแผนปัจจุบันได้ไม่ควรนำกัญชามาใช้ เนื่องจากกัญชาเพียงแค่ช่วยระงับอาการเท่านั้น แต่ยังไม่สามารถรักษาให้หายจากการเป็นโรคมะเร็งได้ ซึ่งพบว่า ยังไม่มีงานวิจัยที่ชัดเจนสำหรับการใช้สารสกัดจากกัญชา เพื่อรักษาโรคมะเร็งให้หายขาดได้ ดังนั้น จึงห้ามใช้กัญชาทดแทนยาแผนปัจจุบันที่ใช้เป็นมาตรฐานกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง เนื่องจากสารสกัดจากกัญชาไม่มีฤทธิ์ต้านมะเร็ง แต่สามารถบรรเทาอาการปวดหรือคลื่นไส้อาเจียนได้ ทั้งนี้ สารสกัดจากกัญชาจะมีผลกระทบต่อฤทธิ์ของยาหลายชนิด แพทย์ต้องระมัดระวังในผู้ป่วยที่ใช้ยาละลายลิ่มเลือด ยาป้องกันเกร็ดเลือดเกาะตัว ยาแก้อักเสบ

ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ให้ข้อมูลว่า กัญชายังไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในผู้ป่วยจิตเวชทุกโรค และอาจทำให้อาการทางจิตแย่ลง ซึ่งแพทย์ต้องระวังการใช้สารสกัดจากกัญชาในผู้สูงอายุ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่ออาการป่วยทางจิต ผู้ที่ใช้ยากดประสาทอยู่เดิม

ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ให้ข้อมูลว่า หากผู้ป่วยที่ใช้กัญชาไม่แจ้งประวัติการใช้กัญชาก่อนมีการดมยาสลบ สารสกัดจากกัญชาอาจทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตแปรปรวน อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ หนาวสั่น หลอดลมไวผิดปกติ และทางเดินหายใจอุดตัน ดังนั้น ผู้ป่วยควรแจ้งแพทย์และงดการใช้กัญชาอย่างน้อย ๗๒ ชั่วโมง ก่อนการดมยาสลบ เนื่องจากสารออกฤทธิ์ในกัญชามีผลทำให้คลื่นสมองผิดปกติ อาจทำให้ผู้ป่วยทนต่อยาดมสลบมากกว่าปกติ ทำให้ยาคลายกล้ามเนื้อออกฤทธิ์นานขึ้น ผู้ป่วยจะฟื้นจากการดมยาสลบช้ากว่าปกติ นอกจากนี้ สารสกัดจากกัญชาไม่ได้ลดอาการปวดได้ดีกว่ายาแผนปัจจุบัน แต่มีการเสริมฤทธิ์ หรืออาจต้านฤทธิ์เมื่อใช้ร่วมกับยาแผนปัจจุบัน

ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ให้ข้อมูลว่า การใช้สารสกัดจากกัญชาในผู้ป่วยที่มีโรคทางสมองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ อาจทำให้เกิดปัญหาในการรักษาผู้ป่วยและสร้างความสับสนแก่แพทย์ในการวางแผนรักษาได้

ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย ให้ข้อมูลว่า การนำสารสกัดจากกัญชาไปรักษาตาต่อหินพบว่า กัญชาไม่มีฤทธิ์เหนือกว่ายาแผนปัจจุบัน แต่จะส่งผลเสียต่อสมองและระบบประสาทมากกว่า

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย ให้ข้อมูลว่า ผลข้างเคียงของกัญชา คือ ความคิดและความจำแย่ง มีอาการมึนงง ปวดหัว มีอาการโรคหลอดเลือดสมอง อาการท้องผูก อ่อนล้า เพลียง่าย มีอาการซึมเศร้า ประสาทหลอน หูแว่ว ท้องผูก ง่วงบ่อย ความสามารถในการตัดสินใจและการควบคุมลดลง ความดันโลหิตแปรปรวน ใจสั่น ซึ่พจรไม่คงที่ และสติสัมปชัญญะแปรปรวน ซึ่งผลข้างเคียงของกัญชาที่รุนแรง คือ สัญญาณชีพและความรู้สึกตัวผิดปกติ ส่วนใหญ่เกิดจากการใช้กัญชาที่ไม่รู้ส่วนประกอบที่แน่ชัด ใช้ปริมาณมากเกินไป หรือใช้ร่วมกับยาแผนปัจจุบันโดยไม่ทราบกลไกออกฤทธิ์ที่ซับซ้อน ซึ่งแพทย์จำเป็นต้องให้การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ

ปัจจุบันยังไม่มี Antidote สำหรับผู้ที่ได้รับกัญชาเกินขนาดแบบเฉียบพลัน โดยทั่วไปกัญชาจะหมดฤทธิ์ไปเองภายใน ๒๔ - ๔๘ ชั่วโมง หรือนานกว่านั้น ในกรณีของผู้สูงอายุหรือผู้ที่ตบผิดปกติ แพทย์ควรรักษาตามอาการ โดยให้ยาระงับประสาท ควบคุมความดันโลหิตและทำให้ทางเดินหายใจโล่งขึ้น

การใช้กัญชาสามารถส่งผลข้างเคียงรุนแรงต่อร่างกายและจิตใจ จึงควรห้ามใช้กัญชาในคนปกติ เพื่อนั้นทนการโดยเด็ดขาด เนื่องจากการใช้กัญชาผิดวิธีจะมีผลรุนแรงถึงขั้นพิการและเสียชีวิตได้ รวมทั้งไม่สามารถใช้รักษาได้ทุกโรค และยังจัดเป็นยาเสพติดประเภท ๕ แต่อนุญาตให้ใช้ในทางการแพทย์เพื่อรักษาโรคได้เท่านั้น

กัญชา คือ พืชสมุนไพรที่มีคุณสมบัติใช้เป็นยารักษาหรือบรรเทาอาการของโรคบางอย่างได้ แต่มีทั้งคุณและโทษในเวลาเดียวกัน อีกทั้งมีช่วงความปลอดภัยของปริมาณการใช้ที่แคบมาก มีผลออกฤทธิ์ต่อร่างกายทุกระบบ จึงจำเป็นต้องควบคุมดูแลการใช้รอบคอบ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและประชาชนเป็นสำคัญ ควรมีการควบคุมการโฆษณาและการส่งเสริมการขายสารสกัดจากกัญชา พร้อมกับการให้ความรู้ แก่ผู้ป่วยในการใช้สารสกัดกัญชาอย่างถูกต้อง และผู้ป่วยควรได้รับความปลอดภัยจากการใช้กัญชาอย่างเหมาะสม ซึ่งการให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยใช้สารสกัดจากกัญชา แพทย์ต้องตระหนักว่าไม่มีแรงจูงใจเรื่องเงิน ผลประโยชน์ หรือชื่อเสียงส่วนตัว ทั้งนี้ ไม่แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เพียงเพราะความเชื่อส่วนตัวโดยปราศจากผลการศึกษาวิจัยที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือเพียงพอมารองรับ แม้จะมีผู้ป่วยบางรายที่มีอาการดีขึ้นจากการใช้สารสกัดกัญชาแต่ต้องตระหนักว่าอาจมีผลกระทบบแฝงที่ต้องใช้เวลานานจึงจะปรากฏอาการให้เห็นภายหลัง

## ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ ดังนี้

### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

๑. รัฐควรกำหนดให้มีมาตรการการควบคุมที่ชัดเจนกรณีที่มีนโยบายให้แต่ละครัวเรือนปลูกกัญชาได้ ๖ ต้น โดยเห็นว่า หากให้ประชาชนรวมตัวกันในกลุ่มจัดตั้งเป็นวิสาหกิจชุมชนหรือรูปแบบสหกรณ์ ในการกำหนดพื้นที่เพาะปลูกร่วมกันภายใต้การควบคุมดูแลอย่างเป็นระบบ หรือให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทดลองปลูกในบางพื้นที่ก่อน หากประสบความสำเร็จจึงขยายพื้นที่ต่อไป ทั้งนี้ จะทำให้เกิดประโยชน์ และมีการดำเนินการตามนโยบายที่สามารถควบคุมได้อย่างรัดกุมตามที่กฎหมายกำหนด

๒. รัฐจำเป็นต้องดำเนินการตามสนธิสัญญา Single Convention on Narcotic Drugs ปี ค.ศ. 1961 และแก้ไขเพิ่มเติมปี ค.ศ. 1972 ซึ่งกำหนดให้ หากรัฐภาคีใดเปิดให้ประชาชนปลูกกัญชาได้ จะต้องมีกรายงานพื้นที่การปลูกกัญชาต่อองค์การสหประชาชาติ ในลักษณะระบุเป็นพิกัด GPS และต้องมีการจัดตั้ง “หน่วยงานกลาง” ขึ้นมากำกับดูแลทุกขั้นตอนตั้งแต่จัดเก็บ นำเข้า ตลอดจนการส่งออก เพื่อควบคุมดูแลราคาตลาด

๓. กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานในการพัฒนาติดตามการปฏิบัติงาน (tracking) ซึ่งมีศูนย์ปฏิบัติการ สำหรับการเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่ โรคติดต่อตามฤดูกาลทุกพื้นที่ตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด ดังนั้น จึงควรมอบหมายให้กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบ tracking พื้นที่เพาะปลูก โดยสามารถระบุพิกัด GPS เพื่อดำเนินการจัดทำรายงานพื้นที่ที่มีการเพาะปลูก เนื่องจาก กรมควบคุมโรคสามารถแสดงผลได้แบบ real time จึงถือว่ามีศักยภาพเพียงพอในการรวบรวมข้อมูล พิกัด GPS พื้นที่เพาะปลูกกัญชา สำหรับรายงานไปยังองค์การสหประชาชาติ

๔. ในอนาคตรัฐบาลควรลดข้อจำกัดการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งยังมีอุปสรรคในการดำเนินการ เช่น การแบ่งปันผลประโยชน์ การผลิตที่เป็นอำนาจของภาครัฐ การส่งผลิตภัณฑ์ไปยังหน่วยงานเอกชนยังถือเป็นเรื่องยาก เนื่องจากสามารถส่งผลิตภัณฑ์กัญชา ไปยังโรงพยาบาลรัฐเท่านั้น

๕. ควรกำหนดให้มีการจัดทำฐานข้อมูลร่วมกันระหว่างกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ปปส.) เพื่อเชื่อมโยงฐานข้อมูลของแต่ละหน่วยงานเข้าด้วยกัน สำหรับเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการตัดสินใจ ของผู้บริหารเกี่ยวกับการควบคุมดูแลการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๖. รัฐควรให้การสนับสนุนด้านงบประมาณสำหรับการวิจัยกัญชาเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ ทางทางการแพทย์ร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ในลักษณะ Multicenter ซึ่งสามารถพิจารณาถึงผลดี ผลเสียของผลิตภัณฑ์ที่มีการนำมาวิจัย เพื่อหาแนวทางร่วมกันนำมาซึ่งข้อมูลที่ครบถ้วนและทำให้เป็นที่ยอมรับ ของประชาชนและผู้ใช้งาน

### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านกฎหมาย

๑. ควรทบทวนการกำหนดให้กัญชาอยู่ในบัญชียาเสพติดประเภทที่ ๕ ทั้งนี้ หากดำเนินการได้ จะสามารถนำกัญชามาใช้ในการศึกษาวิจัยเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ต่อไปได้

๒. มาตรา ๒๖/๕ (๗) ที่กำหนดให้ “ผู้ขออนุญาตอื่นตามที่รัฐมนตรีโดยความเห็นชอบ ของคณะกรรมการยาเสพติดกำหนดในกฎกระทรวง” การบัญญัติลักษณะนี้ทำให้เกิดอุปสรรค สำหรับการเข้าถึงยาสารสกัดกัญชา จึงทำให้ผู้ป่วยมีการลักลอบใช้แบบผิด ๆ จนต้องเข้าโรงพยาบาล ซึ่งถือเป็นการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Harm Reduction) ที่สำคัญ

๓. ควรมีมาตรการในการควบคุมดูแลการปลูกกัญชาที่รัดกุม ภายหลังจากกำหนดระยะเวลา ๕ ปี ตามบทเฉพาะกาลของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ เพราะวิชาชีพชุมชน หน่วยงานอื่น ๆ รวมทั้งเอกชนสามารถปลูกกัญชาเองได้ โดยไม่ต้องเชื่อมโยงกับหน่วยงานของรัฐ

๔. ควรแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ ในส่วนที่ เกี่ยวข้องกับกัญชา ให้สอดคล้องตามสนธิสัญญา Single Convention on Narcotic Drugs โดยกำหนดให้ กัญชานั้นอยู่ในสถานะของบัญชียาประเภทที่ ๓ ตามสนธิสัญญาฉบับดังกล่าวเพื่อผลักดันตำรับยา แพทย์แผนไทยที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบให้เป็นทางเลือกของประชาชน เพราะได้รับการยกเว้น จากการควบคุม เนื่องจากเข้าตามหลักเกณฑ์ที่ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการค้นหาตัวยา (ECDD) ซึ่งมีมติ ออกมาใหม่ โดยให้ยกเลิกสารสกัด (extract) กับสารละลาย (tincture) จากกัญชาจากบัญชียาประเภทที่ ๑ (schedule ๑) ที่หมายถึงสารประกอบยา ซึ่งถือเป็นสารเสพติดและให้ใช้คำจำกัดความ (definition) ในบัญชียาประเภทที่ ๓ (Schedule 3) ว่า ยาเตรียม (preparation) หมายถึง ยาที่มีสารเสพติดเป็นส่วนผสม อยู่กับตัวยาอื่นจำนวนเล็กน้อยตามตำรับ ในลักษณะที่ไม่สามารถแยกสารเสพติดที่ผสมอยู่ออกมาได้ง่าย

โดยตำรับยาแผนไทยไม่สามารถแยกัญชาเดี่ยว ๆ ออกมาได้ ไม่ว่าจะชนิดน้ำหรือผง อีกทั้งผลิตภัณฑ์ของประเทศไทยที่เข้าเงื่อนไขดังกล่าวและมีการใช้อย่างแพร่หลาย เช่น ยาแก้ไอ น้ำดำ ยาผสมสารละลายจากฝิ่น การบูร และยาแก้ท้องอืดของตำราหลวง จะได้รับการยกเว้นและใช้กันทั่วประเทศ ดังนั้น ในกรณีของัญชาสามารถผลักดันได้ตามเงื่อนไขดังกล่าว

#### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะทางวิชาการ

๑. คณะกรรมการสนับสนุนข้อคิดเห็นของกรมการแพทย์ ที่หากมีการดำเนินการศึกษาวิจัยโดยความร่วมมือกับต่างประเทศ ต้องคำนึงผลประโยชน์ของประเทศเป็นหลัก เพื่อหลีกเลี่ยงการเอื้อประโยชน์จนส่งผลให้วัตถุประสงค์ของการใช้กัญชาทางการแพทย์ของประเทศไทยถูกบิดเบือน

๒. ควรสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยที่มีสูตรยาัญชาประมาณ ๙๐๐ สูตร และได้รับการจัดเป็นตำรับยาแห่งชาติ ๑๖ ตำรับ อย่างเป็นระบบ

๓. ควรมุ่งเน้นศึกษาและวิจัยเมล็ดพันธุ์กัญชา เพื่อหา DNA Code ของกัญชาพันธุ์ไทยที่ได้รับการยอมรับจากต่างประเทศว่า เป็นกัญชาที่ดีที่สุดแห่งหนึ่งของโลกสำหรับนำสายพันธุ์ไปใช้ประโยชน์ในขั้นตอนการปลูก และการผลิต

๔. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชนควรร่วมมือกันดำเนินการวิจัยเกี่ยวกับสารสกัดจากกัญชาเพื่อนำมาใช้ในทางการแพทย์ เพื่อให้การดำเนินการในเรื่องดังกล่าวเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และควรจดทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญา เพื่อประโยชน์ของประเทศชาติและประชาชนต่อไป

๕. สารสกัดจากกัญชายังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพดีพอที่จะยืนยันประสิทธิภาพในการรักษาโรคทางจิตเวช ในทางกลับกันยังพบว่า อาจส่งผลเสียต่อการดำเนินโรค ดังนั้น ในประเด็นนี้จึงควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อนำผลการศึกษามาประกอบการดำเนินการเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน

#### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการ

๑. ควรผลักดันให้บุคลากรทางการแพทย์แผนไทยและแผนปัจจุบันดำเนินการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ร่วมกันให้ได้ เมื่อได้ผลลัพธ์ที่ดีจะส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยลดลง และจะนำไปสู่การปรับปรุงหลักสูตรนักศึกษาแพทย์แผนปัจจุบันเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์

๒. ควรจัดอบรมแพทย์และเภสัชกรที่มีความพร้อมต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ ในด้านการใช้สมุนไพรในลักษณะของสารออกฤทธิ์กลุ่ม เพื่อให้พบถึงประสิทธิภาพที่ชัดเจน โดยไม่มีผลข้างเคียงก่อนจะขยายการอบรมองค์ความรู้ไปยังแพทย์และเภสัชกรที่ยังมีทัศนคติในทางตรงข้าม

๓. ในการศึกษาวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์สารสกัดกัญชาให้มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพสำหรับนำไปใช้ทางการแพทย์ ควรคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นสำคัญ ซึ่งต้องไม่มีการปนเปื้อนของสารเคมีและโลหะหนัก รวมทั้งจุลินทรีย์

๔. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการติดตามการจดสิทธิบัตรกัญชาอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการสูญเสียโอกาสในการจดสิทธิบัตรของไทย

๕. หากรัฐมีนโยบายให้แต่ละครัวเรือนสามารถปลูกกัญชาได้ ๖ ต้น ทั้งนี้ กรณีดังกล่าวควรแบ่งเป็นระยะ ไม่ควรดำเนินการอนุญาตให้ประชาชนปลูกกัญชาได้ครัวเรือนละ ๖ ต้นทันที โดยประเมินจากความพร้อมของแต่ละพื้นที่ที่มีชุมชนเข้มแข็งและมีความเข้าใจการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ และสามารถตรวจสอบได้ว่า ไม่ผิดวัตถุประสงค์ คาดว่า ภายในระยะเวลา ๑ ปี ถึง ๑ ปีครึ่ง จะสามารถดำเนินการได้แล้วเสร็จ โดยให้หน่วยงานส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการกำกับดูแลพื้นที่การเพาะปลูกร่วมกันของแต่ละชุมชน

๖. ควรผลักดันให้บุคลากร ระหว่างการแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบัน สามารถดำเนินการร่วมกันให้ได้ เมื่อได้ผลลัพธ์ที่ดีผู้ป่วยจะลดลงจากโรงพยาบาล แล้วจึงนำไปสู่ การเพิ่มหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์สำหรับแพทย์แผนปัจจุบัน โดยจะขึ้นกับ consulting ของมหาวิทยาลัย ในการจัดหลักสูตรแพทย์แผนปัจจุบัน

๗. ควรผลักดันให้สถาบันกัญชาเป็นหน่วยงานกลางในการกำกับดูแลมาตรฐาน ของผลิตภัณฑ์น้ำมันกัญชา โดยมีการออกกฎหมายรองรับ พร้อมทั้งมุ่งเน้นให้ทำหน้าที่ด้านการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ความรู้ในการใช้กัญชาแก่ประชาชนเพื่อจะได้รับทราบข้อมูลข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการนำกัญชามาใช้ ในการรักษาอย่างถูกต้อง

๘. ไม่ควรอนุญาตให้ใช้กัญชากับผู้ที่ยังต่ำกว่า ๒๕ ปี สตรีตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร และเคยมีประวัติเจ็บป่วยทางจิตเวช หรือเคยมีประวัติหรือกำลังมีปัญหาพฤติกรรมเสพติด จนกว่า จะมีข้อมูลการศึกษาวิจัยที่น่าเชื่อถือ เนื่องจากกัญชาอาจทำให้เกิดผลกระทบทางจิตเวช โดยเฉพาะกับเด็ก หรือวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า ๒๕ ปี ยกเว้นเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักบางประเภท ซึ่งไม่ตอบสนองต่อยาแผนปัจจุบัน

๙. ต้องมีการประเมินก่อนส่งจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ เพื่อการเฝ้าระวัง ความปลอดภัยและผลกระทบทางจิตเวช สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อห้ามทางจิตเวชในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาที่มี drug interaction กับผลิตภัณฑ์กัญชา

**๒. แนวทางและมาตรการด้านสุขภาวะ สุขอนามัย และความปลอดภัยของอาหาร  
รวมถึงแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคของผู้ต้องขัง  
ภายในเรือนจำ**

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา กำหนดพันธกิจประการหนึ่ง คือ การพิจารณาศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุข ที่เหมาะสม และได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยที่คณะกรรมการเห็นความสำคัญของสุขภาวะผู้ต้องขังที่อยู่ภายในเรือนจำซึ่งสภาพเรือนจำในประเทศไทยส่วนมากที่พบ คือ มีความแออัด สุขอนามัย และการรักษาพยาบาลอาจไม่เพียงพอ รวมทั้งความสะอาดและความปลอดภัยของอาหารและน้ำดื่ม จึงนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพและการเกิดโรคกับผู้ต้องขังภายในเรือนจำ ประกอบกับจากข่าวที่ปรากฏพบว่ามี การเสียชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดพิษณุโลก คณะกรรมการจึงมีการศึกษาและติดตามถึงปัญหา และสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ต้องขัง ในเรือนจำดังกล่าว รวมทั้งแนวทางและมาตรการด้านสุขภาวะ สุขอนามัย และความปลอดภัยของอาหาร ตลอดจนแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคของผู้ต้องขังภายในประเทศไทย

**ผลการพิจารณา**

**กระทรวงยุติธรรม**

**กรมราชทัณฑ์**

กองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์ ทำหน้าที่ดูแลด้านสาธารณสุขและสุขอนามัยของเรือนจำ ทั้งด้านการป้องกัน การควบคุมโรค การส่งเสริมอนามัยทั้งด้านอาหารและน้ำ โดยมีการกำหนดมาตรการให้เรือนจำปฏิบัติตาม และมีการพัฒนาด้านการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลในเรือนจำ รวมทั้งดูแลด้านการป้องกันและควบคุมยาเสพติด ส่วนแนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเรือนจำ คือ อาหารและน้ำได้มีการดำเนินงานร่วมกับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในการกำหนดคุณภาพอาหาร ปริมาณแคลอรี และเมนูอาหาร โดยมีการคำนวณปริมาณแคลอรีและจัดทำเมนูอาหารส่งให้กับเรือนจำ เพื่อสับเปลี่ยนหมุนเวียนเมนูอาหารให้กับผู้ต้องขังได้ตามบริบทของแต่ละภูมิภาค หากเรือนจำไม่ใช้เมนูของกองบริการทางการแพทย์ก็สามารถใช้เมนูที่เรือนจำกำหนดเองได้ แต่ต้องให้หน่วยงานในพื้นที่ตรวจสอบปริมาณแคลอรีของอาหารให้ได้คุณค่าอาหารครบตามที่คนไทยในวัยของผู้ต้องขังควรได้รับ ส่วนด้านคุณภาพของผู้ปรุงอาหารมีข้อกำหนดในการตรวจสอบสุขภาพผู้ต้องขังที่ทำหน้าที่ด้านอาหาร มีการตรวจประเมินมาตรฐานโรงอาหาร มีการดูแลด้านน้ำ รวมทั้งเมื่อเกิดโรคระบาดจะมีข้อกำหนดหรือแนวทางปฏิบัติให้กับเรือนจำ อาทิ การดำเนินงานร่วมกับสำนักควบคุมโรคในพื้นที่ เพื่อควบคุมและป้องกันโรคในเรือนจำ ซึ่งการดำเนินงานของเรือนจำเน้นการพัฒนาและการดูแลควบคู่ไปกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ โดยมีการพัฒนาสถานพยาบาลของเรือนจำให้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลในจังหวัดนั้น ๆ เพื่อให้ทางโรงพยาบาลได้ร่วมบูรณาการการดำเนินงานกับสถานพยาบาลของกรมราชทัณฑ์ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการรักษาพยาบาล

ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำมีหน้าที่คล้ายกับอาสาสมัครสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ เนื่องจากเรือนจำมีพยาบาลจำนวนน้อยทำให้การดูแลผู้ต้องขังที่เจ็บป่วยในเวลาราชการเกิดความยากลำบาก จึงได้มีการพัฒนากลุ่มผู้ต้องขังที่มีความประพฤติดี เพื่ออบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ โดยจัดทำหลักสูตรร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข อาทิ ด้านโรคติดต่อ ด้านส่งเสริมอนามัยด้านการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เพื่อให้ผู้ต้องขังดังกล่าวสามารถดูแลผู้ต้องขังอื่นที่เกิดการเจ็บป่วยได้ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ

กรณีการเสียชีวิตในเรือนจำจังหวัดพิษณุโลก ทางกรมราชทัณฑ์ได้มีการตั้งคณะกรรมการสอบสวนเรื่องดังกล่าวแล้ว ซึ่งที่ผ่านมาเคยมีการทำวิจัยเกี่ยวกับการเสียชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำ โดยสำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ดำเนินการ แต่งานวิจัยดังกล่าวจะสามารถนำมาเทียบเคียงกับกรณีของเรือนจำจังหวัดพิษณุโลกได้ทั้งหมดหรือไม่นั้นต้องมีการวิเคราะห์ต่อไป ซึ่งกรณีการเสียชีวิตของผู้ต้องขังทั้ง ๔ ราย ในเรือนจำจังหวัดพิษณุโลกยังไม่มีกรณียืนยันว่า การเสียชีวิตเกิดจากภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนสูงทั้งหมด เนื่องจากผู้ต้องขังที่เสียชีวิตบางรายมีการนำผลเลือดมาตรวจวิเคราะห์ล่าช้า มีผู้ต้องขังเพียง ๑ ราย ที่ผลการตรวจยืนยันว่ามีภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนสูง

### เรือนจำจังหวัดพิษณุโลก

ประเด็นการนำเสนอ ประกอบด้วย ๔ ประเด็น ดังนี้

**ประเด็นที่ ๑ ปัญหาและสาเหตุการเสียชีวิต** ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๒ ถึงวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๓ มีการเกิดภาวะผิดปกติในผู้ต้องขัง ณ เรือนจำจังหวัดพิษณุโลกเป็นกลุ่ม โดยผู้ต้องขังมีอาการหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ และบางส่วนมีกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงร่วมกับมีผู้ต้องขังเสียชีวิต จำนวน ๔ คน ดังนี้

๑. ผู้ต้องขังที่เสียชีวิตรายแรก เสียชีวิตวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๒ สาเหตุการเสียชีวิต คือ หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ประวัติการเจ็บป่วย คือ ไม่มีโรคประจำตัว เคยเข้ารับการรักษาด้วยอาการปวดศีรษะ ปวดไหล่ ปวดหลัง ยกแขนไม่ขึ้น ลักษณะการเสียชีวิตสังเกต พบว่า ผู้เสียชีวิตนอนตาค้าง ปากอ้า

๒. ผู้ต้องขังที่เสียชีวิตรายที่สอง เสียชีวิตวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๒ สาเหตุการเสียชีวิต คือ หัวใจเต้นผิดปกติเฉียบพลัน ประวัติการเจ็บป่วย คือ ไม่มีโรคประจำตัว เคยเข้ารับการรักษาด้วยอาการปวดศีรษะ ปวดหลัง ลักษณะการเสียชีวิตสังเกตพบว่า ผู้เสียชีวิตนอนปากอ้า ขาทั้งสองข้างเหยียดตรง แขนทั้งสองข้างหงายขึ้น

๓. ผู้ต้องขังที่เสียชีวิตรายที่สาม เสียชีวิตวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๒ สาเหตุการเสียชีวิต คือ เส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ ประวัติการเจ็บป่วย คือ ไม่มีโรคประจำตัว เคยเข้ารับการรักษาด้วยอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดศีรษะ ผู้ต้องขังรายนี้ก่อนเสียชีวิตผู้ต้องขังภายในห้องได้มีการพยายามช่วยชีวิตด้วยการ CPR เพื่อรพพยาบาลประจำเรือนจำ เมื่อพยาบาลมาถึงได้ตรวจสอบ พบว่า ผู้ต้องขังเสียชีวิตแล้ว

๔. ผู้ต้องขังที่เสียชีวิตรายที่สี่ เสียชีวิตวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๓ สาเหตุการเสียชีวิต คือ หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ประวัติการเจ็บป่วย คือ ไม่มีโรคประจำตัว เคยเข้ารับการรักษาด้วยอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดศีรษะ ปวดแขน ปวดขา ก่อนเสียชีวิตผู้ต้องขังมีอาการชักเกร็ง ใบหน้าเขียว ผู้ต้องขังภายในห้องได้แจ้งเจ้าหน้าที่ให้มาดูแล เจ้าหน้าที่จับตัวผู้เสียชีวิตนอนตะแคง เมื่อเห็นว่า อาการดีขึ้น ผู้เสียชีวิตสามารถขยับมือได้ จึงได้จับนอนหงายและทำ CPR จนกระทั่งพยาบาลเรือนจำมาถึงได้มีการทำ CPR ซ้ำอย่างต่อเนื่อง และเมื่อตรวจวัดความดันและชีพจรอีกครั้ง พบว่า เสียชีวิตแล้ว

หลังจากที่มีผู้เสียชีวิต จำนวน ๔ ราย ทางเรือนจำจังหวัดพิษณุโลกได้มีการประสานโรงพยาบาลในพื้นที่ โดยเฉพาะโรงพยาบาลวังทองและหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดพิษณุโลกเข้าตรวจประเมินสถานการณ์ตั้งแต่วันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๒ จนมีการประกาศยุติสถานการณ์วันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๓ จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมีการสรุปมาตรการการดำเนินงานแบบบูรณาการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ดังนี้

#### ๑. การดำเนินงานของเรือนจำ

๑.๑ ประสานร้านประมูลปรับเปลี่ยนวัตถุดิบการปรุงอาหาร ได้แก่ เนื้อหมู และเนื้อไก่ ที่เป็นลักษณะเป็นชิ้นชัดเจน ไม่มีเศษหมูหรือไก่เจือปน

๑.๒ ส่งตรวจหาสาเหตุการปนเปื้อนฮอร์โมนไทรอยด์ ในวัตถุดิบการปรุงอาหารเป็นระยะ ๆ เพื่อเฝ้าระวังการเกิดอุบัติการณ์ใหม่

๑.๓ จัดอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ เฝ้าระวังผู้ต้องขังมีอาการอย่างน้อย ๑ อาการ อาทิ กล้ามเนื้ออ่อนแรง โดยเฉพาะต้นขาและต้นแขน มือสั่น ใจสั่น และน้ำหนักลดลง ให้รายงานเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลทราบ

๑.๔ ประชาสัมพันธ์และให้สุศึกษาด้านโภชนาการ การเลือกรับประทานอาหารให้ได้รับสารอาหารครบถ้วนแก่ผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดพิษณุโลก

#### ๒. การดำเนินงานของสาธารณสุข

๒.๑ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพิษณุโลกร่วมลงตรวจคัดกรองผู้ต้องขังในจังหวัดพิษณุโลก โดยใช้แบบสอบถามคัดกรองในช่วงเดือนกุมภาพันธ์และเดือนมีนาคม ๒๕๖๓ หลังจากนั้นให้มีการลงตรวจคัดกรองทุก ๓ - ๖ เดือน

๒.๒ การเพิ่มช่องทางสื่อประชาสัมพันธ์ และให้สุศึกษาด้านโภชนาการ การเลือกรับประทานอาหารให้ได้รับสารอาหารครบถ้วนแก่ผู้ต้องขังในเรือนจำทุกแห่งในจังหวัดพิษณุโลก

การตรวจรักษาและการนำส่งโรงพยาบาลภายนอก มีการแบ่งช่วงเวลาการปฏิบัติงานเป็น ๓ ช่วงเวลา ดังนี้

๑. การปฏิบัติหน้าที่กรณีผู้ต้องขังป่วยในเวลาราชการระหว่างเวลา ๘.๐๐ - ๑๖.๓๐ นาฬิกา กรณีผู้ต้องขังมีอาการป่วยด้วยโรคทั่วไป จะให้ผู้ต้องขังเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลในเรือนจำ โดยพยาบาลเรือนจำจะทำการตรวจรักษาตามอาการเบื้องต้น ลงบันทึกประวัติการรักษา และให้ผู้ต้องขังนอนพักรักษาตัวภายในเรือนจำ กรณีที่ผู้ต้องขังมีอาการป่วยเกินขีดความสามารถการรักษาของเรือนจำ พยาบาลเรือนจำจะจัดทำบันทึกขอส่งตัวผู้ต้องขังออกรักษาตัวภายนอกเรือนจำ โดยผู้อำนวยการส่วนควบคุมจะเป็นผู้พิจารณาและเสนอต่อผู้บัญชาการเรือนจำพิจารณาอนุญาตให้ส่งตัวผู้ต้องขังออกรักษาตัวภายนอกเรือนจำต่อไป โดยจะมีฝ่ายรักษาการณ์จัดกำลังเจ้าหน้าที่จำนวน ๒ นาย ในการควบคุมผู้ต้องขังออกรักษาตัวภายนอกเรือนจำ

๒. การปฏิบัติหน้าที่กรณีผู้ต้องขังป่วยนอกเวลาราชการระหว่างเวลา ๑๖.๓๐ - ๘.๐๐ นาฬิกา กรณีผู้ต้องขังมีอาการป่วยด้วยโรคทั่วไป เจ้าหน้าที่เวรจะตรวจสอบอาการเบื้องต้น และแจ้งแพทย์เพื่อแจ้งพยาบาลเวรรักษาการณ์ภายในเรือนจำหรือพยาบาลรักษาการณ์ภายนอกเรือนจำ เพื่อตรวจวินิจฉัย และให้การรักษาตามอาการ และผู้ต้องขังกลับเข้าเรือนนอนรักษาตัว กรณีผู้ต้องขังมีอาการป่วยเกินขีดความสามารถการรักษาของเรือนจำ เจ้าหน้าที่เวรจะตรวจสอบอาการเบื้องต้นและแจ้งแพทย์เพื่อแจ้งพยาบาลรักษาการณ์ภายในเรือนจำหรือพยาบาลรักษาการณ์ภายนอกเรือนจำ เพื่อตรวจวินิจฉัย



อาการเบื้องต้นและลงความเห็นให้ส่งรักษาตัวยังโรงพยาบาลภายนอก ซึ่งพยาบาลเรือนจำจะต้องทำบันทึกขออนุญาตส่งตัวผู้ต้องขังออกรักษาตัวภายนอกเรือนจำต่อพืศต่อไป

๓. การปฏิบัติหน้าที่กรณีผู้ต้องขังป่วยในวันหยุดราชการระหว่างเวลา ๘.๐๐ - ๑๖.๓๐ นาฬิกา กรณีผู้ต้องขังมีอาการป่วยด้วยโรคทั่วไปให้นำตัวผู้ต้องขังเข้ารับการรักษาที่ยังสถานพยาบาลในเรือนจำ พยาบาลเรือนจำจะทำการตรวจรักษาตามอาการเบื้องต้น และลงบันทึกประวัติการรักษา และผู้ต้องขังนอนพักรักษาตัวภายในเรือนจำ กรณีผู้ต้องขังมีอาการป่วยเกินขีดความสามารถการรักษาของเรือนจำให้นำตัวผู้ต้องขังมายังสถานพยาบาลภายในเรือนจำ โดยพยาบาลเรือนจำจัดทำบันทึกขอส่งตัวผู้ต้องขังออกรักษาตัวภายนอกเรือนจำ ซึ่งพืศดีเวรจะเป็นผู้พิจารณาอนุญาตเห็นควรให้ส่งผู้ต้องขังออกรักษาตัวนอกเรือนจำ โดยจัดกำลังเจ้าหน้าที่เวรรักษาการณ์ภายในเรือนจำปฏิบัติหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขังออกรักษาตัวนอกเรือนจำ

กระบวนการดำเนินการเมื่อพบผู้ต้องขังเจ็บป่วยของเรือนจำจังหวัดพิษณุโลกเดิมจะมีทั้งหมด ๘ ขั้นตอน เมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับแจ้งเหตุมีผู้ต้องขังป่วยภายในเรือนนอนจากผู้ต้องขังด้วยกันที่ผลัดเปลี่ยนเป็นเวรยาม เจ้าหน้าที่จะรายงานต่อพืศดีเวร เพื่อเบิกกุญแจจากประตูเรือนจำและเดินทางมาพร้อมกับพยาบาล เพื่อให้การตรวจวินิจฉัยและรักษาเบื้องต้น หากผู้ต้องขังมีอาการป่วยเกินขีดความสามารถของเรือนจำจะมีการส่งตัวผู้ต้องขังไปรับการรักษาพยาบาลยังโรงพยาบาลวังทอง ซึ่งรวมระยะเวลาในการดำเนินการนับตั้งแต่มีการแจ้งเหตุว่า พบผู้ต้องขังป่วยจนกระทั่งส่งตัวผู้ต้องขังไปรับการรักษา ยังโรงพยาบาลวังทองใช้ระยะเวลาประมาณ ๓๕ นาที แต่หลังจากที่เกิดเหตุการณ์ผู้ต้องขังเสียชีวิตในเรือนจำดังกล่าว เรือนจำได้มีการปรับเปลี่ยนขั้นตอนการดำเนินงานให้เกิดความรวดเร็วขึ้นเหลือระยะเวลาประมาณ ๒๐ นาที

**ประเด็นที่ ๒ แนวทางและมาตรการด้านสุขภาวะ สุขอนามัย และความปลอดภัยของอาหาร**  
ประกอบด้วย

๑. แนวทางและมาตรการด้านสุขภาวะและสุขอนามัยในเรือนจำ โดยยึดหนังสือสั่งการตามนโยบายของกรมราชทัณฑ์เป็นหลัก ประกอบกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขในจังหวัดพิษณุโลกที่ได้เข้ามาตรวจสอบประเมิน และให้คำแนะนำ ซึ่งได้ดำเนินงานควบคู่กันทั้งกรมราชทัณฑ์และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ซึ่งสุขภาวะ คือ กระบวนการฟื้นฟูผู้ต้องขังที่ต้องมีการบูรณาการเข้าไปในวิถีการดำรงชีวิตตลอดทั้ง ๒๔ ชั่วโมงในเรือนจำ ซึ่งหมายความว่า สภาวะแวดล้อมทั้งทางกายภาพ วิธีการดำรงชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ต้องขัง ความสัมพันธ์กับโลกภายนอก ต้องให้ความสำคัญกับการทำให้ชีวิตในเรือนจำแตกต่างจากชีวิตในสังคมทั่วไปให้น้อยที่สุด เพื่อเวลาที่ผู้ต้องขังพ้นโทษ ทั้งนี้ มีองค์ประกอบอย่างน้อย ๗ ด้าน คือ

- ๑) เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ต้องขัง
- ๒) ลดความเสี่ยงของการเป็นโรคที่พบบ่อยในเรือนจำ
- ๓) เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพ
- ๔) ผู้ต้องขังมีพลังชีวิต คิดบวก และมีกำลังใจ
- ๕) ดำรงชีวิตอยู่ในความสัมพันธ์ที่เป็นมิตรและเอื้ออาทร
- ๖) สามารถดำรงบทบาทของการเป็นสมาชิกของครอบครัว
- ๗) มีโอกาสสร้างที่ยืนในสังคม

เรือนจำจังหวัดพิษณุโลกได้ดำเนินการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพ โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนของผู้ต้องขัง รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ผู้ต้องขังได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยมีการส่งเสริมให้หน่วยงานภายนอกเข้ามามีส่วนร่วม ในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข เช่น การพัฒนาระบบสาธารณสุขมูลฐาน

ในเรื่องนี้ การพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังโดยใช้หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ การดูแลสุขภาพช่องปาก การพัฒนาเจ้าหน้าที่เรือนจำและการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังที่เปราะบางในเรือนจำ เพื่อการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม โดยระบบบริการรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับบุคลากรทาง การแพทย์และสาธารณสุขหลายด้าน ถือเป็นหนึ่งในประเด็นสุขภาพที่สำคัญที่สุด เนื่องจากมีการแพร่ระบาดของ โรคติดต่อต่าง ๆ ทั้งจาก HIV/เอดส์ วัณโรค ไวรัสตับอักเสบบและมีความตระหนักที่กว้างขวางมากขึ้น ส่งผลให้เรื่องสุขภาพในเรือนจำเป็นความสำคัญที่อยู่ในวาระต้น ๆ ของยุทธศาสตร์สาธารณสุขในระดับนโยบาย ของเรือนจำ ทั้งนี้ การสร้างระบบบริการสุขภาพที่ดีในเรือนจำมีประโยชน์ต่อสังคมหลายด้าน นอกจาก สามารถควบคุมโรคติดต่อแล้ว สุขภาวะที่ดีของคนที่อยู่ในเรือนจำทั้งผู้ต้องขังและเจ้าหน้าที่จะส่งผลดีต่อสังคม ภายนอกเรือนจำด้วย

๒. แนวทางและมาตรการด้านความปลอดภัยของอาหาร เมื่อวันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้มอบป้าย Green food good taste ให้กับเรือนจำจังหวัดพิษณุโลก ทั้ง ๓ แห่ง เนื่องจากได้มีการส่งคณะเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขเข้ามาตรวจประเมินเกี่ยวกับมาตรฐาน ด้านความปลอดภัยของอาหารภายในเรือนจำ ซึ่งเรือนจำจังหวัดพิษณุโลกได้ผ่านเกณฑ์การประเมินทั้ง ๓ แห่ง โดยการดำเนินการตามมาตรฐานอาหารปลอดภัยด้านสุขกรรม เริ่มจากฝ่ายสุขกรรมแจ้งรายการอาหารดิบ และเครื่องปรุงแก่ผู้ประมวลอาหารดิบ เพื่อดำเนินการจัดส่งอาหารดิบและเครื่องปรุงมายังเรือนจำในเวลา ไม่เกิน ๙.๐๐ นาฬิกา เป็นประจำ โดยจะมีคณะกรรมการตรวจรับอาหารดิบ จำนวน ๓ คน สับเปลี่ยน หมุนเวียนเดือนละ ๑ ครั้ง ตรวจสอบตามคุณลักษณะอาหารดิบและเครื่องปรุงตามรายการ และมีหน่วยงาน ภายนอกเข้าร่วมตรวจรับอาหารดิบเดือนละ ๑ ครั้ง หากคณะกรรมการตรวจรับอาหารดิบตรวจรับอาหาร ผ่านตามคุณลักษณะ จะมีการส่งมอบอาหารดิบและเครื่องปรุงให้งานพัสดุ ฝ่ายบริหารทั่วไป เพื่อส่งมอบ ให้ฝ่ายสุขกรรมดำเนินการปรุงประกอบอาหาร โดยคณะกรรมการตรวจการปฏิบัติงานในการประกอบอาหาร และเจ้าหน้าที่สุขกรรมควบคุมอย่างใกล้ชิด อาทิ การล้างวัตถุดิบโดยระบบน้ำไหล ห้องเตรียมวัตถุดิบ แยกเป็นสัดส่วนระหว่างผักและเนื้อสัตว์ และต้องประกอบอาหารบนโต๊ะสูงอย่างน้อย ๖๐ เซนติเมตร เป็นต้น เมื่อปรุงอาหารเสร็จสิ้นแล้ว ฝ่ายสุขกรรมจะจัดส่งตัวอย่างอาหารให้คณะกรรมการตรวจชิมอาหาร เลี้ยงผู้ต้องขังประจำวันก่อนจัดเลี้ยง เพื่อประเมินรสชาติอาหารและปรับปรุง หากผ่านการประเมิน จึงดำเนินการจัดเลี้ยงอาหาร โดยเจ้าหน้าที่สุขกรรมควบคุมการจัดเลี้ยงและการรับประทานอาหาร ของผู้ต้องขังให้เป็นไปตามมาตรฐานด้านความสะอาดและความปลอดภัย ทั้งนี้ หากคณะกรรมการตรวจรับ อาหารดิบตรวจสอบอาหารดิบแล้วไม่ผ่านตามคุณลักษณะจะส่งอาหารดิบและเครื่องปรุงที่ไม่เป็นไปตาม คุณลักษณะกลับให้ผู้ประมวลอาหารดิบดำเนินการเปลี่ยนแปลงและจัดส่งใหม่ภายใน ๑ วัน

๓. มาตรฐานอาหารปลอดภัยด้านร้านสงเคราะห์ผู้ต้องขัง กรมราชทัณฑ์ได้แจ้งแนวทางการจำหน่าย สินค้าบริโภคที่มีประโยชน์และปลอดภัยต่อสุขภาพในร้านสงเคราะห์ผู้ต้องขัง ตลอดจนติดป้ายประชาสัมพันธ์ ให้ผู้ต้องขังได้รับทราบถึงข้อควรระวังในการบริโภคสินค้า

### **ประเด็นที่ ๓ แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและการควบคุมโรค**

สถานพยาบาลเรือนจำจังหวัดพิษณุโลกได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้การกำกับดูแลของโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับทุติยภูมิ คือ โรงพยาบาลวังทอง และมีโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในพื้นที่ คือ โรงพยาบาลพุทธชินราช โดยมีภารกิจให้บริการด้านสาธารณสุข แก่ผู้ต้องขังภายในให้ครอบคลุมทั้ง ๔ ด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการควบคุมและป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาล และด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

๑. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ กรมราชทัณฑ์มอบนโยบายด้านสาธารณสุขในเรือนจำ โดยมาตรฐานเรือนจำมี ๑๐ ด้าน ซึ่งด้านที่ ๙ ด้านกองบริการทางการแพทย์ ประกอบด้วย

๑) มีการส่งเสริมสุขภาพผู้ต้องขังทุกช่วงวัย เพื่อให้ผู้ต้องขังมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงปราศจากโรค

๒) เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคทั้งโรคติดต่อและไม่ติดต่อ

๓) ดูแลสุขภาพอนามัยของผู้ต้องขังที่ฝึกวิชาชีพในเรือนจำ ป้องกันความเจ็บป่วย อุบัติเหตุ อุบัติภัย และเสริมสร้างความปลอดภัยในการฝึกวิชาชีพ

๔) จัดระบบงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ต้องขังป่วยสามารถกลับสู่สภาพปกติได้มากที่สุด

๕) จัดการสุขาภิบาลด้านต่าง ๆ ให้ถูกสุขลักษณะ

๖) ดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในเรือนจำ เพื่อให้ผู้ต้องขังสามารถใช้ชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข

โครงการ/กิจกรรมต่าง ๆ อาทิ โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังสูงอายุ โครงการแก้ไขฟื้นฟูผู้ต้องขังด้วยกระบวนการบำบัดด้านสังคมสงเคราะห์และบำบัดทางจิต และจัดตั้งมุม Happy Center เครียดได้ กลายเป็น โครงการโรงงานปลอดภัย กิจกรรมออกกำลังกายทุกช่วงวัย มาตรการในการดูแลผู้ต้องขังป่วยในช่วงวิกฤต มาตรการในการแยกผู้ต้องขังป่วย เพื่อป้องกันการติดต่อและการระบาดของโรค เป็นต้น

มาตรฐานสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ต้องขังด้านสถานพยาบาล ประกอบด้วย

๑) สถานที่มีความเหมาะสม สะอาด อากาศถ่ายเท มีแสงสว่างเพียงพอและสะดวกต่อการให้บริการ

๒) มีแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ดูแลงานด้านอนามัยในอัตราส่วน ๑ คน ต่อผู้ต้องขังจำนวน ๑,๒๕๐ คน

๓) มีการควบคุม จัดระเบียบและดำเนินการด้านเวชภัณฑ์ยาและครุภัณฑ์ทางการแพทย์อย่างถูกต้องและเหมาะสม

๔) มีการอบรมให้ความรู้ จัดบอร์ดประชาสัมพันธ์ และมีบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ผู้ต้องขัง

๕) มีการตรวจสุขภาพกายและจิตใจผู้ต้องขังแรกรับทุกราย เพื่อคัดกรอง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อของผู้ต้องขัง

๖) มีมาตรฐานการให้บริการ เช่น การทำหัตถการต่าง ๆ ตลอดจนมีระบบป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการกำจัดขยะติดเชื้อในสถานพยาบาล

๗) การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องและมีการส่งต่อหรือย้ายผู้ต้องขังหนักเกินขีดความสามารถออกไปรับการรักษายังโรงพยาบาลภายนอก

โครงการ/กิจกรรมต่าง ๆ อาทิ โครงการศูนย์บริการชุมชน โครงการมุมสุขภาพ โครงการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ มาตรการในการส่งผู้ต้องขังออกไปรับการรักษายังโรงพยาบาลภายนอก เป็นต้น

๒. ด้านการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค กรมราชทัณฑ์ได้กำหนดแผนป้องกันควบคุมโรคติดต่อสำคัญไว้ ๔ ด้าน คือ ๑. การป้องกันโรค อาทิ บริการวัคซีนป้องกันโรคต่าง ๆ เช่น ไข้หวัดใหญ่ บริการถุงยางอนามัย สารหล่อลื่น บริการยาต้านไวรัสก่อนสัมผัสเชื้อ HIV (PrEP) ๒. การคัดกรองโรค อาทิ การ x-ray ปอด การค้นหาวัณโรค การตรวจหาการติดเชื้อ HIV ด้วยสารน้ำทางช่องปาก การตรวจเลือดหาแกมมาโรค ไวรัสตับอักเสบบี การคัดกรองอาการของโรคติดต่อประจำวันโดยอาสาสมัครเรือนจำ

๓. การเฝ้าระวังโรค อาทิ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังสอบสวนโรค การอบรมการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคแก่พยาบาลเรือนจำและเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ และ

๔. การควบคุมโรค อาทิ การร่วมพัฒนาระบบห้องแยกโรค การติดตาม การส่งต่อการรักษา การบริการจิตอาสาชุมชน ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ

#### **ประเด็นที่ ๔ ปัญหาอุปสรรคและประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง**

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในเรือนจำและแนวทางการแก้ไขปัญหาประกอบด้วย

๑) จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ของเรือนจำมีจำนวนไม่เพียงพอต่อความต้องการ การให้บริการด้านอนามัยแก่ผู้ต้องขัง โดยเฉพาะในวันหยุดราชการและนอกเวลาราชการ ทั้งนี้ มาตรฐานสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ต้องขังได้กำหนดว่า เรือนจำควรมีบุคลากรทางการแพทย์ดูแลด้านอนามัยสำหรับผู้ต้องขังในอัตราส่วน ๑ คน ต่อผู้ต้องขัง ๑,๒๕๐ คน แต่ปัจจุบันเรือนจำจังหวัดพิษณุโลกมีบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน ๒ คน ดูแลงานด้านอนามัยให้กับผู้ต้องขังในอัตราส่วน ๑ คน ต่อผู้ต้องขัง ๑,๖๕๗ คน ซึ่งเกินกว่ามาตรฐานร้อยละ ๓๔ ของจำนวนผู้ต้องขังตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

**แนวทางการแก้ไขปัญหา :** การประสานขอความช่วยเหลือบุคลากรทางการแพทย์จากเรือนจำประธานเขต ๖ และขอความอนุเคราะห์บุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับทุติยภูมิ คือ โรงพยาบาลวังทอง และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในพื้นที่ คือ โรงพยาบาลพุทธชินราช

๒) งบประมาณด้านเวชภัณฑ์ยา ครุภัณฑ์ทางการแพทย์และงบประมาณด้านการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ต้องขังมีจำกัด

**แนวทางการแก้ไขปัญหา :** ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ได้รับพระราชทานงบประมาณเวชภัณฑ์ยา และเครื่องมือแพทย์ “โครงการราชทัณฑ์ปันสุขทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์” และขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานในท้องที่ อาทิ องค์การบริหารส่วนตำบลวังทองให้การสนับสนุนงบประมาณในการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ

๓) ไม่มีอาคารสถานพยาบาล จึงไม่มีห้องตรวจโรคแยกเป็นสัดส่วนอย่างเหมาะสม ประกอบกับปัจจุบันห้องพักพื้นผู้ป่วยและห้องแยกโรคอยู่ในพื้นที่ที่แยกออกไปจากสถานพยาบาล ทำให้การเฝ้าระวังและสังเกตอาการของโรคทำได้อย่างไม่เต็มที่

**แนวทางการแก้ไขปัญหา :** ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ จัดทำโครงการก่อสร้างสถานพยาบาล และขอสนับสนุนงบประมาณกรมราชทัณฑ์

๔) จำนวนแกนนำสาธารณสุขในเรือนจำมีจำนวนไม่เพียงพอ เมื่อเทียบกับสัดส่วนของผู้ต้องขังทั้งหมด

**แนวทางการแก้ไขปัญหา :** ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลวังทอง และกรมราชทัณฑ์ จัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำเพิ่มเติม โดยปัจจุบันมีจำนวนทั้งสิ้น ๑๐๑ คน

๕) ช่องทางการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในเรือนจำ อาทิ การดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจ การเฝ้าระวังโรคติดต่อ และการป้องกัน ควบคุมโรค ไม่ทั่วถึงและขาดความต่อเนื่อง

**แนวทางการแก้ไขปัญหา :** ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เรือนจำ เพื่อเฝ้าระวังและสังเกตความผิดปกติทางสุขภาพ ร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนการดำเนินงานด้านสุขอนามัยต่าง ๆ ของผู้ต้องขัง เพื่อให้การรักษาอาการของโรคทันต่อสถานการณ์และป้องกันการระบาดของโรค และมอบหมายให้อาสาสมัคร

สาธารณสุขเรือนจำประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการงานด้านสาธารณสุขในเรือนจำ อาทิ การดูแลสุขภาพร่างกาย และจิตใจ การเฝ้าระวังโรคติดต่อ และการป้องกันโรค แก่ผู้ต้องขังในความดูแลอย่างต่อเนื่อง และแต่งตั้ง คณะทำงาน เจ้าหน้าที่ควบคุม ติดตาม และประเมินการทำงานของอาสาสมัครเรือนจำ เพื่อให้ การดำเนินงาน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

๖) อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ควบคุม กรณีการเจ็บป่วยของผู้ต้องขังเกินขีดความสามารถ ของเรือนจำต้องส่งต่อการรักษาไปยังโรงพยาบาลภายนอกมีไม่เพียงพอ โดยเฉพาะช่วงนอกเวลาราชการ และวันหยุดราชการ

**แนวทางการแก้ไขปัญหา :** ขอความอนุเคราะห์จากหน่วยงานบุคลากรจากหน่วยงาน ราชการในพื้นที่ แต่งตั้งเป็นผู้ช่วยเหลือกรมราชทัณฑ์ตามระเบียบกรมราชทัณฑ์ว่าด้วยอำนาจหน้าที่ ของเจ้าพนักงานเรือนจำและการแต่งตั้งผู้ช่วยเหลือกรมราชทัณฑ์ พ.ศ. ๒๕๖๑

## กระทรวงสาธารณสุข

### สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกร่วมกับเรือนจำจังหวัดพิษณุโลกดำเนินการ “โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์” เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในเรือนจำจังหวัดพิษณุโลก ได้ใน ระยะเวลาที่เหมาะสม ซึ่งจังหวัดพิษณุโลกมีเรือนจำ ๓ แห่ง มีผู้ต้องขัง จำนวน ๙,๖๕๘ คน แบ่งเป็น เรือนจำ กลางพิษณุโลก จำนวน ๕,๑๖๒ คน เรือนจำจังหวัดพิษณุโลก จำนวน ๓,๔๖๔ คน ทัณฑสถานหญิงพิษณุโลก จำนวน ๑,๐๓๒ คน โดยปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ โรค NCD โรคฉี่หนู โรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ และ AIDS สุขภาพจิตจากสุรา ยาเสพติด และสุขภาพช่องปาก ส่วนปัญหาภาพรวม อาทิ สถานพยาบาลในเรือนจำมีความคับแคบ บุคลากร ไม่เพียงพอ ข้อมูลสุขภาพผู้ต้องขังไม่เป็น Real time ครุภัณฑ์และเวชภัณฑ์ไม่พอเพียง จำนวนผู้ต้องขังแออัด ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคได้ง่าย อาสาสมัคร สาธารณสุขเรือนจำไม่เพียงพอ ขาดการฟื้นฟูความรู้ และขาดงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งจำนวนผู้ป่วยส่งออกของเรือนจำก่อนมี “โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์” ในปี ๒๕๖๑ และปี ๒๕๖๒ ประมาณปีละร้อยกว่าคน ซึ่งโรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลวังทอง เนื่องจากทั้ง ๓ เรือนจำตั้งอยู่ในอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก เดิมมีการให้บริการรักษาพยาบาล โดยแพทย์เข้าไปให้บริการเดือนละ ๑ ครั้งต่อเรือนจำ มีบริการทันตกรรม เดือนละ ๑ ครั้ง บริการสุขภาพจิต ๓ เดือนต่อครั้ง ส่วนโรงพยาบาลรับส่งต่อ คือ โรงพยาบาลพุทธชินราช หลังจากที่มี “โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์” ได้มีการปรับรายการบริการที่จำเป็นพื้นฐานที่ผู้ต้องขังควรได้รับ ๖ ด้าน คือ ๑. การรักษาพยาบาล ประกอบด้วย การรักษาพยาบาลในเรือนจำ การรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลวังทอง และโรงพยาบาลพุทธชินราช การจัดแพทย์ออกตรวจในเรือนจำทุกเดือน และการจัดระบบ Tele – Medicine ๒. การส่งเสริมและป้องกันโรค ประกอบด้วย บริการตรวจคัดกรองโรค การฝากครรภ์ การทำคลอด และบริการหลักการคลอด บริการทันตกรรม บริการวัคซีนป้องกันโรคติดต่อ โรคเอดส์ และวัณโรค ๓. การส่งเสริมสุขภาพจิต ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพจิต การให้คำปรึกษาหรือบำบัดรักษา การคัดกรองความเสี่ยง สารเสพติด สุรา และบุหรี่ ๔. การฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ต้องขัง การให้คำปรึกษา การกายภาพบำบัด การออกเอกสารรับรองความพิการ ๕. การส่งต่อเพื่อการรักษา ประกอบด้วย ระบบการส่งต่อ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๖. การตรวจสอบสิทธิ ประกอบด้วย ระบบปรึกษาเรื่องสิทธิการรักษา การลงทะเบียนสิทธิการรักษา การรับรองสิทธิการเปลี่ยนสิทธิ และการเพิกถอนสิทธิ

การดำเนินงานที่สำคัญซึ่งดำเนินการอยู่ คือ การจัดตั้งตึกพิเศษเพื่อจัดทำห้องในการรับผู้ต้องขังที่เกิดการเจ็บป่วยและถูกส่งออกมาจากเรือนจำโดยเฉพาะ ซึ่งเดิมเมื่อผู้ต้องขังที่ป่วยถูกส่งออกมาจากเรือนจำจะต้องมาอยู่ในสถานพยาบาล สิ่งหนึ่งที่สำคัญ คือ การรักษาความปลอดภัย เพื่อไม่ให้ผู้ต้องขังหนีและในขณะเดียวกันก็ไม่ให้เกิดความวุ่นวายในโรงพยาบาล และการดำเนินการเรื่อง Tele - Medicine ซึ่งมีข้อจำกัดเรื่องความปลอดภัยของข้อมูล ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกได้มีการหารือร่วมกับเรือนจำจังหวัดพิษณุโลก เพื่อหาวิธีการดำเนินการเป็นการเฉพาะโดยไม่ใช้อินเทอร์เน็ต นอกจากนี้ยังมีการรณรงค์การจัดบริการพิเศษ อาทิ การให้บริการทันตกรรมมีผู้มารับบริการประมาณ ๖๐๐ คน การให้บริการผ่านรถเอกซเรย์ ซึ่งได้รับพระราชทานให้มีการวางโครงการที่จะให้บริการแก่ผู้ต้องขังโดยเข้าไปในเรือนจำก่อนที่จะมีการนำโรคไปแพร่ในเรือนจำ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกได้ลงพื้นที่ตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหารและให้คำแนะนำเพื่อการปรับปรุงทั้งอาคารสถานที่ การเตรียมวัตถุดิบ การอบรมผู้สัมผัสอาหาร การตรวจหาสารอาหารบางอย่างที่จำเป็น โดยเฉพาะโซเดียม การปรุงอาหารที่ถูกวิธี การตรวจหาสารปนเปื้อน พบว่าเมื่อนำมาตรฐาน Green food good taste มาเป็นตัวชี้วัดสามารถผ่านมาตรฐานดังกล่าวได้และยังมีการตรวจสอบมาตรฐานน้ำร่วมด้วย ซึ่งก็ผ่านเกณฑ์ตามมาตรฐานดังกล่าว นอกจากนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกได้ร่วมมือกับโรงพยาบาลต่าง ๆ และหน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัดพิษณุโลกในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการกำจัดขยะ การบำบัดน้ำเสีย การกำจัดสัตว์และแมลงนำโรค เรื่องที่พกอาศัยเรื่องอาชีวอนามัย

การเกิดเหตุการณ์ที่สำคัญแบ่งออกเป็น ๒ ส่วน คือ

๑. การเสียชีวิต กรณีดังกล่าวมีผู้ต้องขังเสียชีวิตจำนวน ๔ ราย โดยการเสียชีวิตเกิดขึ้นในวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๒ จำนวน ๑ ราย วันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๒ จำนวน ๒ ราย และวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๓ จำนวน ๑ ราย ผู้ต้องขังที่เสียชีวิตในวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๒ จำนวน ๑ ราย วันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๒ จำนวน ๒ ราย เนื่องจากเป็นการเสียชีวิตในเรือนจำ เนื่องจากระเบียบของทางเรือนจำทำให้ไม่สามารถเก็บเลือดที่จะนำมาตรวจได้ทันช่วงที่ ทำให้ผลการชันสูตรศพเป็นไปในทางกายภาพ โดยแพทย์นิติเวชของโรงพยาบาลพุทธชินราช ซึ่งผลการตรวจพิสูจน์พบว่า หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน และหัวใจเต้นผิดจังหวะเฉียบพลัน ส่วนผู้ต้องขังที่เสียชีวิตในวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๓ ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังจากที่พบว่า มีภาวะไตรอยด์ฮอร์โมนสูงเกิดขึ้นในเรือนจำ ได้มีการเก็บตัวอย่างเลือดไปตรวจพิสูจน์ พบว่า มีภาวะไตรอยด์ฮอร์โมนสูง

๒. การเจ็บป่วยจำนวนมาก เหตุการณ์ดังกล่าวเริ่มเกิดขึ้นเมื่อวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๒ มีรายงานการพบผู้ต้องขังเสียชีวิตในเรือนจำ จำนวน ๑ ราย และมีอาการป่วย ๒๑ ราย มีการส่งตัวมา admit ที่โรงพยาบาลวังทอง จำนวน ๑ ราย ซึ่งการวินิจฉัยเบื้องต้น พบว่า Hypokalemia

วันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๒ มีผู้ต้องขังเสียชีวิตในเรือนจำ จำนวน ๒ ราย และมีอาการป่วยจำนวน ๔๓ ราย มีการส่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลวังทอง จำนวน ๑๕ ราย admit จำนวน ๑๕ ราย และส่ง admit ที่โรงพยาบาลพุทธชินราช จำนวน ๕ ราย ทั้งนี้ โรงพยาบาลวังทองได้ทำการเฝ้าระวังเหตุการณ์อย่างใกล้ชิด

วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกร่วมกับโรงพยาบาลวังทองเข้าสอบสวนโรค เบื้องต้นพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ admit มีภาวะ Hypokalemia โดยได้เก็บตัวอย่างเนื้อสัตว์ประกอบอาหารส่งตรวจการปนเปื้อนฮอร์โมนไทรอยด์ โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกได้สั่งการให้โรงพยาบาลวังทองจัดทีมลงตรวจรักษาภาวะ Hypokalemia และ Hyperthyroid ในผู้ต้องขังจำนวน ๒๒๓ ราย ในจำนวนนี้ส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ จำนวน ๒๑๖ ราย พบมีภาวะ Hypokalemia

จำนวน ๑๐๕ ราย ภาวะ Hyperthyroid จำนวน ๕ ราย ให้การรักษาเบื้องต้นด้วย Ped.KCL และ Propranolol รับประทานและส่งรักษาที่โรงพยาบาลวังทอง แบบ OPD จำนวน ๘ ราย admit จำนวน ๕ ราย

วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๓ ทีมแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข เข้าตรวจรักษาผู้ต้องขัง จำนวน ๓๑๗ ราย ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวน ๒๓๕ ราย พบว่า มีภาวะ Hyperthyroid จำนวน ๑๔ ราย มีภาวะ Hypokalemia ร่วมด้วย จำนวน ๗ ราย และส่งต่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวังทอง แบบ OPD จำนวน ๑๗ ราย admit จำนวน ๓ ราย และส่ง admit ที่โรงพยาบาลพุทธชินราช จำนวน ๙ ราย

วันที่ ๒ มกราคม ๒๕๖๓ ทีมแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข เข้าตรวจรักษาผู้ต้องขัง จำนวน ๓๐๘ ราย และส่งต่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวังทองแบบ OPD จำนวน ๑๑ ราย และ admit จำนวน ๒ ราย ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ พิษณุโลก ได้ทบทวนเวชระเบียน เพื่อสอบสวนโรคต่อไป

วันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๓ ทีมแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข เข้าตรวจรักษาผู้ต้องขัง จำนวน ๒๓๗ ราย และส่งต่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวังทองแบบ OPD จำนวน ๑๘ ราย admit จำนวน ๕ ราย ทั้งนี้ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้ลงพื้นที่สอบสวนโรค พร้อมเก็บตัวอย่างเนื้อหมู และเนื้อไก่ส่งตรวจหาการปนเปื้อนฮอร์โมนไทรอยด์

วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๓ พบผู้ต้องขังเสียชีวิตในเรือนจำ จำนวน ๑ ราย ทีมแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข เข้าตรวจรักษาผู้ต้องขัง จำนวน ๒๒๔ ราย และส่งต่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวังทอง แบบ OPD จำนวน ๑๐ ราย และ admit จำนวน ๕ ราย ดังนั้น จึงได้มีการประชุมศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน EOC ณ เรือนจำจังหวัดพิษณุโลก เพื่อกำหนดแนวทางการป้องกันโรคและสอบสวนโรค โดยเวลา ๑๗.๓๐ นาฬิกา ทีมเจ้าหน้าที่และจิตอาสาด้านการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน ๑๒๐ คน ทำการคัดกรองโดยตรวจวัดชีพจรผู้ต้องขังทุกราย จำนวน ๓,๔๐๓ คน พบชีพจรเกิน ๙๐ ครั้งต่อนาที จำนวน ๒๔๐ ราย ได้ให้ยา ped kcl และ propranolol ทันที และเจาะเลือด จำนวน ๓๕ ราย ดำเนินการส่งตัวอย่างที่โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช จำนวน ๒๔ ราย

หลังจากนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกได้จัดส่งทีมแพทย์ พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข เข้าไปตรวจผู้ต้องขังในเรือนจำเช่นเดิม จนถึงวันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๓ ทีม MCATT สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก และโรงพยาบาลจิตเวช พิษณุโลก เข้าให้บริการฟื้นฟูเยียวยาทางด้านจิตใจแก่ผู้ต้องขังในเรือนจำ และทีมแพทย์ พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข เข้าตรวจรักษาและทำการรักษาผู้ต้องขัง จำนวน ๔๓๗ ราย และส่งต่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวังทองแบบ OPD จำนวน ๑ ราย และ admit จำนวน ๕ ราย รวมทั้งได้ระดมทีมแพทย์ พยาบาลและสหวิชาชีพ จำนวน ๓๐๐ คน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลพุทธชินราช โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ศูนย์อนามัยที่ ๒ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร พิษณุโลก วิทยาลัยบรมราชชนนี พุทธชินราช โรงพยาบาลจิตเวช พิษณุโลก ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๒ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ทำการตรวจคัดกรองผู้ต้องขังที่ยังไม่ได้รับการเจาะเลือดหาระดับ TSH จำนวน ๑,๘๐๙ คน สาเหตุที่ไม่ได้ตรวจผู้ต้องขังทุกราย เนื่องจากบางส่วนได้มีการตรวจเลือดแล้ว หลังจากที่มาพบแพทย์และแพทย์ได้ทำการสั่งตรวจเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ ผลการตรวจเลือดของผู้ต้องขัง พบว่า มีผู้ต้องขังบางส่วนเกิดภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนสูง และคาดว่าเกิดจากปัจจัยภายนอกเรือนจำแต่สิ่งที่น่าสนใจมากที่สุดอาจเป็นอาหารที่นำเข้ามาปรุงในเรือนจำ

แต่ทั้งนี้ยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าสาเหตุของภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนสูงที่เกิดขึ้นในเรือนจำเกิดมาจากสาเหตุใด เนื่องจากอาหารที่นำไปส่งตรวจยังไม่ทราบผลการตรวจพิสูจน์ แต่อย่างใด

นอกจากผู้ต้องขังจะมีภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนสูงแล้ว จากผลการตรวจเลือดยังพบว่า ผู้ต้องขังมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำด้วย แต่สาเหตุของการเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำยังคงต้องหาสาเหตุต่อไป ทั้งนี้ การเกิดภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนสูงและภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ อาจทำให้เกิดอันตรายกับผู้ต้องขังได้ หลังจากนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกได้รับการติดต่อจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อจัดส่งทีมแพทย์มาตรวจพิสูจน์สาเหตุการเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ดังนั้น จึงมีการระดมทีมแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข ทำการเจาะเลือดผู้ต้องขังเพื่อตรวจพิสูจน์ภาวะโพแทสเซียมอีกครั้งหนึ่ง แต่ยังไม่ทราบผลการตรวจพิสูจน์จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์แต่อย่างใด ทั้งนี้ หลังจากที่มีการตรวจรักษาผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๓ จนถึงวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๓ จำนวนผู้ป่วยในเรือนจำได้ลดลงและหมดไป ดังนั้น จึงได้ประกาศยุติสถานการณ์ภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนสูงและภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ในเรือนจำจังหวัดพิษณุโลก จากเหตุการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่า กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมมือกับกรมราชทัณฑ์ในการตรวจรักษาผู้ต้องขังและหยุดยั้งสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ โดยคาดว่า เมื่อผู้ต้องขังพ้นโทษไปแล้วจะกลับเป็นคนดีคืนสู่สังคม

### กรมควบคุมโรค

โรคไทรอยด์เป็นพิษเกิดจากระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ เช่น ใจสั่น มือสั่น น้ำหนักลด นอนไม่หลับ เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ถ้าเป็นอาการรุนแรง อาจเสียชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งสาเหตุที่สำคัญ คือ ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ หรือเกิดจากการรับประทานฮอร์โมนไทรอยด์เข้าไป เช่น การรับประทานยาฮอร์โมนไทรอยด์

การระบาดของโรคไทรอยด์เป็นพิษ เคยพบการระบาดในหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา เนเธอร์แลนด์ ญี่ปุ่น ออสเตรเลีย ซึ่งเกิดจากการรับประทานอาหารเนื้อวัวที่ปนเปื้อนฮอร์โมนไทรอยด์ และที่ฝรั่งเศส เกิดจากยาลดความอ้วน ในประเทศไทยไม่มีรายงานการแพร่ระบาดของโรคไทรอยด์เป็นพิษในชุมชนต่าง ๆ แต่มีรายงานเหตุการณ์การระบาดของโรคไทรอยด์เป็นพิษในเรือนจำตั้งแต่ ปี ๒๕๕๙ ถึงปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑๐ เหตุการณ์ โดยครั้งแรกที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน ต่อมาเกิดในเรือนจำจังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดขอนแก่น ซึ่งที่เรือนจำจังหวัดขอนแก่นเกิดขึ้น ๒ ครั้ง ครั้งแรกในปี ๒๕๖๑ และครั้งที่ ๒ ในปี ๒๕๖๒ และเกิดขึ้นที่เรือนจำจังหวัดเชียงราย จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดสกลนคร และจังหวัดเพชรบุรี สาเหตุการระบาดของทุกเหตุการณ์ มีความสัมพันธ์กับอาหาร ได้แก่ เนื้อหมู เนื้อไก่ หมูบด เครื่องในหมู และลูกชิ้นไก่ พบว่า เนื้อหมูหรือเนื้อวัวบางส่วนมีการปนเปื้อนเนื้อส่วนหลอดลมของหมู ซึ่งเป็นตำแหน่งของต่อมไทรอยด์ โดยเฉพาะเนื้อสัตว์บด จากการส่งตัวอย่างเนื้อดังกล่าวไปตรวจทางจุลกายวิภาคศาสตร์ของการระบาดในจังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดศรีสะเกษ พบเนื้อเยื่อของต่อมไทรอยด์ในเนื้อสัตว์ที่จัดให้ผู้ต้องขังรับประทาน ซึ่งขณะนั้นยังตรวจฮอร์โมนไทรอยด์ในเนื้อสัตว์ไม่ได้ ต่อมาเกิดการระบาดในจังหวัดสกลนครได้เริ่มมีการตรวจวัดฮอร์โมนไทรอยด์ โดยคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งได้เก็บตัวอย่างเนื้อสัตว์และเครื่องในจากตลาดมาตรฐานแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ระดับฮอร์โมนไทรอยด์ T3 และ T4 ในเนื้อหมูและเนื้อไก่ที่เก็บจากเรือนจำสูงกว่าตลาดเล็กน้อย และเครื่องในหมูที่เก็บจากเรือนจำสูงกว่าในเนื้อหมูหรือเนื้อไก่เป็นจำนวนมาก



## สรุปผลการสอบสวนเบื้องต้นเหตุการณ์การระบาดของโรคไทรอยด์เป็นพิษในเรือนจำจังหวัดพิษณุโลก

๑. ตั้งแต่วันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๒ มีการสอบสวนโรค ค้นหาและรักษาผู้ป่วย โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกและโรงพยาบาลในสังกัดจัดหน่วยแพทย์เข้าไปให้บริการในเรือนจำและคัดกรองผู้ต้องขัง ในวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๓ มีการตรวจวัดชีพจรของผู้ต้องขังทุกราย ในช่วงกลางคืน วันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๓ และวันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๓ มีการเจาะเลือดและตรวจร่างกายผู้ต้องขังเพิ่มเติม

๒. ผลการสอบสวนเบื้องต้น พบว่า มีผู้ต้องขังเสียชีวิต จำนวน ๔ ราย ตั้งแต่วันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๒ ถึงวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๓ ผลการชันสูตรสันนิษฐานเหตุการณเสียชีวิต พบว่า ผู้ต้องขังเสียชีวิตจากอาการหัวใจล้มเหลว จำนวน ๒ ราย หัวใจเต้นผิดปกติ จำนวน ๑ ราย และโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน ๑ ราย

๓. การตรวจร่างกายและเจาะเลือดผู้ต้องขัง จำนวน ๔,๒๖๕ ครั้ง โดยมีผู้ต้องขังเข้ารับการตรวจ จำนวน ๓,๓๙๗ ราย ตั้งแต่วันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๒ ถึงวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๓ มีผู้ป่วยที่ส่งต่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวังทอง จำนวน ๑๗๒ ราย และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยโรคไทรอยด์เป็นพิษ จำนวน ๖๙ ราย จำแนกเป็น โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน ๖ ราย โรงพยาบาลวังทอง จำนวน ๓๙ ราย โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช จำนวน ๒๔ ราย

๔. ผู้ป่วยรายแรกเริ่มมีอาการตั้งแต่วันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๒ ด้วยอาการแขนหรือขาอ่อนแรง ร่วมกับมีอาการชา ปวดกล้ามเนื้อและเหนื่อยง่าย ทั้งนี้ ผู้ต้องขังที่เข้ารับการรักษา จำนวน ๖๙ ราย ทุกรายมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นการสร้างฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) ต่ำกว่าปกติ ระดับฮอร์โมนไทรอยด์อิสระ (Free T3 และ T4) สูงกว่าปกติทุกราย ส่วนใหญ่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำร่วมด้วย

๕. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ผู้ต้องขัง จำนวน ๓,๓๙๗ ราย มีภาวะของฮอร์โมนไทรอยด์ผิดปกติ จำนวน ๒,๑๙๖ ราย ผู้ต้องขังที่มีระดับฮอร์โมนไทรอยด์อิสระ (T4) สูงกว่าปกติ จำนวน ๑๘๕ ราย และระดับฮอร์โมนกระตุ้นการสร้างฮอร์โมนไทรอยด์ (Free T3) สูงกว่าปกติ จำนวน ๑๒๘ ราย ผู้ต้องขังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ จำนวน ๖๑๓ ราย การตรวจ Thyroglobulin จำนวน ๙ ราย ผลการตรวจเป็นปกติทุกรายจึงบ่งบอกได้ว่าภาวะไทรอยด์เป็นพิษ อาจมีสาเหตุจากปัจจัยภายนอก (Exogenous hyperthyroidism) จากการสู่มตรวจวิตามินบี ๑ จำนวน ๑๑ ราย พบว่าระดับวิตามินบี ๑ ต่ำ จำนวน ๓ ราย

การศึกษาสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลอาหาร พบว่า สภาพแวดล้อมโดยรวมอยู่ในเกณฑ์สะอาด มีการแบ่งโซนการเตรียมอาหารสดและผัก รวมทั้งการจัดเก็บอาหารแห้งและอาหารแช่แข็งเป็นสัดส่วน จากการสังเกตเนื้อหมูและเนื้อไก่ในวันที่สอบสวนโรค พบว่า เนื้อหมูบางส่วนเป็นชิ้นเล็กและบางส่วนเป็นเนื้อหมูแช่แข็งก้อนใหญ่ ส่วนเนื้อไก่เป็นเนื้อไก่แช่แข็งบรรจุในถุงไม่สามารถแยกได้ว่าเป็นชิ้นส่วนใด จากการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของเนื้อหมูและเนื้อไก่ เมื่อวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒ วันที่ ๒ และวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๓ พบว่า หมูดิบและหมูสุกที่ส่งตรวจเมื่อวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒ มีค่าไทรอยด์ฮอร์โมนในเนื้อหมูสูงกว่ากลุ่มที่เป็นกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ ไทรอยด์ฮอร์โมนไม่สามารถทำลายด้วยความร้อนได้ จึงทำให้พบไทรอยด์ฮอร์โมนในหมูที่ปรุงสุกแล้วได้

ผลการสอบสวนเหตุการณ์การระบาดของโรคไทรอยด์เป็นพิษเบื้องต้นในเรือนจำจังหวัดพิษณุโลก สรุปได้ว่า เกิดเหตุการณ์ระบาดของโรคไทรอยด์เป็นพิษในเรือนจำพิษณุโลกตั้งแต่วันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๒ ถึงวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๓ ตั้งแต่พบผู้ป่วยรายแรกและรายสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน จำนวน ๖๙ ราย จากการเจาะเลือดอีก จำนวน ๒,๑๙๖ ราย ผลการตรวจเข้าได้กับไทรอยด์เป็นพิษ รวม ๒,๒๖๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๗ สาเหตุของการระบาดในครั้งนี้สันนิษฐานว่า เกิดจากการรับประทาน

เนื้อหามีการปนเปื้อนของฮอร์โมนไทรอยด์ ซึ่งเกิดจากการมีต่อมไทรอยด์ปนเปื้อนกับเนื้อหมู และพบภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ อาจเกิดจากโรคไทรอยด์เป็นพิษ หรือมีสาเหตุอื่นร่วมด้วย ซึ่งจะได้มีการค้นหาสาเหตุเพิ่มเติมต่อไป นอกจากนี้ ยังพบภาวะวิตามินบี ๑ ต่ำ อาจเกิดจากการได้รับจากอาหารไม่เพียงพอ ซึ่งต้องมีการปรับปรุงภาวะโภชนาการต่อไป

มาตรการที่ดำเนินการเบื้องต้น ได้มีการเฝ้าระวังอาการของไทรอยด์เป็นพิษ เช่น ใจสั่น เหงื่อออกง่าย แขนขาอ่อนแรงในผู้ต้องขังให้การดูแลรักษา ติดตามอาการของผู้ป่วย โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก และโรงพยาบาลในสังกัด มีการจัดบริการฟื้นฟูเยียวยาทางด้านจิตใจแก่ผู้ต้องขังในเรือนจำ โดยโรงพยาบาลจิตเวช พิษณุโลก และโรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช มีการควบคุมและตรวจสอบเนื้อหมูและเนื้อไก่ที่ใช้ในการปรุงอาหารให้เห็นเป็นก้นเนื้อที่ระบุชิ้นส่วนได้

#### มาตรการในการป้องกันการเกิดโรคที่ผ่านมาตั้งแต่ปี ๒๕๕๙

๑. ทุกเหตุการณ์การรับเนื้อสัตว์หรืออาหารที่สงสัย พบว่า จำนวนผู้ป่วยลดลงจนเหตุการณ์สามารถสงบได้เอง โดยไม่จำเป็นต้องให้ยาต้านไทรอยด์

๒. กรมควบคุมโรคประสานกับกรมราชทัณฑ์ เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติให้หลีกเลี่ยงการนำเนื้อสัตว์ที่ไม่สามารถระบุวัยวุฒิที่ชัดเจนได้มาประกอบเป็นอาหารให้กับผู้ต้องขัง

๓. ถอดบทเรียน ภายหลังของเหตุการณ์การระบาดที่จังหวัดศรีสะเกษ ทางกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ร่วมกับกรมราชทัณฑ์ ได้ร่วมกันถอดบทเรียน และกระตุ้นเตือนให้เรือนจำและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตระหนักถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังโรคไทรอยด์เป็นพิษ โดยมีศาสตราจารย์นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน อธิบดีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะผู้เชี่ยวชาญด้านต่อมไร้ท่อ เป็นผู้ให้คำปรึกษา

๔. กองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์ จัดทำประกาศและหนังสือเวียนแจ้งเรือนจำทั่วประเทศ เพื่อให้เฝ้าระวังคุณภาพวัตถุดิบและกำชับการเฝ้าระวัง เพื่อป้องกันไทรอยด์เป็นพิษในเรือนจำ รวม ๕ ครั้ง

๕. กองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์ จัดระบบการรายงานสถานการณ์โรคระบาดในเรือนจำหลายช่องทาง เช่น Application Line E – mail เป็นต้น ในกรณีเกิดโรคระบาดแจ้งให้เรือนจำประสานหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุข สำนักป้องกันควบคุมโรค เข้ามาดำเนินการ เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในเรือนจำ เพื่อยุติการระบาดโดยเร็ว รวมทั้งพิจารณาแนวทางให้ความช่วยเหลือและประสานส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

#### มาตรการป้องกันการระบาดของโรคไทรอยด์เป็นพิษเมื่อวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๓

กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย และกรมควบคุมโรค ร่วมกับกองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์ และกรมปศุสัตว์ ได้ประชุมร่วมกันเพื่อจัดทำมาตรการเร่งด่วนในการดำเนินการป้องกันการเกิดโรคไทรอยด์เป็นพิษในเรือนจำ เมื่อวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๓ โดยกำหนดมาตรการและทำหนังสือแจ้งไปทุกจังหวัด ดังนี้

๑. โรงพยาบาลที่ดูแลเรือนจำร่วมกับพยาบาลในเรือนจำ ทำการทบทวนประวัติการป่วยของผู้ต้องขังในเรือนจำ ๑ - ๓ เดือนย้อนหลัง ด้วยโรคไทรอยด์เป็นพิษ และกรณีพบเป็นกลุ่มให้ทำการสอบสวนการเกิดโรค

๒. เรือนจำจัดระบบเฝ้าระวังอาการที่เกิดจากโรคไทรอยด์เป็นพิษ เช่น ใจสั่น มือสั่น เหงื่อออกง่าย แขนขาอ่อนแรง นอนไม่หลับ หรือซีฟจรเต้นเร็ว โดยการคัดกรองประจำวันจากหัวหน้าห้องนอน หรืออาสาสมัครเรือนจำ ซึ่งได้มีการอบรมแล้ว กรณีพบอาการผิดปกติให้รายงานพยาบาลทันที

๓. เรือนจำตรวจสอบและดำเนินมาตรการการใช้วัตถุติดตามหนังสือสั่งการของกรมราชทัณฑ์ โดยขอความร่วมมือจากปศุสัตว์จังหวัดและงานสุขาภิบาลอาหารของโรงพยาบาล หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการร่วมดำเนินงาน

๔. การกำหนดคุณลักษณะของวัตถุดิบ เนื้อสัตว์ที่นำมาประกอบอาหารในเรือนจำ ควรได้รับมาตรฐานการฆ่าสัตว์ของกรมปศุสัตว์ และสามารถตรวจสอบใบรับรองให้จำหน่ายเนื้อสัตว์ หรือมีตราประทับรับรอง ให้จำหน่ายเนื้อสัตว์ของสัตว์ที่ฆ่าในโรงฆ่าสัตว์ได้ ทั้งนี้ กรมปศุสัตว์จะจัดส่งรายชื่อโรงฆ่าสัตว์ที่มีใบรับรอง จากปศุสัตว์ให้กรมราชทัณฑ์

๕. กรมอนามัยร่วมกับกรมราชทัณฑ์ทำการกำหนดรายการอาหาร หรือมีการเสริมโภชนาการ เพื่อป้องกันการขาดโภชนาการ เช่น การขาดวิตามินบี ๑ ซึ่งทำให้โรคไทรอยด์เป็นพิษมีอาการรุนแรงขึ้น

มาตรการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ซึ่งมีแผนป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญ ประกอบด้วย

๑. การป้องกันโรค อาทิ บริการวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ โรคหัด บริการหญิงอนามัย สารหล่อลื่น บริการยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP)

๒. การเฝ้าระวังโรค อาทิ การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง การสอบสวนโรค การอบรมการเฝ้าระวัง การสอบสวนโรคแก่พยาบาลเรือนจำ และเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์

๓. การคัดกรองโรค อาทิ การเอกซเรย์ปอดค้นหาวัณโรค การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยสารน้ำทางช่องปาก การตรวจเลือดหากามโรค ไวรัสตับอักเสบบี และการคัดกรองอาการของโรคติดต่อประจำวัน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ

๔. การควบคุมโรค อาทิ การร่วมพัฒนาระบบห้องแยกโรค การติดตามและส่งต่อการรักษาการ บริการจิตอาสาชุมชน การลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

## ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ ดังนี้

### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านกฎหมาย

- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันหาแนวทางในการดำเนินการให้ผู้ที่กระทำความผิด ซึ่งมีโทษไม่ร้ายแรง หรือความผิดลหุโทษ รับโทษโดยไม่ต้องเข้าไปอยู่ในเรือนจำ เพื่อลดปัญหาความแออัดในเรือนจำ รวมทั้งงบประมาณที่ใช้ในการดูแลและปัญหาการเกิดโรคระบาดในเรือนจำ ทั้งนี้ จะต้องทำให้ผู้ที่พ้นโทษสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยไม่กลับไปกระทำความผิดซ้ำอีก

### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านปฏิบัติการ

๑. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการควบคุมมาตรฐานของโรงฆ่าสัตว์อย่างจริงจัง เนื่องจากสาเหตุหลักของการเกิดโรคไทรอยด์เป็นพิษ เป็นมาจากการไม่ฆ่าแช่แข็งชิ้นเนื้อที่ก่อให้เกิดโรครังสีก่อนการนำมาจำหน่าย นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องความสะอาดที่อาจทำให้เกิดการปนเปื้อนของเชื้อโรคในเนื้อสัตว์ที่อาจก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ

๒. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีมาตรการในการตรวจสอบและควบคุมการผลิตอาหารที่อาจนำชิ้นส่วนเนื้อสัตว์ที่ก่อให้เกิดโรคไทรอยด์เป็นพิษมาเป็นส่วนประกอบของการประกอบอาหาร ทั้งนี้ หากมีการรับประทานเป็นประจำอาจส่งผลให้เกิดโรครังสีได้

๓. กรมราชทัณฑ์ควรหารือร่วมกับกลุ่มวิสาหกิจเพื่อสังคม หรือ social enterprise เพื่อจัดซื้อสินค้าจากกลุ่มวิสาหกิจเพื่อสังคม อาทิ ผักปลอดสารพิษให้กับเรือนจำ ซึ่งจะทำให้คุณภาพด้านอาหารในเรือนจำดีขึ้น และลดการเกิดการปนเปื้อนของอาหารที่ก่อให้เกิดโรครังสีในเรือนจำ

๔. กรมราชทัณฑ์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเตรียมความพร้อมในการรองรับการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 หรือโรคโควิด 19 ที่อาจเกิดขึ้นในเรือนจำ เพื่อสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างทัน่วงที

### ๓. การพิจารณาศึกษาและติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของ ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่เป็น "การระบาดใหญ่" หรือ pandemic หลังจากเชื้อลุกลามไปอย่างรวดเร็วในทุกภูมิภาคของโลก การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสดังกล่าว คณะกรรมการการสาธารณสุข ให้ความสำคัญอย่างที่สุด โดยมีการศึกษาติดตามสถานการณ์อย่างต่อเนื่องในห้วงระยะเวลาตั้งแต่ปรากฏการแพร่ระบาดจนถึงปัจจุบันโดยเชิญหน่วยงานและนักวิชาการที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลและข้อคิดเห็นในหลายแง่มุม อาทิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) องค์การเภสัชกรรม สถาบันวัคซีนแห่งชาติ สถาบันบำราศนราดูร สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์ รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ทวี โชติพิทยสุนนท์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ในคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ และที่ปรึกษากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ศาสตราจารย์ยง ภู่วรวรรณ หัวหน้าศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะด้านไวรัสวิทยาคลินิก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดร.สุภาภรณ์ วัชรพุกชาติ หัวหน้าศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพโรคอุบัติใหม่ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) นอกจากนี้ คณะกรรมการการสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านที่ได้มีการศึกษาและติดตามสถานการณ์อย่างใกล้ชิด โดยร่วมบรรยายพิเศษต่อที่ประชุม อาทิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์เฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ และนายแพทย์ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ รวมไปถึงการลงพื้นที่รับทราบข้อมูล อาทิ ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด - 19 ของกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันบำราศนราดูร ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รองรับการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ ตลอดจนการเยี่ยมให้กำลังใจเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นด่านหน้าสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อดังกล่าว ซึ่งจากข้อมูลที่คณะกรรมการได้มีการศึกษา ติดตาม ได้นำมาประกอบการวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อกลั่นกรองข้อสรุปเพื่อเสนอเป็นแนวทางการแก้ปัญหาโรคระบาด COVID - 19 และนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอระยะเร่งด่วนและระยะสั้น ไปยังนายกรัฐมนตรี ในฐานะผู้บริหารศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด - 19 (ศบค.) เพื่อพิจารณาในส่วนที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้นำข้อมูล ข้อคิดเห็น มาประมวลเป็นองค์ความรู้ที่สำคัญ โดยการจัดทำรายงานเกี่ยวกับโรคโควิด 19 เพื่อเสนอต่อที่ประชุมวุฒิสภา และเผยแพร่ไปยังหน่วยงานและสถาบันการศึกษาที่จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการต่อไป

โดยระยะตั้งแต่เริ่มมีเหตุการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 จนถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓ คณะกรรมการแบ่งการเสนอผลงานเกี่ยวกับการศึกษา ติดตาม วิเคราะห์สถานการณ์โรคโควิด 19 ออกเป็น ๓ ส่วน สำคัญ ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อเสนอแนะทางการเตรียมระบบรองรับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) โดย คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา (๑๕ เมษายน ๒๕๖๓)

ตามที่เกิดสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรค COVID - 19) ซึ่งมีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจำนวนมากทั่วโลก สำหรับในประเทศไทยจากที่รัฐบาลได้มีมาตรการต่าง ๆ ผ่านกลไกศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) (ศบค.) ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อโควิด - 19 (ศปก.สธ.) และคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ และข้อกำหนดตาม พระราชกำหนดการบริหารราชการแผ่นดินในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๘ (ฉบับที่ ๓) ครอบคลุมพื้นที่ทุกจังหวัดทั้งประเทศมาอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาที่ ๓ เดือน แม้ว่าขณะนี้แนวโน้มจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลง อย่างไรก็ตาม การพิจารณาการเปลี่ยนผ่านจากมาตรการ “Semi-lockdown” เข้าสู่ระยะต่อไป จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในหลาย ๆ มิติ ต้องตระหนักเสมือนว่าการแพร่กระจายเชื้อ ยังไม่ยุติโดยสิ้นเชิง ยังมีโอกาสเกิดการระบาดกลับมาได้ อีก จนกว่าจะมีวัคซีนป้องกันโรคมาใช้ อย่างเพียงพอ

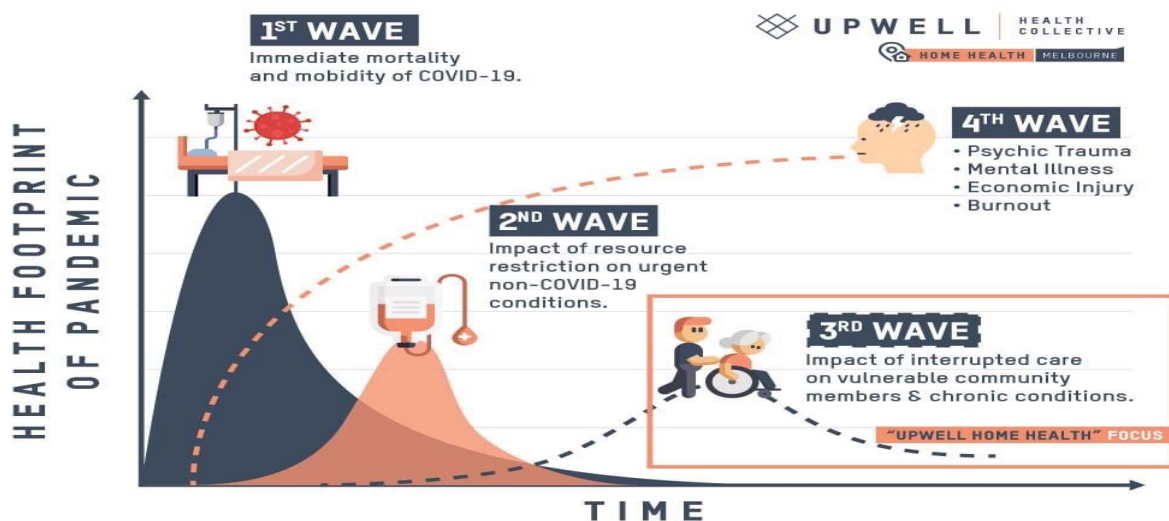
ในการนี้ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา จึงได้ทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องและจัดทำข้อเสนอแนะทางการเตรียมระบบรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) สรุปดังนี้

การพิจารณากำหนดมาตรการเพื่อรองรับการระบาดของโรค COVID - 19 เพื่อให้เกิดความสมดุลของการขับเคลื่อนกลไกต่าง ๆ ของประเทศทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม อาจจำเป็นต้องพิจารณาข้อมูลเหล่านี้ประกอบ ได้แก่

**ข้อมูล ๑ การวิเคราะห์การระบาดเป็น 4 wave (ตามรูป) คือ**

- (1) 1<sup>st</sup> wave : Immediate mortality and morbidity of COVID-19
- (2) 2<sup>nd</sup> wave : Impact of resources restriction on urgent non-COVID-19 condition
- (3) 3<sup>rd</sup> wave : Impact of Interrupted care of chronic conditions
- (4) 4<sup>th</sup> wave : Psychic trauma, Mental illness, Economic injury, Burnout

๑



ที่มา : UPWELL Health Collection, Home Health : Melbourne, Australia. 2020.

**ข้อมูล ๒ การวิเคราะห์ระยะของการควบคุมโรค**

ประเทศที่มีการระบาดของโรค COVID-19 จะกลับมาเป็นปกติเหมือนเดิม ต้องผ่าน 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ ๑ ชะลอการระบาดให้ช้าลง (Slow the Spread)

ระยะที่ ๒ ค่อย ๆ เปิดเมือง ทีละส่วน ทีละเมือง (Reopen, State by State)

ระยะที่ ๓ สร้างเกราะป้องกันและยกระดับการควบคุมทุกมาตรการ (Establish Protection then Lift All Restrictions)

ระยะที่ ๔ เสริมงาน ซ่อมแซม เยียวยา หาทางป้องกันการระบาดรอบใหม่ (Rebuild Our Readiness for the Next Pandemic)

ที่มา : Scott Gottlieb et al. National Coronavirus Response: A Road Map to Reopening. American Enterprise Institute. March 28, 2020.

ปัจจุบันประเทศไทยยังอยู่ในระยะที่ ๑ ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญที่จะชะลอการระบาด การเพิ่มประสิทธิภาพการทดสอบค้นหาเชื้อไวรัสและการเสริมศักยภาพของระบบสาธารณสุข มีทั้งมาตรการทางสังคมและมาตรการทางการแพทย์ที่ได้ดำเนินการอยู่แล้ว การที่จะเข้าสู่ระยะที่ ๒ ได้ ต้องมีสัญญาณ ดังนี้

๑. ผู้ป่วยรายใหม่ลดลงตามลำดับ อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา ๑๔ วัน
๒. โรงพยาบาลสามารถรักษาผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลได้ตามระบบปกติ มีทรัพยากรเพียงพอ
๓. รัฐสามารถตรวจคัดกรองประชาชนทุกคนที่มีอาการได้
๔. รัฐสามารถติดตามผู้ติดเชื้อและผู้สัมผัสได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๕. เมื่อใดที่จำนวนผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้น ต้องกลับไประยะที่ 1 ตามเดิม

แม้ว่าสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ในปัจจุบันจะมีแนวโน้มไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นผลจากมาตรการของรัฐบาล ต้นทุนทางสังคมไทยและการตื่นตัวของประชาชนที่เอื้อต่อการควบคุมโรค รวมทั้งพื้นฐานที่มั่นคงและมีมาตรฐานระดับโลกของระบบสาธารณสุขไทย อย่างไรก็ตาม การปรับมาตรการในระยะจากนี้ไป นอกจากต้องคงระดับความเข้มข้น ความระมัดระวังที่สามารถป้องกันการควบคุมการระบาดของโรคได้อย่างมั่นใจแล้ว สิ่งหนึ่งที่ควรให้ความสำคัญอย่างยิ่ง คือ “การออกมาตรการที่สามารถขับเคลื่อนให้เป็นเอกภาพทุกระบบ ทุกสังกัด และสอดคล้องกับสถานการณ์ ศักยภาพและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัด”

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา จึงขอสรุปข้อเสนอแนวทางการเตรียมระบบรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) เป็น ๗ ข้อเสนอ ดังนี้

**ข้อเสนอ ๑**

ทบทวนแผนการดำเนินการรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) รายจังหวัดโดยเร่งด่วน ภายในเดือนเมษายน ๒๕๖๓ โดยดำเนินการ ดังนี้

๑. เริ่มจากการประมาณการจำนวนผู้ป่วยโรค COVID - 19 มากที่สุดในช่วงเวลาหนึ่ง (Worst Case Scenario) เพื่อให้ทุกจังหวัดไปทบทวนระบบการให้บริการต่าง ๆ ทรัพยากรที่ต้องการ เช่น หอผู้ป่วยหนัก ห้องแยกโรค โรงพยาบาลสนาม เครื่องช่วยหายใจ เตียง หน้ากาก N95 อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) LAB test ยา Favipiravir อุปกรณ์ทางการแพทย์อื่น ๆ อัตราค่าตอบแทน เป็นต้น โดยให้ความสำคัญและเผื่อระวังในบางพื้นที่ ที่มีความเสี่ยงสูงในปัจจุบันและมีแนวโน้มจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง หรือพื้นที่ ที่มีคนไทยทยอยกลับจากประเทศเพื่อนบ้านจำนวนมาก เช่น กรุงเทพมหานครและปริมณฑล จังหวัด ในภาคใต้ (เขตสุขภาพที่ ๑๑, ๑๒) โดยเฉพาะ ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นต้น

๒. วางแผนมาตรการทั้งทางสุขภาพและทางสังคมเพื่อการควบคุมป้องกันโรคให้รองรับการระบาดของโรค COVID - 19 ในระยะต่าง ๆ อย่างเหมาะสม

๓. วางแผนดูแลรักษาโรคอื่น ๆ ของโรงพยาบาลที่จะเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง (ที่ปัจจุบันในห้างหรือเลื่อนออกไป) ซึ่งเป็นการวางแผน Business Continuity Plan (BCP) หมายถึง แผนสำรองการทำงานในภาวะฉุกเฉินที่ช่วยในการบริหารจัดการองค์กรให้สามารถตอบสนองต่อการเกิดอุบัติเหตุ ภัยพิบัติ ภาวะฉุกเฉินและ/หรือภัยคุกคามได้โดยไม่ต้องหยุดการดำเนินงานปกติ ในระดับโรงพยาบาล ให้สามารถบริการผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสมไม่หยุดชะงัก ไม่เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ จนทำให้บุคลากรต้องถูกกักตัวและไม่สามารถขับเคลื่อนงานต่อไปได้ โดยให้สอดคล้องกับระยะเวลาของการติดเชื้อทั้งในระยะที่แพร่ระบาดและระยะที่ควบคุมโรคได้แล้ว

๔. วิเคราะห์และจัดทำแผนการเตรียมยาและเวชภัณฑ์สำหรับผู้ป่วยอื่น ๆ และโรคเรื้อรังที่อาจจะขาดแคลนจากการระบาดที่กระทบกับแหล่งวัตถุดิบและการผลิตของบริษัทยาต่าง ๆ ดังนั้น องค์การเภสัชกรรมต้องเข้ามามีบทบาทสำคัญในการเตรียมการและวางแผนการผลิตที่เพิ่มขึ้น รวมถึงการหาแหล่งอื่น ๆ สนับสนุน

๕. สำหรับเวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ โดยเฉพาะในภาวะฉุกเฉิน ที่เกิดปัญหาไปทั่วโลก เช่น การจัดหาหน้ากาก N95 อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment :PPE) เครื่องช่วยหายใจ ยา Favipiravir เป็นต้น ในบางส่วนที่สำคัญอาจจำเป็นต้องรวมศูนย์เพื่อการบริหารจัดการอย่างเหมาะสมและเพียงพอ ภายในประเทศควรมีการวางแผนกำหนดยุทธศาสตร์การผลิตเวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในอนาคต ทั้งการผลิตและการจัดหา เพื่อสำรองไว้ใช้ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อใหม่หรือการระบาดรอบต่อไป โดยส่งเสริมให้ทั้งภาครัฐหรือเอกชนสามารถผลิตได้เองในประเทศเพื่อความมั่นคงในระยะยาวต่อไป หรือเป็นลักษณะรัฐต่อรัฐ ความร่วมมือกับกลุ่มประเทศอาเซียน

๖. ควรคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคลากรทางด้านทางการแพทย์ที่เป็นในลักษณะ การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อตามหลักสากล (Universal Precaution) โดยให้มีการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการคัดกรองโรคโควิด 19 ในผู้ป่วยทุกรายตามข้อบ่งชี้ เช่น ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยที่ทำหัตถการ รวมถึงการคลอดและการผ่าตัด ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) หรือรายที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ทั้งนี้ รัฐหรือกองทุนสุขภาพต้องสนับสนุนต้นทุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรมไม่เพิ่มภาระให้หน่วยบริการและประชาชน

### **ข้อเสนอ ๒**

ในทุกจังหวัดควรเร่งรัดให้มีการจัดตั้งคณะทำงานด้านการควบคุมป้องกันโรคและระบบบริการทางการแพทย์ที่รองรับการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่เป็นคณะทำงานเสนอมาตรการต่าง ๆ ต่อคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดโดยเร็ว และให้ดำเนินการตามบริบทของแต่ละจังหวัดตามแนวทางที่คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติได้ให้ไว้ โดย

๑. ออกมาตรการทั้งด้านการแพทย์และด้านสังคม เพื่อการควบคุมป้องกันโรคตามบริบทและระยะของการแพร่ระบาดของโรค โดยคำนึงถึงทั้งการรักษาพยาบาล การควบคุม ป้องกันโรค และภาวะทางสังคม เศรษฐกิจที่เหมาะสมในจังหวัด เช่น แนวทางการรักษาพยาบาล การตรวจ ทางห้องปฏิบัติการโรงพยาบาล สนาม อัตรากำลัง เครื่องช่วยหายใจ มาตรการควบคุมและเฝ้าระวังโรค มาตรการทางสังคมต่าง ๆ เป็นต้น

๒. แนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อให้มากขึ้น อาจแบ่งเป็น ๒ ระดับ คือ



๑) หน่วยงานส่วนกลางออกนโยบายแนวทางและมีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจน เช่น การเพิ่มการตรวจในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงมีการแพร่ระบาดที่พบจำนวนผู้ติดเชื้อจำนวนมากหรือเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ และมีแผนรองรับหลังการตรวจอย่างเหมาะสม เช่น สถานที่กักกัน พร้อมการสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอ

๒) ในแต่ละพื้นที่ประเมินสถานการณ์ของตนเองและเตรียมความพร้อม ของห้องปฏิบัติการ และแผนรองรับทั้งบุคลากร อุปกรณ์ สถานที่และการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน จากทุกภาคส่วน ให้ความสำคัญในพื้นที่ที่ยังมีการระบาดของโรคเป็นพิเศษ เช่น กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล จังหวัดในภาคใต้ (เขตสุขภาพที่ ๑๑, ๑๒) โดยเฉพาะ ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีคนไทยทยอยกลับจากประเทศเพื่อนบ้านจำนวนมาก โดยเพิ่มการตรวจในกลุ่มที่มีอาการและไม่มีอาการ เพื่อให้การควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทันท่วงทีตามบริบทของแต่ละจังหวัด

### ข้อเสนอ ๓

ในระยะกลางถึงระยะยาว ต้องให้ความสำคัญแบ่งเป็น ๒ ด้าน คือ ผลกระทบด้านสังคมต่อประชาชน และผลกระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์

๑. คำนึงถึงผลกระทบด้านจิตใจและสังคม ด้านวิกฤติเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะเครียดเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ที่ถูกกักกันโรค ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น

๒. มอบหมายให้จังหวัดทำแผนการดูแลช่วยเหลือเยียวยา ด้านจิตใจ สังคม และผลกระทบด้านเศรษฐกิจ (MHPSS : Mental Health and Psychosocial Supports) ภายใต้ การสนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุข (ผ่านกรมสุขภาพจิต) โดยใช้กลไกศูนย์วิชาการเขตสุขภาพ กำกับโดยผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพ และกระทรวงพัฒนาการสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

๓. มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขจัดทำแผนและดำเนินการเพื่อลดภาวะเหนื่อยและล้า (burnout syndrome) ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ในทุกสังกัดและทุกระดับอย่างเป็นรูปธรรม ตลอดจนติดตามช่วยเหลือและป้องกันอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรไปสนับสนุน ทั้งระดับจังหวัด และเขตสุขภาพให้สามารถบริหารจัดการได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อลดปัญหาดังกล่าว

### ข้อเสนอ ๔

การจัดสรรงบประมาณ แหล่งงบประมาณ และช่องทางให้ขึ้นกับแผนและอำนาจ การตัดสินใจของรัฐบาลที่จะพิจารณาจัดสรรงบประมาณไปยังพื้นที่ให้สอดคล้องกับแผน บริบท และปัญหาของแต่ละจังหวัด โดยผ่านกลไกผู้ว่าราชการจังหวัดโดยตรง เพื่อให้การบริหารจัดการ ได้อย่างรวดเร็ว ทันท่วงที สถานการณ์ อย่างไรก็ตาม ในบางเรื่องอาจจำเป็นต้องใช้กลไกของแต่ละกระทรวงเพื่อให้เกิดความคล่องตัว ในการประสานงานระหว่างหน่วยงาน

### ข้อเสนอ ๕

กลไกการติดตามและประเมินผล (M&E) ผ่านผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่มีอยู่ในทุกเขตสุขภาพ โดยมอบหมายให้ผู้ตรวจราชการดำเนินการ

๑. สนับสนุนและร่วมออกแบบการดำเนินการให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และปัญหา ที่เกิดขึ้น ให้ทันการณ์

๒. ร่วมกับศูนย์วิชาการของกรมต่าง ๆ ในพื้นที่เขตสุขภาพและทีมวิชาการในแต่ละจังหวัด ประเมินติดตามมาตรการต่าง ๆ ว่า มีความเหมาะสมเพียงพอในการควบคุมป้องกันโรคให้กับแต่ละจังหวัดไปปรับใช้ตามความเหมาะสมกับระยะของการระบาดของโรค

**ข้อเสนอ ๖**

สนับสนุนและส่งเสริมการแก้ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในภาพรวมที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 อย่างเป็นรูปธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบ ทั้งปัญหาการว่างงานและปัญหาภัยแล้ง สนับสนุนให้เกิด SME ในต่างจังหวัดให้มากขึ้น เพื่อกระจายความเจริญและกระจายบุคลากรออกจากเขตกรุงเทพมหานคร โดยน้อมนำแนวทางตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มาเป็นเข็มทิศในการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืนในอนาคต (Economic New Normal)

**ข้อเสนอ ๗**

ในการวางแผนเตรียมการเพื่อเข้าสู่ระยะที่ ๒ คือ การค่อย ๆ เปิดเมือง ทีละส่วน ทีละเมือง (Reopen, State by State) จำเป็นต้องดำเนินการอย่างมีกลยุทธ์ (Exit Strategy) ผ่อนปรนอย่างมีเงื่อนไขตามข้อบ่งชี้ และต้องคำนึงถึงผลกระทบที่จะตามมาจากมาตรการต่าง ๆ โดยคณะกรรมการส่วนกลาง ภายใต้การบริหารของศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) (ศบค.) ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย หลักเกณฑ์กลาง ข้อบ่งชี้ที่จะดำเนินการเข้าสู่ระยะที่ ๒ และมาตรการต่าง ๆ ที่จะดำเนินการในทั้งด้านสังคมและด้านการแพทย์ และสาธารณสุข รวมถึง การให้บริการประชาชนในสถานบริการต่าง ๆ เป็นแนวทางที่ให้แต่ละจังหวัดนำไปปฏิบัติตามข้อบ่งชี้ ที่กำหนดให้เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่ยังคำนึงถึงมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) และมาตรการป้องกันตนเอง (Self-Protection) อย่างต่อเนื่อง และต้องมีมาตรการและแผนเตรียมประเมินสถานการณ์ที่เหมาะสม หากมีการระบาดกลับมาใหม่และพร้อมที่จะเข้มงวดเมื่อสถานการณ์กลับมาสู่ระยะที่ ๑ ชะลอการระบาดให้ช้าลง (Slow the Spread) อีกครั้ง

**เอกสารอ้างอิง**

๑. Scott Gottlieb et al. National Coronavirus Response: A Road Map to Reopening. American Enterprise Institute. March 28,2020.
๒. UPWELL Health Collection, Home Health : Melbourne, Australia.๒๐๒๐
๓. มุมมองด้านสุขภาพจิตและจิตสังคมของการระบาด COVID-19 version 1.5 IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Setting. February 2020.

ส่วนที่ ๒ ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ต่อการจัดทำระบบรับมือกับโรคอุบัติใหม่ และยุทธศาสตร์ความมั่นคง  
ของชาติ : ข้อเสนอระยะสั้นต่อการเตรียมระบบรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของ  
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19)

โดย คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา (กันยายน ๒๕๖๓)

### ข้อเสนอระยะสั้น

ครอบคลุมแผนการดำเนินการ ณ ปัจจุบัน และแผนการเริ่มต้นกิจการด้านต่าง ๆ ของประเทศ ดังนี้

๑. การกำหนดให้ประชาชนชาวไทยมีวิถีการใช้ชีวิตที่ปลอดภัย หรือวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) จากโรคที่สามารถติดต่อได้เป็นพื้นฐานการใช้ชีวิต โดยควรใส่หน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้า ตลอดเวลาในทุกพื้นที่ ทั้งภายในที่อยู่อาศัยหรือเมื่อเดินทางไปยังพื้นที่ต่าง ๆ นอกจากนี้ควรหมั่นทำความสะอาดมือ ด้วยการล้างมือด้วยน้ำและถูมือด้วยสบู่ในปริมาณและเวลาที่มากเพียงพอ หรือการใช้ alcohol gel อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งควรรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล และลดการสัมผัสในจุดสัมผัสสาธารณะ โดยไม่จำเป็น ทั้งนี้ ควรกำหนดให้สิ่งเหล่านี้เป็นเนื้อหาในการศึกษาทุกระดับโดยมีเนื้อหา ดังต่อไปนี้

๑.๑ โรคต่าง ๆ ที่สามารถติดต่อได้

๑.๒ การป้องกันตนเองจากโรคเหล่านั้น

๒. กำหนดนโยบายให้ทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งรัฐวิสาหกิจ จัดทำมาตรการและแนวทางในการเข้ารับบริการ หรือการให้บริการในพื้นที่สาธารณะ และสถานที่ต่าง ๆ ได้แก่ การใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าในขณะที่เข้ารับบริการการทำความสะอาดมือด้วย alcohol gel การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล และการลงทะเบียนระบบแอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” ทุกครั้งเมื่อเข้า - ออก สถานที่ต่าง ๆ

๓. กำหนดนโยบายเกี่ยวกับแผนเผชิญเหตุ กรณีที่มีการระบาดระลอกใหม่ โดยกำหนดให้ทุกหน่วยงานต้องดำเนินการ และกำกับให้หน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และรัฐวิสาหกิจ ต้องจัดทำแผนเผชิญเหตุกรณีการพบผู้ติดเชื้อ และการระบาดระลอกใหม่ รวมทั้งมีการทดสอบแผนดังกล่าวภายในหน่วยงานของตนเอง และให้มีการเชื่อมประสาน (บูรณาการ) กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมทุกฝ่าย

๔. ระดับนโยบาย ควรกำหนดให้มีการจัดกลุ่ม และเรียงลำดับภารกิจที่สำคัญ ในการนำบุคคลจากนอกราชอาณาจักรเข้ามาในราชอาณาจักร เพื่อเริ่มต้นขับเคลื่อนภารกิจต่าง ๆ ในประเทศ ดังนี้

๔.๑ ภารกิจด้านการท่องเที่ยว

๔.๒ ภารกิจด้านแรงงานข้ามชาติภาคอุตสาหกรรม และแรงงานก่อสร้าง รวมทั้ง  
แรงงานข้ามชาติภาคการเกษตร

๔.๓ ภารกิจด้านการศึกษา และด้านการสาธารณสุข

๔.๔ ภารกิจด้านการทูตและการต่างประเทศ

๔.๕ ภารกิจด้านความมั่นคงระหว่างประเทศ

โดยยึดแนวทางการป้องกันประเทศจากโรคติดต่อ COVID - 19 ด้วยการกักกันผู้เดินทาง เพื่อตรวจ และสังเกตอาการในระยะ ๑๔ วัน นับจากวันที่เข้ามายังราชอาณาจักรไทย

๕. พัฒนาระบบการคัดกรอง ณ บริเวณด่านควบคุมโรค ได้แก่ ท่าอากาศยาน  
ด่านพรมแดน และด่านท่าเรือ โดยให้ครอบคลุมการดำเนินการที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๕.๑ การบูรณาการข้อมูลที่ต่าง ๆ ให้เป็นข้อมูลเดียวกันทั้งหมดระหว่าง ข้อมูลจากกระทรวงการต่างประเทศ ข้อมูลตำรวจตรวจคนเข้าเมือง และข้อมูลกรมควบคุมโรค รวมทั้งเชื่อมโยงข้อมูลให้กับหน่วยบริการทางการแพทย์ เพื่อรองรับในกรณีมีผู้เดินทางเข้ารับบริการตรวจรักษา โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่มีการเชื่อมต่อกันอย่างเหมาะสม

๕.๒ กระบวนการในการคัดกรองต่าง ๆ ให้พัฒนาการให้รวดเร็วและปลอดภัยสำหรับผู้เดินทางและเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

๖. จัดตั้งแนวป้องกันและควบคุมโรค รวมทั้งระบบบริการรองรับที่บริเวณ ตะเข็บชายแดน โดยครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

๖.๑ การจัดตั้งศูนย์พักพิงและกักกันโรคแบบชั่วคราว (camp) เพื่อใช้ในการควบคุมพื้นที่และดำเนินการกักกันโรคสำหรับประชาชนจากประเทศเพื่อนบ้านที่เข้ามายังราชอาณาจักรไทย ทั้งที่ชอบและไม่ชอบด้วยกฎหมาย

๖.๒ การเพิ่มเติมศักยภาพให้กับหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในพื้นที่ชายแดนหรือบริเวณใกล้เคียง ให้เพียงพอกับการให้บริการและมีโอกาสต้องรองรับภาวะฉุกเฉินจากสถานการณ์ในบริเวณตะเข็บชายแดนทั้งหมด

๖.๓ การจัดตั้งหน่วยบริการแบบชั่วคราว ในพื้นที่ประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อลดจำนวนและปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการหลบหนีเข้ามายังราชอาณาจักรไทยเพื่อขอรับการรักษาพยาบาล โดยการประสานงานผ่านกระทรวงการต่างประเทศ

๖.๔ การเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังเพื่อการคัดกรองและตรวจจับ ในเขตจังหวัดชายแดน โดยการ Active case finding

๗. การจัดระบบงบประมาณให้เพียงพอและครอบคลุมการบริหารจัดการทั้งระบบทั้งงบประมาณซึ่งได้รับการจัดสรรงบประมาณตามพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลัง กู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. ๒๕๖๓ และงบประมาณอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๘. เพิ่มประสิทธิภาพของกลไกสนับสนุนทรัพยากรจากส่วนกลางให้เพียงพอในการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรค เพื่อให้ทันต่อการตอบสนองสถานการณ์

ส่วนที่ ๓ รายงาน “โรคโควิด 19”  
โดย คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

### บทสรุปผู้บริหาร

นับจากวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒ ซึ่งมีรายงานผู้ป่วยรายแรก จากเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน และเริ่มระบาดมาสู่ประเทศไทยเป็นลำดับที่ ๒ จนปัจจุบันนี้เป็นเวลา ๖ เดือน ที่โรคโควิด 19 ได้ระบาดใหญ่ไปทั่วโลก (Pandemic) มีผู้ติดเชื้อกว่า ๑๐ ล้านคน และเสียชีวิตกว่า ๕ แสนคน ใน ๒๑๕ ประเทศทั่วโลก

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้ติดตาม ศึกษา และวิเคราะห์เรื่องดังกล่าว อย่างใกล้ชิด และต่อเนื่อง นับตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๖๓ โดยได้มีการประชุมของคณะกรรมการเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จำนวน ๑๑ ครั้ง ครอบคลุมประเด็น ความรู้เกี่ยวกับโรคและไวรัสก่อโรค การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ สถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง การป้องกัน การรักษา ความคืบหน้าของการวิจัยพัฒนาและวัคซีน ตลอดจนแนวทางการบริหารจัดการ การผลิต การนำเข้า และการกระจายอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้รับผิดชอบโดยตรง อาทิเช่น กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมการแพทย์ สถาบันบำราศนราดูร องค์การเภสัชกรรม สถาบันวัคซีนแห่งชาติ สภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นักวิชาการอิสระ และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดข้อมูลและองค์ความรู้จำนวนมาก ที่มีความทันสมัยที่ถูกต้องทางวิชาการ

โรคโควิด 19 (COVID 19) เกิดจากเชื้อไวรัสในตระกูลโคโรนา (Corona Virus) ลำดับที่ ๗ มีชื่อเรียกว่า SARS – CoV 2 โดยไวรัสในลำดับที่ ๑ – ๔ ก่อให้เกิดโรคหัดธรรมดา ลำดับที่ ๕ เกิดโรค SARS และลำดับที่ ๖ เกิดโรค MERS โดยไวรัสก่อโรคโควิด 19 นี้ เป็นไวรัสที่มีอยู่แล้ว เพียงแต่เพิ่งจะมาก่อโรคในมนุษย์ จึงทำให้เกิดการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง เพราะมนุษย์ไม่มีภูมิคุ้มกันมาก่อน ประกอบกับไวรัสสามารถทำให้เกิดการติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการ แต่สามารถแพร่ระบาดได้

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคนี้ในภาพรวมของโลก ต้องถือว่ารุนแรงและกว้างขวางมาก โชคดีที่ประเทศไทยเรามีเหตุปัจจัยหลายประการที่ทำให้เราสามารถควบคุมสถานการณ์ได้เป็นอย่างดี จนได้รับการยอมรับจากนานาชาติ ปัจจัยดังกล่าวประกอบด้วย การตัดสินใจและออกนโยบายได้อย่างถูกต้องเหมาะสมของรัฐบาล การร่วมมือของพี่น้องประชาชน ศักยภาพความสามารถและความเสียสละของบุคลากรทางสาธารณสุข และวิถีชีวิตวัฒนธรรมของคนไทยที่เรื่องการทักทายด้วยการไหว้แทนการจับมือกัน การถอดรองเท้าก่อนเข้าบ้าน การอาบน้ำทุกวัน และการไม่พูดคุยส่งเสียงดังในระหว่างรับประทานอาหาร ทำให้การแพร่เชื้อของโรคโควิด 19 ลดลงอย่างมาก

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา จึงนำมาสู่การจัดทำรายงาน เรื่อง “โรคโควิด 19” ซึ่งถือว่าเป็นองค์ความรู้สำคัญ ในรายงานฉบับนี้ จึงเป็นการรวบรวมข้อมูลและองค์ความรู้จากการประชุมคณะกรรมการ การสาธารณสุข ทั้ง ๑๑ ครั้ง นอกจากบันทึกการประชุมแล้ว ยังได้รวบรวมเอกสารและสไลด์ประกอบการบรรยายของหน่วยงานต่าง ๆ ไว้อย่างสมบูรณ์ครบถ้วน อันจะเป็นประโยชน์ต่อสมาชิกวุฒิสภา ตลอดจนผู้ที่สนใจ ที่จะได้นำไปใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคทั้งในระดับปัจเจก ชุมชน สังคม และประเทศชาติ เพื่อให้ประเทศไทยของเราผ่านพ้นวิกฤตการณ์ครั้งยิ่งใหญ่ของโลกไปได้ อย่างดีที่สุด เสียหายน้อยสุดต่อไป

## ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่สำคัญ แบ่งเป็นดังนี้

### ๑. ด้านการดำเนินงาน

๑.๑ การคัดกรองผู้ป่วยที่เดินทางเข้าประเทศไทย ณ ท่าอากาศยานต่าง ๆ ภายในประเทศไทย ควรมีการดำเนินการสื่อสาร หรือปิดประกาศให้ชัดเจนว่า กระบวนการคัดกรองเป็นอย่างไร มีกล้อง Thermo Scan ติดตั้งในจุดใดบ้าง เพื่อให้การคัดกรองมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ให้บริการทั้งชาวไทย และชาวต่างประเทศ ที่อาจเข้าใจคลาดเคลื่อนว่า สนามบินไม่ได้มีมาตรการคัดกรอง เนื่องจากไม่ทราบถึงการดำเนินการของเจ้าหน้าที่

๑.๒ การป้องกันโรคอุบัติใหม่โรคอุบัติซ้ำจากภาวะโรคร้อนเป็นหนึ่งในประเด็นยุทธศาสตร์ การปฏิรูปประเทศด้านความมั่นคง ในอนาคตจะต้องมีการปรับปรุงศูนย์สุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ขึ้นมารับมือเพื่อดำเนินการเชิงรุกมากขึ้น โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างสัตวแพทย์ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล เหมือนศูนย์ในต่างประเทศ โดยไม่จำเป็นต้องรอให้เกิดการระบาดแล้วจึงรับมือ

๑.๓ การรับมือสถานการณ์ร้ายแรงระดับชาติควรจะต้องมีการจัดทำแผนเผชิญเหตุ เพื่อกำหนดกรอบดำเนินงาน ตั้งแต่ประเด็นภัยคุกคาม จนถึงการกำหนดอำนาจหน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามลำดับขั้นตอนของสถานการณ์ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ดำเนินการจัดแผนระดับรองของแต่ละหน่วยงาน ให้สอดคล้องกับแผนหลักระดับชาติ ซึ่งจะต้องมีการดำเนินการซักซ้อมให้มีความสามารถพร้อมรับมือสถานการณ์

๑.๕ ควรมีมาตรการในการจัดการแก้ไขปัญหาน้ำกากอนามัย และเจลแอลกอฮอล์ที่ขาดตลาดอย่างชัดเจน และควรมีการกำหนดมาตรการการเข้าถึงอุปกรณ์การป้องกันในราคาที่เป็นธรรมและมีจำนวนพอเพียง

๑.๖ ควรดำเนินการจัดทำฐานข้อมูลแบบประเทศจีนที่มีการพัฒนา Application ชื่อ Health Code ที่สามารถระบุข้อมูลการแพร่ระบาดในแต่ละพื้นที่ให้ประชาชนได้รับรู้รับทราบ โดยจำแนกปริมาณการแพร่ระบาดด้วยสี ตลอดจนให้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการป้องกันดูแล การใช้เทคโนโลยีในการจัดการระบบข้อมูลความเสี่ยง ซึ่งการจัดทำฐานข้อมูลพื้นฐานและการเชื่อมโยงฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องยังไม่มี ความชัดเจน ทำให้เกิดการความวิตกกังวลจากความหวาดระแวงของประชาชน เช่น เมื่อมีการประกาศมีผู้เสียชีวิตรายแรกจาก COVID 2019 ก็ส่งผลให้แอลกอฮอล์ทุกชนิดขาดตลาดทันที ประชาชนตื่นตระหนกบางรายขับรถข้ามเขตพื้นที่อยู่อาศัยเพื่อหาซื้อแอลกอฮอล์ ซึ่งการเคลื่อนย้ายของประชากรจำนวนมากจะส่งผลกระทบต่อตามมา คือ ทำให้ยากต่อการควบคุมเมื่อมีการแพร่ระบาด

### ๒. ด้านงบประมาณ

๒.๑ ค่าใช้จ่ายของผู้ที่อยู่ในระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ต้องสงสัยแต่ละรายมีค่าใช้จ่ายสูง งบประมาณในกองทุนหลักประกันสุขภาพมีไว้เพื่อดูแลรักษาประชาชนชาวไทย ซึ่งคนไทยเมื่อเดินทางไปต่างประเทศ ก็ต้องมีการทำประกันสุขภาพ ดังนั้น เห็นว่า ควรใช้หลักต่างตอบแทน กล่าวคือ นักท่องเที่ยวต่างชาติ ควรซื้อประกันสุขภาพเมื่อเดินทางมายังประเทศไทย ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลมีทรัพยากรเพียงพอในการดูแลรักษาผู้ป่วย หากเกิดกรณีฉุกเฉินขึ้น

๒.๒ การสนับสนุนทุนวิจัย ประเทศไทยควรจัดสรรงบประมาณภายในประเทศ ในการนำมาสนับสนุนการศึกษาวิจัย โดยไม่ควรพึ่งพาเม็ดเงินจากต่างประเทศ ทั้งนี้ จะทำให้ผลประโยชน์ที่ได้รับเป็นของคนไทยโดยตรง

๒.๓ รัฐบาลต้องให้ความสำคัญเกี่ยวกับมาตรการความมั่นคงด้านยาในภาวะฉุกเฉิน เนื่องจากการระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ถือเป็นภัยคุกคามที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วจนส่งผลกระทบต่อ

ต่อภาพรวมของประเทศ โดยการดำเนินการจะสอดคล้องกับนโยบายแห่งชาติด้านยา และแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาด้านยาแห่งชาติ แต่ในทางปฏิบัติการสนับสนุนอุตสาหกรรมยา เพื่อตอบสนองต่อความมั่นคง ยั่งยืนขาดความชัดเจนในการดำเนินการตามกิจกรรม และภารกิจ ทำให้มีข้อห่วงกังวลเกี่ยวกับกำลังการผลิต ซึ่งสามารถส่งเสริมในส่วนนี้ได้ด้วยการประสานความร่วมมือกับบุคลากรจากคณะเภสัชศาสตร์ จำนวน ๑๙ แห่ง ของมหาวิทยาลัย ที่มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สามารถให้ความร่วมมือได้ ส่วนภาคเอกชน สามารถช่วยยกระดับการผลิตได้ หากได้รับการสนับสนุนที่ชัดเจนจากทางภาครัฐ ก็จะช่วยลดความเสี่ยง ในการขาดแคลนยาได้

### ๓. ด้านการดูแลแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์

๓.๑ การระบาดของ COVID - 19 ทำให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยทั่วไป ที่ไม่เคยคิดว่าจะติดเชื้อ COVID - 19 จึงมิได้มีความระมัดระวังเป็นพิเศษ ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง ดังนั้น จึงควรที่จะเตรียมพร้อมใส่ชุดป้องกันการติดเชื้อในการตรวจรักษาด้วยทุกครั้ง พิจารณาถึงความเพียงพอ ต่อการนำมาใช้ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีความมั่นใจและปลอดภัยต่อการรักษาผู้ป่วย

๓.๒ ควรจัดวางมาตรการดูแลบุคลากรทางการแพทย์เป็นอย่างดี เพื่อไม่ให้บุคลากรทางการแพทย์ ได้รับเชื้อ และเพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการทำงาน

๓.๓ ควรมีมาตรการส่งเสริมคุ้มครองแพทย์ และพยาบาล ซึ่งถือเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูง กระทรวง สาธารณสุขจึงควรจะต้องคุ้มครองดูแลจัดการมรณกรรมประกันความเสี่ยงให้บุคลากรทางการแพทย์ ควรกำหนด มาตรการในการป้องกันให้ชัดเจนมากขึ้น เมื่อเข้าสู่การระบาดระยะที่ ๓ เช่น ในโรงพยาบาลจะต้องมีการแบ่ง พื้นที่เฉพาะสำหรับรับผู้ป่วย หรือการใช้บริการรถสาธารณะ

### ๔. ด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์

๔.๑ การสื่อสารข้อมูลข่าวสารให้กับประชาชน ควรแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ ๑. การสื่อสารระหว่าง ประชาชนทั่วไป และ ๒. การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุข รวมทั้งระยะเวลาในการสื่อสาร ต้องแตกต่างกัน เนื่องจากการสื่อสารโดยใช้ข้อมูลชุดเดียวกันไม่สามารถสื่อสารได้ในหลายกลุ่ม ควรสื่อสาร ในแต่ละกลุ่มและแต่ละช่วงเวลา จึงจะประสบความสำเร็จ เช่น กรณีการสื่อสารในเรื่องความแตกต่าง ของการแพร่กระจายเชื้อโรคโดยติดต่อเชื้อในอากาศผ่านทางฝอยละอองขนาดใหญ่ (droplet) และการติดต่อ ทางอากาศผ่านฝอยละอองขนาดเล็ก (aerosol) ซึ่งในกลุ่มประชาชน ต้องใช้บุคคลที่สามารถอธิบาย ให้ประชาชนเข้าใจได้ง่าย ส่วนการสื่อสารในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขต้องให้ผู้เชี่ยวชาญอธิบายหลักการ กระจายของ aerosol ซึ่งมีความเสี่ยงได้ง่ายกว่า โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ที่ห้องผู้ป่วยนอก ที่ไม่มีความระมัดระวังในการกระจายของ aerosol ทำให้มีโอกาสในการติดเชื้อได้ง่าย ทั้งนี้ การทำงาน ในเชิงรุก นอกจากการสื่อสารแล้ว ต้องสามารถหยุดไม่ให้เกิดบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อโรค COVID - 19 ได้ มิฉะนั้น จะทำให้ประชาชนเกิดความวิตกกังวลได้ สุดท้าย ควรสื่อสารให้ประชาชนได้รับทราบสถานการณ์ ระยะเวลาสิ้นสุด และการเตรียมความพร้อมของประชาชน

๔.๒ การสื่อสาร การให้ข้อมูล หรือแลกเปลี่ยนข้อมูลในระดับระหว่างประเทศมีความสำคัญอย่างมาก เพราะถือว่าเป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่สามารถสร้างภาพลักษณ์ของประเทศได้ ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุข อาจมีความร่วมมือกับกระทรวงต่างประเทศ โดยอาศัยช่องทางการทูต หรือนักการทูตเป็นผู้ให้ข้อมูล หรือแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับหน่วยงานระหว่างประเทศได้ทุกแห่งทั่วโลก

๔.๓ ควรสื่อสารให้ความรู้แก่ประชาชนให้มีความตระหนักและระมัดระวังมากขึ้น และควรส่งเสริม สุขลักษณะที่ถูกต้องให้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรค

๔.๔ การทำความเข้าใจและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับประเทศเพื่อนบ้านเป็นสิ่งที่ดีมาก และควรเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยซึ่งเป็นนักท่องเที่ยวต่างชาติ โดยประเทศไทยไม่ได้เก็บค่ารักษาพยาบาล ทั้งนี้ เพื่อสร้างสัมพันธไมตรีระหว่างประเทศ

๔.๕ กระทรวงสาธารณสุขควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใส่หน้ากากอนามัยอย่างถูกต้อง อาทิ ควรใส่เมื่อใด สถานที่ใด ทั้งนี้ เพื่อให้ประชาชนมีความเข้าใจที่ถูกต้องและจะทำให้ประหยัดทรัพยากร เมื่อถึงเวลาจำเป็นต้องใช้เมื่อเกิดการระบาด หรือแนะนำวิธีการทำหน้ากากใช้เอง

๔.๖ ภาครัฐ โดยทีมที่ปรึกษาภาพลักษณ์ของรัฐบาลควรดำเนินการสร้างความเข้าใจกับสื่อต่างประเทศ โดยการเปิดให้สื่อต่างชาติมีการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมการประชุมเกี่ยวกับแนวทางการรับมือการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งนี้ เพื่อเป็นการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ข้อมูลและองค์ความรู้ที่ถูกต้อง

๔.๗ กระทรวงสาธารณสุขควรพลิกวิกฤตการระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ให้เป็นโอกาสในการส่งเสริมสุขอนามัยขั้นพื้นฐาน โดยการณรงค์หรือสื่อสารให้คนไทยดำเนินการตามการดูแลสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ด้วยการล้างมือ หรือใช้ช้อนกลาง

๔.๘ การสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการในชุมชน มีข้อกำหนดร่วมกันระหว่าง สภาเภสัชกรรม กับสมาคมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องว่า จะรับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ จากหน่วยงานของรัฐที่มีมาตรฐาน ก่อนดำเนินการส่งต่อไปยังประชาชน และร้านยา แต่ยังไม่ทันทั่วถึงเท่าที่ควร เช่น กรณีหน้ากากอนามัย ที่ขาดตลาด ส่วนหนึ่งเกิดจากการใช้ที่เกินความจำเป็น มีการใช้อย่างผิดวิธี จึงกำหนดให้บุคลากรในร้านขายยาต้องอธิบายกับประชาชนในการป้องกันไวรัสโคโรนาด้วยการณรงค์ให้มีการล้างมือบ่อย ๆ เพราะการใส่หน้ากากเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ เพราะหากไม่ให้ความสำคัญกับการล้างมือ เมื่อมือที่อาจไปสัมผัสเชื้อ และไปจับหน้า ก็จะทำให้เกิดความเสี่ยงในการติดเชื้อเช่นกัน ซึ่งเภสัชกรในร้านขายยาถือเป็นกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากในบางพื้นที่มีชาวจีนเข้ามาซื้อยายังร้านขายยาในบางวันเกินร้อยละ ๔๐ ของลูกค้าทั้งหมด นอกจากนี้ การสื่อสารจะต้องลงไปให้ถึงในระดับชุมชนมากกว่านี้

## ๕. ด้านอื่น ๆ

- การระบาดของ COVID - 19 ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในเรือนจำ จึงควรมีมาตรการป้องกัน เช่น ตรวจคัดกรองผู้มาเยี่ยม ตรวจคัดกรองผู้คุมเรือนจำ และจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกัน การระบาดของ COVID - 19 ซึ่งหากมีการแพร่ระบาดในเรือนจำจะเกิดปัญหาในการควบคุมดูแล และเกิดผลเสียต่อภาพลักษณ์ของประเทศ

โดยรายละเอียดของรายงาน เรื่อง “โรคโควิด 19” สามารถสแกนข้อมูลฉบับสมบูรณ์ได้จาก QR Code ด้านล่างนี้





**๔. พิจารณาศึกษาและติดตามสถานการณ์ค่าฝุ่นละอองขนาดเล็ก  
ผลกระทบจากปัญหามลพิษและฝุ่นละอองขนาดเล็กที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน  
และชุมชนแนวทางการบูรณาการการทำงานร่วมกัน**

แนวโน้มสถานการณ์ของค่าฝุ่นละอองขนาดเล็กหรือ PM2.5 ในประเทศไทย มีปริมาณเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี ทั้งนี้ ปัญหามลพิษฝุ่นละออง ถือว่าส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาของโรคระบบทางเดินหายใจ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคอื่น ๆ ซึ่งการเกิด PM2.5 คาดว่า มีสาเหตุมาจากควันพิษจากการจราจรและการคมนาคม โดยที่ในปัจจุบันกรุงเทพฯ มีปริมาณจำนวนรถยนต์เพิ่มมากขึ้นซึ่งทำให้มีควันที่เกิดจากท่อไอเสียรถยนต์เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิด PM2.5 เป็นควันและฝุ่นจากการเผาไหม้ดังกล่าว รวมทั้งปัญหาฝุ่นที่เกิดตามจังหวัดต่าง ๆ ที่มีพื้นที่เกษตรเมื่อมีการเผาพื้นที่ทำการเพาะปลูกและหากมีกระแสลมก็พัดพามาควันจากการเผาไหม้ดังกล่าวเข้ามาทำให้สภาพอากาศแย่ลง นอกจากนี้ฝุ่นละอองจากภาคอุตสาหกรรมและการก่อสร้างที่ปัจจุบันมีการสร้างที่อยู่อาศัยจำนวนมากในกรุงเทพฯ ก็เป็นผลทำให้เกิดฝุ่นละอองขนาดเล็กด้วยเช่นกัน ดังนั้น คณะกรรมการจึงให้ความสำคัญกับปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน จึงได้มีการศึกษาและติดตามสถานการณ์ปัญหาที่เกิดจากฝุ่นละอองขนาดเล็กอย่างต่อเนื่อง

**ผลการพิจารณา**

**กระทรวงสาธารณสุข**

**กรมการแพทย์**

หน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบในกรณีที่เกิดปัญหา PM2.5 มีการแบ่งหน้าที่ ดังนี้ โดยกรมอนามัย ทำหน้าที่ให้ความรู้แก่ประชาชนในการดูแลตนเองเบื้องต้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยง กรมควบคุมโรค ทำหน้าที่ติดตามเฝ้าระวังตามแผนเฝ้าระวัง

สำหรับกรมการแพทย์ ทำหน้าที่ดูแลประชาชนเมื่อมีปัญหาการเจ็บป่วย มีการเปิดคลินิกมลพิษดูแลสุขภาพประชาชนช่วงค่าฝุ่นละออง PM2.5 สูงเป็นการเฉพาะในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง

โรงพยาบาลพระนครธานี กรมการแพทย์ ได้มีการเปิดคลินิกมลพิษ เป็นคลินิกเฉพาะทางแห่งแรกในประเทศไทย รักษาผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 พร้อมจัดทำคู่มือปฏิบัติงานของคลินิกมลพิษเพื่อกำหนดแนวทางการรักษาที่ถูกต้องและเป็นมาตรฐาน กรมการแพทย์ได้มีการดำเนินการมาตั้งแต่เมื่อปี ๒๕๖๒ ซึ่งข้อมูลในส่วนของผู้ป่วย ตั้งแต่ ๙ มกราคม - ๒๔ มกราคม ๒๕๖๓ ในกรุงเทพมหานครมีทั้งสิ้น ๖๐ กว่าราย ทั้งนี้ การจัดตั้งคลินิกมลพิษ นอกจากจัดตั้งภายในโรงพยาบาลพระนครธานีแล้ว ยังมีการจัดตั้งคลินิกอีกใน ๓๓ จังหวัด ที่มีความเสี่ยง ขณะนี้ได้มีการดำเนินการไปพอสมควรและอยู่ระหว่างการจัดตั้ง นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้งคลินิกมลพิษออนไลน์เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้มากที่สุดภายใต้ [www.pollutionclinic.com](http://www.pollutionclinic.com) เป็นชุดให้ความรู้ และสามารถประเมินอาการของตนเองได้อย่างสะดวกและทราบผลเบื้องต้นได้ในทันที พร้อมกับรับคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยตรง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่พบว่า เป็นโรคทางเดินหายใจ ร้อยละ ๘๐ นอกจากนั้นเป็นโรคตา โรคเยื่อตา ปัญหาทางผิวหนัง อาการไม่รุนแรง สิ่งที่น่าเป็นกังวล คือ ผลกระทบระยะยาวของผู้ที่ได้รับฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 แทรกซึมเข้าไปสู่นำในร่างกายทางเส้นเลือด อาจนำไปสู่โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ปัญหาโรคหัวใจ และโรคอื่น ๆ

ทั้งนี้ มีความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้า เจ้าคุณทหารลาดกระบัง ในการผลิต เครื่องกรองอากาศ ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการทดลอง

### กรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค กรมอนามัย และกรมการแพทย์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้มีการดำเนินการรับมือกับ PM2.5 โดยให้ความสำคัญกับการดูแล คุ้มครองสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง โดยได้ดำเนินการ ๕ มาตรการสำคัญ คือ

#### ๑. มาตรการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนภัยสุขภาพจากค่าระดับคุณภาพอากาศ

๑.๑ จัดทำคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ศูนย์อำนวยการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีฝุ่นละอองขนาดเล็ก และประชุมทางไกล (Video Conference) การเฝ้าระวังผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน เพื่อเตรียมการรับมือด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้กับหน่วยงานสาธารณสุขในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ โดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน

๑.๒ เปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center : PHEOC) กรณีฝุ่นละอองขนาดเล็ก ทั้งในระดับจังหวัดระดับเขต และส่วนกลาง

๑.๓ เฝ้าระวัง ติดตามสถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็ก ประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ และสื่อสารแจ้งเตือนประชาชนทุกวัน

๑.๔ เฝ้าระวังมลพิษทางอากาศในครัวเรือน เน้นกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ศูนย์เด็กเล็ก ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

#### ๒. มาตรการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ

๒.๑ การเฝ้าระวังการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับฝุ่นละอองขนาดเล็ก ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และเขตปริมณฑล จากเครือข่ายโรงพยาบาล ๒๒ แห่ง และเฝ้าระวังใน ๓๓ จังหวัดพื้นที่เสี่ยง โดยเฝ้าระวังใน ๔ กลุ่มโรค ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบผิวหนัง ระบบตา และอื่น ๆ รวมทั้งผลกระทบในระยะยาว เช่น โรคมะเร็ง เป็นต้น

๒.๒ ตอบโต้ข่าวและติดตามสอบสวนผู้ป่วยและผู้ได้รับผลกระทบกรณีข่าว และการรายงานเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองที่รุนแรง

#### ๓. มาตรการด้านการสื่อสาร สร้างความเข้าใจและความรอบรู้แก่ประชาชน

๓.๑ จัดทำชุดความรู้ และสื่อสารชุดความรู้ผ่านช่องทางต่าง ๆ ในทุกระดับ เช่น infographic VTR เสียงตามสาย ข้อความตัววิ่ง บทความวิทยุและโทรทัศน์ ฯลฯ

๓.๒ สนับสนุนองค์ความรู้และข้อมูล สื่อประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้เรื่องฝุ่นละอองขนาดเล็ก และแนวทางการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓.๓ ลงพื้นที่ให้ความรู้เชิงรุก โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง

## ๔. มาตรการด้านการจัดระบบบริการและดูแลสุขภาพประชาชน

๔.๑ สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลแก่ประชาชน เพื่อลดความเสี่ยงการสัมผัสมลพิษทางอากาศ ได้แก่ หน้ากากอนามัย หน้ากาก N95 โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสำคัญ เป็นต้น

๔.๒ เปิดคลินิกมลพิษให้การรักษาผู้ป่วยในพื้นที่เสี่ยง และเปิดคลินิกมลพิษออนไลน์ เพื่อให้คำปรึกษาแก่ประชาชน

๔.๓ เตรียมทีมหมอครอบครัวลงเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงในช่วงวิกฤต

## ๕. มาตรการด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และอื่น ๆ

๕.๑ สนับสนุนการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม และพระราชบัญญัติโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

๕.๒ สนับสนุนการดำเนินตามมาตรการสำคัญอื่น ๆ เช่น ตรวจควันดำของรถยนต์ราชการ และรถยนต์ส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ การใช้รถยนต์สาธารณะ

โดยพบการรายงานผู้ป่วยสูงสุดระหว่างเดือนธันวาคม - กุมภาพันธ์ ซึ่งเป็นช่วงที่มีค่าระดับคุณภาพอากาศฝุ่นละอองขนาดเล็กในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล เมื่อเทียบกับช่วงเวลาอื่น ๆ และมีแนวโน้มการรายงานสูงขึ้นตามค่าระดับคุณภาพอากาศในช่วงเวลาดังกล่าว จากนั้นจะมีพื้นที่ในเขตภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากมีโรงงานอ้อย จะพบว่า เมื่อปีที่ผ่านมา ภาคเหนือมีมลพิษทางอากาศค่อนข้างสูงมาก ตามมาด้วยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนฝุ่นละอองทางภาคใต้จะได้รับผลกระทบจากไฟป่าของประเทศเพื่อนบ้าน

## การวางแผนและกำหนดนโยบายในการป้องกันควบคุมและดูแลสุขภาพประชาชน

๑. มีการเฝ้าระวังผลกระทบสุขภาพจากมลพิษทางอากาศฝุ่นละอองขนาดเล็กในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล รายงานจากโรงพยาบาลเครือข่าย ๒๒ แห่ง กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๒ - ๓๓ มกราคม ๒๕๖๓ มีผู้ป่วยสะสม ทั้งสิ้น ๒,๖๓๘ ราย เป็นผู้ป่วยนอก ๑,๐๓๓ ราย หรือร้อยละ ๓๙.๒ แผนกฉุกเฉิน ๑,๖๐๕ ราย หรือร้อยละ ๖๐.๘ จำแนกเป็นผู้ป่วยโรคหอบหืด ร้อยละ ๕๖.๖๔ ปอดอักเสบเรื้อรัง ร้อยละ ๒๒.๓๗ โรคหัวใจหลอดเลือดอุดตันเฉียบพลัน ร้อยละ ๐.๗๒ และโรคระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ ร้อยละ ๒๒.๓๗ อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย ๑ : ๑.๐๙ จำแนกเป็น กลุ่มอายุ ๖๐ - ๖๙ ปี ร้อยละ ๑๙.๙๐ กลุ่มอายุ ๕๐ - ๕๙ ปี ร้อยละ ๑๗.๖๓ และกลุ่มอายุ ๐ - ๙ ปี ร้อยละ ๑๓.๘๗ เป็นผู้ที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว ร้อยละ ๗๗.๐๓ และเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวมาก่อน ร้อยละ ๒๑.๗๖

๒. มีการเฝ้าระวังผลกระทบสุขภาพจากมลพิษทางอากาศฝุ่นละอองขนาดเล็กในพื้นที่เสี่ยงในส่วนภูมิภาค (ระดับเขตและจังหวัด) ๓๓ จังหวัด

จากข้อมูลการเฝ้าระวังผลกระทบสุขภาพจากมลพิษทางอากาศฝุ่นละอองขนาดเล็กในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑ พื้นที่หมอกควันภาคเหนือ ๙ จังหวัด ระหว่างวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๒ - ๑๘ มกราคม ๒๕๖๓ มีรายงานผู้ป่วยตามกลุ่มโรคเฝ้าระวัง ดังนี้

- กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกชนิด จำนวนผู้ป่วยสะสม ๑๔,๓๔๓ ราย (อัตราป่วย ๑,๒๕๙.๐๙ ต่อประชากรแสนคน) สูงสุดที่จังหวัดพะเยา อัตราป่วย ๘๘๖.๙๗ ต่อประชากรแสนคน พบผู้ป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๕๑.๖๖ กลุ่มอายุ ๓๕ - ๕๙ ปี ร้อยละ ๒๙.๔๐

- กลุ่มโรคทางเดินหายใจทุกชนิด อัตราป่วย ๑,๔๖๖.๘๗ ต่อประชากรแสนคน สูงสุดที่จังหวัดลำพูน อัตราป่วย ๑,๓๙๑.๒๕ ต่อประชากรแสนคน เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคปอดอักเสบเรื้อรัง อัตราป่วย ๑๑๗.๙๕ ต่อประชากรแสนคน สูงสุดที่จังหวัดลำปาง อัตราป่วย ๑๒๔.๒๑ ต่อประชากรแสนคน และผู้ป่วยกลุ่มโรค

Asthma อัตราป่วย ๖๕.๐๙ ต่อประชากรแสนคน ลำพูน อัตราป่วย ๗๘.๐๙ ต่อประชากรแสนคน โดยพบว่า เป็นผู้ป่วยกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มีรายงานสูงสุด ร้อยละ ๒๓.๗๓ รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ ๓๕ – ๕๙ ปี ร้อยละ ๒๒.๖๑ กลุ่มอายุ ๕ – ๑๔ ปี ร้อยละ ๒๐.๒๗ กลุ่มอายุ ๐ – ๔ ปี ร้อยละ ๒๐.๑๗ และกลุ่มอายุ ๑๕ – ๓๔ ปี ร้อยละ ๑๓.๒๓ จากข้อมูลรายงานผู้ป่วยเมื่อเทียบกับผู้ป่วยเฉลี่ยย้อนหลัง ๕ ปี และผู้ป่วยในช่วงเดียวกัน ในปีที่ผ่านมา มีอัตราป่วยน้อยกว่าในปีที่ผ่านมา

กรมควบคุมโรคมีการประชุมมาแล้วประมาณ ๙ ครั้ง เพื่อเสนอมาตรการหรือแนวทางแก้ไขที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข โดยการลงพื้นที่สอบสวนผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบร้ายแรง มีมาตรการและเตรียมความพร้อมในการป้องกันตนเอง เช่น การแจกหน้ากากอนามัย และหน้ากาก N95 โดยเน้นในกลุ่มที่ภาวะเสี่ยง มีมาตรการให้ความรู้ให้แก่ประชาชนและผู้ป่วย และการลงพื้นที่ให้ความรู้แก่ประชาชนในการระมัดระวังตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก มีการจัดทำคู่มือเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน ในการแก้ไขปัญหาผลกระทบที่เกิดขึ้น

**ผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 แบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่**

กลุ่มที่ ๑ ผลกระทบระยะเฉียบพลัน โดยมีการระคายเคืองเยื่อต่างๆ แสบตา จมูก คอ มีอาการไอ จาม บางกรณีอาจทำให้เกิดอาการหอบ หืด

กลุ่มที่ ๒ ผลกระทบระยะกลาง มีผลต่อหลอดเลือด คือ หลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้น จึงเกิดมีอุบัติการณ์คนเป็นอัมพาตมากขึ้นในช่วงที่มีปริมาณฝุ่นหนาแน่น ประกอบกับมีผู้ป่วยเส้นเลือดหัวใจตีบและทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากหลอดเลือดหัวใจได้รับผลกระทบจากฝุ่น

กลุ่มที่ ๓ ผลกระทบระยะเรื้อรัง มีการศึกษาวิจัยทางระบาดวิทยาของประเทศที่มีปริมาณฝุ่นมาก เช่น จีน มีผลการศึกษาพบว่า ฝุ่นอาจไม่ใช่สิ่งที่กระตุ้นให้เกิดโรคมะเร็ง แต่สิ่งที่จับอยู่บนฝุ่นเป็นตัวที่ก่อให้เกิดโรค เช่น สารโพลีไซคลิกอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอน (Polycyclic Aromatic Hydrocarbons, PAHs) และโลหะหนัก

สำหรับผลกระทบที่เกิดขึ้นในประเทศไทยในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา มีการรายงานตรวจวัดคุณภาพอากาศจากฝุ่นของกรมควบคุมมลพิษทุกวัน วันละ ๓ เวลา คือ ช่วงเช้า ๐๗.๐๐ นาฬิกา ช่วงเวลากลางวัน ๑๒.๐๐ นาฬิกา และช่วงเย็น โดยข้อมูลการรายงานจะปรากฏข้อมูล ๓ วัน ย้อนหลังและวันปัจจุบัน รวมทั้งการพยากรณ์คาดการณ์วันถัดไป ๑ วัน

นอกจากนี้มีการดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพจากปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม โดยใช้ข้อมูล HDC (Health Data Center) จาก ๗๖ จังหวัดทั่วประเทศ โดยการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมายังกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ปัญหา คือ ไม่มีข้อมูลการรายงานจากโรงพยาบาลสังกัด รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชน โรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลภาครัฐสังกัดอื่น ๆ จึงทำให้ข้อมูลผู้ป่วยจึงไม่ครบถ้วน อย่างไรก็ตาม ได้แก้ไขปัญหาบางส่วน โดยกองระบาดวิทยา ภายใต้กรมควบคุมโรค ได้จัดทำสัญญาับสถานบริการ จำนวน ๒๒ แห่ง เพื่อให้เป็นเครือข่ายการเฝ้าระวัง เพื่อให้ส่งข้อมูลมายังกระทรวงสาธารณสุข

จากสถานการณ์ดังกล่าว ได้มีแผนการดำเนินงานเพื่อเฝ้าระวังสุขภาพจากปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม เพื่อชี้ให้เห็นว่า มีผู้ป่วยจากมลพิษฝุ่นในพื้นที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และเห็นว่า กรุงเทพมหานครควรมีการจัดตั้งสถานีเฝ้าระวัง เพื่อให้มีข้อมูลผู้ป่วยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เปรียบเทียบกับข้อมูลผู้ป่วยจากสถานบริการของกระทรวง เพื่อนำมาวิเคราะห์ร่วมกันให้ทราบสถานการณ์ภาพรวมที่แท้จริง รวมทั้งการเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลของกรมควบคุมมลพิษ กับข้อมูลของกรุงเทพมหานคร

ว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่ รวมทั้งเพื่อตรวจสอบว่าจุดตรวจวัดของกรมควบคุมมลพิษกับจำนวนผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ ประกอบกับจุดตรวจวัดของกรุงเทพมหานครกับสถานบริการสาธารณสุข ในบริเวณดังกล่าวมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ เพื่อวิเคราะห์ว่าหากผู้ป่วยจุดใดมีจำนวนมาก จะมีความสัมพันธ์ กับความหนาแน่นของฝุ่นในจุดนั้นมากด้วยหรือไม่ ซึ่งปัจจุบันยังไม่ได้การดำเนินการในลักษณะดังกล่าว

### การบริหารจัดการเกี่ยวกับปัญหาฝุ่นละออง

กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ เรื่อง “การแก้ไขปัญหาหมอกควันและฝุ่นละออง” ซึ่งได้เริ่มประกาศและดำเนินการเมื่อวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ โดยกำหนดตัวชี้วัดไว้ ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ ๑ ลดจำนวนวันค่ามาตรฐานการตรวจวัดคุณภาพอากาศเกินกว่ามาตรฐาน

ตัวชี้วัดที่ ๒ ลดจำนวน Hot spot จุดเผาไหม้ที่เกิดขึ้นภายในประเทศ

ตัวชี้วัดที่ ๓ ลดจำนวนผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจจากมลพิษทางอากาศ

โดยมีกรมควบคุมมลพิษเป็นเลขานุการเกี่ยวกับวาระแห่งชาติดังกล่าว รวมทั้งได้นำเข้าไปสู่ คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ และขณะนี้กรมควบคุมมลพิษ โดยกองจัดการคุณภาพอากาศและเสียง ทำหน้าที่ตรวจวัดฝุ่น และสื่อสารให้สังคมทราบ รวมทั้งนำเรื่องดังกล่าวเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการ วาระแห่งชาติ ตลอดจนการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ให้ปฏิบัติตามวาระแห่งชาติดังกล่าว ทั้งนี้ มีผลการประชุมบางประการของคณะกรรมการฯ คือ การรายงานเกี่ยวกับแหล่งกำเนิดฝุ่นโดยกรมควบคุม มลพิษได้รายงาน โดยอ้างอิงการศึกษาวิจัยของนักวิจัยเอโอที Kim Oanh ว่า แหล่งที่มาของมลพิษฝุ่น PM2.5 เกิดจากการขนส่ง ร้อยละ ๗๒.๕ โดยเป็นรถจักรยานยนต์ ร้อยละ ๕ รถบรรทุก ร้อยละ ๒๘ รถกระบะ ร้อยละ ๒๑ และรถบัส ร้อยละ ๗ ทั้งนี้ มาตรการที่จะดำเนินการ คือ ให้รถโดยสาร รวมทั้งรถ ขสมก. และรถร่วมบริการ ขสมก. เป็นแหล่งมลพิษ โดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพ สิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ มาตรา ๖๘ กำหนดให้ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและ สิ่งแวดล้อม มีอำนาจประกาศแหล่งมลพิษได้ โดยคำแนะนำของคณะกรรมการควบคุมมลพิษ ทั้งนี้ อยู่ในระหว่างการจัดทำร่างประกาศดังกล่าว เพื่อให้มีผลใช้บังคับต่อไป โดยประกาศดังกล่าว จะต้องจัดทำมาตรฐานการควบคุมปริมาณมลพิษดังกล่าวด้วย

สำหรับประเด็นการเผาไหม้ ในการประชุมได้รับทราบข้อมูลจากกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ว่า ปัจจุบันมีการเผาอ้อยจำนวนมากที่สุด การเผาซึ่งข้าวเป็นจำนวนรองลงมา ทั้งนี้ กระทรวงเกษตรฯ ได้ดำเนินการ ๒ มาตรการ คือ ให้มีการเก็บสต็อกอ้อยหลัง ๑๐ ปี เพื่อให้ทราบพื้นที่เผาซ้ำซาก เพื่อขอรับรองให้มีการหยุดเผา และจัดงบประมาณเพื่อการไถกลบ ซึ่งหากเป็นพื้นที่ไร่นาขนาดใหญ่ จะต้องใช้เครื่องไถกลบ ราคาสูงถึงประมาณ ๑๐ ล้านบาท สำหรับพื้นที่ขนาดเล็กจะมีเครื่องศึกษาวิจัย ร่วมกับสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าต่าง ๆ เพื่อผลิตเครื่องไถกลบที่มีต้นทุนต่ำลงอยู่ที่ราคาประมาณ ๗ แสนบาท ซึ่งอยู่ในระหว่างการจัดสรรงบประมาณ และจะมีการมอบหมายให้องค์การบริหารส่วนตำบล บริหารจัดการดูแลในแต่ละพื้นที่

สำหรับกรมโรงงานอุตสาหกรรม จะมีการดำเนินการตามวาระแห่งชาติ โดยตรวจจับโรงงานที่ปล่อย มลพิษที่ก่อให้เกิดฝุ่น PM2.5 โดยอาศัยอำนาจตามกฎหมายว่าด้วยโรงงาน นอกจากนี้ ยังคงมีการใช้มาตรการ ตรวจจับรถยนต์ควันดำต่อไป รวมถึงการใช้พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ เพื่อให้องค์การ ปกครองส่วนท้องถิ่นออกเทศบัญญัติ โดยกำหนดว่ามลพิษจากฝุ่น PM2.5 เป็นเหตุร้ายกาจ ประกอบกับ พระราชบัญญัติโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งอยู่ระหว่างการจัดทำ

กฎหมายลำดับรอง เพื่อนำมาดำเนินการกรณีที่มีผู้ป่วยเกิดขึ้นเพื่อนำไปสู่การรักษา และจะได้นำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาพร้อมกับกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขเกี่ยวกับเหตุรำคาญดังกล่าว

**การเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษอากาศ** กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการร่วมกับกรมต่าง ๆ ประกอบด้วย ๑) กรมอนามัย (ให้คำแนะนำ และการใช้หน้ากากอนามัย การสื่อสารเตือนภัย โดยดำเนินการควบคุมกับกรมควบคุมมลพิษ) ๒) กรมควบคุมโรค (รับรายงานจากหน่วยบริการและโรงพยาบาลทั่วประเทศ และเครือข่ายโรงพยาบาล ๒๒ แห่งในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ผ่านระบบ HDC) รวมทั้งโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๑ (๘ จังหวัดภาคเหนือ) และ ๑ จังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๒ ให้มีการรายงานเพิ่ม ๓) กรมการแพทย์ ๔) สำนักงานปลัดกระทรวง และอีก ๗ หน่วยงาน ร่วมดำเนินงาน โดยมีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานคณะกรรมการ

สำหรับการดำเนินการของกรุงเทพมหานคร โดยสำนักสิ่งแวดล้อม ได้ดำเนินการจัดตั้งสถานีตรวจวัดค่ามาตรฐานฝุ่น และสำนักอนามัย จัดทำข้อมูลศูนย์บริการสาธารณสุขเกี่ยวกับผู้รับบริการที่มีโอกาสป่วยหรือป่วยจากมลพิษฝุ่นดังกล่าว นอกจากนี้ สำนักงานการแพทย์มีโรงพยาบาล จำนวน ๙ แห่ง ที่สามารถนำข้อมูลมาประกอบการรายงานได้ อย่างไรก็ตาม กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีข้อมูลเพียงแต่ยังไม่ได้จัดทำระบบเฝ้าระวังสุขภาพ ซึ่งจะมีการดำเนินการร่วมกันโดยสนับสนุนความรู้ทางวิชาการให้เกิดการดำเนินการต่อไป

นอกจากนี้ ปัจจุบันโรงพยาบาลนพรัตน์ และโรงพยาบาลราชวิถีได้เปิดคลินิกมลพิษ และได้มีการเปิดแล้ว ๑๐ จังหวัดทั่วประเทศ ดังนั้น หากประชาชนที่มีอาการกลุ่มดังกล่าว สามารถเข้าไปรับการรักษาได้รวมทั้งปัจจุบันได้มีกองสาธารณสุขฉุกเฉิน ภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการเกี่ยวกับ Emergency Operation Center เพื่อติดตามสถานการณ์และประกาศภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ เพื่อให้มีการดูแลอย่างเข้มงวด เช่น หากมีสถานการณ์ความหนาแน่นของฝุ่นเกินค่ามาตรฐานติดต่อกัน ๓ วัน จะให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประกาศภาวะฉุกเฉินในแต่ละจังหวัด เป็นต้น

กรณีค่ามาตรฐานฝุ่น PM2.5 ตลอด ๒๔ ชั่วโมง องค์การอนามัยโลก WHO ได้กำหนดค่าไกด์ไลน์ ๒๕ มคก./ลบ.ม. โดยประเทศไทย เคยกำหนดไว้ที่ ๗๕ มคก./ลบ.ม. แต่ปัจจุบันลดลงเหลือ ๕๐ มคก./ลบ.ม. ทั้งนี้ กรมควบคุมมลพิษ ได้รายงานต่อคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติว่าเป้าหมายการลดฝุ่น ในปี ๒๕๖๗ จะลดให้เหลือ ๓๗.๕ มคก./ลบ.ม. แต่ยังไม่ถึงค่าไกด์ไลน์ขององค์การอนามัยโลก นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก ยังได้กำหนดค่ามาตรฐานเฉลี่ย ๑ ปี ไว้ที่ ๑๐ มคก./ลบ.ม. และกรมควบคุมมลพิษจึงได้กำหนดเป้าหมายว่าปี ๒๕๖๔ ประเทศไทยจะลดค่ามาตรฐานเฉลี่ย ๑ ปี ไว้ที่ ๑๕ มคก./ลบ.ม.

สำหรับปัญหาการดำเนินงานในปัจจุบันมีปัญหาเกี่ยวกับการรายงานข้อมูลผู้ป่วยจากมลพิษฝุ่นที่ยังไม่สามารถได้รับข้อมูลจากหน่วยบริการ/โรงพยาบาลสังกัดอื่นภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกรณีดังกล่าว จะต้องดำเนินการตามพระราชบัญญัติโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ มาตรา ๗ ซึ่งกำหนดให้โรคจากฝุ่นเป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวังควบคุม เพื่อใช้อำนาจตามมาตรา ๓๐ กำหนดให้สถานพยาบาลทุกสังกัด รวมทั้งภาคเอกชนจะต้องส่งข้อมูล เพื่อทำการสอบสวนโรค โดยอยู่ในระหว่างการจัดทำร่างประกาศกฎหมายเพื่อบังคับใช้ต่อไป

## กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

### กรมควบคุมมลพิษ

สถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 ในกรุงเทพมหานคร PM หรือ Particulate Matter คือ ฝุ่นละอองที่มีเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน มีขนาดประมาณ ๑ ใน ๒๐-๒๕ ของเส้นผ่าศูนย์กลางของเส้นผมมนุษย์ มักเกิดจากการเผาไหม้ต่าง ๆ เช่น การเผาไหม้ของน้ำมันดีเซล การเผาเศษวัชพืชและขยะ เป็นต้น

สถานการณ์ฝุ่นละออง PM2.5 เฉลี่ย ๒๔ ชั่วโมง ปี ๒๕๕๖ - ๒๕๖๓ ค่ามาตรฐาน คือ ๕๐ มคก./ลบ.ม. ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นตั้งแต่เดือนตุลาคมปลายปีต่อเนื่องต้นปี เนื่องจากสภาพอากาศปิด ทำให้ท้องฟ้าปิด แม้แหล่งกำเนิดจะมีปริมาณเท่าเดิม จำนวนวันที่เกินมาตรฐานในกรุงเทพมหานคร ในปี ๒๕๖๒ เกินมาตรฐานอยู่จำนวน ๒๓ วัน ในปี ๒๕๖๓ เกินมาตรฐานอยู่จำนวน ๑๔ วัน การรายงานสภาพอากาศจะใช้เฉดสีเป็นสัญลักษณ์ ได้แก่ สีฟ้า แสดงสภาพอากาศดีมาก สีเขียว แสดงสภาพอากาศดี สีเหลือง แสดงสภาพอากาศปานกลาง สีส้มแสดงสภาพอากาศเกินมาตรฐาน สีแดง แสดงสภาพอากาศไม่ดี มีค่าเกิน ๑๐๐ มคก./ลบ.ม.

ปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดฝุ่นละออง PM2.5 คือ

๑. ปัจจัยควบคุมไม่ได้ คือ สภาวะอุตุนิยมวิทยา
๒. ปัจจัยควบคุมได้ คือ แหล่งกำเนิด ได้แก่
  - ๑) การจราจร การเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์
  - ๒) ภาคอุตสาหกรรม
  - ๓) การเผาในที่โล่ง

แผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ “การแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง” ได้แก่

**มาตรการที่ ๑** การเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการเชิงพื้นที่ (การแก้ไขปัญหามลพิษในระยะเร่งด่วน และในช่วงวิกฤต)

#### แนวทางการดำเนินการ

มีกลไกปฏิบัติการตาม PM2.5 เพื่อเป็นแผนเผชิญเหตุ/มาตรการตอบโต้สถานการณ์ ดังนี้

ระดับที่ ๑ PM2.5 ไม่เกิน ๕๐ มคก./ลบ.ม. ทุกหน่วยงานดำเนินการกิจตามสภาวะปกติ

ระดับที่ ๒ PM2.5 ระหว่าง ๕๑-๗๕ มคก./ลบ.ม. ทุกหน่วยงานดำเนินการให้เข้มงวดขึ้น

ระดับที่ ๓ PM2.5 ระหว่าง ๗๖-๑๐๐ มคก./ลบ.ม. ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร/ผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นผู้บังคับบัญชาเหตุการณ์ โดยใช้อำนาจตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องควบคุมพื้นที่ควบคุมแหล่งกำเนิด และกิจกรรมที่ทำให้เกิดมลพิษ

ระดับที่ ๔ PM2.5 ระหว่าง ๗๖-๑๐๐ มคก./ลบ.ม. เสนอให้ที่ประชุมคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง (กก.ศพ.กก.วล.) เพื่อเสนอมาตรการให้นายกรัฐมนตรีพิจารณาสั่งการ

หน่วยงานหลัก ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงคมนาคม กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

**มาตรการที่ ๒** การป้องกันและลดการเกิดมลพิษที่ต้นทาง (แหล่งกำเนิด) แบ่งเป็น

**การแก้ไขปัญหในระยะสั้น ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔**

**แนวทางการดำเนินงานด้านยานพาหนะ**

- บังคับใช้มาตรฐานการระบายมลพิษทางอากาศจากรยนต์ใหม่ Euro5 ภายในปี ๒๕๖๔
- พัฒนาโครงข่ายระบบคมนาคมขนส่งสาธารณะ
- ปรับลดอายุรถที่จะรับการตรวจสภาพประจำปี
- พัฒนาระบบการตรวจสภาพรถยนต์และพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลการตรวจสภาพ
- ใช้มาตรการจูงใจ/ส่งเสริมการผลิตและการใช้รถยนต์ไฟฟ้า

**แนวทางการดำเนินงานด้านอุตสาหกรรม**

- กำหนดมาตรฐานอากาศเสียในรูป Loading ตามศักยภาพการรองรับมลพิษของพื้นที่
- ให้มีการติดตั้งระบบ CEMS โรงงานจำพวก ๓

**การแก้ไขปัญหในระยะยาว (๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)**

**แนวทางการดำเนินงานด้านยานพาหนะ**

- บังคับใช้มาตรฐานการระบายมลพิษทางอากาศจากรยนต์ใหม่ Euro6 ภายในปี ๒๕๖๕
- บังคับใช้น้ำมันเชื้อเพลิงที่มีกำมะถันไม่เกิน 10 ppm ตั้งแต่ ๑ ม.ค. ๖๗
- พัฒนาโครงข่ายระบบคมนาคมขนส่งสาธารณะ
- ใช้มาตรการจูงใจ/ส่งเสริมการผลิตและการใช้รถยนต์ไฟฟ้า
- เปลี่ยนรถโดยสารประจำทางของ ขสมก. ทั้งหมดให้เป็นรถโดยสารไฟฟ้า/NGV/ไฮบริด
- ปรับปรุง/แก้ไขการเก็บภาษีประจำปีสำหรับรถใช้งาน
- ไม่ให้มีการเผาอ้อย ๑๐๐% ภายในปี ๒๕๖๕

**แนวทางการดำเนินงานด้านอุตสาหกรรม**

- ปรับปรุงมาตรฐานอากาศเสียให้เทียบเท่ามาตรฐานสากล

**มาตรการร่วมกันทั้งระยะสั้นและระยะยาว คือ**

- ด้านการเผาในที่โล่ง/ภาคการเกษตรให้มีการนำเศษวัสดุการเกษตรมาใช้ประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพทดแทนการเผา ส่งเสริมให้ปรับเปลี่ยนการปลูกพืชหรือไม้ยืนต้นอื่นทดแทนพืชเชิงเดี่ยว/พืชที่มีการเผา ห้ามไม่ให้มีการเผาในที่โล่งและเผาขยะโดยเด็ดขาด ป้องกันไฟป่าและจัดการไฟป่าอย่างมีประสิทธิภาพ

- ด้านการก่อสร้างผังเมือง ควบคุมฝุ่นจากการก่อสร้าง/บังคับใช้กฎหมาย เพิ่มพื้นที่สีเขียว/ส่งเสริม CSR ผลักดันการก่อสร้างที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

- ด้านภาคครัวเรือน ใช้พลังงานสะอาดในครัวเรือน พัฒนา/ส่งเสริมการใช้เตาไร้ควัน/ถ่านปลอดมลพิษ



**มาตรการที่ ๓** การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการมลพิษ (การแก้ไขปัญหาในระยะสั้น (๒๕๖๔) และระยะยาว (๒๕๖๕ - ๒๕๖๗))

**แนวทางการดำเนินงานระยะสั้น ๒๕๖๒-๒๕๖๔**

พัฒนาเครือข่ายการติดตามตรวจสอบคุณภาพอากาศ

- จัดทำคู่มือตั้งสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศ
- เพิ่มประสิทธิภาพ/เทคโนโลยีการตรวจวัด (Light Scattering)
- ขยายเครือข่าย/พื้นที่การติดตามตรวจสอบในพื้นที่เสี่ยงและให้ท้องถิ่นติดตามตรวจสอบ

ในพื้นที่ตนเอง

ทบทวน/ปรับปรุงกฎหมาย/มาตรฐาน/แนวทางปฏิบัติ

- ปรับค่ามาตรฐาน PM2.5 เฉลี่ยรายปี ตาม WHO IT-3
- ปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม/ศึกษาความเหมาะสม

เกี่ยวกับกฎหมายอากาศสะอาด

- พิจารณาการจัดระเบียบการเผาภาคการเกษตร

ส่งเสริมการวิจัย/พัฒนาองค์ความรู้ ประชาสัมพันธ์

- ทดสอบความเป็นไปได้ในการติดตั้งอุปกรณ์กรองฝุ่น (DPF) ในรถใช้งาน
- เผยแพร่/ถ่ายทอดองค์ความรู้

การแก้ไขปัญหาหมอกพิษข้ามแดน

- การแก้ไขปัญหาหมอกพิษข้ามแดนภายใต้ ASEAN Haze Free Roadmap

จัดทำบัญชีการระบายมลพิษทางอากาศ

- จัดทำบัญชีการระบายมลพิษทางอากาศจากแหล่งกำเนิดพื้นที่วิกฤตเป็นระยะ

พัฒนาระบบฐานข้อมูล/ระบบคาดการณ์

- พัฒนาระบบฐานข้อมูลและระบบเฝ้าระวังสุขภาพที่เป็นหนึ่งเดียว
- พัฒนาระบบคาดการณ์สถานการณ์มลพิษทางอากาศ

**แนวทางการดำเนินงาน ระยะยาว ๒๕๖๕-๒๕๖๗**

๑) พัฒนาเครือข่ายการติดตามตรวจสอบคุณภาพอากาศ ขยายเครือข่าย/พื้นที่ การติดตามตรวจสอบครอบคลุม ๗๗ จังหวัด และให้ท้องถิ่นติดตามตรวจสอบในพื้นที่ตนเอง

๒) ทบทวน/ปรับปรุงกฎหมาย/มาตรฐานแนวทางปฏิบัติ พิจารณาปรับค่ามาตรฐาน PM2.5 เฉลี่ย ๒๔ ชั่วโมง ตาม WHO IT-3

๓) ส่งเสริมการวิจัย/พัฒนาองค์ความรู้ ประชาสัมพันธ์ เผยแพร่/ถ่ายทอดองค์ความรู้ โดยเฉพาะกับรถยนต์เก่า

๔) การแก้ไขปัญหาความตกลงอาเซียนว่าด้วยมลพิษจากหมอกควันข้ามแดน (ASEAN Agreement on Trans boundary Haze Pollution)

๕) พัฒนาระบบฐานข้อมูล/ระบบคาดการณ์ พัฒนาระบบฐานข้อมูลและระบบเฝ้าระวังสุขภาพที่เป็นหนึ่งเดียว ด้วยระบบ AI

การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ

การดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กองบังคับการตำรวจจราจร กรมการขนส่งทางบก กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมประชาสัมพันธ์ กรมอุตุนิยมวิทยา กรมทางหลวง กรมส่งเสริมการเกษตร

กรมวิชาการเกษตร กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณสุข สำนักสิ่งแวดล้อม กทม. กรมโรงงานอุตสาหกรรม กรมฝนหลวงและการบินเกษตร

กรมควบคุมมลพิษ ได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

- ๑) ติดตามตรวจสอบและแจ้งเตือนสถานการณ์ฝุ่นละออง PM2.5 โดยผ่านแอปพลิเคชัน Air4Thai เว็บไซต์ Air4Thai.pcd.go.th เฟซบุ๊ก กรมควบคุมมลพิษ
- ๒) มีการพัฒนาระบบคาดการณ์ฝุ่นละออง PM2.5 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล
- ๓) ตั้งศูนย์ประสานงานและแจ้งเตือนสถานการณ์ฝุ่นละอองและหมอกควัน โดยกรมควบคุมมลพิษ ทำหน้าที่ติดตามวิเคราะห์ประเมินสถานการณ์ฝุ่นละอองรายวันและรายงานสถานการณ์และแจ้งเตือนผ่าน Air4Thai รับข้อมูลการแจ้งเหตุปัญหาฝุ่นละอองและสร้างการรับรู้ต่อประชาชน ประสาน สนับสนุน การดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ และประเมินประสิทธิผลของการแก้ไขปัญหา สรุปข้อมูลและเผยแพร่ต่อสาธารณะ
  - ๔) กรมควบคุมมลพิษร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบรถควันดำ
  - ๕) กรมควบคุมมลพิษให้บริการตรวจมลพิษจากยานพาหนะเพื่อเป็นของขวัญปีใหม่ให้กับประชาชนประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๓
  - ๖) จัดทำกิจกรรม/โครงการที่สนับสนุนการลดมลพิษจากแหล่งกำเนิด เช่น โครงการ “รถลดฝุ่น คุณทำได้” โครงการคลินิกรถ ลดฝุ่น PM2.5 การจัดทำสื่อและการประชาสัมพันธ์ การลดฝุ่นจากอาคารโรงแรมที่ใช้หม้อไอน้ำ
  - ๗) จัดทำขั้นตอนและการปฏิบัติงานตามมาตรการภายใต้แผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ
  - ๘) ติดตามประเมินการดำเนินงาน รายงานต่อคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง และเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อทราบ

การดำเนินการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กรุงเทพมหานคร : ตั้งคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 ตั้งศูนย์ประสานงานแก้ไขปัญหาหมอกพิษทางอากาศในพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล ฉีดพ่นละอองน้ำ ฉีดล้างใบไม้ ทิ้งไม้พุ่มและไม้ยืนต้น ฉีดล้างผิวถนน ทางเดินเท้าบริเวณถนนสายหลัก สายรอง ทั่วพื้นที่กรุงเทพมหานคร แจ้งเตือนสถานการณ์ฝุ่นละออง PM2.5 ประจำวัน

กรมการขนส่งทางบก : ลงพื้นที่ตั้งจุดตรวจวัดควันดำรถบรรทุกและรถโดยสารเป็นประจำทุกวัน พ่นเครื่องหมายห้ามใช้ หากพบรถที่ควันดำเกินค่ามาตรฐาน

กองบังคับการตำรวจจราจร : จัดทีมจับกุมยานพาหนะที่ก่อมลพิษภายใต้พระราชบัญญัติขนส่งทางบก พ.ศ. ๒๕๒๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม และพระราชบัญญัติจราจร พ.ศ. ๒๕๒๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม เป็นประจำทุกวัน ออกคำสั่งห้ามใช้ชั่วคราว สำหรับรถที่ปล่อยมลพิษเกินค่ามาตรฐาน

กรมอุตุนิยมวิทยา : รายงานข้อมูลการพยากรณ์อากาศและสภาพอากาศ เพื่อให้สามารถวิเคราะห์แนวโน้ม สาเหตุของสถานการณ์ฝุ่นละอองในพื้นที่ เพื่อประกอบการพิจารณาสั่งการและดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้อง

กรมประชาสัมพันธ์ : เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลสถานการณ์ ผลการดำเนินงานสู่สาธารณะ ตรวจสอบ Fake news พร้อมสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องต่อสาธารณะ

กรมทางหลวง : ปล่อยฝอยละอองน้ำความดันสูงเพื่อดักจับฝุ่นละออง บริเวณหน้าด่านเก็บเงิน ค่าธรรมเนียมผ่านทาง

กรมควบคุมมลพิษ : ติดตาม ประเมินสถานการณ์ และแจ้งเตือนสถานการณ์ฝุ่นละอองรายวัน รวมถึงประสานการดำเนินงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภายใต้การดำเนินงานของศูนย์ประสานงานและแจ้งเตือนสถานการณ์ฝุ่นละอองและหมอกควัน กรมควบคุมมลพิษ

#### ปัญหาอุปสรรค

๑. การสื่อสารประชาสัมพันธ์สถานการณ์และมาตรการที่อาจยังไม่เข้าถึงประชาชนบางกลุ่ม ทำให้ประชาชนยังไม่เข้าใจถึงปัญหา สาเหตุ ผลกระทบ และแนวทางการแก้ไขปัญหาจึงไม่เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเท่าที่ควร

๒. ประชาชนยังขาดความเข้าใจในเรื่องการแปลผลข้อมูล PM2.5 ที่ได้จากการตรวจวัดโดยวิธีมาตรฐาน และได้จากเครื่องมือตรวจวัดแบบเซนเซอร์

๓. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในสื่อสังคมออนไลน์ที่ไม่ถูกต้องหรือเกินความเป็นจริงทำให้ประชาชนเกิดความตื่นตระหนก

๔. เครื่องข่ายสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศไม่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ ทำให้หน่วยงานระดับอำเภอ ตำบล ไม่มีข้อมูลในการกำหนดมาตรการให้เข้มงวดขึ้น หรือชี้แจงทำความเข้าใจกับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบได้

๕. ระบบขนส่งมวลชนสาธารณะยังไม่ตอบสนองความต้องการของประชาชนส่วนใหญ่ ทำให้ประชาชนยังไม่หันมาใช้ระบบขนส่งมวลชนแทนรถส่วนบุคคล

๖. การใช้เครื่องจักร/เทคโนโลยีการเกษตร ยังต้องให้มีการขยายพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับเปลี่ยนให้เป็นเกษตรปลอดภัย

๗. การจัดเก็บขยะมูลฝอย ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ทำให้ยังมีการกำจัดขยะมูลฝอย ไปไม่ กิ่งไม้ โดยการเผา

๘. มาตรการที่ทำให้การแก้ไขปัญหาฝุ่นละอองเห็นผลเป็นรูปธรรม ส่วนใหญ่เป็นมาตรการระยะยาว ทำให้ไม่ตอบสนองความต้องการของประชาชนหรือเห็นผลได้ในทันที

**ศาสตราจารย์ธนวัฒน์ จารุพงษ์สกุล อาจารย์ประจำภาควิชาธรณีวิทยา คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และประธานคณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม**

#### **แนวทางการแก้ไขวิกฤตการณ์ PM2.5 ด้วยงานวิจัยและนวัตกรรม**

ด้วยปัจจุบันประเทศไทยได้กำหนดให้ใช้ค่ามาตรฐานตรวจวัดฝุ่น PM2.5 (ค่าเฉลี่ย ๒๔ ชั่วโมง) ในประเทศไทย ในระดับ ๕๐ ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ซึ่งถือเป็นค่ามาตรฐานปานกลาง แต่สำหรับประเทศที่เจริญแล้วบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย หรือญี่ปุ่น รวมทั้งองค์การอนามัยโลก กำหนดให้ใช้ค่ามาตรฐานที่ระดับ ๓๕ และ ๒๕ และนอกจากฝุ่น PM๒.๕ แล้ว ในปัจจุบันยังกล่าวถึงปัญหาผลกระทบจากฝุ่น PM1 และ PM10 รวมทั้งปัญหาสารอินทรีย์ระเหยในบรรยากาศ (VOCs) ซึ่งมีความเป็นอันตรายสูงเช่นเดียวกัน

การแก้ไขปัญหาฝุ่น PM2.5 ฝุ่นอื่น ๆ มีความจำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์ที่ครอบคลุมปัญหาและสาเหตุที่รอบด้าน เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ถูกต้อง โดยในประเทศไทยการตรวจวัดค่าฝุ่นละอองได้กำหนดให้มี ๔ รูปแบบ ได้แก่

- แบบที่ ๑ ตรวจวัดที่ระดับผิวดิน ปัจจุบันมีเครื่องตรวจวัดจำนวนประมาณ ๕๐ เครื่อง ดำเนินการตรวจวัด โดยกรมควบคุมโรค

- แบบที่ ๒ ตรวจวัดด้วย KU TOWER ที่ความสูง ระดับ ๐ เมตร ระดับ ๓๐ เมตร ระดับ ๕๐ เมตรและระดับ ๑๐๐ เมตร ดำเนินการจัดตั้งสถานีวัดดังกล่าวในมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

- แบบที่ ๓ ตรวจวัดแบบไรดา เพื่อตรวจวัดความเข้มข้นของฝุ่นละอองขนาดเล็กโดยวัดแนวตั้งจากพื้นผิวดินขึ้นไปประมาณ ๑๐ กิโลเมตร เพื่อทำการวัดแบบ Real-time โดยมีการติดตั้งเครื่องมือวัดดังกล่าวที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถานีวัดพิมาย (ได้รับการสนับสนุนเครื่องตรวจวัดจากประเทศญี่ปุ่น เพื่อทำการศึกษาวิจัย)

- แบบที่ ๔ การตรวจวัดฝุ่นด้วย Remote Sensing เป็นอัตราวัดแบบ Real-time และมีการวัดทั่วทั้งทวีป

กรณีการตรวจวัดค่าฝุ่นที่ระดับผิวดิน โดยกรมควบคุมโรค ปัจจุบันมีการติดตั้งเครื่องวัดจำนวนประมาณ ๕๐ เครื่อง ได้เริ่มดำเนินการเมื่อปี ๒๕๕๔ และพบว่า มีฝุ่นเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดปี รวมทั้งพบปัญหาการฟุ้งกระจายของฝุ่น ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะจะพบปัญหามากในฤดูแล้ง เนื่องจากไม่มีฝนตกมาชะล้างฝุ่น ประกอบกับอากาศมีสภาพลมแรงจึงมีการพัดพาให้ฝุ่นฟุ้งกระจาย โดยตั้งแต่การตรวจวัดในปี ๒๕๕๔ เป็นต้นมา พบว่า ระยะเวลาที่พบฝุ่นมากที่สุด คือ ช่วงปลายฝนต้นหนาว ระหว่างเดือนพฤศจิกายน – มีนาคม ส่วนช่วงฤดูฝนพบว่า ฝุ่นมีลักษณะเบาบาง เนื่องจากมีฝนชะล้างฝุ่น (ข้อมูลจากการตรวจวัดไรดา ณ สถานีพิมาย) ทั้งนี้ การตรวจวัดด้วยไรดาดังกล่าวสามารถตรวจในแนวตั้งขึ้นไปได้ถึงระยะ ๑๐ กิโลเมตรจากผิวดิน จึงทำให้ทราบได้ว่า ฝุ่นที่มาจากประเทศไทยนั้นข้ามพรมแดนมาจากทะเลทรายโกบี ทะเลทรายซาร่า และทะเลทรายลิเบีย ซึ่งฟุ้งกระจายไปทั่วโลก และโดยธรรมชาติการกระจายตัวของฝุ่นจะลอยสูงขึ้น แต่พบว่า ช่วงที่เป็นปัญหาและกระทบต่อสุขภาพ คือ ช่วงที่เกิด Temperature Inversion ในลักษณะฝาชีครอบ ทำให้ฝุ่นไม่สามารถลอยขึ้นสูงได้ โดยสภาพดังกล่าวเกิดขึ้นในช่วงปี ๒๕๖๒ และ ๒๕๖๓ ด้วย

#### การเกิดปรากฏการณ์ Temperature Inversion เกิดได้หลายรูปแบบ ได้แก่

- แบบที่ ๑ Night time inversion เกิดขึ้นในเวลากลางคืน และมักเกิดในเขตเมือง เนื่องจากในเวลากลางคืนอากาศคลายความร้อน จึงมีลักษณะเหมือนโดมความร้อนทับฝุ่นไว้

- แบบที่ ๒ Marine inversion เกิดจากทะเล โดยเกิดระหว่างชายทะเลกับบนบก โดยเกลือที่ระเหยจากทะเลขึ้นไปกลายเป็นฝุ่น PM2.5 ประเภทหนึ่ง (อย่างไรก็ตาม ฝุ่นเกลือขนาด ๒.๕ มีประโยชน์ในการจับเม็ดฝุ่น จึงมีการนำมาโปรยเพื่อทำฝนหลวง ซึ่งเป็นการเลียนแบบธรรมชาติ)

- แบบที่ ๓ Frontal inversion เป็นแนวปะทะอากาศ เกิดช่วงฤดูหนาว

- แบบที่ ๔ Subsidence inversion เป็นลักษณะการกดทับ ซึ่งลักษณะดังกล่าวเกิดขึ้นในช่วงเดือนมกราคม ปี ๒๕๖๒ และมีความหนาแน่นของฝุ่น PM2.5 มาก เนื่องจากมีการกดอากาศชั้นฝาชีครอบให้ต่ำลงมาในระยะ ๔๐๐ เมตร

นอกจากนี้ Ozone เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นและมีความสัมพันธ์ควบคู่กับฝุ่น โดยมีผลการศึกษาของประเทศไทยร่วมกับญี่ปุ่น ได้ทำการศึกษาวิจัยมาเป็นระยะเวลากว่า ๑๕ ปี พบว่า ฝุ่นที่เกิดในประเทศไทย จีน และอินเดีย ก่อให้เกิด Secondary Ozone กล่าวคือ การเผาไหม้ นอกจากจะเกิดฝุ่นแล้วยังมีแก๊สต่าง ๆ เกิดขึ้นจากการเผาไหม้ คือ Non-methane volatile organic compounds (NMVOCs), Nitrogen oxides (NOx), Carbon monoxide (CO), และเมื่อ Secondary PM2.5 ปะปนกับ Ozone ในระดับความสูง 10,000 ft (ประมาณ ๓ กิโลเมตร) โดยเมื่อแก๊สต่าง ๆ นั้นปะทะกับแสงจึงก่อให้เกิดปฏิกิริยากับรังสี Ultra violet ทำให้เกิด Ozone กับฝุ่นที่เป็น Secondary โดย Ozone ที่เกิดขึ้นที่ 10,000 ft เรียกว่า

Temperature inversion โดยปกติเมื่อเกิดแล้วจะลอยขึ้นไปในชั้น Ozone ที่ความสูงประมาณ ๒๐ กิโลเมตร

ปรากฏการณ์ Temperature inversion เกิดจากการเผาไหม้ทั้งในประเทศไทย อินเดีย และจีน ซึ่งจะลอยกระจายไปเรื่อย ๆ และสามารถลอยไปถึงญี่ปุ่น (ญี่ปุ่นจึงได้นำเครื่องตรวจวัดไรดามาติดตั้งเพื่อทำการศึกษาในประเทศไทย) โดยลอยไปพร้อมกับฝุ่นที่กระจายไปทั่ว และลอยไปได้ระยะทางไกลถึงมหาสมุทรแปซิฟิก และอเมริกา

การศึกษาของประเทศไทยร่วมกับญี่ปุ่น เมื่อเดือนมกราคม ๒๕๖๒ พบปัญหาความหนาแน่นของฝุ่นที่รุนแรงมาก และพบว่า Inversion มี ๒ ชั้น ดังนี้

ชั้นที่ ๑ ความสูงที่ประมาณ ๑๐,๐๐๐ ft หรือ ๓ กิโลเมตร

ชั้นที่ ๒ ความสูงที่ประมาณ ๔๐๐ เมตร

ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะการเกิด Inversion สามารถเกิดได้ตั้งแต่เดือน กันยายน - พฤษภาคม โดยเกิดในชั้นที่ ๒ สำหรับชั้น ๑ เกิดขึ้นในระดับความสูงระหว่าง ๑ - ๕ กิโลเมตร และในปี ๒๕๖๒ เกิดขึ้นในทั้ง ๒ ชั้น คือ เกิดในระดับ ๑๐,๐๐ ft ก่อน และเกิดความดันของอากาศสูงจึงกดลงมาอยู่ในระดับ ๖,๐๐๐ ft หรือประมาณ ๑.๘ กิโลเมตร กับ ๕๐๐ เมตร จึงทำให้ฝุ่นฟุ้งกระจายเกิดเป็น PM2.5 ในบรรยากาศประมาณ ๒๐๐ มคก./ลบ.ม ประกอบกับระลอกความเย็นทำให้เกิดปรากฏการณ์ดังกล่าว

ตัวอย่างข้อมูลปี ๒๕๖๒ ในวันที่ ๖ - ๗ มกราคม ๒๕๖๒ เกิดปัญหาความหนาแน่นของฝุ่น PM2.5 ระดับสูงมาก แต่เมื่อเข้าสู่เดือนกุมภาพันธ์ สภาพอากาศเริ่มเปิดหรือคลายตัว ทำให้ปรากฏการณ์ฝายเปิด จึงทำให้ฝุ่น PM2.5 หายไป

การเกิด Inversion ในปี ๒๕๖๒ มี ๓ รูปแบบ ได้แก่

- รูปแบบที่ ๑ พบการเกิดหนาแน่นมากในช่วงเวลา ๑๙.๐๐ - ๐๗.๐๐ นาฬิกา และยิ่งความสูงมากฝุ่นยิ่งหนาแน่นมาก ดังนั้น การที่ประชาชนใส่หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันฝุ่นในเวลากลางวันจึงไม่เป็นการป้องกัน เนื่องจากฝุ่นมีความหนาแน่นในตอนกลางคืน โดยลอยอยู่ในระดับความสูง ซึ่งประชาชนที่อาศัยอยู่ในอาคารสูงจะได้รับผลกระทบมากที่สุด ดังนั้น มาตรการการบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาฝุ่น PM2.5 หรือฝุ่นจิ๋ว จำเป็นที่จะต้องใช้ข้อมูลทางวิชาการดังกล่าวเพื่อประกอบแนวทางการกำหนดมาตรการแก้ไขปัญหา

- รูปแบบที่ ๒ ช่วงระหว่างวันที่ ๗ - ๑๒ มกราคม ปี ๒๕๖๓ มีความหนาแน่นของฝุ่นสูงในช่วงเวลา ๐๗.๐๐ - ๑๔.๐๐ นาฬิกา และเกิด Secondary Ozone กับฝุ่นที่เป็น Secondary โดยเมื่อเกิดปฏิกิริยากับรังสี Ultra violet ทำให้เกิด Secondary PM2.5 กับ Ozone

- รูปแบบที่ ๓ ช่วงปลายเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ เกิดฝุ่นข้ามพรมแดนมาจากจีน และเวียดนาม

สรุปได้ว่า การเกิดรูปแบบที่ ๒ เกิด Inversion ชั้นเดียว แต่ลมสงบ แล้วฝุ่นที่เกิดขึ้นมีความหนาแน่นประมาณ ๕๐ - ๖๐ มคก./ลบ.ม ซึ่งไม่หนาแน่นมากเท่าปี ๒๕๖๒ แต่รูปแบบที่ ๓ เกิดขึ้นในช่วงบ่ายและลมเป็นตัวพัดพาฝุ่นมา โดยช่วงตั้งแต่ ๒๔ นาฬิกา แก๊สต่าง ๆ ที่เกิดจาก Photochemical Reaction ทำให้เกิดฝุ่นและออกซิเจนขึ้น

ทั้งนี้ ฝุ่น PM2.5 ซึ่งมีทั้งฝุ่น Primary และฝุ่น Secondary (แก๊สต่าง ๆ Non-methane volatile organic compounds (NMVOCs), Nitrogen oxides (NOx), Carbon monoxide (CO)) ทำให้เกิดปัญหาฝุ่นมลพิษเพิ่มขึ้น ดังนั้น หากประเทศไทยยังมีการแก้ไขปัญหาฝุ่นในแนวทางเดิม คือ การตรวจจับรถยนต์ควันดำ และควบคุมเรื่องฝุ่น Primary PM2.5 น้อยกว่าฝุ่น Secondary จะไม่สามารถแก้ไขปัญหา

ได้ทั้งหมด นอกจากนี้ การเกิดฝุ่นที่เกิดขึ้นในรูปแบบที่ ๓ หากมีการแก้ไขปัญหามาแบบเดิมจะทำให้เสียเวลาไม่ได้ผล เนื่องจากฝุ่นมีการฟุ้งกระจายทั่วโลกจากกระแสลมจากทิศตะวันออกเฉียงเหนือพัดพามา โดยเฉพาะจากประเทศจีนและเวียดนาม ประกอบกับมีฝุ่นฟุ้งกระจายหมุนไปทั่วโลก ดังนั้น จะต้องร่วมมือกันกับประเทศอื่น ๆ ในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

ฝุ่นแหล่งที่มา (Sources) จาก Emission Sources ประมาณร้อยละ ๔๐ – ๖๐ ได้แก่ การเผาไหม้ (Fires) อุตสาหกรรม (Industry) การขนส่ง (Transportation) การทำอาหาร (Residential และ Commerces) (ขึ้นอยู่กับจำนวนประชากรในแต่ละประเทศ ซึ่งจีนและอินเดียมีประชากรมากจึงพบปัญหามาก) ฝุ่นจากการเกษตรและฝุ่นตกค้าง (Agriculture/Biogenic) ทั้งนี้ เมื่อเกิดฝุ่นดังกล่าวแล้วทำให้เกิดมีแก๊สต่าง ๆ (Non-methane volatile organic compounds (NMVOCs), Nitrogen oxides (NOx), Carbon monoxide (CO)) และกลายเป็นฝุ่น Secondary PM2.5 ทำให้เกิด Atmospheric effects อีกร้อยละ ๔๐ – ๖๐ ดังนั้น ฝุ่น PM2.5 จึงเกิดจาก ๒ ส่วนดังกล่าวในปริมาณเท่า ๆ กัน แต่การบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหานั้นดำเนินการเพียงครั้งเดียวจาก Emission Sources เท่านั้น แต่ไม่ได้มีการแก้ไขปัญหเกี่ยวกับ Ozone ที่ทำให้เกิดฝุ่น Secondary PM2.5 ดังกล่าว

**โรคที่เกิดจากฝุ่น PM2.5** เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคมะเร็ง และโรคหัวใจ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับฝุ่น นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อผลผลิตภาคการเกษตร เนื่องจากทำให้ผลผลิตข้าวลดลง ร้อยละ ๑๐ – ๔๐ ซึ่งผลกระทบต่อดังกล่าวควรต้องสื่อสารให้ประชาชนรับทราบและตระหนักในผลกระทบ รวมถึงผลกระทบต่อพืชต่าง ๆ ทำให้มีสภาพใบหงิกงอ

#### ปัญหาความท้าทายในการแก้ไขปัญหา

๑. วิฤติการณ์ฝุ่น PM2.5 ในประเทศไทยไม่สามารถแก้ไขได้โดยลำพัง ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างประเทศ ซึ่งนับวันปัญหาจะทวีความรุนแรงมากขึ้นในอนาคต

กรณีดังกล่าวฝุ่นและโอโซน เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นโดยสัมพันธ์กัน ดังนั้น ควรมองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นโดยหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันกับประเทศเพื่อนบ้านที่มีส่วนก่อให้เกิดฝุ่น โดยเฉพาะจีน อินเดีย และประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รวมทั้งพิจารณาว่า ฝุ่น PM2.5 กับ Secondary PM2.5 มีความสัมพันธ์กับ GDP ของประเทศ โดยประเทศที่มีความเจริญมากโอกาสการผลิตฝุ่นก็จะเพิ่มมากขึ้น ซึ่งกรณีดังกล่าวได้มีการประเมินสถานการณ์ในอนาคตประมาณ ๑๐ ปี ว่า ประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะจีนและอินเดีย จะเป็นประเทศที่ผลิตฝุ่นและโอโซนสูงขึ้น รวมถึงประเทศเพื่อนบ้านทั้งเวียดนาม พม่า และเขมร ซึ่งประเทศไทยจะอยู่ท่ามกลางประเทศอุตสาหกรรมผลิตฝุ่น ซึ่งอาจมีความหนาแน่นของฝุ่นถึง ๕๐๐ มคก./ลบ.ม ดังนั้น หากประเทศไทยสามารถจำกัดการผลิตฝุ่นได้ ร้อยละ ๑๐๐ จึงจะสามารถแก้ไขปัญหาได้

๒. ปัญหาฝุ่น PM2.5 และ Ozone ในอนาคตของแต่ละประเทศขึ้นอยู่กับจำนวนประชากรและการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศนั้น ๆ ซึ่งประเทศจีน อินเดีย เวียดนาม พม่า และกัมพูชา เป็นประเทศที่น่าจับตามองในกรณีปัญหาฝุ่น PM2.5 ข้ามพรมแดน ดังนั้น จึงต้องมีการวิเคราะห์ Carrying Capacities ภายในประเทศ และปัจจัยจากภายนอกประเทศหรือประเทศเพื่อนบ้านที่ไม่สามารถควบคุมได้

๓. การสนับสนุนการวิจัย จะต้องเปลี่ยนแนวทางโดยควรให้ทีมนักวิจัยผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญระดับชาติ เพื่อทำการศึกษารววิจัย และกำหนดโจทย์การวิจัยที่เชื่อมโยงต่อเนื่องในทุกมิติทั้งด้านวิทยาศาสตร์ การแก้ไขปัญหา และสุขภาพ

๔. ควรนำข้อมูลเชิงวิชาการมาบริหารจัดการเพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา เช่น การแก้ไขปัญหาควันดำจากรถยนต์อย่างเดียวไม่สามารถแก้ไขปัญหาภาพรวมได้ โดยแม้ว่าจะยกเลิกการใช้เครื่องยนต์ที่ก่อให้เกิดควันดำได้ร้อยละ ๑๐๐ ก็ไม่สามารถทำให้อากาศสะอาดได้ ซึ่งกรณีดังกล่าว

จากสถานการณ์เดือนมกราคม ปี ๒๕๖๓ พบปัญหาความหนาแน่นของฝุ่นเกิดขึ้นมาก อาจแก้ไขปัญห โดยให้โรงเรียนเปิดเรียนในช่วงบ่าย หรือกำหนดการเดินทางเข้าเมืองในช่วงบ่าย หรือให้คนทำงานอยู่กับบ้าน จะสามารถช่วยให้สถานการณ์ฝุ่นลดลงได้ เนื่องจากปัญหาฝุ่นหนาแน่นเกิดขึ้นในช่วงเช้าประมาณ ๐๗.๐๐ - ๑๒.๐๐ นาฬิกา เป็นต้น

**ข้อมูลการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาฝุ่นที่เกิดขึ้นในพื้นที่กรุงเทพมหานคร** โดยสามารถ แบ่งออกตามแหล่งที่มา (Sources) จาก Emission Sources คิดเป็นประมาณร้อยละ ๔๐ - ๖๐ โดยแบ่งออกเป็น ๕ กลุ่ม ได้แก่

- กลุ่มที่ ๑ เกิดจากการเผาไหม้ (Fires) ร้อยละ ๒๑
- กลุ่มที่ ๒ อุตสาหกรรม (Industry) ร้อยละ ๗
- กลุ่มที่ ๓ การขนส่ง (Transportation) ร้อยละ ๖๑
- กลุ่มที่ ๔ การทำอาหาร (Residential และ Commerces) ร้อยละ ๑๘
- กลุ่มที่ ๕ การปลดปล่อยทางธรรมชาติ จากภาคการเกษตร (Agriculture/Biogenic) ร้อยละ ๒.๙

จากข้อมูลดังกล่าว ทุกกลุ่มก่อให้เกิดฝุ่น Secondary ซึ่งเป็น Secondary Organic arousal กับ Secondary inorganic arousal ซึ่งพบว่า การแก้ไขปัญหาฝุ่นจากภาคขนส่งที่ก่อให้เกิดควันดำ ร้อยละ ๖๑ นั้น มาตรการดังกล่าวอาจจะไม่ได้ผล เนื่องจากไม่ได้แก้ไขปัญหาภาพรวมจากทุกกลุ่ม และสิ่งที่ควรกำหนดมาตรการเพิ่มกรณีการขนส่ง คือ มาตรการจากรถจักรยานยนต์ที่มีเครื่องยนต์ที่ไม่สามารถเผาไหม้ได้และส่งผลให้เกิดแก๊สจำนวนมาก ซึ่งแก๊สดังกล่าวก่อให้เกิดฝุ่น Secondary มากกว่า ทั้งนี้ ตัวอย่างมาตรการที่ประเทศจีนดำเนินการและประสบผลสำเร็จ คือ การคำนวณทางเศรษฐกิจ B/C (ratio) ว่า การดำเนินการแต่ละมาตรการมีความคุ้มค่าหรือไม่ โดยพบว่า มีความคุ้มค่ามากกว่า ๓ เท่า ของ COST-BENEFIT ดังนั้น ประเทศไทยควรมีการวิเคราะห์ทางเศรษฐกิจหรือเศรษฐศาสตร์ดังกล่าวด้วย

ประเทศไทยควรกำหนดมาตรการสำคัญและประชาสัมพันธ์กลไกต่าง ๆ เพื่อให้มีการเริ่มดำเนินการ แก้ไขปัญหาฝุ่นตั้งแต่เริ่มต้น เพื่อไม่ให้มาแก้ไขภายหลังที่เกิดฝุ่นหนาแน่นแล้ว เช่น สั่งปิดโรงเรียนเมื่อฝุ่นเกินกว่าค่ามาตรฐานมาก นอกจากนี้ ควรมีการควบคุมปริมาณจักรยานยนต์ไม่ให้มีจำนวนมากเกินไป (ไม่ใช่การจับควันดำเพียงมาตรการเดียว) สำหรับมาตรการเกี่ยวกับการประกาศภาวะฉุกเฉิน ควรกำหนดเป็นมาตรการสุดท้ายที่จะดำเนินการ เนื่องจากเป็นมาตรการเชิงจิตวิทยาและมีผลกระทบต่อการท่องเที่ยว ตลอดจนการกำหนดมาตรการเผาชีวมวลในที่โล่งแจ้งให้มีการบริหารจัดการเป็นระบบ และมาตรการระยะยาว ควรประกาศให้เครื่องฟอกอากาศเป็นสินค้าควบคุม/ลดภาษี เนื่องจากมีความจำเป็นต่อสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการใช้ได้มากขึ้น

**ผลกระทบต่อสุขภาพปัญหาควันดำจากรถยนต์** จากผลการศึกษาของ Kim Oanh พบว่า ภาคการขนส่ง ผลิตฝุ่นที่เป็น Primary หรือ PM2.5 ปริมาณ ๒๖,๒๗๙ ตันต่อปี (ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร) แต่หากเป็นฝุ่นที่เป็น Secondary จากควันดำ และอื่น ๆ (แก๊สต่าง ๆ) หากคิดเป็นฝุ่น Primary คิดเป็นประมาณ ๔๐,๐๐๐ ตันต่อปี แต่หากเป็นฝุ่น Secondary จะคิดเป็นประมาณ ๑.๖ ล้านตัน ดังนั้น หากมีการปรับลดควันดำได้ ก็อาจจะลดได้เพียงประมาณ ๕,๐๐๐ ตันต่อปี ซึ่งไม่มีผลต่อการแก้ไขปัญห เท่าที่ควร การแก้ไขปัญหจึงต้องพิจารณาแก้ไขปัญหาฝุ่น Secondary รวมทั้ง Secondary Inorganic Arousal (เป็นสาเหตุการก่อมะเร็ง) ควบคู่กันด้วย ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีมาตรการดังกล่าว นอกจากนี้ การเผาไหม้ ก่อให้เกิดฝุ่น PM2.5 จำนวน ๑๑,๙๖๖ ตันต่อปี แต่หากเป็นฝุ่นที่เป็น Secondary คือ ประมาณกว่า ๓๐๐,๐๐๐ ตันต่อปี เนื่องจากการเผาจะก่อให้เกิดฝุ่น PM และยังก่อให้เกิดแก๊สต่าง ๆ และเมื่อเกิดปฏิกิริยากับแสงจะก่อให้เกิดฝุ่น Secondary และกลายเป็น Ozone ดังนั้น การแก้ไขปัญห

ที่ดำเนินการอยู่จึงยังไม่ครอบคลุมสาเหตุทั้งหมด และอาจทำให้มีค่ามาตรฐานเกินมากถึงระดับ ๓๐๐ มคก./ลบ.ม.

**แหล่งที่มาของฝุ่น** ส่วนใหญ่ได้มีการพิจารณาเฉพาะฝุ่น Primary ซึ่งจากผลการศึกษาของ Kim Oanh ล่าสุด ปี ค.ศ. 2017 รวบรวมโดย Pornsiri พบว่า Sources ด้านการขนส่ง คิดเป็นฝุ่น Primary ประมาณ ร้อยละ ๕๒ แต่เมื่อคิดเป็น Primary และ Secondary รวมเฉลี่ยเป็นประมาณ ร้อยละ ๖๑ อย่างไรก็ตาม ส่วนที่เป็นสาเหตุการก่อมลพิษในอากาศในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ยังคงเป็นด้านการขนส่ง ประมาณ ร้อยละ ๕๒ ซึ่งไม่ใช่จากปัญหาคว้นดำทั้งหมด นอกจากนี้ อาจพิจารณาได้ว่า ปัญหามลพิษฝุ่น ประการหนึ่งจากผลการศึกษา Kim Oanh พบว่า สาเหตุจาก Residential และ Commerce เกี่ยวกับการประกอบอาหาร ทั้งจาก Indoor Cooking และ Street Food เป็นสาเหตุก่อมลพิษฝุ่น ร้อยละ ๑๘ หรือประมาณ ๑๔,๓๙๐ ตันต่อปี ซึ่งเป็นจำนวนที่มากพอสมควร และไม่แตกต่างจากสาเหตุจากการเผา ที่มีประมาณ ๒๕,๐๐๐ ตันต่อปี ดังนั้น จึงต้องนำข้อมูลทางวิชาการนำไปสู่การกำหนดแนวทางการแก้ไข ปัญหา ประกอบกับควรมีธรรมาภิบาลการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เห็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหา ทั้งหมด และมีการแก้ไขปัญหาแบบองค์รวม ซึ่งมีใช้เฉพาะการมองเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับเผาอ้อย หรือคว้นดำ จากระถยนต์ดีเซลเท่านั้น ทั้งนี้ ปัญหาจากการเผาขยะ ยังเป็นแหล่งที่มาของปัญหาได้ด้วย

ทั้งนี้ หากมีแก้ไขปัญหที่ปลายเหตุอาจจะไม่ดีพอ เนื่องจากมีผลการศึกษาจากประเทศจีนและญี่ปุ่น โดยญี่ปุ่นได้ตระหนักต่อปัญหาฝุ่นมานานกว่า ๒๐ ปี และจีนแก้ไขปัญหามาเป็นระยะเวลากว่า ๑๐ ปี โดยปัจจุบันทั้งสองประเทศสามารถลดปัญหาฝุ่นคว้นดำดังกล่าวให้มีปริมาณลดลงได้ โดยมีการแก้ไขปัญหที่ต้นเหตุของ Sources ต่าง ๆ ซึ่งสามารถควบคุมได้ ซึ่งคิดเป็น ร้อยละ ๔๐- ๖๐ แต่ปัญหาใหญ่ คือ สาเหตุที่ควบคุมไม่ได้ คือ Atmospheric effects คิดเป็น ร้อยละ ๔๐ - ๖๐ และอีกส่วนหนึ่งที่เป็นส่วนใหญ่ มาจาก Secondary โดยเมื่อแก๊สต่าง ๆ ถูกแสงและทำปฏิกิริยาทำให้เกิดฝุ่นที่เรียกว่า Atmospheric ดังนั้น ประเทศไทยจะต้องควบคุม Sources อย่างจริงจัง ที่มีใช้เฉพาะการจับคว้นดำและการเผาเท่านั้น นอกจากนี้ ปัญหาการเผาอ้อย หากควบคุมการเผาไม่ได้ อาจจะต้องพิจารณาควบคุมการปลูก เช่น กำหนดให้มีการลงทะเบียนการปลูก และกำหนดแผนการปลูก เช่น การปลูกให้ชิดกัน การกำหนดช่วงปลูกและเผา ในช่วงที่ไม่ก่อให้เกิดมลพิษร้ายแรง โดยให้คว้นดำจากการเผาสามารถลอยขึ้นไปในช่วงที่อากาศเปิดได้

ดังนั้น การแก้ไขปัญหควรแก้ไขทั้งระบบเกี่ยวกับ Transportation ซึ่งไม่ใช่เฉพาะเรื่องคว้นดำเท่านั้น เนื่องจากเครื่องยนต์เบนซินหรือรถจักรยานยนต์ก็สามารถก่อให้เกิดมลพิษฝุ่นได้ด้วย ดังนั้น เพื่อลดปัญหา มลพิษ จะต้องกำหนดมาตรการลดมลพิษ โดยบริหารจัดการ Transportation ทั้งระบบ และกำหนดช่วงเวลา ที่การใช้งานเครื่องยนต์ในช่วงที่อากาศมีจำกัด หรือช่วงที่เกิดอากาศผกผันแบบฝาศีครอบ เช่น การห้ามให้มีการใช้รถยนต์เข้าเมือง การปิดเรียน หรือการทำงาน ในช่วงเช้า-กลางวัน (๐๗.๐๐ ๑๐.๐๐ นาฬิกา) เนื่องจากเป็นช่วงที่มีความเข้มข้นของมลพิษฝุ่นเข้มข้นสูง ซึ่งอาจเลื่อนเวลาการเรียนเป็นช่วงบ่าย หรือการทำงานที่บ้าน เป็นต้น ทั้งนี้ มาตรการดังกล่าวดำเนินการเฉพาะฤดูที่มีลักษณะอากาศปิด นอกจากนี้ ปัญหาการเผา ก็ไม่ควรมุ่งเฉพาะการเผาอ้อย แต่ควรพิจารณาปัญหาจากการเผาทั้งหมดที่ก่อให้เกิดมลพิษ เช่นเดียวกับปัญหาจากภาคอุตสาหกรรม โดยยกตัวอย่างการบริหารจัดการของประเทศญี่ปุ่น ซึ่งมีการรายงาน แบบ Real time โดยเมื่อมีรายงานค่ามาตรฐานฝุ่นที่สูงกว่าค่ามาตรฐาน (ญี่ปุ่นกำหนดค่ามาตรฐานวัดฝุ่น ร้อยละ ๒๕ มคก./ลบ.ม) จะกำหนดให้สั่งปิดโรงงานอุตสาหกรรมเพื่อลดมลพิษดังกล่าว ซึ่งมาตรการดังกล่าว จึงเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการก่อนที่จะเกิดปัญหา สำหรับประเทศไทยยังไม่ได้ดำเนินการในลักษณะดังกล่าว



แต่ก็จะแก้ไขปัญหา เช่น การหยุดโรงเรียนในช่วงที่ปัญหาฝุ่นมีความเข้มข้นสูงมากแล้ว เป็นต้น ดังนั้น การแก้ไขปัญหา อาจศึกษาจากประเทศที่ดำเนินการประสบผลสำเร็จมาแล้ว และให้มีการศึกษาต่อยอด จากงานวิจัยของประเทศต่าง ๆ ดังกล่าว โดยเฉพาะประเทศญี่ปุ่น เนื่องจากประเทศดังกล่าวมีความตระหนัก เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพมาก ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน เนื่องจากการเริ่มต้นศึกษาวิจัยใหม่ต้องใช้ระยะเวลานาน และการแก้ไขปัญหาควรมีการใช้องค์ความรู้และนวัตกรรม และใช้ให้เหมาะสมกับเวลาและพื้นที่ ทั้งนี้ ไม่ควรใช้วิถีทางด้านสิ่งแวดล้อมในการเปลี่ยนแปลง หรือดำเนินการใด ๆ เพื่อเอื้อประโยชน์ต่อภาคธุรกิจ

### ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ ดังนี้

#### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

๑. ดังจะเห็นได้ว่า กรมควบคุมมลพิษมีหน้าที่และอำนาจอย่างจำกัด ทั้งนี้ หน้าที่และอำนาจอื่น จะอยู่ภายใต้คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการควบคุมมลพิษ และคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ซึ่งกรมควบคุมมลพิษ ในฐานะฝ่ายเลขานุการสามารถดำเนินการในเชิงรุกได้ โดยการยกเว้นระเบียบวาระ การประชุมให้หน่วยงานที่มีอำนาจในทางกฎหมายเพื่อรายงานความคืบหน้าการดำเนินการให้เป็นผล ในทางกฎหมาย ติดตามการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เร่งรัดการดำเนินงาน หรือการรายงาน ไปยังฝ่ายบริหาร หรือคณะรัฐมนตรีถึงปัญหาในการดำเนินงานได้อีกทางหนึ่ง

๒. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรบูรณาการร่วมมือกันแก้ไขปัญหา โดยกำหนดให้มีการประชุมหารือ ร่วมกันแบ่งงานกันดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ของตนเอง ทุกหน่วยงานควรดำเนินการพร้อมกันในทุก ๆ มาตรการทั้งการตรวจรถยนต์ทุกคัน ความเข้มงวดในการห้ามเผา เพื่อให้เกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ

๓. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งด้านนโยบายและหน่วยงานที่ดำเนินการแก้ไขปัญหาฝุ่น ได้รับทราบ ถึงข้อมูลสาเหตุปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าวหรือไม่ เนื่องจากปัจจุบันข้อมูลการศึกษา ของแต่ละหน่วยงานอาจยังมีความย้อนแย้งแตกต่างกัน ดังนั้น ควรให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้นำข้อมูล ดังกล่าวไปประกอบแนวทางการบริหารจัดการแก้ไขปัญหา และทำให้ประชาชน โดยเฉพาะในพื้นที่ กรุงเทพมหานครได้เกิดความรับรู้และเข้าใจสถานการณ์ปัญหา ทั้งที่เกี่ยวกับ Primary และ Secondary ซึ่งจะสามารถทำให้ประชาชนได้เกิดความตระหนัก และร่วมมือกันลดปัญหา รวมทั้งจะสามารถกระจาย องค์ความรู้ไปสู่เมืองใหญ่ ๆ อื่น ๆ ต่อไป

๔. ควรมีหน่วยงานหลักเพื่อกำหนดนโยบายและมาตรการต่าง ๆ ให้เกิดการปฏิบัติ เช่น การกำหนดค่ามาตรฐาน เพื่อให้ดำเนินการหรือหยุดดำเนินการในเรื่องใด ๆ เช่น การพิจารณากำหนด ค่ามาตรฐาน เมื่อมีปริมาณฝุ่นหนาแน่นเกินค่ามาตรฐาน หน่วยงานดังกล่าวควรมีอำนาจออกคำสั่ง ให้หยุดโรงเรียน หรือหยุดโรงงาน เป็นต้น เนื่องจากมีผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กและประชาชน รวมทั้ง มาตรการต่าง ๆ ที่กำหนดขึ้นสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมตามสถานการณ์และข้อมูลทางวิชาการ

#### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านกฎหมาย

- ในการควบคุมมลพิษส่วนใหญ่เป็นอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานอื่น ปัจจัยในการแก้ไขปัญหา ทั้ง ๓ ด้าน คือ การจราจร ภาคอุตสาหกรรม และการเผาในที่โล่ง ซึ่งกรมควบคุมมลพิษจะดำเนินการได้ ต้องอาศัยอำนาจที่สามารถสั่งการหรือจัดการได้ ปัญหาอุปสรรค คือ ไม่มีการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ การแก้ไข ปัญหาที่จะสามารถทำได้จริงต้องมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง เช่น การจราจรมีการปรับรถยนต์ไปแล้ว

กีดกัน การยกเลิกใบอนุญาตขับขี่ ปิดโรงงาน จับกุมผู้เผาขยะ ทั้งนี้ การแก้ไขในปัจจุบันโดยตั้งคณะกรรมการ รณรงค์ให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์เป็นการแก้ไขที่ไม่ได้ผลเท่าที่ควร กรมควบคุมมลพิษควรหาหรือปรับวิธีการ เพื่อผลักดันให้การบังคับใช้ของหน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินการอย่างเคร่งครัด

### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านวิชาการ

๑. แนวคิดของการเปลี่ยนน้ำมันเป็น Euro 5 ไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะทำให้สภาพอากาศดีขึ้น อีกทั้ง การเปลี่ยนน้ำมันต้องมีการปรับเครื่องยนต์เพื่อให้สามารถรองรับน้ำมันชนิดใหม่ได้ ซึ่งต้องใช้เวลา ปรับเครื่องยนต์ดังกล่าว

๒. ควรมีการศึกษาข้อมูลสาเหตุของแหล่งที่มาของการเกิดฝุ่นให้ชัดเจน เช่น มลพิษฝุ่น จากการเผาอ้อยมีปริมาณเท่าใด ประเทศใดมีอัตราการเผาสูงสุด หรือปัญหาจากการใช้เครื่องยนต์ดีเซล และอื่น ๆ โดยอาจมีการรวบรวมข้อมูลการศึกษาในประเทศต่าง ๆ เพื่อนำมาสู่การอ้างอิง วิเคราะห์ และเปรียบเทียบ เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน

๓. กระทรวงสาธารณสุข ควรศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยจากฝุ่นในช่วงเดือน ที่มีปริมาณฝุ่นจำนวนมาก คือ ตุลาคม - กุมภาพันธ์ เพื่อเปรียบเทียบกับเดือนอื่น ๆ และควรมีการศึกษา วิเคราะห์ที่เชื่อมโยงกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลกว่า ฝุ่น PM2.5 ก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคมะเร็ง ปอดหรือไม่ นอกจากนี้ ควรศึกษาข้อมูลผู้ป่วยเพื่อพิจารณาว่าในช่วงเดือนที่มีปริมาณฝุ่นมากทำให้พบผู้ป่วย โรคจากฝุ่นเพิ่มขึ้นหรือไม่ ประการใด ซึ่งหากมีข้อมูลการศึกษาดังกล่าวอย่างเป็นระบบ จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการแก้ไขปัญหา

๔. การศึกษาวิจัยผลกระทบของฝุ่น PM2.5 ที่มีผลต่อสุขภาพ และโรคที่เกิดจากฝุ่นดังกล่าว อาจระบุชัดเจนได้ยาก หรือต้องใช้ระยะเวลาในการศึกษายาวนาน เนื่องจากอาการผู้ป่วยไม่สามารถ ระบุสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยได้แน่ชัด ดังนั้น อาจสรุปได้เพียงว่าเป็นความเสี่ยงต่อสุขภาพเท่านั้น นอกจากนี้ การพิจารณาข้อมูลการศึกษาของนักวิจัยบางคน อาจจะต้องพิจารณาว่า เงื่อนไขและข้อจำกัด ของการศึกษามีเรื่องใดบ้าง เนื่องจากบางประเด็นไม่สามารถศึกษาได้ชัดเจน ทั้งนี้ การศึกษาวิจัยในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร อาจทำการศึกษาโดยกำหนดพื้นที่ที่ชัดเจน เช่น กำหนดพื้นที่เป็นตารางกิโลเมตร เพื่อศึกษา ว่าภายใต้ตารางกิโลเมตรนั้น มีโรงงานอุตสาหกรรมหรือโรงงานอื่น ๆ กี่แห่ง แต่ละแห่งมีปล่องควันจำนวน เท่าไหร่ มีเส้นทางคมนาคมและการจราจรอย่างไร มีการประกอบอาหาร และแหล่งที่มาของฝุ่นอะไรบ้าง ในพื้นที่ดังกล่าว เพื่อให้สามารถระบุได้ถึงสาเหตุที่แท้จริง และสามารถกำหนดมาตรการแก้ไขปัญหา ในแต่ละพื้นที่ได้ตรงจุด แต่ปัจจุบันยังไม่มีหน่วยงานใดทำการศึกษาวิจัยในลักษณะดังกล่าว

### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะด้านปฏิบัติการ

๑. เมื่อมีสถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็กเกิดขึ้น ที่ผ่านมามีกรมควบคุมมลพิษและหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง มีการสื่อสารต่อประชาชนค่อนข้างช้า ทั้งนี้ กรมควบคุมมลพิษควรมีการชี้แจงประชาสัมพันธ์ แก่ประชาชนอย่างทันท่วงทีในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้ประชาชนมีการเตรียมความพร้อม และการดำเนินการที่ถูกต้อง นอกจากนั้น การทำให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นในข้อมูลของรัฐ กรณีการตรวจสอบข้อมูลค่าฝุ่นละออง PM2.5 ผ่านแอปพลิเคชันต่าง ๆ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ข้อมูลการตรวจวัด ค่าฝุ่นละออง PM2.5 ผ่านแอปพลิเคชัน Air4Thai ของกรมควบคุมมลพิษ มีค่าฝุ่นละออง PM2.5 น้อยกว่า ค่าฝุ่นละออง PM2.5 ของแอปพลิเคชัน AirVisual และ Air Quality ซึ่งทำให้ประชาชนที่ขาดความรู้ ความเข้าใจในการแจ้งข้อมูลดังกล่าว เกิดความไม่เชื่อมั่นในการรับข้อมูลค่าฝุ่นละออง PM2.5 ของกรมควบคุม

มลพิษ ดังนั้น กรมควบคุมมลพิษควรชี้แจงวิธีการวัดค่าฝุ่นละออง PM2.5 ให้ประชาชนได้ทราบในแอปพลิเคชัน เพื่อประชาชนเกิดความเชื่อมั่นในข้อมูลดังกล่าว

๒. ในหลายสถานการณ์ที่หน่วยงานต้องแก้ไขตามกรอบอำนาจหน้าที่ ซึ่งถือว่ายอมรับได้ระดับหนึ่ง เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องของอุปกรณ์ เครื่องมือ คน และโอกาส การขับเคลื่อนการบูรณาการถือเป็นเรื่องสำคัญที่จะทำให้ข้อมูลที่สื่อไปยังประชาชนสามารถเชื่อถือได้โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย และนอกจากข้อมูลที่ประชาชนได้รับทราบประเด็นปัญหา ข้อห่วงใย และความเสี่ยงแล้ว ควรมีแนวทางแก้ไขเพื่อให้แต่ละกลุ่มสามารถขับเคลื่อนป้องกันตนเองได้ โดยมีทางเลือกมากกว่า ๑ ทาง เช่น ใช้อุปกรณ์อื่นหรือผ้าเช็ดหน้า แทนหน้ากากได้ หรือมาตรการอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ปัญหา ควรมีการสื่อสารกันมากขึ้นโดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย เช่น การสื่อสารในโรงเรียน สถานที่ของรัฐและเอกชน เพื่อให้มีการกระจายข้อมูลได้ โดยไม่เกิดความตระหนกเพื่อให้ประชาชนได้ทราบว่าควรจะทำอะไร เป็นการสร้างระบบ วางแผนการดำเนินการในอนาคต และความร่วมมือที่มีอยู่ระหว่างหน่วยงาน จัดลำดับความสำคัญในกลุ่มเสี่ยงที่ควรมีมาตรการเร่งด่วน

๓. หลักการ Pollution Control มี ๓ ปัจจัย ดังนั้น การแก้ปัญหาต้องแก้ที่แหล่งกำเนิด เพื่อให้การแก้ไขได้ผลเร็วที่สุดและมีประสิทธิภาพ ได้แก่ รถใช้น้ำมันดีเซล โรงงานอุตสาหกรรม และการเผาขยะ

๔. การกำหนดปัจจัยที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ จะสามารถกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจนได้ง่ายขึ้น โดยปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ เช่น เกี่ยวกับ Inversion สภาพอากาศแบบฝาชีครอบ หรือ Green House effects ซึ่งเป็นปัญหาระดับนานาชาติที่ต้องมีความตกลงร่วมกันระดับนานาชาติ จึงดำเนินการได้ยาก สำหรับปัจจัยที่ควบคุมได้ ซึ่งแบ่งออกเป็นที่ควบคุมได้ง่าย และควบคุมได้ยาก เช่น ปัญหาการเผาอ้อย โดยฤดูกาลหีบอ้อยมีขึ้นในช่วงเดือนพฤศจิกายน - กุมภาพันธ์ ซึ่งเกษตรกรนิยมเผาอ้อยก่อนตัด เนื่องจากทำให้ได้ผลตอบแทนที่มากกว่า จึงมีการเสนอแนวทางการแก้ไขโดยใช้รถตัดอ้อยแทนการเผา นอกจากนี้รัฐบาลได้กำหนดมาตรการชดเชยให้เกษตรกรเพื่อไม่ให้เผาอ้อยก่อนตัด โดยส่งอ้อยสดเข้าโรงงาน ประกอบกับมาตรการกำหนดให้โรงงานรับซื้ออ้อย เพื่อเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาอีกทางหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังมีความพยายามแก้ไขปัญหาและการควบคุมการเผา และลดการเผาให้ลงไปอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งไม่มีการเผา แต่ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้เท่าที่ควร ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำกับดูแลในเรื่องดังกล่าวอย่างเข้มงวด นอกจากนี้ปัญหาที่ควบคุมได้ยากอีกประการหนึ่ง คือการลดควันดำจากเครื่องยนต์ดีเซล

## บทที่ ๔

การพิจารณาศึกษาและติดตามผล  
การดำเนินงานประจำปีของหน่วยงาน  
สาธารณสุข (ตามที่กฎหมายกำหนด)

บทที่ ๔ การพิจารณาศึกษาและติดตามผลการดำเนินงานประจำปี  
ของหน่วยงานสาธารณสุข (ตามที่กฎหมายกำหนด)

๑. การพิจารณาศึกษารายงานประจำปี ๒๕๖๒  
ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
๒. การพิจารณาศึกษารายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ รายงานของผู้สอบบัญชีและงบการเงิน  
สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๑ กันยายน ๒๕๖๐ และ สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐  
กันยายน ๒๕๖๑ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

## บทที่ ๔

การพิจารณาศึกษาและติดตามผลการดำเนินงานประจำปี ของหน่วยงานสาธารณสุข  
(ตามที่กฎหมายกำหนด)๑. การพิจารณาศึกษารายงานประจำปี ๒๕๖๒  
ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ด้วยในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๑๗ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง) วันอังคารที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๒ ที่ประชุมได้พิจารณาและมีมติตั้งคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ วรรคสอง (๒๐) โดยมีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติกระทำกิจการ พิจารณาขอเข้าชื่อเท็จจริง หรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนา พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

โดยที่ประธานวุฒิสภาได้มีดำริมอบหมายให้คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา พิจารณารายงานประจำปี ๒๕๖๒ ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ตามมาตรา ๓๖ แห่งพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ พิจารณาศึกษาเป็นการล่วงหน้าก่อนที่จะบรรจุระเบียบวาระการประชุมวุฒิสภา เพื่อพิจารณารายงานประจำปีของ สสส. ดังกล่าว กำหนดเวลาพิจารณาศึกษาภายใน ๓๐ วัน เมื่อดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้วให้นำเสนอผลการพิจารณาศึกษาต่อที่ประชุมคณะกรรมการวิสามัญกิจการวุฒิสภาต่อไป

## วิธีการพิจารณาศึกษา

คณะกรรมการได้จัดให้มีการประชุมเพื่อพิจารณารายงานประจำปี ๒๕๖๒ ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยพิจารณาศึกษากฎหมาย เอกสารรายงานประจำปีและเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งมอบหมายให้คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ในคณะกรรมการการสาธารณสุข พิจารณาศึกษาเบื้องต้น เพื่อนำมาประกอบการพิจารณา พิจารณา รวมทั้งนำเสนอข้อเสนอนแนะประเด็นที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ต่อคณะกรรมการ ตลอดจนคณะกรรมการได้เชิญผู้แทนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มาเข้าร่วมประชุมเมื่อวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๓ เพื่อให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับรายงานดังกล่าว เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการพิจารณาให้กับคณะกรรมการ และนำมาซึ่งการตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอนแนะ เพื่อนำผลการพิจารณาเสนอไปยังคณะกรรมการวิสามัญกิจการวุฒิสภาต่อไป

## ผลการพิจารณาศึกษา

คณะกรรมการได้พิจารณาและจัดทำรายงานผลการพิจารณารายงานประจำปี ๒๕๖๒ ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เสร็จเรียบร้อยแล้ว และนำกราบเรียนประธานวุฒิสภาเพื่อโปรดทราบและนำเสนอรายงานของคณะกรรมการต่อที่ประชุมวุฒิสภาต่อไป

ต่อมา ในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๒๓ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง) วันอังคารที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๓ ที่ประชุมได้พิจารณาและรับทราบ รายงานประจำปี ๒๕๖๒ ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และคณะกรรมการการสาธารณสุข ซึ่งได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการวิสามัญกิจการวุฒิสภาให้พิจารณารายงานดังกล่าวเป็นการล่วงหน้า โดยมอบหมายให้คณะกรรมการเป็นผู้แถลงรายงานพร้อมทั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะต่อที่ประชุมวุฒิสภา

โดยปรากฏผลการพิจารณาศึกษา ดังนี้

๑. รายงานประจำปี ๒๕๖๒ ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีสาระสำคัญ แบ่งออกเป็น ๔ ส่วน สรุปได้ดังนี้

ส่วนที่ ๑ สาระสำคัญผลการดำเนินงานของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒) ประกอบด้วย สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ผลงานเด่น คือ

#### 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 อยากลอง บุหรี่ไฟฟ้าและเกือบครึ่งหนึ่งมีความเชื่อว่า บุหรี่ไฟฟ้าอันตรายน้อยกว่าบุหรี่แบบมวนซึ่งเป็นการเชื่อที่ผิด

๑.๒ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการสำรวจการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า คนไทยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ค่อนข้างคงที่ โดยมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ ๓๒.๗๐ ใน พ.ศ. ๒๕๔๗ เหลือร้อยละ ๒๘.๔๑ ใน พ.ศ. ๒๕๖๐ สอดคล้องกับ ข้อมูลค่าใช้จ่ายการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยลดลงต่อเนื่องจาก 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 ๑๙,๙๐๔ ราย ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งในช่วง ๔ ปีที่ผ่านมา มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลงมาตลอด ขณะที่อัตราการสวมหมวกนิรภัยเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ ๔๓.๐๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นร้อยละ ๔๖.๐๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๑

๑.๔ การมีกิจกรรมทางกาย จากการสำรวจการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส. พบว่า คนไทยมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ ๗๔.๔๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๑ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๗๔.๖๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ แม้เป็นอัตราการเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่เป็นการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งใน พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็นปีแรกตั้งแต่มีการสำรวจข้อมูล (ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๕) ที่ระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรทุกกลุ่มวัยอยู่ในระดับที่สูงเกินกว่าร้อยละ ๗๐ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า เป็นปีที่การดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสามารถเข้าถึงประชากรทุกกลุ่มวัยได้อย่างทั่วถึงมากยิ่งขึ้น

๑.๕ การบริโภคผักและผลไม้ จากการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของคนไทย พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส. พบว่า ประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไปบริโภคผักและผลไม้ที่เพียงพอตามข้อเสนอแนะ ร้อยละ ๓๔.๕๐ ขณะที่กลุ่มเด็ก อายุ ๖ - ๑๔ ปี บริโภคผักและผลไม้ที่เพียงพอตามข้อเสนอแนะ ร้อยละ ๒๕.๔๐

## ๒. ผลงานเด่น เป็นการเสนอผลการดำเนินงานที่มีความสำคัญ ได้แก่

๒.๑ สานพลังผู้นำศาสนา ด้านภัยบุหรี่ สนับสนุนการดำเนินงานเพื่อลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้นำศาสนาผ่าน ๓ เครือข่าย ได้แก่ ๑) เครือข่ายคณะสงฆ์จัดกิจกรรมลด ละ เลิกบุหรี่ ในวันสำคัญทางศาสนา ๓,๐๐๐ วัด จาก ๑๓ จังหวัด เกิดแกนนำพระคิลานุปัฏฐากหรือพระอาสาสมัครส่งเสริม สุขภาพประจำวัด ๑,๒๐๐ รูป ๒) เครือข่ายคริสตชนคาทอลิก สนับสนุนชุมชนวัดคาทอลิก ๒๒ แห่ง จาก ๑๒ จังหวัด พัฒนาเป็นชุมชนนาร่องป้องกันแก้ไขและควบคุมสถานการณ์การบริโภคยาสูบ สามารถขยาย แนวคิดไปยังชุมชนวัดคาทอลิกอีก ๑๑๒ แห่ง ทั่วประเทศ และ ๓) เครือข่ายมัชยิต เกิดมัชยิตปลอดบุหรี่ ๕๐ แห่ง ใน ๑๔ จังหวัดภาคใต้ และสอดแทรกความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ผ่านการบรรยายธรรมหลังการละหมาด

๒.๒ ชุมชนต้นแบบสู้เหล้า ยุติความรุนแรงในครอบครัว สนับสนุนโครงการพัฒนา ชุมชนต้นแบบในการแก้ไขปัญหาผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านเครือข่ายชุมชนเมือง และเครือข่ายแรงงาน ส่งเสริมให้คนในชุมชนลด ละ เลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงสร้างปัจจัย/เงื่อนไข ให้คนในชุมชนสามารถเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และไม่ใช้ความรุนแรงในครอบครัวถือเป็นการพัฒนา ต่อยอดเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน เพื่อให้เป็นชุมชนสุขภาวะที่สามารถพึ่งตนเองได้ เกิดคนต้นแบบ ลด ละ เลิกเหล้า ๙๐๐ คน สนับสนุนการจัดงานวัฒนธรรมชุมชนปลอดแอลกอฮอล์ และสนับสนุนให้ร้านค้า ชุมชนไม่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๒.๓ อุบัติเหตุบนท้องถนนเรื่องร้าย ๆ แก้ไขได้ด้วยชุมชน สนับสนุนโครงการ อาสาสมัครตำรวจจราจรหญิง “กองร้อยน้ำหวาน” ร่วมสร้างความปลอดภัยทางถนน ที่มาจากอาสาสมัคร กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน ได้รับการฝึกอบรมด้านการจราจรจากสำนักงาน ตำรวจแห่งชาติ รวม ๑๒ จังหวัด ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน จังหวัดละ ๑ กองร้อย รวม ๑,๕๐๐ คน เพื่อให้บริการตั้งด่านจุดตรวจความปลอดภัยทางถนนในเขตชุมชน เน้นเรื่องการป้องกันดูแล เพื่อเป็นด่านตรวจด่านแรกก่อนที่ประชาชนจะเดินทางออกจากบ้านไปยังถนนเส้นหลักถือเป็นนวัตกรรม และมาตรการทางสังคม ทำให้เกิดความตระหนักถึงวินัยจราจรและความปลอดภัยทางถนน และสามารถลด การบาดเจ็บและเสียชีวิตในพื้นที่ได้อย่างมีนัยสำคัญ

๒.๔ กินอย่างพอดี ชัยบออย่างมีพลัง ในบริบทสังคมเมือง สนับสนุนการพัฒนา ชุดองค์ความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการสร้างสุขภาวะผ่านโครงการออกแบบ และส่งเสริมการปลูกผักผลไม้ในองค์กรในพื้นที่เขตเมือง สนับสนุนการพัฒนากิจกรรมและสถานที่ที่เอื้อ ต่อการมีกิจกรรมทางกายของประชาชน และสนับสนุนโครงการขยับเขยื้อนเคลื่อนเปลี่ยน โดยสนับสนุน กิจกรรม เดิน-วิ่ง เพื่อสุขภาพ ๑๑๐ กิจกรรม มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมกว่า ๕ แสนคน จัดคลินิกนักวิ่ง ๓๐ แห่ง เพื่อให้หนักวิ่งหน้าใหม่ได้รับความรู้และรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการวิ่งได้อย่างถูกต้องมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมกว่า ๕,๐๐๐ คน

๒.๕ สร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ ขับเคลื่อนโครงการพัฒนาการเรียนรู้ แบบ Electronic-learning เพื่อพัฒนาสมรรถนะครูให้สอนเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในหลักสูตรการศึกษา ขั้นพื้นฐาน โดยจัดทำระบบการพัฒนาศักยภาพครูผู้สอนเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต ผ่านการเรียนรู้ แบบระบบออนไลน์ มีผู้ร่วมลงทะเบียนเข้าเรียนทั้งจากครูและตำแหน่งอื่น ๆ จากทุกสังกัด ๔๒,๓๒๒ คน สามารถศึกษาสำเร็จผ่านการประเมินและได้รับการอนุมัติแผนได้ใบวุฒิบัตรโดยเป็นครู ๑๒,๑๐๗ คน



ผู้อำนวยการโรงเรียน ๒,๙๖๘ คน ศึกษานิเทศก์และนักวิชาการศึกษา ๕๑๓ คน นับเป็นการพัฒนาครูผู้สอน เพศวิถีที่มีความเข้าใจ และมีทัศนคติเรื่องเพศวิถีที่เหมาะสมและเปิดกว้าง และสามารถขยายผลการทำงาน ไปยังหน่วยงานอื่น ๆ ได้

๒.๖ สื่อสร้างสรรค์ สร้างสังคมสุขภาวะ สนับสนุนการดำเนินงานผ่านโครงการ พลังนักร้องสื่อสารสร้างสรรค์บูรณาการประเด็นสุขภาวะ พัฒนาและสร้างนักร้องสื่อสารสุขภาวะ ๗,๐๐๐ คน ส่งต่อ แนวคิดเชิงบวกสู่สังคม มีผู้ได้รับประโยชน์จากการสื่อสารเชิงบวก ๘ แสนคน สนับสนุนโครงการพัฒนา ศักยภาพการสื่อสารผ่าน (Platform Online) ของผู้ประกอบการในครอบครัวที่มีลูกหลานวัยรุ่น นำเสนอ ผ่านรายการที่ว็อนไลน์ชื่อ “รอลูกเล็กเรียน” นำเสนอประสบการณ์จริงจากกรณีศึกษา ๑๐ ครอบครัว ที่มีปัญหาของวัยรุ่นที่หลากหลายและวิธีการแก้ไขปัญหา หลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ และโครงการจิตอาสาสร้างสรรค์สังคม เปิดโอกาสให้เด็กและเยาวชนได้ทำกิจกรรมที่เกิดประโยชน์ต่อตนเอง และสังคม เกิดจิตอาสาสร้างสรรค์ระดับพื้นที่ ๔,๘๗๔ คน และแกนนำเด็กและเยาวชน จัดกิจกรรมสร้างเสริม สุขภาพที่สร้างสรรค์ ๒,๘๒๐ คน ทำให้เยาวชนร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาชุมชนของตนเอง ลดช่องว่าง ระหว่างเด็กและผู้ใหญ่ นำไปสู่ความร่วมมือในการพัฒนาชุมชน และแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน

๒.๗ ลดความเหลื่อมล้ำ ส่งเสริมสุขภาพดีถ้วนหน้า สนับสนุนโครงการพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในสถานประกอบการเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเพื่อพัฒนา ๑๐ รูปแบบ ส่งเสริมสุขภาพ ภายใต้อาสาสมัคร “ปลอดภัยดี สุขภาพดี งานดี มีความสุข ในสถานประกอบการ” เพื่อให้หน่วยงาน สถานประกอบการนำไปใช้ออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้แก่ประชากรกลุ่มวัยทำงาน และสนับสนุน การดำเนินงานโครงการด้วยกัน โดยสนับสนุนกิจกรรม “วิ่งด้วยกัน” สร้างการมีส่วนร่วมระหว่างคนพิการ และคนทั่วไปได้มีกิจกรรมร่วมกันได้ และขยายแนวทางการจัดงานวิ่ง สำหรับคนพิการ ใน ๔ จังหวัด มีคนพิการเข้าร่วมเพิ่มเป็น ๒,๓๑๐ คน เสริมสร้างศักยภาพให้คนพิการสามารถเข้าถึงโอกาสในการดำเนินชีวิต การมีสุขภาพที่ดีพร้อมกับสร้างความเข้าใจให้ประชากรกลุ่มอื่นในการอยู่ร่วมกัน

๒.๘ ปลูกพลังชุมชน ร่วมสร้างสังคมรับมือภัยพิบัติ สนับสนุนโครงการพัฒนากลไก ความร่วมมือศูนย์นโยบายจัดการภัยพิบัติเพื่อลดความเสี่ยงภัย เกิดเครือข่ายการทำงานด้านภัยพิบัติระดับจังหวัด ใน ๓ จังหวัดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่ จังหวัดพังงา จังหวัดปทุมธานี และจังหวัดนครศรีธรรมราช และโครงการพลังจิตอาสา ภายใต้อาสาสมัครจัดการภัยพิบัติในพื้นที่ ๓๐ ตำบลในจังหวัดนครศรีธรรมราช และพื้นที่ในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ สามารถสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่เสี่ยง ให้มีความพร้อมรับมือ จัดการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการรับมือภัยพิบัติ มีประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญ ในด้านการจัดการภัยพิบัติ สามารถร่วมแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดภัยพิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**ส่วนที่ ๒ การดำเนินงานในส่วนของการบริหารงบประมาณกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ**

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็นการแสดงภาพรวมการใช้จ่ายงบประมาณการกระจายทุน สู่แผนงาน เพื่อสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพ กระจายทุนตามสถานที่ที่จัดกิจกรรม กระจายทุนผ่านภาคี ผู้รับทุน กระจายทุนสนับสนุนการดำเนินงานโครงการใหม่ตามลักษณะการดำเนินงานของผู้รับทุน โดย การบริหารงบประมาณกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ มีดังนี้

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ สสส. เบิกจ่ายงบประมาณ เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในวงเงิน ๔,๕๖๐.๖๗ ล้านบาท โดยจำแนกการใช้จ่ายงบประมาณเป็น ๒ ส่วน ดังนี้

๑. เบิกจ่ายทุนสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพ รวมค่าใช้จ่ายบริหารโครงการในวงเงิน ๔,๒๓๑.๕๘ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๗๘ ของกรอบวงเงินงบประมาณเบิกจ่ายทั้งหมด

๒. ค่าใช้จ่ายในการบริหารสำนักงานและค่าใช้จ่ายอื่น ๓๒๙.๐๙ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๗.๒๒ ของกรอบงบประมาณเบิกจ่ายทั้งหมด

### การกระจายทุนสู่แผนงานเพื่อสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ สสส. มีการเบิกจ่ายโครงการใหม่ และโครงการต่อเนื่องจำนวน ๒,๙๔๗ โครงการ ในวงเงิน ๓,๘๗๖.๔๑ ล้านบาท สามารถจำแนกได้ ดังนี้

แผน	งบประมาณที่เบิกจ่าย (ล้านบาท)
แผนควบคุมยาสูบ	๒๓๙.๒๔
แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	๓๐๗.๕๒
แผนจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	๓๑๖.๒๒
แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	๑๗๖.๓๑
แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	๒๒๗.๘๘
แผนสุขภาวะชุมชน	๔๓๗.๑๗
แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว	๒๘๑.๗๐
แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร	๑๖๙.๐๘
แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	๑๙๓.๕๓
แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา	๒๕๘.๗๕
แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ	๓๒๔.๒๘
แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	๑๒๕.๗๒
แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๑๓๖.๓๘
แผนอาหารเพื่อสุขภาพ	๒๐๖.๓๖
แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพ	๔๗๖.๒๗
<b>รวมเงินเบิกจ่ายทั้งสิ้น</b>	<b>๓,๘๗๖.๔๑</b>

ที่มา : รายงานประจำปี ๒๕๖๒ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), ๒๕๖๓, หน้า ๙๗.

### สัดส่วนการกระจายทุนสู่แผนคิดเป็นร้อยละ ดังนี้

๑. แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพ	ร้อยละ ๑๒.๒๙
๒. แผนสุขภาวะชุมชน	ร้อยละ ๑๑.๒๘
๓. แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ	ร้อยละ ๘.๓๗
๔. แผนจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	ร้อยละ ๘.๑๖
๕. แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	ร้อยละ ๗.๙๓
๖. แผนสุขภาวะเด็กเยาวชนและครอบครัว	ร้อยละ ๗.๒๗
๗. แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา	ร้อยละ ๖.๖๘
๘. แผนควบคุมยาสูบ	ร้อยละ ๖.๑๗
๙. แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ	ร้อยละ ๕.๘๘
๑๐. แผนอาหารเพื่อสุขภาพ	ร้อยละ ๕.๓๒
๑๑. แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	ร้อยละ ๔.๙๙

๑๒. แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	ร้อยละ ๔.๕๔
๑๓. แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร	ร้อยละ ๔.๓๖
๑๔. แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	ร้อยละ ๓.๕๒
๑๕. แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านระบบบริการสุขภาพ	ร้อยละ ๓.๒๔

การกระจายทุนตามสถานที่ที่จัดกิจกรรม เมื่อพิจารณาการเบิกจ่ายงบประมาณจำแนกตามสถานที่ที่จัดกิจกรรม ปรากฏว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ มีการจัดสรรงบประมาณ เพื่อจัดกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

แผน	งบประมาณที่เบิกจ่าย (ล้านบาท)
แผนควบคุมยาสูบ	๒๓๙.๒๔
แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	๓๐๗.๕๒
แผนจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม	๓๑๖.๒๒
แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ	๑๗๖.๓๑
แผนสุขภาพประชาชนกลุ่มเฉพาะ	๒๒๗.๘๘
แผนสุขภาพชุมชน	๔๓๗.๑๗
แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว	๒๘๑.๗๐
แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร	๑๖๙.๐๘
แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	๑๙๓.๕๓
แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาพทางปัญญา	๒๕๘.๗๕
แผนสร้างสรรคโอกาสและนวัตกรรมสุขภาพ	๓๒๔.๒๘
แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ	๑๒๕.๗๒
แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	๑๓๖.๓๘
แผนอาหารเพื่อสุขภาพ	๒๐๖.๓๖
แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพ	๔๗๖.๒๗
<b>รวมเงินเบิกจ่ายทั้งสิ้น</b>	<b>๓,๘๗๖.๔๑</b>

ที่มา : รายงานประจำปี ๒๕๖๒ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), ๒๕๖๓, หน้า ๙๘.

#### สัดส่วนการกระจายทุนสู่แผนคิดเป็นร้อยละ ดังนี้

๑. ชุมชน (วัด/หมู่บ้าน)	ร้อยละ ๓๙.๙๖
๒. สถานที่ศึกษา/โรงเรียน	ร้อยละ ๒๒.๐๙
๓. องค์กร/หน่วยงานรัฐอื่น ๆ	ร้อยละ ๑๗.๖๒
๔. สถานพยาบาล/โรงพยาบาล	ร้อยละ ๙.๐๘
๕. สถานประกอบการ/โรงงาน/บริษัทเอกชน	ร้อยละ ๗.๑๒
๖. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	ร้อยละ ๒.๓๙
๗. ศาสนสถาน (วัด/โบสถ์/มัสยิด)	ร้อยละ ๑.๗๔

#### การกระจายทุนผ่านภาคีผู้รับทุน

สสส. ดำเนินการสนับสนุนการจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพผ่านภาคีผู้รับทุน ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ สนับสนุนภาคีทั้งสิ้น ๓,๐๑๕ ราย ซึ่งเป็นภาคีรายใหม่ ๒,๒๙๓ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๗๖.๐๒ และภาคีรายเดิม ร้อยละ ๒๓.๙๘ ของภาคีทั้งหมด

การกระจายทุนสนับสนุนการดำเนินงานโครงการใหม่ตามลักษณะการดำเนินงานของผู้รับทุน งบประมาณจากกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กระจายสู่องค์กรทุกภาคส่วนในสังคมเพื่อจัดทำ โครงการเสริมสร้างสุขภาพ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ กองทุน สสส. ได้อนุมัติทุนเพื่อสนับสนุน โครงการให้แก่องค์กรและหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมีรายละเอียดการกระจายทุน ตามลักษณะ การดำเนินงานขององค์กรต่าง ๆ ดังนี้

ลักษณะองค์กร	งบประมาณ (ล้านบาท)
มูลนิธิ/องค์กรสาธารณประโยชน์	๑,๒๔๖.๒๒
สถาบันการศึกษา	๕๔๑.๔๒
กระทรวง กรม กอง	๓๕๓.๓๔
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	๒๕๐.๓๒
องค์กรเอกชน	๑๓๘.๒๔
อื่น ๆ	๙๓.๗๔
หน่วยงานของรัฐที่ไม่ใช่ส่วนราชการ	๓๓.๘๐
หน่วยงานสาธารณสุข/โรงพยาบาล	๒๓.๕๙
รัฐวิสาหกิจ	๑๐.๐๐
องค์กรวิชาชีพ	๘.๔๕
องค์กรชุมชน/องค์กรชาวบ้าน	๔.๓๕

ที่มา : รายงานประจำปี ๒๕๖๒ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), ๒๕๖๓, หน้า ๙๙.

#### สัดส่วนการกระจายทุนสู่แผนคิดเป็นร้อยละ ดังนี้

๑. มูลนิธิ/องค์กรสาธารณประโยชน์	ร้อยละ ๔๖.๑๐
๒. สถาบันการศึกษา	ร้อยละ ๒๐.๐๓
๓. กระทรวง กรม กอง	ร้อยละ ๑๓.๐๗
๔. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	ร้อยละ ๙.๒๖
๕. องค์กรเอกชน	ร้อยละ ๕.๑๑
๖. อื่น ๆ	ร้อยละ ๓.๔๗
๗. หน่วยงานของรัฐที่ไม่ใช่ส่วนราชการ	ร้อยละ ๑.๒๕
๘. หน่วยงานสาธารณสุข/โรงพยาบาล	ร้อยละ ๐.๘๗
๙. รัฐวิสาหกิจ	ร้อยละ ๐.๓๗
๑๐. องค์กรวิชาชีพ	ร้อยละ ๐.๓๑
๑๑. องค์กรชุมชน/องค์กรชาวบ้าน	ร้อยละ ๐.๑๖

ส่วนที่ ๓ ผลการดำเนินงานที่เกี่ยวกับเป้าประสงค์การดำเนินงาน ๖ ประการ ของ สสส.  
มีดังนี้

#### เป้าประสงค์ ๑ ลดปัจจัยเสี่ยงหลัก มีผลการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

๑.๑ แผนควบคุมยาสูบ สนับสนุนกระทรวงสาธารณสุขออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ในการกำหนดสถานที่เขตปลอดบุหรี่ที่มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่สาธารณะ และภายในอาคาร อาทิ อาคารจอดรถ จุดบริการช้อปปิ้ง ทำอากาศยาน ๖ แห่ง ยกเลิกห้องสูบบุหรี่ ภายในอาคารและจัดพื้นที่นอกอาคารที่เหมาะสมเป็นสถานที่สูบบุหรี่ เพื่อคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ จากควันบุหรี่มือสอง การพัฒนาโปรแกรมรับเรื่องร้องเรียนการกระทำผิดเกี่ยวกับประเด็นยาสูบผ่านเว็บไซต์ <http://TAS.go.th> การพัฒนางานองค์ความรู้และงานวิจัยเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบ ๑๔ เรื่อง และสนับสนุน การพัฒนานวัตกรรมโรงเรียนปลอดบุหรี่ ๔๗ เรื่อง เพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ทุกชนิด

๑.๒ แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด สนับสนุนการขับเคลื่อน ให้เกิดแผนและกิจกรรมควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านประชาคมงดเหล้าจังหวัด ๑๐ จังหวัด การสนับสนุน ให้สามารถหยุดทุนอุปถัมภ์ของธุรกิจแอลกอฮอล์ในงานบุญประเพณีด้วยกิจกรรมทดแทน ๒๕๗ งาน การขยาย พื้นที่โซนนิ่งเล่นน้ำปลอดเหล้าในถนนตระกูลข้าวเพิ่มอีก ๗ พื้นที่ รวมทั้งประเทศเป็น ๕๘ พื้นที่ และการสร้างความเข้าใจต่อประชาชนรู้เท่าทันธุรกิจแอลกอฮอล์ใช้กลยุทธ์ตราเสมือนเพื่อเลี่ยงกฎหมายควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑.๓ แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม สนับสนุน การขับเคลื่อนให้เกิดจังหวัดต้นแบบที่มีกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอครบทุกอำเภอ ๑๐ จังหวัด รวม ๑๕๔ อำเภอ สนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหาภัยพิบัติอย่างเป็นรูปธรรมใน ๒ พื้นที่ คือ การพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหาน้ำท่วมในเทศบาลนครเมืองตาก และการบูรณาการแผนจัดการ ภัยพิบัติระดับอำเภอ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก อำเภอเวียงสา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน และการขับเคลื่อน การลดผลกระทบจากปัญหาการพนันในชุมชน

๑.๔ แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย สนับสนุนการดำเนินการขยายผลการขับเคลื่อน แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๗๓ ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พชอ.) และสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ทำให้เกิดพื้นที่สุขภาวะเพื่อผู้สูงอายุต้นแบบ ๔ รูปแบบ ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุแบบชุมชนชนบท การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแฟลต การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะ ผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุ (ผู้สูงอายุแอกทีฟ) การพัฒนาสวนสุขภาพ และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ โดยชุมชนและส่งเสริมกิจกรรมทางกายกลุ่มวัยทำงานผ่านการพัฒนาองค์กรสุขภาวะ (Healthy Organization) ๑๐๒ แห่ง

๑.๕ แผนอาหารเพื่อสุขภาพ สนับสนุนให้เกิดนโยบายระดับชาติและระดับท้องถิ่น ในการส่งเสริมให้ประชาชนบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ และการลดภาวะน้ำหนักตัวเกิน สนับสนุน การพัฒนาต้นแบบแหล่งผลิต แหล่งจำหน่าย และแหล่งให้บริการผัก ผลไม้ปลอดสารพิษ ๙๔ แห่ง สามารถพัฒนาเป็นศูนย์เรียนรู้ที่สามารถขยายผลต่อได้ ๓๐ แห่ง และการพัฒนาต้นแบบศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนที่มีการจัดปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารสุขภาพให้เป็นเครือข่ายโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแถมใส ๖๗๐ แห่ง ส่งผลให้เด็กวัยเรียนในกลุ่มเป้าหมายอายุ ๖ - ๑๔ ปี ที่เข้าร่วมกิจกรรมของโครงการต่าง ๆ มีอัตราภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนเพียงร้อยละ ๘.๗๗ ซึ่งถือว่าต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด คือ ต้องไม่เกินร้อยละ ๑๐

**เป้าประสงค์ที่ ๒ พัฒนากลไกที่จำเป็นเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอื่น ๆ มีผลการดำเนินการที่สำคัญ ดังนี้**

๒.๑ แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ส่งเสริมการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามยุทธศาสตร์ชาติ โดยร่วมพัฒนาจังหวัดต้นแบบขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เกิดพื้นที่ต้นแบบของโครงการสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ ๗ พื้นที่ที่สามารถพัฒนาขยายเป็นแหล่งเรียนรู้ได้ การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อการยุติปัญหาเอดส์ในระดับจังหวัดนาร่องใน ๒ จังหวัด คือ จังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดกำแพงเพชร สนับสนุนการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัยโดยพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มวัยต่าง ๆ และการขับเคลื่อนการดำเนินงานความปลอดภัยของผู้บริโภค โดยพัฒนาศักยภาพเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับพื้นที่ให้มีความเข้มแข็ง

๒.๒ แผนสุขภาวะเด็กเยาวชนและครอบครัว สนับสนุนและส่งเสริมหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม จัดกิจกรรมสร้างสรรค์ในช่วงปิดภาคการศึกษา ๒๕๘ แห่งทั่วประเทศ รวม ๒,๒๒๘ กิจกรรม ขยายโอกาสการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสรรค์ให้แก่เด็กและเยาวชนกว่า ๑.๑ แสนคน และการฝึกงานหรือทำงานล่วงเวลากว่า ๑ หมื่นตำแหน่ง สนับสนุนการพัฒนาหลักสูตรสมองกับการเรียนรู้สำหรับเด็กปฐมวัยโดยมีมหาวิทยาลัยราชภัฏ ๒๔ แห่งเปิดสอนวิชา “สมองกับการเรียนรู้สำหรับเด็กปฐมวัย” ในภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๒ มีนักศึกษาคณะครุศาสตร์รุ่นแรกเข้าเรียน ๑,๓๐๐ คน

๒.๓ แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุและผู้สูงอายุยากไร้ให้ได้รับการดูแลผ่านการสร้างต้นแบบกิจการเพื่อสังคม “บัดดีโฮมแคร์” ที่จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้รับการดูแล ๓๐๐ คน ส่วนใหญ่มีสุขภาพดีขึ้นสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ลดภาระพึ่งพิงจากครอบครัว การพัฒนากลไกการดูแลและส่งเสริมสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์พื้นที่ชายแดนไทย-ลาวหรือเสียสุขภาพ นาร่องใน ๓ อำเภอของจังหวัดอุบลราชธานี และการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไร้บ้านจังหวัดกาฬสินธุ์แบบบูรณาการและครอบคลุมทุกมิติช่วยเหลือให้คนไร้บ้านได้รับการพิสูจน์สิทธิสถานะ ๑๕ คนและช่วยเหลือนำส่งคนไร้บ้านกลับสู่ครอบครัวและได้รับการสนับสนุนด้านอาชีพ ๒๔ คน ทำให้สามารถประกอบอาชีพที่มั่นคงมีรายได้

**เป้าประสงค์ที่ ๓ เพิ่มขีดความสามารถเชิงสถาบันบทบาทชุมชนและองค์กร มีผลการดำเนินการที่สำคัญ ดังนี้**

๓.๑ แผนสุขภาวะชุมชน พัฒนาต้นแบบการเรียนรู้ตลอดชีวิต ๒ แห่ง คือ มหาวิทยาลัยบ้านแฮด สร้างความเท่าเทียม จังหวัดขอนแก่น และมหาวิทยาลัยปริก เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน จังหวัดสงขลา และเสริมพลังขบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่อำเภอปัว จังหวัดน่าน โดยเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอ โดยมีการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่น วิเคราะห์ความสอดคล้องกับแผนพัฒนาอำเภอ ทำให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนางาน พัฒนาระบบบริการทางสุขภาพ การบริการทางสังคมและการอยู่ร่วมกันในชุมชน

๓.๒ แผนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร การพัฒนาโรงพยาบาลสร้างสุขเป็นศูนย์เรียนรู้การสร้างสุขในองค์กร เกิดเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในระดับอำเภอ ๒๑ องค์กร พัฒนาศักยภาพเครือข่ายดูแลสุขภาพภาวะกำลังพล และครอบครัวทหาร โดยมุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพด้านการคัดกรอง พัฒนาการเด็ก ๓,๑๘๕ คน โดยผู้เข้ารับการอบรมสามารถดำเนินการคัดกรองพัฒนาการเด็ก

ได้อย่างถูกต้องร้อยละ ๙๐.๒๐ และพัฒนาแกนนำองค์กรสุขภาวะในอุตสาหกรรมไฟฟ้าอิเล็กทรอนิกส์ และโทรคมนาคมไทย ๕๐๐ คนจาก ๓๑๕ องค์กร

#### **เป้าประสงค์ที่ ๔ สร้างค่านิยมและโอกาสการเรียนรู้ มีผลการดำเนินการที่สำคัญดังนี้**

๔.๑ แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา พัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์ภายใต้ ยุทธศาสตร์ ๓ ดี (สื่อดี พื้นที่ดี ภูมิดี) และพื้นที่สุขภาวะทางปัญญาอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ ๕๐ จังหวัด พัฒนาพื้นที่ต้นแบบระบบนิเวศการสื่อสารเพื่อสุขภาวะที่พัฒนาเป็นแหล่งเรียนรู้ที่สามารถถ่ายทอดให้แก่พื้นที่ อื่น ๔ พื้นที่ พัฒนาระบบการและเครื่องมือสื่อสารเพื่อสุขภาวะและวิถีสุขภาวะทางปัญญา ๑๐ กรณี และขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมการอ่านที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบสื่อที่มีสุขภาวะอย่างเป็นรูปธรรม และมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

๔.๒ แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ พัฒนาชุดความรู้เพื่อใช้ในการสื่อสาร สร้างความเข้าใจในประเด็นสร้างเสริมสุขภาพ ๘ ประเด็น โดยขยายผลชุดความรู้สุขภาวะผ่านผู้นำ การเปลี่ยนแปลง ๕๐๕ คน สร้างพันธมิตรเครือข่ายขยายองค์ความรู้สุขภาวะ ๖๕ แห่งทั่วประเทศ และสร้างความรู้รับรู้โครงการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพแก่สาธารณสุขชนผ่านสื่อรณรงค์ ๔ โครงการ ทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพ

**เป้าประสงค์ที่ ๕ ขยายโอกาสและพัฒนาศักยภาพการสร้างนวัตกรรมสุขภาวะ มีผลการดำเนินการที่สำคัญ ดังนี้**

แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ สนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพสู่ระดับ ชุมชน/หมู่บ้าน ๒,๑๐๔ โครงการ ในทุกภูมิภาค มีกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ได้รับประโยชน์ ๕.๘ แสนคน สร้างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนในพื้นที่ ๙ ประเด็น พัฒนานวัตกรรมดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริม สุขภาพ ๒๖๑ โครงการ นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ ๑๕๐ กรณี และพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ การจัดการปัญหาสุขภาวะที่สามารถขยายผลในระดับจังหวัดได้ ๒ จังหวัด คือ จังหวัดลำปาง ประเด็น การป้องกันไฟฟ้าและหมอกควัน และจังหวัดพัทลุง ประเด็นการจัดการขยะ

**เป้าประสงค์ที่ ๖ ส่งเสริมสมรรถนะของระบบบริการสุขภาพและระบบสนับสนุน มีผลการดำเนินการที่สำคัญ ดังนี้**

๖.๑ แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ สนับสนุน การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ๘๗๘ อำเภอ ทั่วประเทศ เกิดการจัดการระบบสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุผ่านวิชาชีพพยาบาล ๓๓ จังหวัดพัฒนาพื้นที่ ต้นแบบจัดบริการสุขภาพช่องปากในสถานประกอบการ ๒๓ แห่ง และพัฒนาระบบบริการสุขภาพและระบบ สุขภาพชุมชนผ่านการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย

๖.๒ แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ เกิดข้อตกลง ความร่วมมือด้านการส่งเสริมสุขภาพกับองค์กรระดับโลก ๒ ข้อตกลง ได้แก่ ความร่วมมือด้านกลไก ระดับองค์กรเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และความร่วมมือเพื่อการพัฒนาศักยภาพ และขยายเครือข่าย มหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพในอาเซียนพร้อมขับเคลื่อนนโยบายสากล ๒ เรื่อง ได้แก่ นโยบาย การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างประเทศ และการส่งเสริมนโยบายและมาตรการ Healthy Meeting เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ และพัฒนาองค์ความรู้เพื่อขับเคลื่อนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ๔ ประเด็น

ส่วนที่ ๔ การตรวจสอบติดตามและประเมินผลการทำงาน รายงานดังกล่าวเป็นการแสดงข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบติดตามและประเมินผลการทำงาน โดยมีข้อสังเกตและข้อเสนอแนะการประเมินผลการดำเนินงานแต่ละส่วน สรุปได้ ดังนี้

#### ๑) คณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ มาตรา ๓๗ กำหนดให้มีคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานกองทุน สสส. เพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรา ๓๘ แห่งพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ โดยคณะกรรมการได้มีการประเมินผลการดำเนินงานของ สสส. ที่สำคัญ ดังนี้

#### การตรวจสอบติดตามและประเมินผล

- การประเมินผลการดำเนินงานตามหลักการของ Balanced Scorecard ผลการดำเนินงานในภาพรวมของ สสส. ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้ ๔.๕๔ คะแนน ซึ่งลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยย้อนหลัง ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๙-๕๖๑) ที่ได้ ๔.๖๔ คะแนน โดยเมื่อพิจารณาคะแนนของแต่ละด้านพบว่า การดำเนินงานด้านผลสัมฤทธิ์ตามพันธกิจ ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และด้านปฏิบัติการ มีผลคะแนนเพิ่มขึ้น และมี ๒ ด้าน ที่คะแนนลดลง ได้แก่ ด้านการเงิน และด้านพัฒนาทุนหมุนเวียน

ทั้งนี้ การประเมินด้านการเงิน แบ่งเป็น ๒ ส่วน ประกอบด้วย ๑) การประเมินประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงิน พิจารณาจากการอนุมัติงบประมาณ และเบิกจ่ายงบประมาณประจำปี โดยใช้ข้อมูลจากระบบบริหารโครงการออนไลน์ และ ๒) การวัดความสามารถในการบริหารจัดการการเงินที่พิจารณาจากการบริหารจัดการเงินที่ยังไม่ถึงกำหนดเบิกจ่าย และการจัดส่งรายงานการรับและการใช้จ่ายเงินให้กรมบัญชีกลางภายในเวลาที่กำหนด โดยการประเมินตนเองของฝ่ายการเงินผลการดำเนินงานภาพรวม ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ มีคะแนนเฉลี่ย ๔.๐๘ คะแนน จากคะแนนเต็ม ๕ คะแนน ลดลงเล็กน้อย เมื่อเทียบกับคะแนนเฉลี่ยย้อนหลัง ๓ ปีที่ได้ ๔.๓๖ คะแนน โดยสำนักงานได้ชี้แจงถึงสาเหตุของการเบิกจ่ายงบประมาณภาพรวมปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่ลดลง เนื่องจากผลกระทบของการปรับโครงสร้างภาษีสรรพสามิตของสินค้าในกลุ่มสุราและยาสูบ ตั้งแต่ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ที่ส่งผลให้เงินบำรุงกองทุนจากภาษีสรรพสามิตมีค่าลดลงจนต่ำกว่ารายได้ที่ประมาณการไว้ จึงได้มีการปรับลดกรอบงบประมาณของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ และกำหนดมาตรการในการเบิกจ่ายงบประมาณ โดยให้ชะลอการเบิกจ่ายเงินของโครงการใหม่ และให้ความสำคัญกับการเบิกจ่ายเงินของโครงการต่อเนื่องตามสัญญา ก่อน เพื่อให้การประเมินผลด้านการเงินเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การรายงานข้อมูลเบิกจ่ายงบประมาณประจำปี ควรระบุที่มาของข้อมูล และวิธีการคำนวณให้ชัดเจน อีกทั้งสำนักงานควรพัฒนาระบบข้อมูลงบประมาณรายรับ - รายจ่าย เพื่อให้สามารถประมาณการยอดเบิกจ่ายงบประมาณได้แม่นยำยิ่งขึ้น

สำหรับด้านพัฒนาทุนหมุนเวียนใช้กรอบหลักเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานทุนหมุนเวียนประจำปีบัญชี ๒๕๖๒ เพื่อพัฒนาและปรับปรุงกลไกหลัก ๕ ส่วน ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ได้แก่ บทบาทคณะกรรมการกองทุน การบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน การตรวจสอบภายใน การบริหารจัดการสารสนเทศ และการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยพบว่า ผลการพัฒนาและปรับปรุงกลไกหลักในการบริหารทุนหมุนเวียนของ สสส. ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย ๔.๗๔ คะแนน จากคะแนนเต็ม ๕ คะแนน ลดลงเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยย้อนหลัง ๓ ปี ที่ได้คะแนน ๔.๘๘ คะแนน



**ข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ** กองทุนควรให้ความสำคัญต่อการกำหนดนโยบายและแผนการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๖๔) ตามวัตถุประสงค์ และบทบาทขององค์การที่กำหนดไว้ ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๔ และสามารถเชื่อมโยงกับระบบการประเมินผลในมิติต่าง ๆ ได้ คณะกรรมการประเมินผลฯ จึงมีข้อเสนอแนะในการพัฒนากระบวนการจัดทำแผนการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผล และการบริหารจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล ดังนี้

๑. การนำหลักบาลานซ์สกอร์การ์ด (Balanced Scorecards) มาใช้ในการประเมินผลองค์การผู้บริหารระดับสูง ควรมีการกำหนดตัวชี้วัดที่เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ และกระบวนการบริหารจัดการ จึงจะทำให้ได้ผลประเมินที่สามารถนำไปใช้ปรับปรุง/พัฒนาองค์การได้ และควรส่งเสริมให้มีหน่วยงาน/ทีมงานเฉพาะ ดำเนินการรวบรวมวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ที่ตอบสนองต่อบริบทและพลวัตทางสังคมที่เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว (เหตุอุบัติใหม่ต่าง ๆ อาทิ ปัญหามลพิษฝุ่นละออง โรคติดต่อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) อีกทั้งควรจัดให้มีกระบวนการวิเคราะห์ช่องว่างการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายระยะ ๑๐ ปี อย่างเป็นระบบ มีการนำผลวิเคราะห์ไปใช้ในการกำหนดนโยบาย และจัดทำแผนการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้การกำหนดวัตถุประสงค์ และเป้าหมายในการดำเนินงานได้ชัดเจน และช่วยให้การตั้งตัวชี้วัดผลการดำเนินงานมีความเชื่อมโยงการประเมินผลระดับต่าง ๆ ตั้งแต่แผนการดำเนินงานประจำปีแผนหลัก สสส. พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ และทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔)

๒. การประเมินผลด้านผลสัมฤทธิ์ตามพันธกิจที่ผ่านมา พบว่า สสส. ควรส่งเสริมให้มีการบูรณาการการทำงานร่วมกันในภาพรวมขององค์การให้มากขึ้น และควรจัดให้มี “กลไกและกระบวนการในการกำหนดตัวชี้วัดและการประเมินผลของแผนการดำเนินงานประจำปี” เพื่อทบทวนวิธีการกำหนดเป้าหมายในการวัดผลความสำเร็จ (Objective and Key Results-OKRs) และกำหนดตัวชี้วัดที่สามารถสะท้อนความเชื่อมโยงระหว่างวัตถุประสงค์เป้าหมายและ/หรือสิ่งส่งมอบหลัก (Key Results) ได้ชัดเจน รวมถึงสามารถกำหนดเกณฑ์และค่าน้ำหนักของการประเมินให้คะแนนได้อย่างเหมาะสม

๓. สำนักงานควรพัฒนาระบบข้อมูลและกลไกการประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดองค์การประจำปี อาทิ “พัฒนาระบบงบประมาณให้มีข้อมูลถูกต้องและรวดเร็ว” “พัฒนาระเบียบวิธีการสำรวจให้สามารถสะท้อนผลได้” “ส่งเสริมให้มีการประเมินความคุ้มค่าเพื่อสะท้อนคุณค่าขององค์การ” “ส่งเสริมการนำผลประเมินต่าง ๆ มาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุง และพัฒนาการดำเนินงานต่าง ๆ ให้มีประสิทธิภาพ” และ “ควรจัดให้มีหน่วยงานภายนอกทำหน้าที่ช่วยในการประเมินผลตัวชี้วัดองค์การ เพื่อให้ผลประเมินที่ได้มีความน่าเชื่อถือ และสามารถนำไปปรับปรุงประสิทธิภาพในการดำเนินการขององค์การได้อย่างแท้จริง”

๔. ควรมีการพัฒนาปรับปรุงกรอบการประเมินผลการบริหารจัดการที่ดีในระยะต่อไป ให้มีความชัดเจน มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และจัดให้มีกระบวนการขยายการรับรู้ความเข้าใจในหลักธรรมาภิบาลของ สสส. ไปยังกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภายในและภายนอกอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้เกิดค่านิยมและวัฒนธรรมการบริหารจัดการที่ดี

## ๒) คณะอนุกรรมการกำกับดูแลการตรวจสอบภายใน

คณะอนุกรรมการกำกับดูแลการตรวจสอบภายใน ได้รับแต่งตั้งตามคำสั่งกองทุน สสส. ที่ ๒/๒๕๖๐ วันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๐ มีหน้าที่กำกับดูแลการตรวจสอบภายใน ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ และระเบียบว่าด้วยการตรวจสอบภายในของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยคณะอนุกรรมการมีความเห็นเกี่ยวกับการสอบทานรายงานการตรวจสอบผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ สรุปดังนี้

๒.๑) การสอบทานงบการเงินระหว่างการประเมินผลการใช้จ่ายเงินและทรัพย์สิน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ และรายงานทางการเงินรายไตรมาส และรายปีของกองทุน เพื่อให้การจัดทำงบการเงินเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมายและมาตรฐานการบัญชีและการเปิดเผยข้อมูลอย่างเพียงพอ **โดยมีข้อเสนอแนะที่สำคัญ** เช่น การปรับปรุงระบบบริหารทรัพย์สินให้เหมาะสมกับแต่ละประเภทการบันทึกบัญชีที่ถูกต้อง การตรวจสอบทรัพย์สินเพื่อจำหน่ายและคำนวณค่าเสื่อมราคา รวมถึงหลักการอนุมัติของผู้บริหารในระบบบัญชีออนไลน์ที่ถูกต้องและรัดกุมขึ้น

๒.๒) การสอบทานรายงานผลตรวจสอบและให้คำปรึกษาเชิงพัฒนาต่อโครงการรับทุน และโครงการจัดซื้อจัดจ้าง ปีงบประมาณอนุมัติ พ.ศ. ๒๕๖๑ เพื่อให้มีการกำกับดูแลบริหารจัดการที่ดี การบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายในให้เป็นไปตามกฎระเบียบ ข้อบังคับ โดยเฉพาะการติดตามการดำเนินโครงการที่ สสส. ให้การสนับสนุนโดยใกล้ชิด เป็นการลดความซ้ำซ้อนและบังเกิดผลตามนโยบายและวัตถุประสงค์

๒.๓) การสอบทานรายงานผลสอบทานระบบธรรมาภิบาล ด้านบริหารทรัพยากรบุคคล (HR Audit) คณะอนุกรรมการให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากร การยกระดับการพัฒนาทรัพยากรบุคคลขององค์กรให้มีคุณภาพ มีความเป็นมืออาชีพในงานที่รับผิดชอบ และปฏิบัติงานด้วยหลักจริยธรรมและธรรมาภิบาล

๒.๔) การสอบทานรายงานผลตรวจสอบรายงานทางการเงินของกองทุนสวัสดิการพนักงาน (ร้านค้าสวัสดิการและรักษาพยาบาล) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ คณะอนุกรรมการได้นำเสนอแนวคิด Business Model สำหรับการบริหารร้านค้าสวัสดิการเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทการบริหารงบประมาณ และให้มีผลประกอบการที่ดีขึ้น

๒.๕) การสอบทานรายงานผลสอบทานระบบเงินยืมทตรงจ่ายของสำนักงานประจำไตรมาส ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อให้การยืมเงินทตรงจ่ายเป็นไปตามข้อบังคับ ระเบียบหลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติที่กำหนด รวมถึงระบบควบคุมภายในที่เหมาะสมเพียงพอ ในการนี้ ให้มีการทบทวนระบบเบิกจ่ายเป็นระบบ Auto Payment เพื่อให้เกิดการควบคุมภายในที่ดี

## ๓) สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน

สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินได้ตรวจสอบรายงานการเงินของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (กองทุน) ซึ่งประกอบด้วย งบแสดงฐานะการเงิน ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒ งบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน งบแสดงการเปลี่ยนแปลงสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน และงบกระแสเงินสด สำหรับปีสิ้นสุดวันเดียวกัน และหมายเหตุประกอบงบการเงิน รวมถึงหมายเหตุสรุปนโยบายการบัญชีที่สำคัญ ทั้งนี้ สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินมีข้อเสนอแนะในรายงานการประเมินผลการใช้จ่ายเงินและทรัพย์สินที่มียุทธศาสตร์เกี่ยวกับเรื่องดังต่อไปนี้

กองทุนฯ มีภาระผูกพัน ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒ จำนวน ๓,๗๓๓,๐๓๘,๐๓๗.๔๔ บาท ประกอบด้วย ภาระผูกพันเงินอุดหนุนโครงการ จำนวน ๓,๑๔๑,๐๔๓,๐๘๗.๓๓ บาท และภาระผูกพันจากสัญญาซื้อจ้าง จำนวน ๕๙๑,๙๙๔,๙๕๐.๑๑ บาท เป็นภาระผูกพันที่ต้องจ่ายในปี ๒๕๖๓ จำนวน ๒,๘๗๕,๑๒๔,๔๕๕.๖๗ บาท ประกอบด้วย ภาระผูกพันเงินอุดหนุนโครงการ จำนวน ๒,๓๗๑,๔๐๕,๘๔๕.๓๓ บาท และภาระผูกพันจากสัญญาซื้อจ้าง จำนวน ๕๐๓,๗๑๘,๖๑๐.๓๔ บาท รวมถึงหนี้สินหมุนเวียน จำนวน ๒๗๗,๒๐๘,๕๖๖.๑๓ บาท แต่กองทุนมีความสามารถในการชำระภาระผูกพันจำนวน ๑,๓๔๙,๐๘๙,๕๔๒.๕๖ บาท จากเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด ลูกหนี้ระยะสั้น และเงินลงทุนระยะสั้น เห็นได้ว่า กองทุนอาจขาดสภาพคล่องหรือมีการจ่ายเงินที่ล่าช้า รวมถึงอาจส่งผลกระทบต่อการอนุมัติโครงการใหม่ และการใช้จ่ายเงินตามแผนดำเนินงานของปี ๒๕๖๓

สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินได้ติดตามผลการดำเนินการของกองทุน ตามรายงานการประเมินผลการใช้จ่ายเงินและทรัพย์สินของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับปี ๒๕๕๗ เกี่ยวกับเงินสนับสนุนโครงการที่จ่ายให้กับผู้รับทุนที่เป็นมูลนิธิ สมาคม และบุคคลธรรมดา ในการหักภาษี ณ ที่จ่ายของกองทุนตามข้อมูลของรายงานดังกล่าว กรมสรรพากรได้ดำเนินการเรียกเก็บภาษีจากผู้รับเงินสนับสนุนโครงการ “ผู้ดำเนินงาน” ดังกล่าวแล้วอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่ครบถ้วนหลังจากกองทุนฯ ได้รับหนังสือกรมสรรพากร ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๗๒๓/๕๗๗ ลงวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๕๘ กองทุนยังไม่ได้ดำเนินการหักภาษี ณ ที่จ่ายจากผู้รับเงินสนับสนุนหรือผู้ดำเนินการตามประมวลรัษฎากรให้เป็นไปตามหนังสือแจ้งจากกรมสรรพากรดังกล่าว จนกระทั่งเมื่อเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๐ กองทุนได้ใช้รูปแบบสัญญา/ข้อตกลงที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเป็นสัญญาตัวแทน โดยหักภาษี ณ ที่จ่ายจากผู้รับเงินสนับสนุนโครงการที่เรียกว่า “ผู้ดำเนินงาน” เฉพาะส่วนของค่าตอบแทนจึงไม่เป็นไปตามหนังสือของกรมสรรพากรที่แจ้งให้กองทุนดำเนินการหักภาษีเงินได้ ณ ที่จ่าย ในอัตราร้อยละ ๑ ของยอดเงินได้พึงประเมินตามมาตรา ๕๐ (๔) แห่งประมวลรัษฎากร

กองทุนได้รับหนังสือกรมสรรพากร ด่วนที่สุด ที่กค ๐๗๑๐/๖๖๑๑ ลงวันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๑ เรื่อง ผลการพิจารณาเอกสารหลักฐานที่กองทุนนำส่งเพิ่มเติม นั้น สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน จะได้ตรวจสอบและพิจารณาจากข้อเท็จจริงประกอบกับเอกสารหลักฐานการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง เป็นกรณี ๆ ไปว่าข้อตกลงดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพมีลักษณะเป็นสัญญาจ้างทำของตามมาตรา ๕๘๗ หรือสัญญาตัวแทนตามมาตรา ๗๙๗ แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ซึ่งวิธีการบันทึกบัญชีต้องเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม หากกองทุนมีข้อตกลงดำเนินงานที่มีลักษณะเป็นสัญญาตัวแทนดังกล่าว ประธานกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพได้มีคำสั่งที่ ๖/๒๕๖๒ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการศึกษา ทบทวนแบบสัญญาสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง เมื่อวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

#### ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

##### พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๔

มาตรา ๓๖ ให้กองทุนทำรายงานประจำปีเสนอคณะรัฐมนตรี สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภา เพื่อพิจารณาภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันสิ้นปีบัญชี รายงานนี้ให้กล่าวถึงผลงานของกองทุนในปีที่ล่วงมาแล้ว พร้อมทั้งงบการเงินและรายงานของผู้สอบบัญชี

ข้อบังคับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพว่าด้วยการเงินการบัญชีและทรัพย์สิน  
ของกองทุน พ.ศ. ๒๕๕๙

ข้อ ๔ ในข้อบังคับนี้

“ปีบัญชี” หมายความว่า ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคมของปีหนึ่งถึงวันที่ ๓๐ กันยายนของปีถัดไป และให้ใช้ พ.ศ. ของปีถัดไปเป็นชื่อของปีบัญชีนั้น

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการ

จากการพิจารณาศึกษารายงานประจำปี ๒๕๖๒ ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) แล้ว พบว่า ผลงานที่ สสส. ทำได้ดีและมีผลต่อการรับรู้ของสังคมมีหลายส่วน เช่น การให้เหล่าเท่ากับแข่ง รมรณรงค์การออกกำลังกาย แต่หลักการดำเนินงานและบทบาทที่สำคัญของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ประการสำคัญ คือ การทำหน้าที่หลักที่เปรียบเสมือนตนเป็น “น้ำมันหล่อลื่น” เนื่องจาก สสส. ไม่ใช่หน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวมทั้งประเทศ แต่ สสส. จะใช้งบประมาณส่วนหนึ่งในการดำเนินงานโดยการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับภาคส่วนต่าง ๆ ที่เป็นเครือข่าย ในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นต่าง ๆ ด้วยการจุดประกายแนวคิด กระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์หรือการสร้างนวัตกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งข้อเสนอต่อรายงานดังกล่าวจะต้องพิจารณาการดำเนินงานของ สสส. ว่า ได้ดำเนินงานภายใต้หลักการดังกล่าวหรือไม่ ประการใด ทั้งนี้ คณะกรรมการพิจารณาแล้ว มีความคิดเห็นในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

๑. สสส. ใช้สถิติคนเลิกการติ่มสุรา สูบบุหรี่ จากสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นตัวชี้วัดการดำเนินงานเกี่ยวกับการรณรงค์ให้ประชาชนเลิกติ่มสุรา และเลิกสูบบุหรี่ ที่จริงตัวชี้วัดที่ชัดเจน ถูกต้องกว่า และ สสส. ควรแสดงให้เห็นปรากฏในรายงานประจำปี คือ ในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วย และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคที่มีสาเหตุสำคัญมาจากการติ่มเหล้า สูบบุหรี่ ของรัฐบาลและกองทุนสุขภาพต่าง ๆ เพิ่มขึ้นหรือลดลงเพียงใด เนื่องจากสถิติตัวเลขดังกล่าวสามารถสะท้อนการวัดผลของการดำเนินงานในเรื่องดังกล่าวของ สสส. ได้อย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนกว่า

๒. ในการประชุมคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีผู้แทนจากหลายหน่วยงานเป็นกรรมการ เช่น ผู้แทนกระทรวงคมนาคม หวังว่า สสส. จะมีการหารือเกี่ยวกับการบูรณาการโครงการของ สสส. และโครงการจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน ในการรณรงค์การลดอุบัติเหตุบนท้องถนน และขยายผลการดำเนินงานไปยังพื้นที่หรือจังหวัดอื่นใด หรือกับผู้แทนกระทรวงศึกษาธิการ ในการบูรณาการโครงการอาหารกลางวันที่มีโภชนาการครบถ้วน ทั้งผัก ผลไม้ และปลอดน้ำหวานกับผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข ในการบูรณาการมาตรการส่งเสริมสุขภาพที่อยู่ในแผนงานของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพเกิดพลังขับเคลื่อนและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๓. การที่ประชาชนมีการออกกำลังกายมากขึ้น เป็นการยากที่จะประเมินว่าเป็นผลมาจาก สสส. เท่าใด ผลลัพธ์และความสำเร็จในการดำเนินงานแต่ละโครงการของ สสส. วัดประการใด อาทิ เรื่องการลดอุบัติเหตุบนถนน ด้วยโครงการกองร้อยน้ำหวาน ผลลัพธ์ ไม่ควรวัดจากการจัดตั้งหรือจำนวนคนในกองร้อยน้ำหวาน แต่น่าจะเป็นสถิติอุบัติเหตุในพื้นที่เดียวกันเมื่อเทียบกับปีก่อน การดำเนินงานรณรงค์ของกองร้อยน้ำหวาน หรือสถิติคนสวมหมวกกันน็อก คาดเข็มขัดนิรภัยของชุมชนในพื้นที่ดำเนินการของกองร้อยน้ำหวานมาเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ความสำเร็จ และร่วมมือกับองค์กรบริหารท้องถิ่นขยายผลต่อไป

๔. ตัวชี้วัดการดำเนินงานเกี่ยวกับการบริโภคผักและผลไม้ ควรแสดงให้เห็นว่าในแต่ละปี ร้านสะดวกซื้อ ร้านอาหารต่าง ๆ รวมทั้งสถานศึกษา มีการจำหน่ายอาหารที่เป็นผักและผลไม้ ในอัตราที่เพิ่มขึ้นประการใด และมีการจำหน่ายอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น อาหารทอด อาหารมัน และของหวานมีอัตราการลงประการใด โดยกำหนดพื้นที่การดำเนินโครงการและมีการประเมินผลที่ชัดเจน เพื่อเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จในเรื่องดังกล่าว

๕. ข้อเสนอให้การรณรงค์ลดการบริโภคหวาน มัน เค็ม เป็นเป้าหมายหลักอันดับต้นของ สสส. โดยเฉพาะน้ำตาล มีหลักฐานทางการแพทย์ที่ชัดเจนว่า เป็นอาหารเซลล์มะเร็ง และเป็นสาเหตุหลักของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีนัย เช่น เบาหวาน ความดัน หัวใจ ที่ภาครัฐต้องใช้จ่ายงบประมาณในการรักษามากมาย สสส. ไม่ควรอ้างว่า มีการขึ้นภาษีน้ำตาลแล้ว ข้อเสนอที่ควรพิจารณา คือ การตระหนักรู้ในข้อเท็จจริงของภัยจากการบริโภคน้ำตาล โซเดียมเกินขนาด ยังมีไม่เพียงพอในนักเรียน เยาวชน และสาธารณสุขทั่วไป ซึ่ง สสส. สามารถมีบทบาทหล่อลื่นได้เป็นอย่างดี เช่นเดียวกับการรณรงค์ลด เลิกเหล้า บุหรี่

นอกจากนั้น สสส. ควรจัดทำดัชนีชี้วัดเกี่ยวกับการลดการบริโภคอาหารที่มีรสชาติหวาน มัน และเค็ม โดยการสำรวจตลาดผู้บริโภคโดยตรง เพื่อให้ทราบว่า การค้าหรือการตลาดในปัจจุบันตอบสนองสิ่งที่ สสส. ดำเนินการมาน้อยเพียงใด เนื่องจากตัวชี้วัดอยู่ที่ผู้บริโภคหรือผู้ซื้อ การที่ สสส. โฆษณาประชาสัมพันธ์หรือรณรงค์เรื่องต่าง ๆ เป็นการแข่งขันกับการตลาดของผู้ผลิต หากไม่สามารถทำให้ประชาชนลดการซื้อหรือบริโภคอาหารที่มีรสชาติหวาน มัน และเค็ม ในร้านสะดวกซื้อ หรือร้านค้าต่าง ๆ ได้ แสดงให้เห็นว่า การดำเนินงานของ สสส. ยังไม่ถึงเป้าหมายที่จะทำให้ผู้บริโภคตัดสินใจได้ว่า จะเชื่อในสิ่งที่ สสส. ดำเนินการ ดังนั้น สสส. จึงควรจัดทำโครงการรณรงค์เรื่องการบริโภคอาหารที่มีรสชาติหวาน มันและเค็ม เพื่อให้ประชาชนได้ตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากการบริโภคอาหารดังกล่าว

๖. การจัดทำสื่อสร้างสรรค์ สร้างสังคมสุขภาวะ สสส. ควรรณรงค์หรือประชาสัมพันธ์ในรูปแบบสื่อออนไลน์ให้มากขึ้น เพื่อเป็นช่องทางให้ประชาชนได้เข้าถึงข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น

๗. สสส. ควรจัดทำโครงการรณรงค์เรื่องสารก่อมะเร็ง ซึ่งมีตัวชี้วัดจำนวนมาก เนื่องจากอาหาร ผัก และผลไม้ ในปัจจุบันมีส่วนผสมของสารที่ก่อให้เกิดมะเร็งปนเปื้อน และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งจำนวนมาก

๘. สสส. ควรนำเสนอแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานที่แสดงความเชื่อมโยงและสัมพันธ์ในแต่ละโครงการอย่างต่อเนื่อง กลไกการใช้งบประมาณในแต่ละโครงการ รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์ในลักษณะเชิงวิจัยประกอบการขยายผลการดำเนินงานในอนาคต โดยแสดงให้เห็นว่า การดำเนินงานในปี ๒๕๖๒ ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่ ประการใด และโครงการที่ สสส. ไม่สามารถดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายได้ รวมทั้งเหตุผลของการที่ทำให้ สสส. ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายดังกล่าว ทั้งนี้ การนำเสนอแผนการดำเนินงาน ควรนำเสนอในระยะ ๕ ปี เพื่อให้เห็นภาพการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

๙. การที่ สสส. เป็นองค์การมหาชน ซึ่งถือเป็นหน่วยงานที่ประเทศคาดหวังว่า จะเป็นองค์กรที่มีความเป็นอิสระ มีกลไกการดำเนินงานที่มีความคล่องตัว เพื่อดำเนินงานให้บรรลุผลตามที่คาดหวังทั้งด้านของประสิทธิภาพ และประสิทธิผล แต่การดำเนินงานที่ผ่านมาของ สสส. ไม่สามารถสะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยการประเมินผลการดำเนินงานของ สสส. เป็นการนำตัวเลขผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติมาใช้ แต่ทั้งนี้ สสส. มีศูนย์วิจัยภายในองค์กรแต่กลับไม่มีการแสดงผลงานให้ปรากฏ นอกจากนี้ การตรวจสอบการดำเนินงานของ สสส. ทั้งคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงาน

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและคณะกรรมการกำกับดูแลการตรวจสอบภายใน ถือว่าเป็นการตรวจสอบภายใน (Internal Audit) ของ สสส. ที่ตั้งขึ้นโดยรัฐบาล หรือเป็นการตรวจสอบจากองค์กรภายนอก (External Audit) ทั้งนี้ การดำเนินงานของ สสส. ควรมีการตรวจสอบจากองค์กรภายนอก (External Audit) ที่เป็นบริษัทเอกชนหรือไม่ เพื่อให้เกิดความโปร่งใสและตรวจสอบได้ เนื่องจากงบประมาณที่ สสส. ได้รับการจัดสรรในแต่ละปีมีจำนวนมากพอสมควร

๑๐. สสส. ควรนำข้อมูลของการกระจายทุนและโครงการทั้งหมดเผยแพร่ในหน้าเว็บไซต์ของ สสส. เพื่อเป็นการเปิดเผย และประชาสัมพันธ์ให้ทุกภาคส่วนได้ทราบและสามารถตรวจสอบผลการดำเนินงานของ สสส. ได้

๑๑. การดำเนินงานของ สสส. ร่วมกับหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ควรมีการใช้งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกัน ซึ่งจะทำให้สามารถประเมินผลการดำเนินงานของ สสส. ได้อย่างเป็นรูปธรรม และได้ตัวเลขสัดส่วนการใช้งบประมาณโครงการดังกล่าวที่ชัดเจน

๑๒. การประเมินผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานโครงการต่าง ๆ ของ สสส. นอกจากตัวชี้วัดด้านผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ (Outcome) แล้ว จะต้องมิตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและตัวชี้วัดของ Input ด้วย จึงจะทำให้การประเมินผลโครงการดังกล่าวเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ชัดเจน

๑๓. หากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ อย่างเคร่งครัดและเข้มงวด จะทำให้ประชาชนสามารถลดการสูบบุหรี่ลงได้ เนื่องจากพระราชบัญญัตินี้ได้กำหนดข้อห้ามต่าง ๆ ไว้ อาทิ การห้ามโฆษณาหรือสื่อสารการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือแสดงชื่อ เครื่องหมาย สัญลักษณ์ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ผู้ผลิตและผู้นำเข้า การห้ามแบ่งขายผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทบุหรี่ยิกาแรตการห้ามแสดงผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ สถานที่ขายปลีก เป็นต้น

สำหรับเรื่องสุราเป็นต้นเหตุของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางจราจร ซึ่งเรื่องนี้เป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากมีดัชนีตัวชี้วัดตัวหนึ่งของดัชนีทุนมนุษย์ หรือ (Human Capital Index - HCI) ของธนาคารโลก เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเฉพาะด้านสาธารณสุข ซึ่งมี ๒ ตัวชี้วัด คือ ๑. ความชุกของภาวะเตี้ยแคระแกร็น ในเด็กอายุไม่เกิน ๕ ปี และ ๒. บุคคลที่มีอายุ ๑๘ ปี เสียชีวิตก่อนถึงอายุ ๖๐ ปี ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุทางจราจรแต่ในประเทศไทยมีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจรจำนวนมาก เพราะฉะนั้นอุบัติเหตุจากการจราจรจึงเป็นเรื่องสำคัญต่อดัชนีทุนมนุษย์ค่อนข้างมาก แต่การดำเนินการในเรื่องดังกล่าวของ สสส. เป็นการณรงค์ประเภทเมาไม่ขับ แต่ในข้อเท็จจริง หากบุคคลดื่มสุราก็ไม่ควรขับรถ ทั้งนี้ เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุดังกล่าว

๑๔. สสส. ควรนำเสนอแผนงานหรือโครงการของผู้ขอรับทุนหรือภาคีเครือข่าย โดยการแยกหมวดหมู่ รวมทั้งวิธีการประเมินผล และผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานของผู้รับทุนและภาคีเครือข่ายที่แสดงให้เห็นตัวเลขที่ชัดเจน

๑๕. ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากปัจจุบันคนไทยมีอัตราการเกิดน้อย และในระยะเวลา ๓ ปีที่ผ่านมา มีอัตราการเกิดต่ำกว่า ๖ แสนคน เพราะฉะนั้น เมื่อมีอัตราการเกิดน้อยแล้ว โดยเด็กที่เกิดมาจึงจะต้องมีคุณภาพ มิฉะนั้นการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจะทำให้เกิดปัญหาในอนาคตข้างหน้า ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงบังคับใช้พระราชบัญญัติป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ อย่างเคร่งครัด เพื่อลดปัญหาดังกล่าว

๑๖. การดำเนินงานของ สสส. ควรคำนึงถึงหลักการและเหตุผลในการตราพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ ที่มีการตราขึ้น เพื่อส่งเสริมให้มีการสร้างเสริมสุขภาพกายและใจของประชาชนให้แข็งแรง อยู่ในภาวะสมดุล และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับ

อันตรายจากการบริโภคสุราและยาสูบ หรือสารอื่นที่ทำลายต่อสุขภาพ หรือจากพฤติกรรมการดำรงชีวิตที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีการเก็บเงินบำรุงจากผู้มีหน้าที่เสียภาษีตามกฎหมายว่าด้วยสุราและกฎหมายว่าด้วยยาสูบเพื่อใช้ในการสนับสนุน รมรงค์ และชี้ชวนให้ประชาชนสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้น การดำเนินงานในแต่ละโครงการของ สสส. จึงต้องคำนึงถึงวัตถุประสงค์และผลสัมฤทธิ์ตามพระราชบัญญัติดังกล่าว

๑๗. การดำเนินงานของ สสส. ที่ผ่านมาตลอด ๒๐ ปี สามารถทำให้คนไทยมีสุขภาพดีขึ้นหรือเป็นเพราะความตระหนักรู้และการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนเอง แต่ไม่ได้เกิดจากการดำเนินงานของ สสส. แต่อย่างใด ดังนั้น สสส. จึงควรแสดงให้เห็นว่า แผนงานหรือโครงการใดที่ควรดำเนินการให้ได้ผลลัพธ์เป็นที่ประจักษ์อย่างชัดเจน และแสดงสัดส่วนเงินเดือนของผู้จัดการโครงการแต่ละโครงการ เพื่อให้บุคคลภายนอกสามารถตรวจสอบได้ แม้ว่ามีหลายโครงการที่ สสส. สามารถดำเนินการได้เป็นสิ่งดี แต่ก็อาจมีบางโครงการที่การดำเนินงานไม่ได้แสดงให้เห็นถึงความชัดเจนในการนำงบประมาณไปใช้ ดังนั้น ในเรื่องนี้ สสส. จะต้องแสดงให้เห็นอย่างชัดเจน เพื่อป้องกันการเอื้อประโยชน์ให้กับกลุ่มบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

๑๘. การจัดตั้งศูนย์วิชาการภายในองค์กรของ สสส. เป็นสิ่งที่ควรดำเนินการ เช่น ศูนย์วิชาการวิจัยปัญหาสุขภาพ แต่ในทางกลับกันเหตุใดจำนวนนักสูบบุหรี่ใหม่ในแต่ละปีจึงไม่ลดลง ซึ่งปัญหาดังกล่าวสามารถสะท้อนปัญหาการดำเนินงานของ สสส. ได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้ สสส. จะต้องตอบประเด็นปัญหาดังกล่าวให้ได้ว่าการดำเนินการในเรื่องดังกล่าวมีข้อบกพร่องหรือไม่ อย่างไร รวมทั้งการพิจารณาทบทวนการดำเนินงานที่ผ่านมา ๒๐ ปี มีความก้าวหน้าและคุ้มค่ากับการได้รับงบประมาณในแต่ละปีหรือไม่ อย่างไร รวมทั้งประเด็นที่จะต้องมีการหารือร่วมกัน คือ ความคาดหวังของประเทศต่อการดำเนินงานของ สสส. ควรเป็นอย่างไร เพื่อให้การใช้งบประมาณเกิดประสิทธิภาพอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

๑๙. สสส. จะต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผลแต่ละโครงการและผลผลิตหรือประสิทธิภาพที่ได้จากการดำเนินโครงการดังกล่าวคุ้มค่าต่อการลงทุนหรือไม่ อย่างไร เนื่องจากการประเมินผลโครงการย่อย ๆ บางครั้ง คณะกรรมการประเมินผลฯ อาจไม่ได้ลงไปประเมินในทุกโครงการ แต่ให้เจ้าของโครงการประเมินด้วยตนเอง ส่วนใหญ่เป็นการประเมินกระบวนการ เช่น การขอทุนในการจัดทำโครงการสร้างคุณภาพชีวิตหรือสุขภาพของชุมชนในหมู่บ้าน ผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ ชาวบ้านในหมู่บ้านมีสุขภาพในด้านต่าง ๆ ดีขึ้นมากน้อยเพียงใด ซึ่ง สสส. สามารถวัดผลได้หรือไม่ และทำให้เห็นว่า เมื่อ สสส. สนับสนุนเม็ดเงินเพื่อดำเนินโครงการดังกล่าวแล้ว คนในหมู่บ้านมีสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างไร อาทิ เลิกเหล้า เลิกบุหรี่ การประกอบสัมมาอาชีพ ความเป็นอยู่ทางสังคม รวมถึงเรื่องสมาธิหรือจิตตะปัญญา ซึ่งการประเมินผลของ สสส. ยังไม่สามารถทำให้เห็นภาพได้อย่างชัดเจน ส่วนใหญ่ออกมาในรูปแบบของกระบวนการ เช่น การจัดสัมมนาหรือมีจำนวนชาวบ้านเข้าร่วมรับฟังการให้ความรู้ หรือเข้ารับการอบรมครบถ้วนตามจำนวนที่ตั้งเป้าหมายไว้เท่านั้น

๒๐. หากมีการแก้ไขพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ ควรมีการพิจารณาการปรับปรุงหน้าที่และภารกิจของ สสส. ทั้งนี้ หากพิจารณาที่มีการตัดคำว่า “สนับสนุน” ออกเป็น “กองทุนสร้างเสริมสุขภาพ” จะทำให้ สสส. ต้องดำเนินการในแต่ละโครงการให้ประสบผลสำเร็จ แต่หากยังคงใช้คำว่า “กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ” อาจเป็นข้ออ้างที่จะทำให้ สสส. เป็นเพียง “น้ำมันหล่อลื่น” สนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานหลักที่ดำเนินการในเรื่องดังกล่าวเท่านั้น

๒๑. จากรายงานประจำปีของ สสส. ไม่ปรากฏข้อมูลในหลายประเด็น ทั้งนี้ เห็นว่า สสส. ควรจัดทำรายงานให้เกิดความชัดเจนในประเด็น ดังนี้

- ๑) การดำเนินงานของศูนย์วิจัยภายในองค์กรของ สสส.
- ๒) ผลการประเมินหลักการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน ตามรายงานประจำปี ๒๕๖๒ ของ สสส. หน้า ๑๙๐ เกี่ยวกับการประเมินผลการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล ซึ่งมีผลการประเมินที่ลดลง ๑ ประการ คือ หลักการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน
- ๓) รายชื่อคณะอนุกรรมการและโครงสร้างการบริหารงานของคณะอนุกรรมการ สสส. รวมทั้งแนวทางการพิจารณาโครงการและการจัดสรรงบประมาณ เพื่อใช้ในการดำเนินงาน โครงการต่าง ๆ
- ๔) รายงานประจำปี ๒๕๖๒ ของ สสส. หน้า ๙๘ การกระจายทุนตามสถานที่ที่จัดกิจกรรม ใช้งบประมาณจำนวน ๓,๘๗๖ ล้านบาท แต่มีการกระจายงบประมาณลงไปในพื้นที่จัดกิจกรรมจริงประมาณ ๒,๗๓๐ ล้านบาท โดยในรายงานมีหมายเหตุว่า ทั้งนี้ ไม่รวมถึงงบประมาณที่ดำเนินงานด้านวิชาการ หรือด้านอื่นที่ไม่มีการจัดกิจกรรมในพื้นที่ จึงไม่อาจจัดเข้าหมวดหมู่ได้ หมายความว่า งบวิชาการได้รับประมาณ ๑ พันล้านบาท ดังนั้น สสส. ควรมีข้อมูลรายละเอียดการดำเนินงานของงบวิชาการ ประกอบด้วย รายชื่อโครงการและผู้รับผิดชอบโครงการ เพื่อแสดงให้เห็นภาพการใช้งบประมาณที่ชัดเจน รวมทั้งสามารถตรวจสอบได้ว่าในแต่ละโครงการมีผลประโยชน์ทับซ้อนหรือไม่ อย่างไร
- ๕) รายงานประจำปี ๒๕๖๒ ของ สสส. หน้า ๑๐๐ สัดส่วนการกระจายทุนตามลักษณะการดำเนินงานของผู้รับทุน ในส่วนการดำเนินงานของมูลนิธิหรือองค์กรสาธารณประโยชน์ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ ร้อยละ ๔๖ มีการกระจายงบประมาณลงไปหน่วยงานหรือโครงการใด และผลการดำเนินงาน ในแต่ละโครงการอย่างไร

### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ

คณะกรรมการได้พิจารณาศึกษารายงานประจำปี ๒๕๖๒ ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) แล้ว มีข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ ดังนี้

๑. การพิจารณาความรับผิดชอบ (Accountability) ในการดำเนินงานของ สสส. เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ อาทิ เรื่องเด็กอ้วน เรื่องคนกินผักน้อย เรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หากการดำเนินงานในเรื่องดังกล่าวไม่ประสบความสำเร็จจะเป็นความรับผิดชอบของ สสส. แคลไหน ทั้งนี้ ควรมีการทำความเข้าใจตั้งแต่ต้น เนื่องจากมีหลายเรื่องที่ต้องบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับภาคส่วนต่าง ๆ จะทำให้ไม่สามารถหาผู้รับผิดชอบการดำเนินงานในเรื่องดังกล่าวได้ ตัวอย่างที่อยากจะขอให้ สสส. เน้นเป็นพิเศษ ได้แก่ เรื่องการลดอุบัติเหตุบนถนน ทำอย่างไรตัวชี้วัดจึงบ่งบอกได้ว่าเป็นผลมาจากโครงการของ สสส. หรือหน่วยงานที่เป็นเครือข่ายอีกมากมาย
๒. สสส. ควรมีการติดตามผลกระทบของการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะตัวชี้วัดระดับนานาชาติ ที่เป็นปัญหาหลักของประเทศไทยตามเป้าหมาย SDGs ที่ยังไม่สามารถดำเนินการให้บรรลุตามเป้าหมายดังกล่าวได้ เช่น เรื่องวัณโรค เรื่องอุบัติเหตุทางถนน และเรื่องปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การดำเนินงานในแต่ละโครงการควรมีการประเมินผลสัมฤทธิ์ในลักษณะเชิงวิจัยประกอบการขยายผลการดำเนินงานในอนาคต
๓. การกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของ สสส. ที่ผลลัพธ์มากขึ้น เช่น
  - ๓.๑ คนดื่มสุราลดหรือเพิ่มขึ้น ควรพิจารณาจากยอดจำหน่ายสุรารีปีต่อปี มากกว่าสถิติจากสำนักงานสถิติแห่งชาติด้วยคนเล็กเหล่า



๓.๒ การดำเนินงานเรื่องการบริโภคผักและผลไม้ โดยแสดงให้เห็นว่า ในแต่ละปี ร้านสะดวกซื้อ ร้านอาหารต่าง ๆ รวมทั้งสถานศึกษา มีการจำหน่ายอาหารที่เป็นผักและผลไม้เพิ่มขึ้น ร้อยละเท่าใด และมีการจำหน่ายอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เช่น อาหารทอด และของหวาน ลดลงร้อยละเท่าใด เพื่อเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินงานในเรื่องดังกล่าว

๓.๓ การสร้างจิตสำนึกในส่วนที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้กับเยาวชนตั้งแต่เยาว์วัย เพื่อเป็นรากฐานในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในอนาคตต่อไป

๓.๔ สถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากสุราและค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคแต่ละปี สามารถนำมาเป็นตัวชี้วัดการดำเนินงานของ สสส. เกี่ยวกับการรณรงค์ให้ประชาชนเลิกบริโภคสุราได้ เนื่องจากสถิติตัวเลขของผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายดังกล่าวจะสะท้อนปัญหาของการดำเนินงานในเรื่องดังกล่าว อย่างแท้จริง

๔. สสส. ควรกำหนดโครงสร้างภาคีเครือข่ายการดำเนินงานให้ชัดเจน ซึ่งรายงานดังกล่าว นำเสนอประเด็นกิจกรรม/โครงการและความสำเร็จในการดำเนินงาน แต่ไม่มีการแสดงภาพภาคีเครือข่ายของ สสส. แต่อย่างใด เนื่องจากการดำเนินงานหลายเรื่อง โดยเฉพาะการดำเนินงานของหน่วยงานรัฐ เป็นการดำเนินงานที่มีเป้าหมายเดียวกัน เช่น การสานพลังผู้นำศาสนา มีหลายหน่วยงานดำเนินการที่เน้นผู้นำศาสนา อาทิ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ดำเนินการเรื่องธรรมนูญสุขภาพ พระภิกษุสงฆ์ และ สปสช. ได้นำเรื่องดังกล่าวมาดำเนินการเช่นกัน ดังนั้น หาก สสส. สามารถกำหนดภาพภาคีเครือข่าย การดำเนินงานของ สสส. อย่างชัดเจน จะทำให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน และไม่เกิดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงานเรื่องดังกล่าว ส่วนการส่งเสริมสุขภาพถ้วนหน้า เห็นว่า ควรมีการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันของกระทรวงสาธารณสุข สปสช. และ สสส. เพื่อให้เกิดเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

๕. การกำหนดความชัดเจนการขยายผลการดำเนินงานจากพื้นที่ต่าง ๆ โดยตั้งเป้าหมาย บางโครงการที่คาดหวังให้เกิดผลสำเร็จ เช่น

๕.๑ โครงการสวนบนหลังคาบ้าน เมื่อ สสส. ดำเนินการสำเร็จแล้ว หน่วยงานใด จะเป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินงานในระยะต่อไป หาก สสส. สามารถแสดงให้เห็นความชัดเจนเกี่ยวกับการขยายผลการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายในแต่ละโครงการได้จะทำให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๕.๒ การพัฒนาครูในแต่ละจังหวัด ประสานความร่วมมือและดำเนินงานร่วมกับ กระทรวงศึกษาธิการในการพัฒนาครูต้นแบบให้เข้าสู่กลไกหลักจะทำให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๕.๓ เป้าหมายการดำเนินงานของ สสส. หลายโครงการสอดคล้องกับการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. เช่น HIV การลดอ้วน การเพิ่มการกินผัก การออกกำลังกาย ชุมชนเข้มแข็ง สสส. ควรหารือร่วมกับหน่วยงานดังกล่าว และคัดเลือกบางโครงการเพื่อดำเนินงานร่วมกัน ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานในเรื่องดังกล่าวเกิดเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

๖. นอกจากการรายงานผลการดำเนินงานประจำปีแล้ว สสส. ควรนำเสนอปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานที่ต้องการได้รับความช่วยเหลือต่อวุฒิสภา เพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ทำให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพต่อไป

๗. ควรมีการจัดประชุมสัมมนาของหน่วยงานที่ดำเนินงานเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เพื่อหาข้อสรุปและแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงานในเรื่องดังกล่าวร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเรื่องสำคัญและมีหลายหน่วยงานดำเนินการ เช่น สภากาชาดไทยเป็นหน่วยงานหนึ่งดำเนินการเรื่องดังกล่าว และมีเครือข่ายทั่วประเทศ โดยมีการร่วมมือกับสำนักงูวกาชาด สภากาชาดไทย ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่เยาวชน และประชาชนทั่วไป ดังนั้น เห็นว่า สสส. ควรมีการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับสภากาชาดไทย ในเรื่องดังกล่าว เพื่อลดความซ้ำซ้อนและทำให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๘. ในโครงการเด่นเรื่องลดความเหลื่อมล้ำ ส่งเสริมสุขภาพดีถ้วนหน้า สสส. ควรจัดทำ แผนปฏิบัติการเฉพาะร่วมกับ สปสช. ในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

๘.๑ การสร้างเสริมสุขภาพระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับชุมชน โดยเฉพาะกิจกรรมที่สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกันได้

๘.๒ การแสดงกลไกทางการเงินการคลังในแต่ละโครงการของ สสส. และ สปสช. ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกัน

๘.๓ การจัดระบบบริการร่วมกัน โดย สสส. จัดทำแผนพัฒนาให้มีรายละเอียด สอดคล้องกับแผนการสนับสนุนงบประมาณของ สปสช. เช่น การกำหนดหน่วยบริการที่ดูแลสุขภาพเด็กอ้วน โดยมีกลไกติดตามการเข้าถึงบริการตามกิจกรรมดังกล่าว และมีการรายงานผลการดำเนินงานต่อรัฐสภา ในปีต่อไป จะทำให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเกิดประสิทธิภาพที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน

อนึ่ง ในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๒๓ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง) วันอังคารที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๓ เป็นการบรรจุระเบียบวาระการพิจารณา เรื่อง รายงานประจำปี ๒๕๖๒ ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (ตามมาตรา ๓๖ แห่งพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔) ซึ่งที่ประชุมได้พิจารณาและรับทราบรายงานประจำปี ๒๕๖๒ ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และผลการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการฯ ซึ่งการพิจารณาในวันดังกล่าว คณะกรรมการพิจารณาแล้วมีข้อมูลบางประการที่เป็นเรื่องสำคัญที่ยังไม่ได้ถูกบรรจุไว้ในรายงานของคณะกรรมการฯ คณะกรรมการฯ จึงเห็นควรให้จัดทำเป็นเอกสารใบแทรกแนบกับรายงานดังกล่าว เพื่อประกอบการพิจารณาให้กับสมาชิกวุฒิสภาในที่ประชุม

ใบแทรก

ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

“รายงานประจำปี ๒๕๖๒ ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)”

ครั้งที่ ๒๓ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง)

ในวันอังคารที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๓

๑. หน้าที่ ๑๔ ส่วนที่ ๔ การตรวจสอบติดตามและประเมินผลการทำงาน บรรทัดที่ ๑๘ เพิ่มเติม ดังนี้

การตรวจสอบติดตามและประเมินผล

- การประเมินผลการดำเนินงานตามหลักการของ Balanced Scorecard ผลการดำเนินงานในภาพรวมของ สสส. ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้ ๔.๕๔ คะแนน ซึ่งลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยย้อนหลัง ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๙-๕๖๑) ที่ได้ ๔.๖๔ คะแนน โดยเมื่อพิจารณาคะแนนของแต่ละด้าน พบว่าการดำเนินงานด้านผลสัมฤทธิ์ตามพันธกิจ และด้านปฏิบัติการมีผลคะแนนเพิ่มขึ้น และมี ๓ ด้านที่คะแนนลดลง ได้แก่ ด้านการเงิน ด้านพัฒนาทุนหมุนเวียนและด้านผู้มีส่วนได้เสีย

๒. หน้าที่ ๑๕ เพิ่มข้อความเป็นบรรทัดที่ ๘ ดังนี้

ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย ๓ ตัวชี้วัดย่อย ได้แก่ ๑) การตอบสนองต่อภาคการเมืองและนโยบาย โดยวิธีการประเมินตนเองในการตอบสนองต่อมติ และ/หรือ คำแนะนำของคณะรัฐมนตรี สภาผู้แทนราษฎร วุฒิสภา และคณะกรรมการประเมินผลฯ ๒) การรับรู้และยอมรับภาพลักษณ์ สสส. และ ๓) การพัฒนาศักยภาพภาคี ผลการดำเนินงานในภาพรวมในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ มีคะแนนเฉลี่ย ๓.๗๙ คะแนนจากคะแนนเต็ม ๕ คะแนน ลดลงกว่าผลคะแนนเฉลี่ยย้อนหลัง ๓ ปีที่ได้ ๔.๔๒ คะแนน โดยผลคะแนนที่ลดลงเป็นตัวชี้วัดที่ใช้ค่าคะแนนจากผลสำรวจข้อมูลของบุคคลภายนอก

- การประเมินผลการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาลของ สสส.

เมื่อเปรียบเทียบกับผลการประเมินเฉลี่ยย้อนหลัง ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑) พบว่าผลการประเมินสูงขึ้นในหลักการ ๕ ประการ และมีผลการประเมินที่ลดลง ๑ ประการ คือ หลักการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน โดยเมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า เป็นผลการประเมิน “การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนในด้านของผลลัพธ์” ซึ่งตัวชี้วัดที่คะแนนลดลง คือ ตัวชี้วัดที่ ๑ ซึ่งใช้ผลประเมินจาก “โครงการวิจัยภาพลักษณ์ สสส. ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๒” ในหัวข้อ “ความเข้าใจของกลุ่มภาคเครือข่ายต่อระเบียบขั้นตอนในหลักการและกระบวนการจัดการเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อน” ที่ได้ค่าเฉลี่ยร้อยละ ๕.๘๖ เมื่อนำมาเทียบกับเกณฑ์คะแนนของตัวชี้วัดนี้จึงได้ ๑ คะแนน (จากคะแนนเต็ม ๕ คะแนน)

## รายละเอียดของผลคะแนน ดังนี้

หลักการ : การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน (ด้านผลลัพธ์)		ผลคะแนน (คะแนนเต็ม ๕ คะแนน)
ตัวชี้วัดย่อยที่ ๑	การประเมินการรับรู้ถึงหลักการและกระบวนการป้องกัน	๑
ตัวชี้วัดย่อยที่ ๒	ร้อยละของโครงการที่ตรวจพบการทับซ้อนของผลประโยชน์	๕
ตัวชี้วัดย่อยที่ ๓	การปลอดจากกรณีที่เกิดผลประโยชน์ทับซ้อนในองค์กร	๕
ค่าคะแนนเฉลี่ย		๓.๖๗

หมายเหตุ : เมื่อคำนวณสัดส่วนน้ำหนักไว้ที่ร้อยละ ๖๐ (คิดเป็นคะแนนเต็ม ๖ คะแนน) จะได้ผลคะแนนเท่ากับ ๔.๔๐ คะแนน

### ๓. หน้าที่ ๒๕ เพิ่มเติม ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ ดังนี้

ข้อ ๙ การกระจายทุนสู่แผนงานเพื่อสนับสนุนโครงสร้างเสริมสุขภาพ ในแผนควบคุมยาสูบและแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด เมื่อพิจารณาพบว่า มีสัดส่วน ร้อยละ ๑๔.๑ โดยคิดเป็นมูลค่าประมาณ ๕๔๐ ล้านบาทเท่านั้น โดยงบประมาณส่วนใหญ่ถูกนำไปใช้ในแผนอื่น ดังนั้นควรมีการทบทวนยุทธศาสตร์ เป้าหมาย ทิศทางการกระจายทุนให้ชัดเจน โดยเฉพาะแผนควบคุมยาสูบและแผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด เนื่องจากเป็นแผนงานหลักของ สสส.

ข้อ ๑๐ การกระจายทุนตามสถานที่จัดกิจกรรม พบว่า งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานด้านวิชาการหรือด้านอื่นที่ไม่มีการจัดกิจกรรมลงพื้นที่มีจำนวน ๔๕๓ โครงการ และใช้งบประมาณในการดำเนินงาน จำนวน ๑,๑๗๓ ล้านบาท ส่วนโครงการที่ดำเนินการโดยมูลนิธิหรือองค์กรสาธารณประโยชน์มีจำนวน ๑๗๐ โครงการ ใช้งบประมาณในการดำเนินงาน จำนวน ๑,๒๔๖ ล้านบาท ทั้งนี้พบว่า บางโครงการอาจมีความซ้ำซ้อนในส่วนของผู้รับผิดชอบโครงการหรือองค์กรผู้รับทุน โดยผู้รับผิดชอบโครงการหรือองค์กรผู้รับทุน ๑ คน หรือ ๑ องค์กร รับผิดชอบหลายโครงการทำให้อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพประสิทธิผลและผลสัมฤทธิ์ของโครงการ (ข้อมูลนำเสนอเพิ่มเติมเป็นลายลักษณ์อักษรจาก สสส. ลงวันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๖๓) คณะกรรมการจึงเห็นควรให้มีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบจากบุคคลหรือองค์กรภายนอก นอกจากนี้ คณะกรรมการอาจพิจารณาตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นเพื่อพิจารณาศึกษาเรื่องดังกล่าวเป็นการเฉพาะ

**๒. การพิจารณาศึกษารายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

**ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒**

**รายงานของผู้สอบบัญชีและงบการเงิน สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐**

**และสำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑**

**ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

ในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๑๗ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง) วันอังคารที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๒ ที่ประชุมได้พิจารณาและมีมติตั้งคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ วรรคสอง (๒๐) โดยมีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาขอเสนอหรือแก้ไขหรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน (โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู) การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนา พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

โดยที่ประธานวุฒิสภาได้มีคำริบหมายให้คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา พิจารณารายงานจำนวน ๓ ฉบับ ประกอบด้วย ๑. รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ๒. รายงานของผู้สอบบัญชีและงบการเงิน สำหรับปีสิ้นสุด วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ ๓. รายงานของผู้สอบบัญชีและงบการเงิน สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดระยะเวลาพิจารณาศึกษาภายใน ๓๐ วัน และให้รายงานผลการพิจารณาศึกษาต่อคณะกรรมการวิสามัญกิจการวุฒิสภาเพื่อพิจารณาต่อไป

**วิธีการพิจารณาศึกษา**

คณะกรรมการได้จัดให้มีการประชุมเพื่อพิจารณารายงานจำนวน ๓ ฉบับ ประกอบด้วย ๑) รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ๒) รายงานของผู้สอบบัญชีและงบการเงิน สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ ๓) รายงานของผู้สอบบัญชีและงบการเงิน สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยพิจารณาศึกษาจาก หมาย เอกสารรายงานประจำปี รายงานของผู้สอบบัญชีและงบการเงิน และเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการเชิญผู้แทนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มาเข้าร่วมประชุม เมื่อวันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๓ เพื่อให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับรายงานดังกล่าว เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการพิจารณาให้กับคณะกรรมการ และนำมาซึ่งการตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการพิจารณาเสนอไปยังคณะกรรมการวิสามัญกิจการวุฒิสภาต่อไป

## ผลการพิจารณาศึกษา

คณะกรรมการได้พิจารณาและจัดทำรายงานผลการพิจารณาศึกษารายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ รายงานของผู้สอบบัญชีและงบการเงินสำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และรายงานของผู้สอบบัญชีและงบการเงิน สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ **เสร็จเรียบร้อยแล้ว** และนำกราบเรียนประธานวุฒิสภา เพื่อโปรดทราบและนำเสนอรายงานของคณะกรรมการต่อที่ประชุมวุฒิสภาต่อไป

**ต่อมา** ในคราวประชุมวุฒิสภาครั้งที่ ๒๓ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง) วันอังคารที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๓ ที่ประชุมได้พิจารณาว่า เนื่องจากรายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ รายงานของผู้สอบบัญชีและงบการเงิน สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐ และสำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้ง ๓ ฉบับ เป็นรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งที่ประชุมเห็นชอบให้พิจารณารายงานทั้ง ๓ ฉบับไปในคราวเดียวกัน และคณะกรรมการการสาธารณสุข ซึ่งได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการวิสามัญกิจการวุฒิสภาให้พิจารณารายงานทั้ง ๓ ฉบับ เป็นการล่วงหน้า โดยมอบหมายให้คณะกรรมการเป็นผู้แถลงรายงาน พร้อมทั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะต่อที่ประชุมวุฒิสภา

โดยปรากฏผลการพิจารณาศึกษา ดังนี้

๑. การเสนอรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้ง ๓ ฉบับ มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

### **๑.๑ รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒**

มีสาระสำคัญ ๔ ส่วน คือ

#### **ส่วนที่ ๑ กรอบแนวคิดการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

**การพัฒนาาระบบหลักประกันสุขภาพ** ในการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) มีแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญ คือ การให้สิทธิในการใช้บริการสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ โดยไม่มีอุปสรรคทางการเงิน ซึ่งในการให้สิทธิดังกล่าวจำเป็นต้องใช้กลไกทางการเงินการคลังจากแหล่งเงินภาครัฐ เพื่อปกป้องภาระทางการเงินของครัวเรือนและสร้างความเป็นธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปกป้องคนจนที่อาจไม่สามารถจ่ายค่าบริการสุขภาพที่มีราคาแพงได้ และจากรายงานประจำปีขององค์การอนามัยโลก เรื่อง “หนทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” (The Path to Universal Coverage) ได้ระบุความสมบูรณ์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าเปรียบเสมือนลูกบาศก์ (UHC Cube) ที่แสดงมิติในความครอบคลุมของการประกันสุขภาพ ๓ ด้าน ได้แก่

๑) ความครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิ โดยเพิ่มความครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ

๒) ความครอบคลุมบริการสุขภาพที่เป็นสิทธิประโยชน์ โดยขยายขอบเขตและประเภทบริการสุขภาพที่อยู่ในสิทธิประโยชน์

๓) ความครอบคลุมค่าใช้จ่ายการใช้บริการ โดยไม่ต้องจ่ายค่าบริการสุขภาพ เมื่อไปใช้บริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายหลักของระบบสุขภาพในการปกป้องความเสี่ยงทางการเงินของประชาชนไม่ทำให้เกิดภาระทางการเงินจนต้องหลีกเลี่ยงการไปใช้บริการสุขภาพ

## การพัฒนาที่ยั่งยืน

หลังเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals: MDGs) สิ้นสุดลงในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ องค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ เพื่อให้สมาชิกใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาทั้งทางด้าน เศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ การศึกษาและสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วย เป้าหมายการพัฒนา ๑๗ เป้าหมาย ๑๖๙ เป้าประสงค์ ๒๔๔ ตัวชี้วัด ประเทศไทยในฐานะหนึ่งในประเทศสมาชิกได้ร่วมรับรองวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยนายกรัฐมนตรี พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา เมื่อวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๕๘

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะหน่วยงานที่มีส่วนในการขับเคลื่อน เป้าหมายที่ ๓ ในการสร้างหลักประกันสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของคนทุกช่วงวัย เป้าประสงค์ ๓.๘ บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางด้านการเงิน การเข้าถึงบริการ สาธารณสุข ยา และวัคซีนที่จำเป็นได้อย่างปลอดภัย มีประสิทธิผลและมีคุณภาพ

### ส่วนที่ ๒ ผลการดำเนินงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

#### ผลการดำเนินงานปี ๒๕๖๒ สรุปพอสังเขป ดังนี้

๑. การเบิกจ่ายงบประมาณ เบิกจ่ายงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้กับหน่วยบริการที่จัดบริการให้ผู้มีสิทธิ จำนวน ๑๓๓,๘๐๒.๒๘ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๖๕ (จากงบ ๑๓๔,๒๖๙.๑๓ ล้านบาท ไม่รวมเงินเดือนหน่วยบริการภาครัฐ)

๒. ความครอบคลุมสิทธิหลักประกัน ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงทะเบียนสิทธิ เลือกหน่วยบริการประจำตน จำนวน ๔๗.๔๒ ล้านคน (เป้าหมาย ๔๗.๕๘ ล้านคน) ครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme: UCS) ร้อยละ ๙๙.๘๘

๓. หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีหน่วยบริการขึ้นทะเบียน ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๑๒,๓๓๔ แห่ง ซึ่งหนึ่งแห่งสามารถขึ้นทะเบียน ได้มากกว่าหนึ่งประเภท ได้แก่ ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน ๑๑,๗๕๐ แห่ง หน่วยบริการ ประจำ จำนวน ๑,๓๖๐ แห่ง และหน่วยบริการรับส่งต่อ จำนวน ๑,๓๘๒ แห่ง ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๑ จำนวน ๑๘๓ แห่ง (จำแนกเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ประจำ รับส่งต่อ จำนวน ๑๖๓, ๒๙, ๒๗ แห่ง ตามลำดับ)

## ๔. การเข้าถึงบริการสุขภาพ

บริการตามสิทธิประโยชน์	ปี 2561 ผลงาน	ปี 2562		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
<b>1. บริการพื้นฐานในงบประมาณรายหัว</b>				
<b>1.1 บริการสุขภาพทั่วไป</b>				
- ใช้บริการผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง)	177,275	163,707	182,688	111.59
- อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก (ครั้ง/คน/ปี)	3,693	3,370	3,834	113.76
- ใช้บริการผู้ป่วยใน (ล้านครั้ง)	6,218	6,249	6,300	100.81
- อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน (ครั้ง/คน/ปี)	0.130	0.129	0.132	102.77
<b>1.2 บริการกรณีเฉพาะ</b>				
- ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ได้ยาละลายลิ่มเลือด (คน)	4,606	4,682	4,474	95.56
- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้ยาละลายลิ่มเลือด (คน)	4,829	4,576	6,326	138.24
- ผ่าตัดต่อกระดูก (ครั้ง)	126,989	120,000	135,284	112.74
- ผ่าตัดเปลี่ยนกระดูกตา (ดวงตา)	479	591	614	103.89
- ผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและรับยากดภูมิ (คน)	88	108	106	98.15
- ปลุกถ่ายตับและรับยากดภูมิ (คน)	271	239	308	128.87
- ปลุกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Stem cell) (คน)	57	97	75	77.32
- ผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงได้เลือดและหรือยาขับเหล็กอย่างต่อเนื่อง (คน)	12,401	12,601	11,085	87.97
- ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (คน)	16,814	17,742	24,075	135.69
<b>1.3 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค</b>				
- กลุ่มเป้าหมายเฉพาะได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (คน)	2,661,542	3,228,026	2,945,165	91.24
<b>1.4 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์</b>				
- คนพิการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ (คน)	28,360	15,226	27,890	183.18
- ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (คน)	1,019,639	1,015,208	1,051,157	103.54
<b>1.5 บริการแพทย์แผนไทย</b>				
- นวด ประคบ อบสมุนไพร (ครั้ง)	4,482,707	4,187,633	5,292,137	126.38
- แม่หลังคลอดได้รับบริการฟื้นฟู (คน)	45,328	34,424	60,833	176.72
- รับยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ครั้ง)	8,161,087	7,390,460	9,469,352	128.13
<b>1.6 ยาและเวชภัณฑ์</b>				
- รับยาคามบัญญัติ จ(2) (คน)	33,393	47,004	43,068	91.63
- รับยากำพร้า ยาต้านพิษ (คน)	5,312	7,099	5,395	76.00



บริการคามสิทธิประโยชน์	ปี 2561 ผลงาน	ปี 2562		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
<b>2. บริการเฉพาะกลุ่ม (นอกงบประมาณรายหัว)</b>				
2.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ได้ยาค้านไวรัส (คน)	262,274	229,400	271,704	118.44
2.2 กลุ่มเสี่ยงได้รับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (คน)	57,589	72,500	59,850	82.55
2.3 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้รับการล้างไต ฟอกไต ปลูกถ่ายไต (คน)	57,682	53,100	60,210	113.39
2.4 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงได้ตรวจคัดกรองเพื่อ ควบคุมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (ล้านคน)	3.982	3.032	4.137	136.44
2.5 ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังได้รับการดูแลในชุมชน (คน)	10,389	12,000	11,380	94.83
2.6 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มคิดบ้านคิดเตียงได้รับการดูแลที่บ้านตามแผนการรักษา (care plan) (คน)	211,106	152,800	219,518	143.66
2.7 ใช้บริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัวแบบผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	332,968	730,000	678,539	92.95
2.8 หน่วยบริการในพื้นที่กันดารพื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติม (แห่ง)	202	202	202	100.00

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒, ๑๐ - ๑๑.

#### ๕. คุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

๑) ร้อยละ ๘๓.๓๐ ของหน่วยบริการรับส่งต่อได้รับการรับรองตามกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับ HA: Hospital Accreditation (๘๘๘ แห่ง จากหน่วยบริการที่รับการประเมิน ๑,๐๗๘ แห่ง)

๒) ประชาชนพึงพอใจต่อการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ ๙๗.๑๑ ผู้ให้บริการ และองค์กรภาคี พอใจ ร้อยละ ๗๕.๙๙ และร้อยละ ๙๓.๒๑ ตามลำดับ

#### ๖. การคุ้มครองสิทธิ

๑) ประชาชนและผู้ให้บริการสอบถามข้อมูลร้องเรียน ร้องทุกข์ และประสานส่งต่อผู้ป่วย ผ่านสายด่วน ๑๓๓๐ จดหมาย โทรสาร อีเมลล์ หรือมาติดต่อด้วยตนเอง จำนวน ๙๑๖,๔๒๘ เรื่อง

๒) ผู้รับบริการยื่นคำร้องช่วยเหลือเบื้องต้น จำนวน ๑,๑๘๘ คน ได้รับการชดเชย ๙๗๐ คน ผู้ให้บริการยื่นคำร้อง ๕๓๘ คน ได้รับการชดเชย ๔๖๔ คน

๓) มีศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ เพื่อคุ้มครองสิทธิ จำนวน ๘๘๖ แห่ง ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จำนวน ๑๘๕ แห่ง (ใน ๗๗ จังหวัด) และหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ตามมาตรา ๕๐ (๕) จำนวน ๑๒๙ แห่ง (ใน ๗๕ จังหวัด)

๗. การมีส่วนร่วมพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน ๗,๗๓๘ แห่ง (จาก ๗,๗๗๖ แห่ง รวมกรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา) เข้าร่วมบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เพื่อจัดกิจกรรมสำหรับดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ อาทิ กลุ่มประชาชนที่มีภาวะเสี่ยง กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง วงเงิน ๓,๗๑๙ ล้านบาท ประกอบด้วย งบจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๒,๔๗๔ ล้านบาท

(ร้อยละ ๖๖.๕๓) เงินสมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๑,๒๑๘ ล้านบาท (ร้อยละ ๓๒.๗๕) และเงินสมทบจากชุมชนและอื่น ๆ ๒๗ ล้านบาท (ร้อยละ ๐.๗๒)

**ส่วนที่ ๓ ผลงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

ผลงานตามเป้าหมายการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๑๐ ประการ (Performance of 10 Objectives as the National Health Security Office Action Plan in 5 Years) ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ ๕ ปี เพื่อให้บรรลุ ๓ เป้าประสงค์ “ประชาชนเข้าถึงบริการ การเงินการคลังมั่นคง ดำรงธรรมาภิบาล” ๑๐ เป้าหมาย ซึ่งสรุปผลการดำเนินงานพอสังเขปดังนี้

ผลการดำเนินงานตาม ๑๐ เป้าหมาย การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (Performance of 10 Objectives as National Health Security Office Action Plan in Fiscal Year 2019)

ตาราง

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ภายในปี 2562	ผลงานปี 2562
1. ประชาชนเข้าถึงบริการ (Effective, Equitable & Responsive Coverage)	1. ประสิทธิภาพความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ (Effective Coverage: EC)	มีผลการประเมินประสิทธิผลความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ	ประเมินความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective Coverage) ของผู้คิดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ อยู่ที่ร้อยละ 72.5 <sup>1</sup> ↑
	2. ร้อยละการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อเข้ารับบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยใน (Compliance rate: IP)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	ร้อยละ 87.88 <sup>2</sup> ↓
	3. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ ร้อยละความพึงพอใจของผู้ให้บริการ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	ร้อยละ 97.11 <sup>3</sup> ↑ ร้อยละ 75.99 <sup>3</sup> ↑
2. การเงินการคลังมั่นคง (SAFE: Financing System)	4. ร้อยละรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (Total Health Expenditure: THE) เทียบกับ ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP)	อยู่ระหว่างร้อยละ 4.6-5	ร้อยละ 3.91 <sup>4</sup> ↓
	5. ร้อยละรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (General Government Health Expenditure: GGHE) เทียบกับ รายจ่ายภาครัฐทั้งหมด (General Government Expenditure: GGE)	อยู่ระหว่างร้อยละ 17-20	ร้อยละ 16.36 <sup>4</sup> ↓
	6. ร้อยละครัวเรือนที่เกิดวิกฤตทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic health expenditure)	ไม่เกินร้อยละ 2.3	ร้อยละ 2.26 <sup>5</sup> ↑

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ภายในปี 2562	ผลงานปี 2562
3. ค่าธรรมาภิบาล (Good Governance)	7. ร้อยละครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health impoverishment)	ไม่เกินร้อยละ 0.47	ร้อยละ 0.24 <sup>5</sup> ↑
	8. ระดับความสำเร็จของความมุ่งมั่นและความรับผิดชอบร่วมกันของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข	มีการนำเสนอผลการดำเนินงานกิจกรรมการพัฒนาบทบาทหน้าที่ความมุ่งมั่น (Commitment) และความรับผิดชอบร่วมกัน (Accountability) ต่อคณะกรรมการฯ	คณะกรรมการหลักฯ และคณะกรรมการควบคุมฯ ร่วมปรึกษาหารือและแลกเปลี่ยนความเห็น (Policy Dialogue) ในประเด็น "Universal Healthcare Coverage in the New Era of Disruptive Technologies เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับการขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบที่เกี่ยวข้องในยุคเทคโนโลยีเปลี่ยนโลก (Disruptive Technology) ↑
	9. การเป็นองค์กรประสิทธิภาพสูง <sup>6</sup>	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 (ระดับ Basic: 300 คะแนน)	ร้อยละ 66.80 <sup>6</sup> ↑ (334 คะแนน)
	10. ร้อยละการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน (ITA) <sup>7</sup> ตามมาตรฐานการประเมินของรัฐ (ป.ช.)	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90	ร้อยละ 89.25 <sup>7</sup> 🟡

หมายเหตุ: <sup>1</sup> สำนักสนับสนุนระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ สปสช.  
<sup>2</sup> การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2560, วิเคราะห์โดย ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์  
<sup>3</sup> การสำรวจความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2562 สปสช.  
<sup>4</sup> บัญชีรายชื่อสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2559 สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP), กระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูลปี 2560-2562 เป็นการคาดประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพ)  
<sup>5</sup> การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2560, วิเคราะห์โดย ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์  
<sup>6</sup> องค์กรสมรรถนะสูง ประเมินจาก แนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูงมีองค์ประกอบ 7 ด้าน 1) การนำองค์กร 2) วางแผนเชิงยุทธศาสตร์ 3) การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4) การวัดการวิเคราะห์และการจัดการความรู้ 5) การมุ่งเน้นบุคลากร 6) การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ 7) ผลลัพธ์การดำเนินการโดยระดับความสำเร็จ อ้างอิงตามคะแนนและกรอบการประเมิน เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public sector Management Quality Award : PMQA 4.0) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1.ระดับพื้นฐาน (Basic) 300 คะแนน 2. ระดับก้าวหน้า (Advance) 400 คะแนน 3. ระดับพัฒนาจนเกิดผล (Significance) 500 คะแนน  
<sup>7</sup> ตามที่สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (ป.ช.) ดำเนินโครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity & Transparency Assessment: ITA) มีกรอบการประเมิน 5 คัดชนี คือ 1) ความโปร่งใส 2) ความพร้อมรับผิด 3) ความปลอดภัยจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน 4) วัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร 5) คุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน โดยใช้ 3 เครื่องมือคือแบบสำรวจ 1) ความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน 2) ความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก 3) หลักฐานเชิงประจักษ์

### อุปสรรคในการดำเนินงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ

๑) ประชาชนบางกลุ่ม ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการและใช้สิทธิได้ตามความจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มด้อยโอกาสหรือกลุ่มเปราะบางต่าง ๆ รวมทั้งคนยากจนในเขตเมือง ซึ่งคณะกรรมการต้องพัฒนาระบบเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนทุกกลุ่มอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

๒) ประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อเจ็บป่วยยังมีบางส่วนไม่ใช้สิทธิเข้ารับบริการสุขภาพตามสิทธิที่ได้รับ (ข้อมูลผลสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี ๒๕๖๐ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า อัตราการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อเจ็บป่วย (Compliance Rate) เป็นร้อยละ ๘๐.๑๙ กรณีเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก และร้อยละ ๘๗.๘๘ กรณีเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน)

๓) ความท้าทายในการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างสมดุล สำหรับบริการสุขภาพสองช่วงที่มีความสำคัญนั้นคือ (๑) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนและลดการเจ็บป่วยที่ป้องกันได้ ซึ่งเป็นการลงทุนด้านสุขภาพแบบสร้างนำซ่อม และ (๒) บริการรักษาพยาบาลโรคหรือการเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง เพื่อซ่อมสุขภาพและปกป้องครัวเรือนมิให้ล้มละลายหรือกลายเป็นครัวเรือนยากจน จากภาระค่าใช้จ่ายเมื่อเจ็บป่วย ทั้งนี้ เพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบสุขภาพในภาพรวม

๔) การจัดสรรและการกระจายงบประมาณสำหรับหน่วยบริการบางแห่งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังมีอุปสรรคและความท้าทายที่ต้องดำเนินการภายใต้ความร่วมมือประสานการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่องระหว่าง สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข

๕) ความแออัดของผู้ป่วยในหน่วยบริการภาครัฐขนาดใหญ่ยังคงเป็นปัญหาที่ต้องพัฒนาต่อไป

๖) การขยายการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับจังหวัด องค์กรภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ สถานบริการสาธารณสุขเอกชน หน่วยร่วมให้บริการประเภทต่าง ๆ ที่ยังมีข้อจำกัดด้านกฎหมายและระเบียบต่าง ๆ ซึ่งต้องพัฒนาและลดข้อจำกัดต่าง ๆ รวมทั้งขยายการเข้าร่วมจัดบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนผู้มีสิทธิ

#### ความท้าทายในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๑) การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้สอดคล้องกับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ เพื่อสร้างโอกาสให้ประชาชนทุกกลุ่มได้รับความคุ้มครองหลักประกันด้านสุขภาพอย่างเสมอภาคทั่วถึง และยังคงคงไว้ซึ่งการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างเท่าเทียมกันตามความจำเป็น และได้รับการปกป้องมิให้ล้มละลายหรือยากจนลงจากภาระค่าใช้จ่ายเมื่อเจ็บป่วย

๒) การสร้างความตระหนักรู้ต่อสาธารณะและปรับกรอบแนวคิดในการใช้งบประมาณของรัฐ เพื่อการลงทุนด้านสุขภาพของประชาชน การเพิ่มความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน (Health Literacy) เพื่อสร้างผลิตภาพเป็นผลได้ทางเศรษฐกิจและสังคมให้กับประเทศ ซึ่งถือเป็นการใช้งบประมาณภาครัฐที่มีจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

๓) การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ คุณภาพมาตรฐาน และความเพียงพอของระบบบริการสาธารณสุข เพื่อบริหารจัดการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น และเท่าเทียมกันในทุกกลุ่มทุกพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ การลดความแออัดในโรงพยาบาลใหญ่ การขยายหน่วยร่วมให้บริการรองรับการจัดบริการที่ประชาชนยังเข้าถึงได้น้อย เป็นต้น

๔) การสร้างพันธมิตรและขยายการมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิดกับผู้มีส่วนได้เสียหรือผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

๕) การส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การจัดบริการสาธารณสุข และการพัฒนางานด้านต่าง ๆ รวมทั้งการจัดการ Big Data ด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนระบบกำกับติดตาม ประเมินผลและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ ๔ ผลงานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผลงานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

**ผลงานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** ในเรื่องดังต่อไปนี้

๑. การบริหารงบประมาณ
๒. การพัฒนาประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขและระบบบริการ
๓. จัดทำ/ปรับปรุง คำสั่ง ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ และข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
๔. คຸ້ມครองสิทธิผู้รับบริการและผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๕. การบริหารจัดการระบบงานและองค์กร
๖. การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ
๗. แผนงาน Board Relation

**ผลงานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข** ในเรื่องดังต่อไปนี้

๑. การควบคุม กำกับ และส่งเสริมคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

๒. ข้อเสนอแนวทางการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และการสอบสวนหน่วยบริการ

๓. การคุ้มครองสิทธิผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๔. เสนอความเห็นประกอบการจัดทำคำขอรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๕. การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ

๖. การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีที่ได้รับบาดเจ็บหรือความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (ตามมาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕)

๗. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ หรือกฎหมายอื่นกำหนด

#### **๑.๒ รายงานของผู้สอบบัญชีและงบการเงินสำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับงบแสดงฐานะทางการเงิน งบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน งบแสดงการเปลี่ยนแปลงสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน และงบกระแสเงินสด พร้อมทั้งหมายเหตุประกอบงบการเงินสำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐ ทั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพได้ส่งงบการเงินดังกล่าวให้สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินตรวจสอบรับรอง โดยสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินได้ตรวจสอบรับรองแล้วมีความเห็นว่า งบการเงินข้างต้นนี้แสดงฐานะการเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐ ผลการดำเนินงานและกระแสเงินสดสำหรับปีสิ้นสุดวันเดียวกัน โดยถูกต้องตามที่ควรในสาระสำคัญตามมาตรฐานและนโยบายการบัญชีภาครัฐที่กระทรวงการคลังประกาศใช้ และขอให้สังเกตหมายเหตุประกอบงบการเงินข้อ ๑๒ ค่าใช้จ่ายค้างจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้บันทึกค่าใช้จ่ายค้างจ่ายตามข้อตกลงและผลการดำเนินงานของคู่สัญญาตามภาระผูกพัน ทั้งนี้ สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินมิได้แสดงความเห็นอย่างมีเงื่อนไขในเรื่องนี้

### **๑.๓ รายงานของผู้สอบบัญชีและรายงานการเงินสำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

โดยเป็นการแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับงบแสดงฐานะทางการเงิน งบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน งบแสดงการเปลี่ยนแปลงสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน และงบกระแสเงินสด พร้อมทั้งหมายเหตุประกอบงบการเงิน สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑ ทั้งนี้ สปสช. ได้ส่งงบการเงินดังกล่าวให้สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินตรวจสอบรับรอง โดยสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินได้ตรวจสอบรับรองแล้วมีความเห็นว่า รายงานการเงินแสดงฐานะการเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑ ผลการดำเนินงานและกระแสเงินสดสำหรับปีสิ้นสุดวันเดียวกัน โดยถูกต้องตามที่ควรในสาระสำคัญตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐและนโยบายการบัญชีภาครัฐที่กระทรวงการคลังกำหนด

#### **ข้อกฎหมาย**

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕

ตามมาตรา ๑๔ (๑๒) กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดทำรายงานเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งบัญชีและงบการเงินทุกประเภทของคณะกรรมการ แล้วรายงานต่อคณะรัฐมนตรี สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภาเป็นประจำทุกปี ภายในหกเดือนนับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ

มาตรา ๔๓ ภายในสามเดือนนับแต่วันสิ้นปีงบประมาณตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ ให้คณะกรรมการเสนองบดุลและรายงานการรับจ่ายเงินของกองทุนในปีที่ล่วงมา ซึ่งสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินตรวจสอบรับรองแล้วต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อทราบ

งบดุลและรายงานการรับจ่ายเงินดังกล่าว ให้รัฐมนตรีเสนอนายกรัฐมนตรีเพื่อนำเสนอต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบและจัดให้มีการประกาศในราชกิจจานุเบกษา

#### **ผลการพิจารณาของคณะกรรมการ**

การพิจารณาศึกษารายงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้ง ๓ ฉบับ ประกอบด้วย รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ รายงานของผู้สอบบัญชีและงบการเงิน สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐ และสำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แล้ว พบว่า สปสช. มีนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับคนไทยภายใต้แผนปฏิรูปราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ ๕ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๖๕ มุ่งหวังให้ “ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทยได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพ อย่างถ้วนหน้าด้วยความมั่นใจ” โดยตั้ง ๓ เป้าประสงค์หลัก คือ ประชาชนเข้าถึงบริการ การเงินการคลังมั่นคง ดำรงธรรมาภิบาล

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ได้รับการจัดสรรงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme: UCS) จำนวน ๔๘.๕๗๕ ล้านคน วงเงิน ๑๘๑,๕๘๔.๐๙ ล้านบาท (เป็นเงินเดือนของหน่วยบริการภาครัฐ ๔๗,๓๑๔.๙๖ ล้านบาท) คิดเป็นร้อยละ ๖.๐๕ ของงบประมาณประเทศในอัตราเหมาจ่ายเท่ากับ ๓,๔๒๖.๕๖ บาทต่อผู้มีสิทธิ และได้รับการจัดสรรงบประมาณ เพื่อการบริหารจัดการในสำนักงาน จำนวน ๑,๓๔๔.๘๑ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๐.๗๔ เทียบกับงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากการพิจารณารายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ สรุปสาระสำคัญ ดังนี้

**๑. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายของประเทศ** โดยกำหนดเป้าหมายไว้ที่ร้อยละ ๑๗ - ๒๐ ในปี ๒๕๖๒ ใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพต่อรายจ่ายภาครัฐทั้งหมด อยู่ที่ร้อยละ ๑๖.๓๖

ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดเปรียบเทียบกับ GDP ทั้งหมด โดยกำหนดเป้าหมายไว้ที่ร้อยละ ๔.๖ - ๕ ในปี ๒๕๖๒ ใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมดต่อ GDP อยู่ที่ร้อยละ ๓.๙๑

**๒. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐเรือน** เพื่อปกป้องครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล มีการตั้งเป้าหมายครัวเรือนที่กลายเป็นครัวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลอยู่ที่ร้อยละ ๐.๔๗ ในปี ๒๕๖๐ อยู่ที่ร้อยละ ๐.๒๔

ครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลกำหนดเป้าหมายไว้ที่ร้อยละ ๒.๓ ในปี ๒๕๖๐ อยู่ที่ร้อยละ ๒.๒๖

งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สัดส่วนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณของประเทศ ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๔๖ - ๒๕๖๒ อยู่ในระดับที่ค่อนข้างคงที่หรือเพิ่มขึ้นเล็กน้อยอยู่ในช่วงร้อยละ ๕.๒๖ - ๖.๙๔ โดยในปี ๒๕๖๒ อยู่ที่ร้อยละ ๖.๐๕ หรือจำนวน ๑๘๑,๕๘๔ ล้านบาท

**๓. สถานการณ์การเงินของหน่วยบริการ** สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๓ สปสช. ดำเนินงานร่วมกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในการติดตามระดับวิกฤติทางการเงินระดับ ๐ - ๗ เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๓ มีโรงพยาบาลระดับ ๗ จำนวน ๑ แห่ง คือ โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ เดือนมิถุนายน ๒๕๖๓ จำนวน ๓ แห่ง ประกอบด้วย ๑. โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ๒. โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ และ ๓. โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี และเดือนมิถุนายน ๒๕๖๓ จำนวน ๑ แห่ง คือ โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

**๔. ความครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนไทย ปี ๒๕๖๒** ประชากรไทยผู้มีสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพทั่วประเทศ จำนวน ๖๖.๕๖๔ ล้านคน ลงทะเบียนสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน ๖๖.๕๐๘ ล้านคน คิดเป็นความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ ๙๙.๙๒ ประกอบด้วย สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๔๗.๕๒๓ ล้านคน สิทธิประกันสังคม จำนวน ๑๒.๕๘๔ ล้านคน สิทธิสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ จำนวน ๕.๑๔๙ ล้านคน สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลอื่นที่รัฐจัดให้ จำนวน ๐.๗๒๙ ล้านคน และสิทธิสำหรับผู้มีปัญญาสภาวะและสิทธิ จำนวน ๐.๕๒๒ ล้านคน ทั้งนี้ ความครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ ๙๙.๘๘

**๕. การเข้าถึงบริการของประชาชน** ประกอบด้วย

บริการในงบประมาณจ่ายรายหัว มีดังนี้

๑) บริการผู้ป่วยนอก ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๑๘๔.๒๘ ล้านครั้ง คิดเป็น ๓.๘ ครั้งต่อคนต่อปี ในปี ๒๕๖๑ จำนวน ๑๗๗.๒๗ ล้านครั้ง คิดเป็น ๓.๖ ครั้ง ต่อคนต่อปี ในปี ๒๕๖๒ กำหนดเป้าหมายไว้ที่จำนวน ๑๖๓ ล้านครั้ง ผลการเข้ารับบริการจริงของผู้ป่วย จำนวน ๑๘๒.๖๙ ล้านครั้ง คิดเป็น ๓.๘ ครั้งต่อคนต่อปี

๒) บริการผู้ป่วยใน ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๖.๐๓ ล้านครั้ง คิดเป็น ๐.๑๒ ครั้งต่อคนต่อปี ในปี ๒๕๖๑ จำนวน ๖.๒๒ ล้านครั้ง คิดเป็น ๐.๑๓ ครั้ง ต่อคนต่อปี ในปี ๒๕๖๒ กำหนดเป้าหมายไว้ที่ จำนวน ๖.๒๕ ล้านครั้ง ผลการเข้ารับบริการจริงของผู้ป่วย จำนวน ๖.๓๐ ล้านครั้ง คิดเป็น ๐.๑๓ ครั้ง ต่อคนต่อปี

๓) บริการกรณีเฉพาะ โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง หรือผู้ป่วยไม่หนักมาก

- รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๔,๕๐๓ คน ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๔,๖๐๖ คน ปี ๒๕๖๒ กำหนดเป้าหมายไว้ที่ จำนวน ๔,๖๘๒ คน ผลการเข้ารับบริการจริงของผู้ป่วย จำนวน ๔,๔๗๔ คน

- รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๓,๘๖๑ คน ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๔,๘๒๙ คน ปี ๒๕๖๒ กำหนดเป้าหมายไว้ที่ จำนวน ๔,๕๗๖ คน ผลการเข้ารับบริการจริงของผู้ป่วย จำนวน ๖,๓๒๖ คน

- ผ่าตัดต่อกระดูก ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๑๒๗,๕๒๖ คน ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๑๒๖,๙๘๙ คน ปี ๒๕๖๒ กำหนดเป้าหมายไว้ที่ จำนวน ๑๒๐,๐๐๐ คน ผลการเข้ารับบริการจริงของผู้ป่วย จำนวน ๑๓๕,๒๘๔ คน

- รับยาตามบัญชี จ(๒) (คน) ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๓๓,๑๔๕ คน ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๓๓,๓๙๓ คน ปี ๒๕๖๒ กำหนดเป้าหมายไว้ที่ จำนวน ๔๗,๐๐๔ คน ผลการเข้ารับบริการจริงของผู้ป่วย จำนวน ๔๓,๐๖๘ คน

- รับยากำพร้า ยาต้านพิษ ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๖,๙๑๗ คน ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๕,๓๑๒ คน ปี ๒๕๖๒ กำหนดเป้าหมายไว้ที่ จำนวน ๗,๐๙๙ คน ผลการเข้ารับบริการจริงของผู้ป่วย จำนวน ๕,๓๙๕ คน

- ดูแลด้วยยาในผู้ป่วยวัณโรค ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๗๖,๘๘๖ คน ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๗๗,๓๗๖ คน ปี ๒๕๖๒ กำหนดเป้าหมายไว้ที่ จำนวน ๑๑๔,๖๔๐ คน ผลการเข้ารับบริการจริงของผู้ป่วย จำนวน ๙๑,๒๓๙ คน

๔) บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

- วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๒.๖๘ ล้านคน ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๒.๖๖ ล้านคน ปี ๒๕๖๒ กำหนดเป้าหมายไว้ที่ จำนวน ๔.๑๖ ล้านคน ผลการเข้ารับบริการจริงของผู้ป่วย จำนวน ๒.๙๕ ล้านคน

- ฟันเทียมผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๔๓,๔๙๒ คน ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๔๓,๐๖๙ คน ปี ๒๕๖๒ กำหนดเป้าหมายไว้ที่ จำนวน ๔๐,๐๐๐ คน ผลการเข้ารับบริการจริงของผู้ป่วย จำนวน ๔๕,๖๙๕ คน

๕) ฟันฟูสมรรถภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยจำเป็น ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๐.๙๑ ล้านคน ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๑.๐๒ ล้านคน ปี ๒๕๖๒ กำหนดเป้าหมายไว้ที่ จำนวน ๑.๐๒ ล้านคน ผลการเข้ารับบริการจริงของผู้ป่วย จำนวน ๑.๐๕ ล้านคน

๖) แพทย์แผนไทย นวดอบประคบ ฟันฟูหลังคลอด ยาสมุนไพร ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๑๒.๗๖ ล้านครั้ง ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๑๒.๘๒ ล้านครั้ง ปี ๒๕๖๒ กำหนดเป้าหมายไว้ที่ จำนวน ๑๑.๖๑ ล้านครั้ง ผลการเข้ารับบริการจริงของผู้ป่วย จำนวน ๑๔.๙๙ ล้านครั้ง



บริการนอกงบประมาณจ่ายรายหัว มีดังนี้

๑) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์กินยาต้านไวรัส ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๒๕๑,๔๗๖ คน ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๒๖๒,๒๗๔ คน ปี ๒๕๖๒ กำหนดเป้าหมายไว้ที่ จำนวน ๒๒๙,๔๐๐ คน ผลการเข้ารับบริการจริงของผู้ป่วย จำนวน ๒๗๑,๗๐๔ คน

๒) ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเสี่ยง ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๕๗,๖๖๕ คน ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๕๗,๕๘๙ คน ปี ๒๕๖๒ กำหนดเป้าหมายไว้ที่ จำนวน ๗๒,๕๐๐ คน ผลการเข้ารับบริการจริงของผู้ป่วย จำนวน ๕๙,๘๕๐ คน

๓) บำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๕๓,๒๖๕ คน ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๕๗,๖๘๒ คน ปี ๒๕๖๒ กำหนดเป้าหมายไว้ที่ จำนวน ๕๓,๑๐๐ คน ผลการเข้ารับบริการจริงของผู้ป่วย จำนวน ๖๐,๒๑๐ คน

๔) ควบคุมภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๓.๘๑ ล้านคน ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๓.๙๘ ล้านคน ปี ๒๕๖๒ กำหนดเป้าหมายไว้ที่ จำนวน ๓.๐๓ ล้านคน ผลการเข้ารับบริการจริงของผู้ป่วย จำนวน ๔.๑๔ ล้านคน

๕) บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน (ติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย ๖ ครั้ง ตามแผนดูแลรายบุคคล) ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๘,๒๑๙ คน ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๑๐,๓๘๙ คน ปี ๒๕๖๒ กำหนดเป้าหมายไว้ที่ จำนวน ๑๒,๐๐๐ คน ผลการเข้ารับบริการจริงของผู้ป่วย จำนวน ๑๑,๓๘๐ คน

๖) บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตัดบ้านติดเตียง (ตามแผนการดูแลรายบุคคล) ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๑๗๕,๓๕๓ คน ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๒๑๑,๑๐๖ คน ปี ๒๕๖๒ กำหนดเป้าหมายไว้ที่ จำนวน ๑๕๒,๘๐๐ คน ผลการเข้ารับบริการจริงของผู้ป่วย จำนวน ๒๑๙,๕๑๘ คน

- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วม ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๔,๒๗๓ แห่ง ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๕,๖๔๐ แห่ง ปี ๒๕๖๒ จำนวน ๖,๐๐๓ แห่ง

๗) บริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว PCC ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๓๓๒,๙๖๘ ครั้ง ปี ๒๕๖๒ กำหนดเป้าหมายไว้ที่ จำนวน ๗๓๐,๐๐๐ ครั้ง ผลการเข้ารับบริการจริงของผู้ป่วย จำนวน ๖๗๘,๕๓๙ ครั้ง

การลดความแออัด

๑) “รับยาใกล้บ้าน” ที่ร้านขายยาแผนปัจจุบันในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาทิ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด จิตเวช ตามความสมัครใจของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าบริการ มีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน ๑๓๐ แห่ง ร้านยาเข้าร่วมโครงการ จำนวน ๑,๐๓๓ แห่ง ไปรับยาที่ร้านขายยา จำนวน ๑๗,๑๕๔ คนต่อ ๒๔,๘๗๐ ครั้ง ทั้งนี้ มีการกำหนดเป้าหมายไว้ จำนวน ๓๖,๔๕๐ คน

๒) บริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (PCC) พื้นที่กรุงเทพมหานคร มีจำนวน ๑๑ ทีม นอกเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน ๓๑๐ ทีม

๓) “จัดส่งยาหรือเวชภัณฑ์ให้ผู้ป่วยที่บ้านทางไปรษณีย์” รองรับบริการผู้ป่วยในรูปแบบ New Normal ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องมาจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ มีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน ๒๒๐ แห่ง มีการจัดส่งยาให้ผู้ป่วย จำนวน ๑๑๒,๒๒๑ คน และจัดส่งยาให้ จำนวน ๑๒๑,๑๑๙ ครั้ง

๔) บริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth/Telemedicine/Telepharmacy) การให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยา Online ในหน่วยบริการที่มีความพร้อม

- ผู้ป่วยรายเก่าที่แพทย์พิจารณาว่าสามารถรับบริการได้
- ลงทะเบียนพบแพทย์ Online และรับยาทางไปรษณีย์
- ปัจจุบันดำเนินการในโรงพยาบาลกรมการแพทย์ จำนวน ๒๗ แห่ง UHOSNET

ขอความร่วมมือกับหน่วยบริการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- ๕) บริการ Home Chemotherapy
- ๖) Automated Peritoneal Dialysis (APD)
- ๗) ODS, MIS
- ๘) LTC, Palliative Care กายภาพบำบัดที่บ้าน
- ๙) ตรวจห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ

## ๖. คุณภาพมาตรฐานบริการ (ตัวชี้วัดตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (QOF))

๑) ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป คัดกรองเบาหวานโดยตรวจน้ำตาลในเลือด (เป้าหมายไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๙๐) ปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๕๐.๕๘ ปี ๒๕๖๒ ร้อยละ ๕๖.๕๗

๒) ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป คัดกรองความดันโลหิตสูง (เป้าหมายไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๙๐) ปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๕๑.๒๖ ปี ๒๕๖๒ ร้อยละ ๕๕.๗๔

๓) หญิงมีครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน ๑๒ สัปดาห์ (เป้าหมายไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐) ปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๕๓.๕๐ ปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๕๒.๘๓ และปี ๒๕๖๒ ร้อยละ ๕๔.๖๐

๔) ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ ๓๐ - ๖๐ ปี ภายใน ๕ ปี (เป้าหมายไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐) ปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๓๔.๖๔ ปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๓๖.๓๐ และปี ๒๕๖๒ ร้อยละ ๔๐.๐๗

๕) ใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยนอก โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (เป้าหมายไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๔๐) ปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๓๙.๐๘ ปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๒๔.๐๗ และปี ๒๕๖๒ ร้อยละ ๑๕.๙๘

๖) ใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยนอก โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (เป้าหมายไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๔๐) ปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๓๒.๙๒ ปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๒๐.๕๗ และปี ๒๕๖๒ ร้อยละ ๑๔.๕๔

๗) การรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยกลุ่มโรคที่ไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล (ACSC) ต่อประชากรแสนคน อาทิ โรคลมชัก ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หืด เบาหวาน และความดันโลหิตสูง เมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา ข้อมูลตัวเลขยังไม่ลดลงแต่อย่างใด

๘) ผู้ป่วยและเสียชีวิตภายใน ๓๐ วัน จากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๑๖.๘๗ ปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๑๗.๓๙ และปี ๒๕๖๒ ร้อยละ ๑๕.๗๖

๙) ผู้ป่วยและเสียชีวิตภายใน ๓๐ วัน จากโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๙.๙๘ ปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๙.๔๖ และปี ๒๕๖๒ ร้อยละ ๘.๘๙

๑๐) ความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประชาชนผู้ให้บริการ และองค์กรภาคีต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยปี ๒๕๖๒ ภาคประชาชน อยู่ที่ร้อยละ ๙๗.๑๑ ผู้ให้บริการ ร้อยละ ๗๕.๙๙ และองค์กรภาคี ร้อยละ ๙๓.๒๑

สรุปผลการเบิกจ่ายงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี ๒๕๖๒  
ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

หมวดรายการ	รายรับ			เบิกจ่าย			คงเหลือ
	งบประมาณ ปี ๒๕๖๒	รายได้ สูง (ต่ำ) กว่า ค่าใช้จ่าย สะสม	รับปรับ เกลี้ย	งบประมาณ ปี ๒๕๖๒	รายได้ สูง (ต่ำ) กว่า ค่าใช้จ่าย สะสม	หักปรับ เกลี้ย	
๑. ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิ							
๑.๑ บริการทางการแพทย์	๑๑๒,๘๗๙.๑๕	๑๓.๑๕	-	๑๑๑,๕๒๔.๙๒	๑๓.๑๕	๑,๒๙๔.๘๘	๕๙.๓๙
๑.๒ บริการทางการแพทย์เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ	๖,๒๕๑.๑๒	-	-	๖,๒๕๑.๒๗๓	-	-	๙.๘๔
๒. ค่าบริการสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	๘,๒๘๑.๘๐	-	๖๘๐.๖๓	๘,๙๖๒.๔๒	-	-	-
๓. ค่าบริการควบคุมป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	๑,๑๓๕.๐๓	-	-	๑,๑๓๑.๓๐	-	-	๓.๗๒
๔. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กั้นดารพื้นที่เสี่ยงภัยและพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้	๑,๔๙๐.๒๙	-	-	๑,๔๙๐.๒๙	-	-	-
๕. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	๙๑๖.๘๐	-	-	๕๔๕.๕๒	-	-	๓๗๑.๒๘
๖. ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว	๒๖๘.๖๔	-	-	๒๓๔.๓๘	-	-	๓๔.๒๖
รวมงบประมาณ	๑,๓๔,๒๖๙.๑๓	๑๓.๑๕	๑,๒๙๔.๘๘	๑,๓๓,๗๘๙.๑๒	๑๓.๑๕	๑,๒๙๔.๘๘	๔๘๐.๐๑

การปกป้องวิกฤติทางการเงินของครัวเรือนจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยในปี ๒๕๖๐ ครัวเรือนที่กลายเป็นครัวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลลดลงเหลือ ๕๒,๐๐๐ ครัวเรือน หรือร้อยละ ๐.๒๔ และครัวเรือนที่ล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลลดลงเหลือ ๔๘๐,๐๐๐ ครัวเรือน หรือร้อยละ ๒.๒๖ ซึ่งทั่วโลกได้ใช้สูตรในการคำนวณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนเป็นแบบเดียวกัน

การเข้าถึงบริการตามสิทธิ : บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค

การใช้บริการทางการแพทย์	ปี ๒๕๕๘	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒
หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อน/เท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ (%)	๕๗.๑๐	๖๒.๒๕	๖๖.๔๓	๗๔.๓๙	๘๐.๕๙
หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์ (%)	๕๑.๑๐	๕๐.๒๕	๕๓.๒๗	๖๒.๙๒	๗๐.๒๘
หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้ง ตามเกณฑ์ (%)	๔๙.๗๒	๔๙.๗๙	๕๑.๕๓	๖๓.๐๔	๗๐.๘๙
เด็กได้รับการตรวจยืนยันภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนกรณีพบผิดปกติ (%)	๘๖.๖๗	๙๕.๒๕	๙๔.๓๒	๙๑.๙๖	๘๙.๗๓
เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ที่มีพัฒนาการสมวัย (%)	๘๑.๕๐	๙๑.๙๔	๙๕.๘๔	๙๖.๖๖	๙๗.๖๑
เด็กปฐมวัยมีภาวะเริ่มอ้วน (%)	-	-	-	๘.๙๐	๑๑.๑๕
การตรวจคัดกรองเบาหวาน (%)					
- อายุ ๓๕ - ๕๙ ปี	๖๗.๘๙	๗๕.๔๑	๘๔.๖๕	๘๖.๓๒	๘๖.๖๗
- อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป	๖๓.๒๑	๗๑.๔๕	๘๑.๘๙	๘๔.๔๙	๘๖.๒๒
การตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูง (%)					
- อายุ ๓๕ - ๕๙ ปี	๗๑.๔๔	๗๙.๒๔	๘๕.๕๑	๘๗.๐๘	๘๗.๑๙
- อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป	๗๐.๒๘	๗๘.๓๔	๘๔.๑๐	๘๖.๗๒	๘๗.๘๑
การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ ๓๐ - ๖๐ ปี (%)	๑๖.๔๑	๒๗.๓๓	๓๘.๓๔	๔๘.๘๑	๕๖.๖๔
การให้บริการฟันเทียมผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป สิทธิ UC (%)	๑๒๖.๗๔	๑๓๕.๕๗	๑๐๘.๗๓	๑๐๗.๖๗	๑๑๔.๒๔
การให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (%)	๗๘.๔๗	๗๘.๐๔	๘๗.๓๑	๗๘.๓๐	๙๑.๒๔

## การเข้าถึงบริการตามสิทธิ : บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

การใช้บริการ ทางการแพทย์	ปี ๒๕๕๘	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒
OP UR	๓.๕๒๒	๓.๖๑๘	๓.๘๒๑	๓.๖๙๓	๓.๘๓๔ (๑๘๒.๗ ล้านครั้ง)
IP UR	๐.๑๒๐	๐.๑๒๖	๐.๑๒๕	๐.๑๓๐	๐.๑๓๒ (๖.๓ ล้านครั้ง)
Compliance OP	๗๕.๓๐	-	๘๐.๑๙	-	รอผลสำรวจ
Compliance IP	๘๗.๕๘	-	๘๗.๘๘	-	รอผลสำรวจ
การใช้บริการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ (คน)	๗๘๓,๔๙๕	๑,๐๒๙,๐๖๑	๙๑๒,๓๒๔	๑,๐๑๙,๖๓๙	๑,๐๕๑,๑๕๗
แม่หลังคลอด ยาสมุนไพรในบัญชียาหลัก (คน)	๑๐,๖๐๒,๓๘๕	๙,๐๘๐,๑๔๑	๑๒,๖๕๐,๑๙๐	๑๒,๖๘๙,๑๒๒	๑๔,๘๒๒,๓๒๒
การดูแลระยะยาว ในชุมชนสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง LTC (ยอดสะสม : คน)	-	๘๐,๘๒๖	๑๗๕,๓๕๓	๒๑๑,๑๐๖	๒๑๙,๕๑๘

## การเข้าถึงบริการตามสิทธิ : บริการค่าใช้จ่ายสูง/บริการเฉพาะ

การใช้บริการทางการแพทย์	ปี ๒๕๕๘	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒
อุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ข้ามจังหวัดที่ลงทะเบียน (ครั้ง)	๑,๒๗๖,๒๐๕	๑,๓๐๔,๘๐๑	๑,๓๖๗,๑๔๑	๑,๓๙๖,๔๗๕	๑,๓๕๖,๑๐๖
รับส่งต่อผู้ป่วยนอกภายนอก จังหวัดที่ลงทะเบียน (ครั้ง)	๓๓๗,๗๓๗	๓๒๐,๙๘๗	๓๙๕,๐๕๘	๔๐๕,๗๖๘	๔๐๘,๘๐๗
ยาละลายลิ้มเลือดในผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เฉียบพลันชนิด STEMI (คน)	๓,๙๘๒	๓,๘๙๕	๔,๕๐๓	๔,๖๐๖	๔,๔๗๔
ยาละลายลิ้มเลือดในผู้ป่วย หลอดเลือดสมองตีบหรือ อุดตัน (คน)	๒,๖๒๕	๒,๘๘๙	๓,๘๖๑	๔,๘๒๙	๖,๓๒๖
ผ่าตัดต่อกระຈก (ครั้ง)	๑๗๐,๔๓๘	๑๖๔,๔๔๒	๑๒๗,๕๒๖	๑๒๖,๙๘๙	๑๓๕,๒๘๔
รับยาตามบัญชี จ(๒) (คน)	๒๑,๔๗๘	๓๔,๔๓๔	๓๓,๑๔๕	๓๓,๓๙๓	๔๓,๐๖๘
รับยากำพร้า ยาต้านพิษ (คน)	๕,๗๐๘	๗,๑๔๑	๖,๙๑๗	๕,๓๑๒	๕,๓๙๕
ดูแลด้วยยาในผู้ป่วยวัณโรค (คน)	๕๓,๙๕๑	๗๘,๓๘๘	๗๖,๘๘๖	๗๗,๓๗๖	๙๑,๒๓๙
ดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (คน)	๙,๓๔๗	๑๐,๗๕๕	๑๒,๖๒๙	๑๖,๘๑๔	๒๔,๐๗๕
ยาต้านไวรัสเอดส์ (ARV) (คน)	๒๒๑,๖๙๙	๒๓๘,๑๘๓	๒๕๑,๔๗๖	๒๖๒,๒๗๔	๒๗๑,๗๐๔
ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) (คน)	๑๘,๐๓๖	๒๐,๓๐๕	๒๒,๗๗๑	๒๕,๐๙๖	๒๖,๘๙๘
ผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation : KT) (คน)	๑๘๕	๒๐๒	๒๐๙	๒๑๘	๒๒๐
รับยากดภูมิคุ้มกันหลังการ ปลูกถ่ายไต (คน)	๑,๖๕๘	๑,๘๕๙	๒,๐๒๕	๒,๒๑๖	๒,๓๗๐

## ข้อเสนอแนะจากการสำรวจความพึงพอใจ

๑. ข้อเสนอแนะจากกลุ่มเป้าหมาย ภาคประชาชน ประกอบด้วย ความต้องการบริการที่รวดเร็วขึ้น การให้เจ้าหน้าที่พูดให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ การขยายการรักษาให้ครอบคลุมทุกโรค ภาคผู้ให้บริการ ประกอบด้วย การปรับปรุงระบบโปรแกรมยาให้ใช้ง่าย สะดวก การลดความซับซ้อน การลดขั้นตอนของโปรแกรมรับเรื่องร้องเรียน การประชาสัมพันธ์ระเบียบหรือชุดสิทธิประโยชน์ภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย การจัดทำคู่มือ กฎระเบียบ ขั้นตอนการดำเนินงานที่เข้าใจง่าย การจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอ การจัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องภาคองค์กรภาคี ประกอบด้วย การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารกับผู้ที่เกี่ยวข้อง การพัฒนามาตรฐาน และคุณภาพการบริการ การสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น

## ๒. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑) สร้างการรับรู้ข้อมูลหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผ่านช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย เช่น สื่อบุคคล หรือสติ๊กเกอร์ ในสถานที่สำคัญของชุมชน

๒) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและสร้างการรับรู้เรื่องระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับผู้ให้บริการทุกระดับ ผ่าน Website และสื่อออนไลน์

๓) พัฒนาการดำเนินการกองทุนหลักประกันสุขภาพในท้องถิ่น โดยใช้หลักการมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจในการบริหารกองทุน

๔) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายองค์กรภาคี โดยเฉพาะบทบาทการดูแลรักษาผลประโยชน์และความรู้สึกการเป็นเจ้าของระบบ

## การคุ้มครองสิทธิ

๑. เครือข่ายคุ้มครองสิทธิ UC ประกอบด้วย ศูนย์ในหน่วยบริการ จำนวน ๘๘๖ แห่ง ศูนย์ภาคประชาชน จำนวน ๑๘๕ แห่ง และหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอิสระ จำนวน ๑๒๙ แห่ง

๒. สายด่วน สปสช. หมายเลข ๑๓๓๐ เพื่อสอบถามข้อมูล ร้องเรียน ร้องทุกข์ และประสานส่งต่อ จำนวน ๙๑๖,๔๒๘ เรื่อง แก้ไขเรื่องร้องเรียนเสร็จใน ๒๕ วันทำการ ร้อยละ ๗๖.๐๙ ประกอบด้วย การสอบถามข้อมูล จำนวน ๘๘๖,๙๑๓ เรื่อง ภาคประชาชน จำนวน ๗๗๕,๑๗๕ เรื่อง ภาคผู้ให้บริการ จำนวน ๑๑๑,๗๓๘ เรื่อง เรื่องร้องเรียน จำนวน ๔,๐๕๒ เรื่อง ร้องทุกข์ จำนวน ๕,๘๓๒ เรื่อง การประสานส่งต่อผู้ป่วย จำนวน ๑๙,๖๓๑ คน

๓. การชดเชยกรณีเกิดความเสียหายจากบริการ ผู้รับบริการ จำนวน ๙๗๐ คน ผู้ให้บริการ จำนวน ๔๖๔ คน

## ๔. เรื่องร้องเรียน

- |                           |           |
|---------------------------|-----------|
| - ไม่ได้รับบริการตามสิทธิ | ร้อยละ ๓๙ |
| - ไม่ได้รับความสะดวก      | ร้อยละ ๓๙ |
| - ถูกเรียกเก็บเงิน        | ร้อยละ ๑๘ |
| - ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน    | ร้อยละ ๔  |

## ๕. เรื่องร้องทุกข์

- |                   |           |
|-------------------|-----------|
| - ลงทะเบียน       | ร้อยละ ๖๗ |
| - ขอความช่วยเหลือ | ร้อยละ ๑๑ |
| - สิทธิไม่ตรง     | ร้อยละ ๙  |
| - ปรีกษาเสนอแนะ   | ร้อยละ ๖  |

- บัตรสนเท่ห์ ร้อยละ ๓
- ปฏิเสธฉุกเฉิน ร้อยละ ๑
- อื่น ๆ ร้อยละ ๓

### ๗. โอกาสและความท้าทาย

#### โอกาส

- มีการประกาศปฏิญญาทางการเมืองเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพในที่ประชุมสหประชาชาติ โดยนายกรัฐมนตรีเป็นผู้กล่าวปาฐกถาในฐานะผู้นำในการยกวาง
- ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เป็นโอกาสในการปรับระบบบริการรูปแบบใหม่

#### ความท้าทาย

- ความเหลื่อมล้ำ โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ต้องขัง นักบวช
- ศักยภาพการจัดบริการระดับปฐมภูมิ Primary Care ยังมีความไม่ชัดเจนในกฎระเบียบต่าง ๆ และการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ
- การเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ การบริการฉุกเฉิน ๗๒ ชั่วโมงแรก ระบบข้อมูลต่าง ๆ
- การมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิดกับทุกภาคส่วน
- การปรับการทำงานเพื่อรองรับการให้บริการแบบ New Normal
- การเรียกเก็บเงินจากประชาชน ซึ่งเป็นการกระทำที่ผิดตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕
- การปรับองค์กรให้เป็น Smart NHSO
- การปรับระบบการส่งเสริมและการป้องกัน โดยพิจารณาสิทธิประโยชน์ใหม่ ระบบบริการของ สปสช. การติดตามการเข้ารับบริการ

### ๘. ข้อสังเกตของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินต่อรายงานของผู้สอบบัญชีและงบการเงินสำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐ และปี ๒๕๖๑

๑) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ได้ตรวจสอบงบการเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว เห็นว่า งบการเงินแสดงฐานะการเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐ ผลการดำเนินงานและกระแสเงินสด สำหรับปีสิ้นสุดดังกล่าว โดยถูกต้องตามที่ควรในสาระสำคัญตามมาตรฐานและนโยบายการบัญชีภาครัฐที่กระทรวงการคลังประกาศใช้ ทั้งนี้ มีข้อสังเกตเกี่ยวกับการจ่ายกองทุน LTC ให้กับผู้มีอายุน้อยกว่า ๖๐ ปี

การดำเนินการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริงได้ทำการสอบ พบว่า ผู้มีอายุน้อยกว่า ๖๐ ปี เป็นผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ถือเป็นประเภทบุคคลอื่น ซึ่งเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนในระดับท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ และแจ้งให้สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ทราบ

๒) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ได้ตรวจสอบงบการเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว เห็นว่า รายงานงบการเงินแสดงฐานะการเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑ ผลการดำเนินงานและกระแสเงินสด สำหรับปีสิ้นสุดดังกล่าว โดยถูกต้องตามที่ควรในสาระสำคัญตามมาตรฐานและนโยบายการบัญชีภาครัฐ



ที่กระทรวงการคลังกำหนด ทั้งนี้ ได้มีข้อสังเกตเกี่ยวกับการเร่งรัดลูกหนี้ค่าบริการสาธารณสุข คือ ลูกหนี้ LTC จ่ายเงินช้า ๓๔๓ ราย จำนวน ๑๓ แห่ง ลูกหนี้ค่าบริการสาธารณสุข จำนวน ๒๘ แห่ง ลูกหนี้ค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ดำเนินการแจ้งสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน โดยมีการดำเนินการหักกลบหนี้หน่วยงาน จำนวน ๖ แห่ง ดำเนินการส่งเงินคืนให้หน่วยงาน จำนวน ๗ แห่ง ทำหนังสือแจ้งให้หน่วยงานเร่งส่งเงินคืน มีหนังสือยินยอมให้หักกลบบหนี้ จำนวน ๒ รายการ บังคับคดี กระทรวงยุติธรรมแจ้งว่า ได้ทำการจ่ายให้กับเจ้าหนี้ประเภทลูกจ้างที่ได้ทำงานไปก่อน จำนวน ๑ ราย อยู่ในระหว่างชำระบัญชีจากผู้ชำระบัญชี และอยู่ระหว่างเร่งรัดการติดตามหนี้สิน เช่น กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และหน่วยงานอื่น ๆ

### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ

จากการพิจารณาศึกษารายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ รายงานของผู้สอบบัญชีและงบการเงิน สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และรายงานของผู้สอบบัญชีและงบการเงิน สำหรับปีสิ้นสุด วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ คณะกรรมการพิจารณาแล้ว มีข้อสังเกต และข้อเสนอแนะในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

๑. สปสช. ควรให้ความสำคัญกับการดำเนินงานด้านการส่งเสริมป้องกันโรค และการแพทย์ปฐมภูมิ เพื่อให้ประชาชนได้ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล รวมทั้งการสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับบริการด้านสาธารณสุขยังหน่วยบริการปฐมภูมิต่อประชาชน เพื่อลดปัญหาความแออัดในการเข้ารับบริการยังโรงพยาบาลใหญ่

๒. สปสช. ควรนำเสนอประเด็นปัญหาที่ยังดำเนินการไม่สำเร็จหรือยังไม่ได้ดำเนินการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

๓. สปสช. ควรให้ความช่วยเหลือกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพ อันเนื่องมาจากการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการขึ้นเอง อาทิ กองทุนสงเคราะห์ครูโรงเรียนเอกชน ซึ่งเป็นสวัสดิการที่โรงเรียนเอกชนดำเนินการเอง โดยการหักเงินเดือนส่วนหนึ่งเข้ากองทุนเพื่อจัดสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลให้กับบุคลากรดังกล่าว ทั้งนี้ กองทุนสงเคราะห์ครูโรงเรียนเอกชนมีการกำหนดเพดานค่ารักษาพยาบาลไม่เกินปีละ ๑๐๐,๐๐๐ บาทต่อคน หากบุคลากรเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง อาทิ โรคเอดส์ บุคลากรดังกล่าวจะต้องสำรองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไปก่อน แล้วนำไปเสร็จรับเงิน มาเบิกกับกองทุนสงเคราะห์ครูโรงเรียนเอกชน จึงอาจทำให้บุคลากรดังกล่าวเกิดภาวะล้มละลาย จากค่ารักษาพยาบาลได้ จะเห็นได้ว่า บุคลากรดังกล่าวเป็นกลุ่มคนที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้ยากลำบาก เนื่องจากข้อจำกัดของกองทุนเอง และการไม่มีสภาพแรงงานครูโรงเรียนเอกชนที่สามารถเรียกร้องให้มีการเปลี่ยนแปลงระบบสวัสดิการรักษายาบาลดังกล่าวได้ ทั้งนี้ หากเปรียบเทียบกับกรณีของพนักงานธนาคารออมสินที่มีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการของตนเองและมีการกำหนดเพดานค่ารักษาพยาบาล เช่นเดียวกับครูโรงเรียนเอกชน แต่เนื่องจากพนักงานธนาคารออมสินมีการจัดตั้งสภาพแรงงาน จึงทำให้สามารถหารือร่วมกับ สปสช. เพื่อขอจัดสวัสดิการรักษายาบาลให้กับพนักงานบางส่วนที่ต้องการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงทำให้สามารถแก้ไขปัญหาเรื่องเพดานค่ารักษาพยาบาลได้ ทั้งนี้ เห็นว่า กรณีสวัสดิการรักษายาบาลของครูโรงเรียนเอกชน ควรมีการแยกสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล

มาอยู่ในความรับผิดชอบของ สปสช. เพื่อช่วยให้บุคลากรดังกล่าวพ้นภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลดังกล่าว

๔. อัตราการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยตามรายงานของ สปสช. ตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ อยู่ที่อัตราร้อยละ ๕๗.๑๐ และปี ๒๕๖๒ อยู่ที่อัตราร้อยละ ๘๐.๕๙ จะเห็นได้ว่าอัตราการเข้าถึงบริการดังกล่าวยังอยู่ในอัตราที่ต่ำ ในขณะที่ประเทศไทยมีการรณรงค์ให้มีการฝากครรภ์ในอัตราร้อยละ ๑๐๐ ทั้งนี้ เห็นว่า สปสช. ควรบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์และภายหลังการคลอด

๕. สปสช. ควรหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการต่อรองราคาวัคซีนชนิดต่าง ๆ เพื่อให้ได้วัคซีนในราคาไม่สูงมากและมีประสิทธิภาพเพียงพอต่อความต้องการของประชาชนในประเทศ และประสานความร่วมมือกับกรมควบคุมโรคในการกระจายวัคซีนให้เพียงพอต่อความต้องการของประชาชนในแต่ละพื้นที่ของหน่วยบริการ รวมทั้งจัดทำข้อมูลตัวเลขการได้รับวัคซีนของบุคคลกลุ่มเสี่ยงทั้ง ๗ กลุ่ม โดยแสดงให้เห็นตัวเลขที่ชัดเจนของแต่ละกลุ่มว่าได้รับวัคซีนจำนวนเท่าใด

๖. อัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยนอกมีอัตราน้อยกว่าผู้ป่วยใน เนื่องจากต้นทุนเรื่องเวลาในการไปใช้บริการ หากผู้ป่วยนอกเกิดการเจ็บป่วยเล็กน้อยและต้องใช้เวลารอคอยการรักษาพยาบาลยังโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ส่วนใหญ่จะเลือกไปใช้บริการยังคลินิกแทน แต่ประชาชนจะใช้บริการในกรณีผู้ป่วยในที่ต้องนอนพักรักษาที่โรงพยาบาลจำนวนมาก เนื่องจากปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาล แม้ว่า สปสช. จะได้จัดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ป่วยนอกทุกคนแต่เหตุผลที่ประชาชนไม่ไปใช้บริการผู้ป่วยนอกเกิดจากปัญหาความแออัดของผู้รับบริการยังโรงพยาบาล และปัญหาการรอคอยการรักษาพยาบาลที่ใช้เวลานาน จึงทำให้ข้อมูลการใช้บริการของผู้ป่วยนอกมีอัตราน้อยกว่าการใช้บริการของผู้ป่วยใน ดังนั้น สปสช. ควรนำเสนอภาพรวมประเด็นปัญหาของระบบสุขภาพดังกล่าวต่อรัฐสภาเพื่อพิจารณาจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไป

๗. สปสช. ควรนำเสนอให้เห็นภาพรวมการใช้งบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพ ซึ่งต้องอาศัยการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้งบประมาณที่มีอยู่เกิดประสิทธิภาพสูงสุด อาทิ กรณีการแก้ไขปัญหาวัณโรคในประเทศไทยจะต้องมีการบูรณาการการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข สปสช. คณะกรรมการบัญชาหลักแห่งชาติ และกรมทรัพย์สินทางปัญญาในการต่อรองราคายา การรักษาพยาบาลที่ใช้ระยะเวลาสั้นลง และการเข้าถึงบริการของประชาชน

๘. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการบูรณาการการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคร่วมกัน โดยการหลอมรวมการดำเนินงานด้านการรักษาพยาบาลและด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างเป็นระบบ เพื่อลดปัญหาความแออัดของการเข้ารับบริการยังโรงพยาบาลและทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๙. การดำเนินงานด้านการส่งเสริมป้องกันโรคของ สปสช. เป็นสิทธิประโยชน์ในระดับบุคคลซึ่ง สปสช. ควรดำเนินการให้ประชาชนแต่ละคนสามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันโรคได้ ตามสิทธิที่กำหนดไว้ ส่วนการดำเนินงานด้านการส่งเสริมป้องกันโรคในภาพของประเทศเป็นหน้าที่ของ สสส. จะเห็นได้จากกรณีการคุมกำเนิด ซึ่ง สปสช. ควรดำเนินการให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงการใช้ถุงยางอนามัยหรือยาคุมกำเนิด และจัดทำข้อมูลตัวเลขของประชาชนที่สามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ในเรื่องดังกล่าวอย่างชัดเจน ส่วนการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนใช้ถุงยางอนามัย เพื่อการคุมกำเนิด การป้องกันโรค และเพื่อสุขอนามัยที่ดี เป็นหน้าที่ของ สสส. ในการดำเนินการ ทั้งนี้ สปสช. และ สสส. ควรมีการบูรณาการการดำเนินงานในเรื่องดังกล่าวร่วมกัน โดยกิจกรรมบางประเภทของ สสส. ที่สามารถมอบหมายให้หน่วยบริการภาครัฐดำเนินการได้ อาจมีการหารือร่วมกัน เพื่อกำหนดกิจกรรมและงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงาน ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และในแง่ของผลงานด้านหลักประกันสุขภาพจะทำให้ได้ข้อมูลตัวเลขภาพรวมของพฤติกรรมสุขภาพที่นำไปสู่การลดโรคและภัยสุขภาพอย่างแท้จริง

๑๐. สปสช. ควรดำเนินงานในเรื่องที่สามารถดำเนินการได้ให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะเรื่องการเข้าถึงบริการและการได้รับประโยชน์อย่างแท้จริงจากการเข้าถึงบริการสุขภาพ อาทิ กรณีผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ประชาชนจำนวน ๑ ใน ๓ ของผู้ป่วยเบาหวานไม่ทราบว่า ตนเองป่วยเป็นโรคดังกล่าว และผู้ป่วยบางคนเมื่อตรวจพบว่า เป็นโรคเบาหวานก็ไม่ได้ทำการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกรณีดังกล่าวไม่ได้เป็นปัญหาของระบบหลักประกันสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่เป็นปัญหาที่เชื่อมโยงถึงการมีสิทธิของประชาชน การรับรู้สิทธิ และการมีระบบบริการที่สามารถเข้าถึงได้ โดยระบบบริการดังกล่าวจะต้องทำให้ประชาชนสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ควรมีการดำเนินงานร่วมกันของหลายภาคส่วน อาทิ สปสช. กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาล และประชาชน ซึ่งการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในภาพรวมควรเป็นการดำเนินงานร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากเป็นเป้าหมายรวมของทั้งประเทศ

สำหรับเรื่องการแพทย์ปฐมภูมิ จะเห็นได้ว่า จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ประชาชนไปใช้บริการยังหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากกลัวการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าว ทำให้ลดความแออัดของผู้ป่วยที่เข้ามารักษายังโรงพยาบาลลงได้ แต่ในระยะยาวอาจทำให้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิมีภาระงานที่หนักขึ้น และศักยภาพของหน่วยบริการอาจไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดมาตรการเพื่อรองรับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในระยะยาว และมีการเชื่อมโยงข้อมูลต่าง ๆ กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้หน่วยบริการสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๑๑. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดมาตรการจูงใจ เพื่อให้ประชาชนที่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้เป็นอย่างดีจนสามารถหายป่วยจากโรคบางโรคได้ เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนใส่ใจการดูแลสุขภาพของตนเองให้มากขึ้น รวมทั้งเป็นการช่วยลดงบประมาณรายจ่ายด้านค่ารักษาพยาบาลของภาครัฐลงได้

ทั้งนี้ คณะกรรมการได้ให้ข้อคิดเห็นต่อ สปสช. เพื่อให้การปฏิบัติงานของ สปสช. มีการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพของไทยให้เกิดผลสัมฤทธิ์ได้อย่างชัดเจน ในประเด็น ดังนี้

๑. จากการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) สปสช. ควรจัดทำฐานข้อมูลตัวเลขสถิติของผู้ที่รอดชีวิตแต่มีภาวะพิการไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มีจำนวนเท่าใดในแต่ละปี เนื่องจากกลุ่มบุคคลเหล่านี้ภาครัฐยังต้องใช้งบประมาณด้านสุขภาพเพื่อมาดูแลอย่างต่อเนื่อง

๒. ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีความสำคัญต่อระบบสาธารณสุขของประเทศเป็นอย่างมาก ทั้งนี้ หาก สปสช. มีการจัดทำแผนงานเพื่อสนับสนุนให้เกิดการกระจายระบบบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในเขตพื้นที่ชนบทจะทำให้ลดภาระความแออัดจากการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จะทำให้เกิดประสิทธิภาพและเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิได้

๓. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) อาทิ ความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศ ทั้งนี้ สปสช. ควรพิจารณาแนวทางการตรวจคัดกรองหรือวินิจฉัย (Screening) โรคดังกล่าว ทั้งนี้ เพื่อลดภาวะของโรค NCD ลง

๔. การจัดทำงบประมาณประจำปีของ สปสช. ควรพิจารณาทบทวนกำหนดแนวคิดการจัดทำงบประมาณ การกระจายอำนาจ การจัดสรรงบประมาณ โดยเฉพาะเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคที่เป็นประเด็นสำคัญ เช่น การป้องกันการเกิดโรค NCD ทั้งกระบวนการ

๕. สปสช. ควรมีการจัดทำแผนการปฏิบัติงานในลักษณะของการบูรณาการการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง อาทิ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) และกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะโรคที่มีผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของประเทศ เช่น TB HIV เป็นต้น รวมทั้งการผลิต Vaccine โดยให้บริการตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เพื่อป้องกันการเกิดโรคต่าง ๆ และลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐ

๖. สปสช. ควรพิจารณาประเด็นเกี่ยวกับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในเหตุสุดวิสัยจากการรักษาพยาบาล ตามมาตรา ๔๑ ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ควรพิจารณาแนวทางการปรับปรุงอัตราหรือไม่ ประการใด เพื่อให้สอดคล้องต่อสถานการณ์ปัจจุบัน

๗. สปสช. ควรจัดสรรงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้เพียงพอ และมีการบริหารจัดการ รวมทั้งแนวทางการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ปัญหาโรค Metabolic ในประชาชน

๘. การทำโครงการ Value Based Health Care ในเขตกรุงเทพมหานครควรกำหนดให้มีตัวชี้วัดที่เป็นการวัดผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเมื่อดำเนินการโครงการดังกล่าวแล้ว ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครมีสุขภาพดีขึ้นหรือไม่ ประการใด โดยจัดทำข้อมูลสถิติสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพมหานครมีสุขภาพดีกว่าคนในต่างจังหวัด หรือภาพรวมทั้งประเทศจำนวนเท่าใด และข้อมูลสถิติการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมทั้งสถิติตัวเลขของผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงานและประสิทธิภาพ เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรในดำเนินงานดังกล่าว

๙. สปสช. ควรพิจารณาแนวทางปรับปรุงระบบการใช้สิทธิรักษาพยาบาลข้ามเขตพื้นที่ ทั้งกรณีของคนต่างจังหวัดที่เข้ามาทำงานในกรุงเทพมหานครหรือจังหวัดอื่น เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและทั่วถึง

๑๐. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคควรใช้ชุมชนเป็นฐานในการดำเนินการ ซึ่งปัจจุบันได้ใช้กลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นตัวขับเคลื่อนร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และระบบการแพทย์ปฐมภูมิ โดยมีโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปเป็นแม่ข่าย แต่ทั้งนี้โรงพยาบาลดังกล่าวยังขาดแคลนบุคลากรที่จะลงไปดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างใกล้ชิดเท่ากับผู้อยู่ในพื้นที่โดยตรง ทั้งนี้ เห็นว่า การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหน่วยงานด้านสาธารณสุขควรประสานความร่วมมือกับกระทรวงมหาดไทย ซึ่งมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานดังกล่าว โดยหน่วยงานด้านสาธารณสุขและผู้อยู่ในพื้นที่โดยตรง เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในแต่ละพื้นที่เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๑๑. การขอรับการจัดสรรงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (งบขาขึ้น) ของ สปสช. จัดทำในรูปแบบ Individual Case โดยการใช้เป้าหมายที่จะดำเนินการคูณกับราคา แต่เมื่อได้รับจัดสรรงบประมาณแล้ว (งบขาลง) มีการแบ่งออกเป็น Area Based และมีเงื่อนไขการป้อนข้อมูลการให้บริการ

จำนวนมากจึงจะได้รับเงิน ซึ่งการบริหารงบประมาณเช่นนี้ส่งผลกระทบต่อผู้ให้บริการอย่างแท้จริง ทั้งนี้ การจัดสรรงบประมาณในลักษณะ Area Based ทำให้เกิดกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ หรือ “กองทุนสุขภาพตำบล” และมีเงินที่ยังคงค้างไม่ได้มีการเบิกจ่ายในระบบจำนวนมาก ซึ่งงบประมาณทั้งหมดเป็นค่าใช้จ่ายรายหัวของบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีการขอรับการสรรจัด (งบขาขึ้น) แต่เมื่อได้รับงบประมาณแล้ว สปสช. ได้จัดสรรงบประมาณให้กับกองทุนสุขภาพตำบล เพื่อบริหารจัดการงบประมาณดังกล่าว ซึ่งการกระทำดังกล่าวถูกต้องตามกฎหมายหรือไม่ เนื่องจากเป็นอำนาจของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ เห็นว่า ประเด็นดังกล่าวควรมีการหารือร่วมกัน เพื่อแก้ไขปัญหา โครงสร้างระบบงบประมาณของ สปสช. โดยอาจจัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือพิจารณาศึกษา อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้เกิดความชัดเจนในเรื่องดังกล่าว

# บทที่ ๕

การศึกษาดูงาน/การจัดสัมมนา

## บทที่ ๕ การศึกษาดูงาน/การจัดสัมมนา

### ๑. สรุปผลการเดินทางไปศึกษาดูงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางไปศึกษาดูงาน  
ระหว่างวันที่ ๒๘ - ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ ณ จังหวัดเพชรบุรี
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ  
และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำ และดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ  
ด้านสาธารณสุข เดินทางไปศึกษาดูงานในวันพฤหัสบดีที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๓  
ณ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางไปศึกษาดูงาน  
ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๑๘ มกราคม ๒๕๖๓ ณ จังหวัดเชียงใหม่
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตาม  
ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน เดินทางไปศึกษาดูงาน  
ในวันพฤหัสบดีที่ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๓  
ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางศรีเมือง จังหวัดนนทบุรี
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตาม  
ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน เดินทางไปศึกษาดูงาน ในวันพฤหัสบดีที่  
๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ณ ห้องประชุมศูนย์บริการสาธารณสุข ๓๘  
ศูนย์ราชการกรุงเทพมหานคร (เกียกกาย)
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ  
และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์  
ด้านสาธารณสุข เดินทางไปศึกษาดูงานในวันศุกร์ที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓  
ณ ห้องประชุม ๑ ชั้น ๕ โรงพยาบาลรามธิบดี
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ  
และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข  
เดินทางไปศึกษาดูงานระหว่างวันที่ ๑๓ - ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ณ จังหวัดพิจิตร
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางไปศึกษาดูงาน  
ในวันพุธที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๓ ณ ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางไปศึกษาดูงาน  
ในวันพุธที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๓ ณ สถาบันบาราศนราดรุร กระทรวงสาธารณสุข

- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข เดินทางไปศึกษาดูงาน ในวันพฤหัสบดีที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ณ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน จังหวัดนนทบุรี
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข เดินทางไปศึกษาดูงาน ในวันพุธที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ณ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.)
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เข้าร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในการเสวนาเชิงนโยบาย (Policy Dialogue) ร่วมกับคณะกรรมการปฏิรูป ประเทศด้านสาธารณสุข (คปสธ.) และกระทรวงสาธารณสุข ในวันพฤหัสบดีที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ณ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๖ – ๘ สิงหาคม ๒๕๖๓ ณ จังหวัดสุรินทร์
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการนวัตกรรม และเทคโนโลยีทางการแพทย์ เดินทางไปศึกษาดูงาน ในวันศุกร์ที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๓ ณ บริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการศึกษา และติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๘ – ๙ กันยายน ๒๕๖๓ ณ จังหวัดสุพรรณบุรี
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๑๐ – ๑๒ กันยายน ๒๕๖๓ ณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๒๘ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓ ณ จังหวัดนครราชสีมา

## ๒. การจัดสัมมนา

- สรุปผลการสัมมนาของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เรื่อง “การบูรณาการข้อมูลสุขภาพ (Digital Health) ตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข” ในวันศุกร์ที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓



บทที่ ๕

การศึกษาดูงาน/การจัดสัมมนา

๑. สรุปผลการเดินทางไปศึกษาดูงาน  
ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เดินทางไปศึกษาดูงานภายในประเทศ จำนวน ๑๕ ครั้ง  
ดังนี้

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๒๘ - ๓๐ พฤศจิกายน  
๒๕๖๒ ณ จังหวัดเพชรบุรี

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เดินทางไปศึกษาดูงานเกี่ยวกับการติดตาม เสนอแนะ  
และเร่งรัดการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนปฏิรูปประเทศ  
ด้านสาธารณสุขในประเด็นการบริการจัดการด้านสุขภาพ และระบบบริการปฐมภูมิ รวมทั้งนโยบาย  
และยุทธศาสตร์การดำเนินงานเกี่ยวกับคลินิกหมอครอบครัว การให้บริการระบบการส่งต่อผู้ป่วย  
ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานในพื้นที่ของเขตสุขภาพที่ ๕ ตลอดจนระบบการจัดสรรงบประมาณในพื้นที่  
และประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัด  
การปฏิรูปประเทศ และการจัดทำ และดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข เดินทางไป  
ศึกษาดูงาน ในวันพฤหัสบดีที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๓ ณ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)  
จังหวัดสมุทรสาคร

วันพฤหัสบดีที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๓ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการ  
ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ  
ด้านสาธารณสุข ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดย นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์ รองประธาน  
คณะกรรมการการสาธารณสุข คนที่สอง และประธานคณะอนุกรรมการ ได้เดินทางไปศึกษาดูงาน  
ณ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร เพื่อรับฟังบรรยายสรุปและแลกเปลี่ยน  
ความคิดเห็นกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) และผู้บริหารของโรงพยาบาล  
ในประเด็นเกี่ยวกับการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ ๑) ระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ  
๒) เทคโนโลยีและสารสนเทศสุขภาพ ๓) กำลังคนสุขภาพ ๔) วิทยาลัยการแพทย์ ๕) ระบบการให้บริการของโรงพยาบาล  
บ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ที่มาและแนวคิด รวมทั้งการดำเนินการ ในการจัดทำระบบการให้บริการ  
ของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) และแนวทางการพัฒนาการให้บริการด้านสาธารณสุข  
ในลักษณะขององค์การมหาชน รวมทั้งปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ ในการดำเนินงาน ตลอดจนประเด็นอื่น ๆ  
ที่เกี่ยวข้อง

## คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๑๘ มกราคม ๒๕๖๓ ณ จังหวัดเชียงใหม่

ในวันศุกร์ที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๓ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดย นายเจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการ และคณะ ได้เดินทางไปศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์ และคณะผู้บริหารให้การต้อนรับ โดยคณะกรรมการได้รับฟังบรรยายสรุปข้อมูลภาพรวมผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลนครพิงค์ พร้อมทั้งรับฟังข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการและผลการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพเขตสุขภาพที่ ๑ และภาพรวมความก้าวหน้าการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขทั้ง ๑๐ ประเด็นปฏิรูป โดยเฉพาะในประเด็นการกระจายอำนาจโดยการจัดตั้งเขตสุขภาพที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดำเนินงานการจัดรูปแบบการบริการสุขภาพเขตสุขภาพที่ ๑ ประกอบด้วย จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดลำปาง จังหวัดลำพูน จังหวัดแพร่ จังหวัดน่าน จังหวัดพะเยา และจังหวัดแม่ฮ่องสอน ทั้งนี้ คณะกรรมการมีความเห็นว่า เพื่อให้การดำเนินงานในระบบเขตสุขภาพเกิดประสิทธิภาพ ควรให้เขตสุขภาพมีอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการสถานบริการในเขตสุขภาพ ทั้งเรื่องบุคลากร การเงิน การคลัง ครุภัณฑ์ และมีระบบธรรมาภิบาล โดยเริ่มจากเขตสุขภาพ ในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข และเขตสุขภาพในพื้นที่ทั้งหมด ซึ่งจะเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และมีระบบธรรมาภิบาลที่ทุกฝ่ายยอมรับ อีกทั้งกองทุนเขตสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่ มิได้กำหนดหลักเกณฑ์มาจากส่วนกลาง มีการพิจารณาแยกส่วนกองทุนส่งเสริมป้องกันโรค ออกจากการรักษาพยาบาล

สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ควรมีการพิจารณาให้มีการถ่ายโอนภารกิจไปยังท้องถิ่น โดยสร้างระบบกำกับและเชื่อมโยงกับหน่วยบริการ ทั้งนี้ หากโรงพยาบาลที่ประสงค์จะออกนอกระบบในรูปแบบใดก็ตาม จำเป็นต้องกระจายอำนาจแบบยกพวงบริการสุขภาพทั้งหมด ทั้งนี้ เพื่อให้ตอบสนองบริการต่อประชาชน ปัจจุบันโรงพยาบาลนครพิงค์ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ระดับ A ขนาด ๖๐๙ เตียง มีศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูงด้านโรคหัวใจ อุบัติเหตุ ทารกแรกเกิด โรคมะเร็งและการรับบริจาคอวัยวะ และ Resident Training Center ทั้งนี้ โรงพยาบาลยังคงประสบปัญหาเกี่ยวกับจำนวนผู้รับบริการ ตรวจสวนหัวใจที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ความแออัดในหอผู้ป่วยในและหอผู้ป่วยวิกฤต การรับส่งต่อผู้ป่วย ใช้เครื่องช่วยหายใจผ่าน Call Center ปี ๒๕๖๒ โดยมีผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน ๔,๑๘๗ คน ผู้ที่ได้รับการรักษา จำนวน ๓,๓๘๐ คน ผู้ที่ไม่สามารถรับไว้ทำการรักษาได้ จำนวน ๘๐๗ คน ส่วนผู้ป่วย ICU จำนวน ๒,๒๕๔ คน และหอสามัญ จำนวน ๑,๑๓๖ คน โรงพยาบาลมีผู้รับบริการเฉลี่ยมากกว่าวันละ ๒,๕๐๐ คน ซึ่งพื้นที่ของโรงพยาบาลมีจำกัด ทำให้ขาดแคลนพื้นที่จอดรถของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ จึงเกิดความไม่สะดวกต่อผู้ป่วยและญาติ โรงพยาบาลมีแผนการพัฒนาโดยการปรับขยายกรอบจำนวนเตียงของโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถขยายกรอบอัตรากำลังให้สอดคล้องกับสถานการณ์การให้บริการในปัจจุบัน ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ จะมีการขอสันนิบาตอาคารพักคนไข้ จำนวน ๒๕๘ เตียง และขอรับงบประมาณในการจัดหาเครื่องตรวจสวนหัวใจแบบสองระนาบ

หลังจากนั้น คณะกรรมการได้เดินทางไปศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านนาหวาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีนายชัชวาล พุทธิ นายอำเภอเชียงดาว และคณะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาหวายให้การต้อนรับ โดยคณะกรรมการ

ได้ศึกษาดูงานและเยี่ยมชมการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว และแนวทางการดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ รวมทั้งการให้บริการระบบการส่งต่อผู้ป่วย ระบบการจัดสรรงบประมาณ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในการดำเนินงาน

**คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน เดินทางไปศึกษาดูงาน ในวันพฤหัสบดีที่ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๓ ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางศรีเมือง จังหวัดนนทบุรี**

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน นำโดย พลโท อำพน ชูประทุม ประธานคณะอนุกรรมการ ได้เดินทางไปศึกษาดูงานเพื่อรับฟังบรรยายสรุปและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับคณะผู้บริหารและบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางศรีเมือง ในประเด็นการดำเนินงานและการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิต่อประชาชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางศรีเมือง ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งข้อเสนอแนะ ในวันพฤหัสบดีที่ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๓ ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางศรีเมือง จังหวัดนนทบุรี

**คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน เดินทางไปศึกษาดูงาน ในวันพฤหัสบดีที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ณ ห้องประชุมศูนย์บริการสาธารณสุข ๓๘ ศูนย์ราชการกรุงเทพมหานคร (เกียกกาย)**

ในวันพฤหัสบดีที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ เวลา ๐๙.๓๐ นาฬิกา คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดย พลโท อำพน ชูประทุม ที่ปรึกษาคณะกรรมการและในฐานะประธานคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ได้นำคณะอนุกรรมการและคณะอนุกรรมการเดินทางไปศึกษาดูงานเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๓๘ (จืด - ทองคำ บำเพ็ญ) กรุงเทพมหานคร โดยมีรองผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และรักษาการผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข ๓๘ รวมทั้งผู้แทนคลินิกชุมชนอบอุ่น ในพื้นที่เขตดุสิต (สี่แยกมหานาค คลินิกเวชกรรม) ตลอดจนคณะผู้บริหารและบุคลากร ที่เกี่ยวข้องให้การต้อนรับและบรรยายสรุปถึงการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และการจัดเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

โดยที่ปัจจุบันมีศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่กรุงเทพมหานคร รวมจำนวน ๖๘ ศูนย์ และได้ดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายคลินิกชุมชนอบอุ่น และร้านยาคุณภาพ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยกรุงเทพมหานครได้มีการนำระบบการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลมาใช้ในการให้บริการที่มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อการตรวจรักษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม คณะอนุกรรมการแสดงความคิดเห็นว่าระบบดังกล่าวส่งผลดีต่อการให้บริการประชาชนเป็นอย่างมาก โดยควรดำเนินการให้ครอบคลุมกับผู้ป่วยในทุกสิทธิการรักษา เพื่อประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับประชาชนทุกคน และควรมีการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์มาใช้ในการติดต่อสื่อสารเพื่อการรักษาขั้นต้นในการให้บริการระดับปฐมภูมิ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความมั่นใจในการรักษา ซึ่งจะเป็นการลดความแออัดและลดการรอคอยในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี

**คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข เดินทางไปศึกษาดูงาน ในวันศุกร์ที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ณ ห้องประชุม ๑ ชั้น ๕ โรงพยาบาลรามาริบัติ**

ในวันศุกร์ที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ เวลา ๑๓.๓๐ นาฬิกา ณ ห้องประชุม ๑ ชั้น ๕ อาคารบริหาร โรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพมหานคร นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์ รองประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข ในฐานะประธานคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา พร้อมด้วยคณะอนุกรรมการ และคณะทำงานศึกษาประเด็นปฏิรูประบบบริหาร เดินทางไปศึกษาดูงาน โดยมีผู้อำนวยการ และผู้บริหาร คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติให้การต้อนรับเป็นอย่างดี พร้อมทั้ง นำบรรยายสรุปและร่วมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกับคณะเดินทางและตัวแทนภาคประชาสังคม ในประเด็นเกี่ยวกับการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ ทั้ง ๓ หัวข้อ ได้แก่ (๑) ระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ (๒) เทคโนโลยีและสารสนเทศสุขภาพ และ (๓) กำลังคนสุขภาพ กรณีศึกษา "ระบบการให้บริการของโรงพยาบาลรามาริบัติ ที่มาและแนวคิด รวมทั้งการดำเนินการในการจัดทำระบบการให้บริการของโรงพยาบาลรามาริบัติ และแนวทางการพัฒนาการให้บริการด้านสาธารณสุข รวมทั้งปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในการดำเนินงานตลอดจนประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

**คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข เดินทางไปศึกษาดูงานระหว่างวันที่ ๑๓ - ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ณ จังหวัดพิจิตร**

เมื่อวันพฤหัสบดีที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ระหว่างเวลา ๐๙.๓๐ - ๑๗.๐๐ นาฬิกา ณ จังหวัดพิจิตร นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์ รองประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข ในฐานะประธานคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา พร้อมด้วยคณะอนุกรรมการ และคณะทำงานศึกษาประเด็นปฏิรูปฯ เดินทางไปศึกษาดูงาน ณ คลินิกหมอครอบครัวสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ สำนักขุนเณร อำเภอตงเจริญ และคลินิกหมอครอบครัวเทศบาลเมืองบางมูลนาก อำเภอบางมูลนาก โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร นายอำเภอตงเจริญ นายอำเภอบางมูลนาก นายกเทศมนตรีตำบลสำนักขุนเณร นายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองบางมูลนาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางมูลนาก และผู้บริหารจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ตลอดจนผู้แทนภาคประชาชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้การต้อนรับเป็นอย่างดี พร้อมทั้ง นำบรรยายสรุปและร่วมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกับคณะเดินทาง ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ ๑) ประเด็นการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิในเขตภูมิภาค ๒) ประเด็นการบริหารจัดการระบบปฐมภูมิในอนาคต ๓) ประเด็นการจัดบริการปฐมภูมิภายใต้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

## คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางไปศึกษาดูงาน ในวันพุธที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๓ ณ ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร

ในวันพุธที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๓ ระหว่างเวลา ๑๐.๐๐ - ๑๓.๐๐ นาฬิกา ณ ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดย นายเจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการ พร้อมด้วยกรรมการ คณะอนุกรรมการ ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ ผู้ชำนาญการ และฝ่ายเลขานุการ ร่วมเดินทางไปศึกษาดูงาน โดยมีรองผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร และผู้บริหารกรุงเทพมหานคร เช่น ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ ให้การต้อนรับเป็นอย่างดี พร้อมทั้งบรรยายสรุปและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ ๑) นโยบายและแนวทางการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยภาพรวมระบบบริการสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จะขับเคลื่อนด้วยการเชื่อมโยงภาคีเครือข่าย ๓ ส่วน ได้แก่ ๑) Pre Hospital หรือหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินในบริเวณ ๙ เขตพื้นที่ ๒) โรงพยาบาลทั้งหมด แบ่งเป็น โรงพยาบาลรัฐ จำนวน ๔๖ แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน จำนวน ๑๐๘ แห่ง และระบบปฐมภูมิ จำนวน ๘๒ หน่วยบริการ ครอบคลุม ๒๓ เขต ๒) นโยบายและการบริหารจัดการด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร รวมทั้งการดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามแผนปฏิรูปประเทศด้านระบบบริการปฐมภูมิ และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้ดำเนินงานแล้ว จำนวน ๑๒ เขต รวม ๘๒ หน่วยบริการ แต่ยังมีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน เช่น การขาดแคลนบุคลากร โดรนเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หน่วยบริการรับส่งเหตุฉุกเฉินยังไม่เพียงพอ ๓) การเตรียมความพร้อมต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จะดำเนินการหามาตรการเพื่อทำให้สถานการณ์การแพร่ระบาดในระยะที่ ๓ เกิดขึ้นช้าที่สุด และจะเฝ้าระวังเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยให้มีจำนวนน้อยที่สุด ส่วนกลไกการบริหารจัดการ จะดำเนินการผ่านคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร และจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินกรณีโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (EOC) ของกรุงเทพมหานคร เพื่อพร้อมรับทุกสถานการณ์

โดยการดำเนินงานของกรุงเทพมหานครจะประสานงานและหารือร่วมกับผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขอย่างใกล้ชิด พร้อมด้วยการประสานกับสำนักงานเขตช่วยติดตามและเฝ้าระวังสถานการณ์ ทั้งนี้ ได้มีการกำหนดโรงพยาบาลเพื่อเป็นสถานที่กักกันผู้ได้รับเชื้อไว้พร้อมแล้ว ซึ่งเป็นสถานที่ที่มีความเหมาะสม เนื่องจากห่างไกลชุมชน โดยจุดเด่นของกรุงเทพมหานครจะอยู่ที่การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยตามมาตรการของศูนย์เฝ้าระวังที่มีการกำหนดระดับความรุนแรงของอาการจากผู้ป่วย โดยไม่ให้เกิดผลกระทบกับประชาชนในวงกว้าง ทั้งหมดมุ่งหวัง ให้สถานการณ์คลี่คลายไปในทิศทางที่ดีที่สุด ๔) ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน รวมทั้งข้อเสนอแนะ เช่น การรับมือการระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID - 19) มีความจำเป็นต้องสำรองหน้ากอกอนามัยไว้ใช้ไม่ต่ำกว่า ๓ เดือน สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องเผชิญความเสี่ยง ขณะเดียวกันยังจำเป็นต้องหามาตรการรับมือในการสื่อสารความเสี่ยง เพื่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบให้น้อยที่สุด มิเช่นนั้นจะส่งผลกระทบต่อขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่ และประสิทธิภาพในการดำเนินงานเฝ้าระวังและรับมือการแพร่ระบาด ตามอำนาจและหน้าที่ที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ซึ่งยังมีข้อขัดขัดหลายประการ เช่น การจัดหาอุปกรณ์ป้องกันการติดต่อ หรือเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นในการรับมือกับสถานการณ์แพร่ระบาด ที่ถึงแม้จะมีงบประมาณในการเบิกจ่ายแต่ไม่อาจจัดหาได้เนื่องจากสินค้าขาดแคลน

**คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางไปศึกษาดูงาน ในวันพุธที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๓ ณ สถาบันบาราศนราตुर กระทรวงสาธารณสุข**

ในวันพุธที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๓ ระหว่างเวลา ๑๓.๓๐ – ๑๖.๓๐ นาฬิกา ณ สถาบันบาราศนราตुर กระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดย นายเจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา พร้อมด้วยคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ ผู้ชำนาญการ และฝ่ายเลขานุการ ร่วมเดินทางเข้าให้กำลังใจ และมอบผลไม้ ให้บุคลากรทางการแพทย์ ทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่ดำเนินการเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อันถือเป็นผู้เสียสละทำหน้าที่เพื่อประโยชน์ส่วนรวม โดยมีนายแพทย์อภิชาติ วชิรพันธ์ ผู้อำนวยการสถาบันบาราศนราตुर ให้การต้อนรับ พร้อมทั้งนำชม และอธิบายความคืบหน้าของสถานการณ์ จากนั้น นายเจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการ และคณะเดินทางเข้าให้กำลังใจบุคลากรทางการแพทย์ คณะทำงาน และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์ และสาธารณสุข (PHEOC) ชั้น ๗ อาคารสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมี นายแพทย์ยงยศ ธรรมวุฒิ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้อำนวยการศูนย์ PHEOC ให้การต้อนรับ นำชม และบรรยายสรุป สถานการณ์การเฝ้าระวัง และการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สรุปสถานการณ์ การระบาดทั่วโลก พร้อมทั้งให้ข้อมูลถึงมาตรการการรับมือการแพร่ระบาดในประเทศไทย โดยแบ่งเป็น ๓ ระดับ คือ ๑) มาตรการต้นน้ำ ได้ดำเนินการเกี่ยวกับการคัดกรอง การตั้งด่านควบคุมโรคทุกด่านเข้าออก ประเทศไทย ตลอดจนด่านชุมชนทั่วประเทศ ๒) มาตรการกลางน้ำ ได้ดำเนินการป้องกันการกระจาย และแพร่ระบาดของเชื้อดังกล่าว และได้มีการมุ่งเน้นการสื่อสารความเสี่ยง และ ๓) มาตรการปลายน้ำ คือ การดำเนินการรักษาผู้ป่วย โดยสถานการณ์การระบาดในประเทศไทยยังอยู่ในระยะที่ ๒ ซึ่งกระทรวง ได้ดำเนินการเตรียมพร้อมรับมือหากการระบาดเข้าสู่ระยะที่ ๓ ในทุกระดับ

นอกจากนี้ คณะกรรมการ ยังได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประเด็นที่สังคม ให้ความสนใจ คือ ปัญหาการขาดแคลนหน้ากากอนามัย และเจลแอลกอฮอล์ล้างมือ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขก่อนการระบาดจะเข้าสู่ระยะที่ ๓

**คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัด การปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข เดินทางไปศึกษาดูงาน ในวันพฤหัสบดีที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ณ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน จังหวัดนนทบุรี**

เมื่อวันพฤหัสบดีที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ นาฬิกา ณ ห้องประชุม ๒ ชั้น ๙ อาคารสำนักงาน ก.พ. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน จังหวัดนนทบุรี คณะอนุกรรมการ ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดย นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์ รองประธาน คณะกรรมการ ในฐานะประธานคณะอนุกรรมการ พร้อมด้วยอนุกรรมการ และที่ปรึกษาเดินทาง ไปศึกษาดูงานเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินการติดตาม เร่งรัด และเสนอแนะการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยมี หม่อมหลวงพัชรภากร เทวกุล เลขานุการ ก.พ. นายปิยวัฒน์ ศิวรักษ์ รองเลขานุการ ก.พ. และผู้บริหาร ระดับสูงของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ให้การต้อนรับ พร้อมร่วมแลกเปลี่ยน และบรรยายสรุปในประเด็นการปฏิรูปด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะประเด็นปฏิรูปที่ ๑ : ระบบบริหารจัดการ ด้านสุขภาพ ดังนี้ ๑) แนวคิด และแนวทาง รวมทั้งประเด็นด้านกฎหมาย กฎ ระเบียบ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่ การปฏิรูป (๑) การบริหารจัดการสถานพยาบาลภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้มีอิสระ คล่องตัว

และสามารถบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ ความคล่องตัวในการบริหารงานบุคคล และค่าตอบแทน เช่น ให้สถานพยาบาลบริหารงบประมาณค่าตอบแทนของบุคลากร (๒) การบริหารร่วมกัน เป็นเครือข่าย ทั้งด้านงบประมาณ อัตราค่าจ้างและทรัพยากร ซึ่งจะเป็นการบริหารทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ภายใต้การมีส่วนร่วมออกแบบระบบจากผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholder) ๒) ประเด็นเกี่ยวกับการกระจายอำนาจโดยการตั้งเขตสุขภาพ : แนวคิดและแนวทาง รวมทั้งประเด็น ด้านกฎหมาย กฎ ระเบียบ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ ได้มีการหารือถึงแนวทางปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ โดยการกำหนดพื้นที่จัดทำ Systematic Sandbox เพื่อทดลองดำเนินการตามแนวทางการปฏิรูปข้างต้น ใน ๑ เขตภูมิภาค / ๑ เขต กรุงเทพมหานคร โดยรูปแบบจะยังคงสถานะสถานพยาบาลให้เป็นส่วนราชการ แต่ให้มีอิสระในการบริหาร ทั้งกำลังคนและงบประมาณให้มีความคล่องตัวมากยิ่งขึ้น ภายใต้การมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ ภาครัฐที่เกี่ยวข้อง และคณะกรรมการบริหารสถานพยาบาล โดยมีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแล เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ซึ่งคณะผู้บริหารสำนักงาน ก.พ. เห็นด้วยในหลักการของข้อเสนอการทำ Systematic Sandbox พร้อมแนะนำถึงกรอบระยะเวลาดำเนินการ ๑ - ๒ ปี อาจไม่เพียงพอ เนื่องจากระยะเวลาที่ใช้กับเรื่องบุคคล ถือว่าน้อยเกินไป ยังต้องคำนึงถึงการบริหารจัดการความต้องการและความคาดหวังของบุคคลที่แตกต่างกันไป ระยะเวลาที่เหมาะสมในการศึกษาจากพื้นที่ Systematic Sandbox คือ ๓ ปีขึ้นไป เพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันออกแบบแนวทางการบริหารจัดการทรัพยากรบุคลากรตั้งแต่ขั้นตอนการออกแบบการบริหารจัดการ ทรัพยากรบุคคล งบประมาณ และการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยต้องมีผู้เชี่ยวชาญติดตามการปฏิรูป (Reform Champion) อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนแลกเปลี่ยนถึงระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลของภาครัฐที่กำลังเริ่มเข้าสู่ช่วงเวลาผลัดใบคนรุ่นใหม่ที่มีทักษะและค่านิยมแบบใหม่กำลังเข้าสู่ระบบข้าราชการมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อปรัชญาในการดำรงอยู่ของหน่วยงานรัฐ (Public Sector) ที่ต้องพิจารณาว่า จะมุ่งเน้น การทำงานของคน (Workforce Intensive) หรือมุ่งเน้นการทำงานโดยเทคโนโลยีเป็นสำคัญ (Technology Intensive) โดยมีคนเป็นผู้สนับสนุน

ดังนั้น การทำ Systematic Sandbox จะต้องให้ความสำคัญกับ Technology ควบคู่กันไป อย่างไรก็ตาม การผลักดันการจัดทำ Systematic Sandbox ในพื้นที่เขตสุขภาพ อาจจะต้องมีการหารือ ร่วมกับหน่วยงานกลางอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ความคิดเห็นอย่างรอบด้านสำหรับการออกแบบ เช่น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) กรมบัญชีกลาง สำนักงานงบประมาณ สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) และสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

**คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัด การปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข เดินทาง ไปศึกษาดูงาน ในวันพุธที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ณ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.)**

เมื่อวันพุธที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ระหว่างเวลา ๑๐.๐๐ - ๑๒.๐๐ นาฬิกา ณ ห้องประชุม ก.พ.ร. ชั้น ๕ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา และคณะอนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และการจัดทำและดำเนินการ ตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดย นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์ รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง ในฐานะประธานคณะอนุกรรมการ เดินทางไปศึกษาดูงาน โดยมี นางสาวอ้อนฟ้า เวชชาชีวะ เลขานุการ ก.พ.ร. และผู้บริหารของสำนักงาน ก.พ.ร. ให้การต้อนรับ พร้อมร่วมหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ในประเด็น

ปฏิรูปที่ ๑ : ระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ ได้แก่ ๑) การสร้างเอกภาพทางนโยบายในระดับชาติ ผ่านการผลักดันร่างพระราชบัญญัติคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ หรือการใช้อำนาจฝ่ายบริหาร ตั้งคณะกรรมการนโยบาย ๕ ด้าน เพื่อบริหารระบบ ๒) การปฏิรูปการบริหารสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยการจัดทำ Systematic Sandbox ในพื้นที่ทดลอง ๒ เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตกรุงเทพมหานคร และเขตจังหวัดเชียงใหม่ ๓) การกระจายอำนาจ การบริหารจัดการ โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในระดับเขตพื้นที่โดยการจัดตั้งคณะกรรมการร่วม (Consortium) ทั้งนี้ เลขานุการ ก.พ.ร. และทีมผู้บริหารเห็นด้วย ในหลักการการผลักดันการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ทั้ง ๓ แนวทางข้างต้น

โดยมีข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ ดังนี้ ๑) การสร้างเอกภาพทางนโยบายสุขภาพ ควรใช้อำนาจฝ่ายบริหารทดลองดำเนินการ เพราะจะง่ายกว่าการออกกฎหมาย ซึ่งหากผลการดำเนินการมีประสิทธิภาพ ก็จะนำไปสู่การออกกฎหมายต่อไป ๒) การปฏิรูปการบริหารสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยการจัดทำ Systematic Sandbox ควรผลักดันผ่านการใช้อำนาจฝ่ายบริหารมารองรับ ซึ่งอาจดำเนินการกำหนดรายละเอียดประเด็นการปฏิรูปในระยะเบื้องต้นสำนักงานกฤษฎีกาว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพ เพื่อประชาชน พ.ศ. ๒๕๕๙ ที่คณะอนุกรรมการ จะใช้ในการกำหนดเขตพื้นที่เพื่อการจัดทำ Systematic Sandbox ๓) การกระจายอำนาจ โดยการจัดตั้งคณะกรรมการร่วม (Consortium) โดยมีประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม หากต้องการให้เกิดขึ้นอย่างเร่งด่วน ควรผลักดันเข้าสู่การพิจารณาของฝ่ายบริหาร โดยช่องทางที่จะสามารถทำให้เกิดการดำเนินการได้อย่างรวดเร็วที่สุด คือ มติคณะรัฐมนตรี (ครม.)

อย่างไรก็ตาม การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขตามแนวทางของอนุกรรมการ จะได้รับการดำเนินการก็ต่อเมื่อคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (คป.สธ.) กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholder) ร่วมสนับสนุน ซึ่งการที่ฝ่ายประจำจะเข้ามามีส่วนร่วมได้ จะต้องเกิดจากความเห็นชอบจากฝ่ายการเมือง จึงจะนำไปสู่การผลักดัน

**คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เข้าร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการเสวนาเชิงนโยบาย (Policy Dialogue) ร่วมกับคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (คป.สธ.) และกระทรวงสาธารณสุข ในวันพฤหัสบดีที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ณ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เข้าร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการเสวนาเชิงนโยบาย (Policy Dialogue) ร่วมกับคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (คป.สธ.) และกระทรวงสาธารณสุข ในวันพฤหัสบดีที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ณ ห้องประชุมชัยนาทนเรนทร ชั้น ๒ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

**คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๖ - ๘ สิงหาคม ๒๕๖๓ ณ จังหวัดสุรินทร์**

วันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๖๓ ระหว่างเวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ นาฬิกา คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดย นายเจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการ เดินทางไปศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยมี นายอดิเทพ กมลเวชซ์ รองผู้ว่าราชการจังหวัดสุรินทร์และนายตี๋ใหญ่ พูนศรีธนากุล สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร เขต ๔ พร้อมด้วย นายแพทย์ภูวเดช สระโคตร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ และนายแพทย์ประวีณ ตัณฑประภา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ และคณะให้การต้อนรับ และร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นเกี่ยวกับการดำเนินงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์ในภาพรวมของจังหวัดและเขต รวมทั้งระบบการให้บริการ ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ระบบหลักประกันสุขภาพ



ระบบการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อ ระบบการจัดสรรงบประมาณในพื้นที่ ตลอดจนงบประมาณที่นำไปใช้กับแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาลสุรินทร์ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่มีการพัฒนาบริการไปสู่ความเป็นเลิศ โดยมีการดำเนินงานในหลายด้าน เช่น ศูนย์โรคมะเร็ง ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์ทารกแรกเกิด ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยจังหวัดสุรินทร์เน้นการแก้ไขปัญหา ๓ ประเด็น ได้แก่ อาหารปลอดภัย อุบัติเหตุ สุขภาพจิตชุมชน และได้มีการแก้ไขปัญหาโควิด - 19 โดยใช้กลไก พชอ. ตลอดจนพัฒนา พชอ. สุพชต. ในพื้นที่อำเภอละ ๑ ตำบล โดยบูรณาการกับตำบลจัดการคุณภาพชีวิต/ธรรมนูญตำบล ฯลฯ อีกทั้งมีการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิ (PCC) โดยเน้นให้มีคุณภาพ คนไข้ไม่ต้องเข้ามายังโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว นอกจากนี้ ได้ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมกับ PCC ด้วยการร่วมเป็นกรรมการ สำหรับระบบการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อ New Normal และการจัดการหลัง COVID - 19 คำนึงถึงจิตใจของเจ้าหน้าที่และประชาชนเป็นสำคัญ โดยในการดำเนินการ มีการสำรวจความเครียดซึ่งในระยะแรกมีความเครียดและกังวลสูงมาก จึงมีการจัดทำอุปกรณ์ป้องกันต่าง ๆ และสิ่งสำคัญ คือ กำลังใจจากผู้บริหาร ซึ่งมีการลงไปปฏิบัติงานร่วมกันอย่างแท้จริง

ส่วนเรื่องงบประมาณ ยังคงไม่เพียงพอ ปัญหา คือ ความแออัด และการให้บริการที่จ่อตรง โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จะได้เสนอขออาคารผู้ป่วยในและอาคารจ่อตรง เนื่องจากปัจจุบันไม่สามารถให้บริการได้อย่างเพียงพอ อีกทั้งต้องเช่าพื้นที่จ่อตรงสำหรับประชาชนทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก นอกจากนี้ โรงพยาบาลมีการดำเนินการเรื่อง Smart Hospital ซึ่งมีการคิดค้นคิวอัจฉริยะ และโปรแกรมลดความแออัด รวมทั้งมีการเชื่อมต่อโปรแกรมและจัดทำ PCC Link ตลอดจนโปรแกรม Smart Lap ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของโรงพยาบาล เช่น เรื่องงบประมาณ รวมทั้งปัญหารายได้จากระบบ UC และระบบประกันสังคมซึ่งมีระดับขั้นตอนการจ่ายเงินที่มีขั้นตอนจำนวนมาก เป็นต้น

ต่อมา คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดย นายเจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการ เดินทางไปศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแกใหญ่ (รพ.สต.) ตำบลแกใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ โดยมี นายแพทย์ภูวเดช สระโคตร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ และนายแพทย์ประวีณ ตันตพระภา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ นางสุนีย์ ศรีเพชร ผู้อำนวยการ รพ.สต. แกใหญ่ และคณะให้การต้อนรับและร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว และแนวทางการดำเนินการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ รวมทั้งระบบการส่งต่อผู้ป่วย ระบบการจัดสรรงบประมาณ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ

ในการดำเนินงาน รพ.สต.แกใหญ่ รับผิดชอบดูแล ๑๓ หมู่บ้าน ๒,๒๐๖ หลังคาเรือน มีประชากรจำนวน ๑๐,๗๓๙ คน ทั้งนี้ รพ.สต. ได้รับการคัดเลือกให้ผ่านการประเมิน รพ.สต. ดีดดาว ในปี ๒๕๖๑ การดำเนินงานของ รพ.สต. มีการประสานงานร่วมกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เช่น รพศ. รพช. ชมรมผู้สูงอายุ อปท. อสม. โรงเรียน และวัด การส่งต่อผู้ป่วยมีการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยมีผู้บริจาครถตู้เพื่อใช้ในการดำเนินการกู้ชีพ แต่ยังคงเป็นเรื่องที่ขาดแคลน โดยเมื่อส่งต่อคนไข้แล้วจะมีการติดตามอาการคนไข้ เพื่อเตรียมการรับคนไข้เมื่อออกจากโรงพยาบาล และมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยสำหรับงบประมาณมีการนำไปใช้ในการดำเนินงานเพื่อให้ รพ.สต. มีมาตรฐาน สำหรับการถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขณะนี้อยู่ระหว่างการพิจารณา ร่วมกับ อบจ. และการดำเนินการตามกฎหมาย รพ.สต. แกใหญ่ เป็นสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐาน โดยเป็นสถานที่ฝึกนักศึกษาหลายสถาบัน รวมทั้งมีการส่งเสริม อสม. ให้ศึกษาต่อหลักสูตรนักวิชาการสาธารณสุข และพัฒนาศักยภาพ อสม. ทั้งนี้ อสม. มีการพัฒนาศักยภาพและฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอ มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดำเนินงาน

รวมทั้งส่งเสริมให้ อสม. มีความเป็นจิตอาสา เช่น มีการจัดเวรให้ อสม. เข้ามาช่วยเหลืองานที่ รพ.สต. เช่น การคัดกรองและช่วยเหลือคนไข้ โดยเฉพาะช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อสม. เข้ามาช่วยเหลือในการตรวจคัดกรองและให้ความรู้แก่ชุมชนในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

นอกจากนี้ ด้วยความเข้มแข็งของ อสม. แก่ใหญ่ จึงส่งผลให้ในชุมชนไม่มีโรคไข้เลือดออกมาเป็นเวลา ๔ ปี ปัญหาการดำเนินงาน เช่น ระบบการส่งต่อและระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ผ่านมาได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากชุมชน ดังนั้น จึงต้องการได้รับการสนับสนุนรถกู้ชีพ และอุปกรณ์ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานและสนับสนุนความก้าวหน้าในวิชาชีพ โดยเฉพาะตำแหน่งนักวิชาการชำนาญการพิเศษ รวมทั้งการผลักดันให้ตำแหน่งพนักงานกระทรวงสาธารณสุขได้รับการบรรจุ ตลอดจนการพิจารณาเกี่ยวกับค่าตอบแทนวิชาชีพ

**คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ เดินทางไปศึกษาดูงาน ในวันศุกร์ที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๓ ณ บริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี**

วันศุกร์ที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ นาฬิกา คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา และคณะอนุกรรมการนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ นำโดยนายเจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข และรองศาสตราจารย์ พลเอก ไตรโรจน์ ครุฑเวช รองประธานคณะกรรมการ และประธานคณะอนุกรรมการนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ เดินทางไปศึกษาดูงาน ณ บริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี เพื่อรับฟังบรรยายสรุปและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากผู้บริหารบริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด เกี่ยวกับการศึกษาวิจัยและพัฒนา รวมทั้งความก้าวหน้าการผลิตยาชีววัตถุ และผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ พร้อมทั้งเยี่ยมชมสถานที่ผลิตยาชีววัตถุและผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ โดยมีนายอภิพร ภาษวีธน์ ประธานกรรมการบริหาร และคณะผู้บริหารให้การต้อนรับ และรายงานการดำเนินงาน

เครือสยามไบโอไซเอนซ์ ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ซึ่งประกอบด้วย ๒ บริษัทหลัก คือ บริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด และบริษัท เอเพ็กซ์เซลล์ จำกัด มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนชาวไทยสามารถได้รับยาที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูง สร้างความมั่นคงทางยา เพื่อดูแลรักษาสุขภาพของคนไทย บริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด (Siam Bioscience) บริษัทผู้ผลิตยาชีววัตถุ ที่ผลิตด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงแห่งแรกของประเทศไทย และแห่งแรกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่สามารถคิดค้น พัฒนา ผลิตวัตถุดิบ ยา ผลิตยา บรรจุยา และจัดจำหน่ายยาชีววัตถุที่สามารถผลิตตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำและปลายน้ำ โดยไม่ต้องพึ่งพาวัตถุดิบจากภายนอก สำหรับผลิตภัณฑ์ที่บริษัทผลิต ได้แก่ ยารักษาโรคเนื้องอกที่ยาชีววัตถุ โดยยาตัวแรกที่ออกสู่ตลาด คือ ยาเพิ่มเม็ดเลือดแดงให้กับผู้ป่วยที่มีอาการไตวาย เนื่องจากร่างกายไม่สามารถผลิตเม็ดเลือดแดงได้เอง ยาตัวที่ ๒ คือ ยาเพิ่มเม็ดเลือดขาว ให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด นอกจากนี้ บริษัทยังได้รับจ้างวิจัยพัฒนาและผลิตยาให้แก่องค์กรในประเทศ โดยในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 บริษัทได้พัฒนาและผลิตชุดตรวจ RT-PCR กับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๐๐,๐๐๐ ตัวอย่าง เพื่อใช้ภายในประเทศและส่งไปยังประเทศในภูมิภาคอาเซียน จำนวน ๘๐,๐๐๐ ตัวอย่าง ซึ่งจะได้มีการพัฒนาต่อยอดเพื่อให้เกิดความสะดวกต่อการใช้งานต่อไป

**คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๘ - ๙ กันยายน ๒๕๖๓ ณ จังหวัดสุพรรณบุรี**

เมื่อวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๓ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ร่วมกับคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ นำโดย พลโท อำพน ชูประชุม ที่ปรึกษาคณะกรรมการ และในฐานะประธานคณะอนุกรรมการฯ พร้อมคณะ เดินทางไปศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาลหนองหญ้าไซ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทัพหลวง อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อศึกษาดูงานด้านสาธารณสุข และการดำเนินการตามแนวทางการปฏิรูปด้านระบบบริการปฐมภูมิ โดยมีรองผู้ว่าราชการจังหวัดสุพรรณบุรี นายอำเภอหนองหญ้าไซ คณะผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหญ้าไซ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทัพหลวง ให้การต้อนรับ พร้อมทั้งบรรยายสรุปประเด็นต่าง ๆ

ซึ่งโรงพยาบาลหนองหญ้าไซเป็นหน่วย Primary Care Unit: PCU ตลอดจนการมี รพ.สต. รวม ๙ แห่ง เป็นเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ Network of Primary Care Unit: NPCU ซึ่งรวมถึง รพ.สต. ทัพหลวง การให้บริการ ในภาพรวมของพื้นที่ที่มีความครอบคลุมกับประชาชนในพื้นที่ และประชาชนมีความพึงพอใจในระบบบริการ แต่ยังมีปัญหาความขาดแคลน คน เงิน ของที่จะเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน นอกจากนั้นเจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีภารกิจงานที่มาก แต่ขาดโอกาสความก้าวหน้าเพียงพอ ขาดขวัญและกำลังใจ อย่างไรก็ตาม อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญต่องานด้านสุขภาพในชุมชน

ทั้งนี้ คณะกรรมการมีข้อเสนอแนะให้มีการนำระบบเทคโนโลยีการสื่อสารและ Telemedicine มาใช้ในการบริการขั้นต้นให้กับประชาชน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นต่อการบริการสุขภาพปฐมภูมิ และลดปัญหาการขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และมุ่งเน้นการทำงานเพื่อประโยชน์สุขภาพต่อประชาชนเป็นแรงผลักดันการทำงานต่อไป

วันที่ ๙ กันยายน ๒๕๖๓ เวลา ๐๙.๓๐ นาฬิกา คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ร่วมกับคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ นำโดย พลโท อำพน ชูประชุม ที่ปรึกษาคณะกรรมการ และในฐานะประธานคณะอนุกรรมการฯ พร้อมคณะ เดินทางไปศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำเย็น อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อศึกษาดูงานด้านสาธารณสุขการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการดำเนินการตามแนวทางการปฏิรูปด้านระบบบริการปฐมภูมิ โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปลาม้า และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำเย็น ให้การต้อนรับคณะ พร้อมทั้งบรรยายสรุปประเด็นต่าง ๆ ซึ่งการดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ตำบลวังน้ำเย็น มีการดูแลประชาชนในพื้นที่ประมาณ ๔,๐๕๖ คน โดยใช้หลักการดูแลสุขภาพด้วยหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อมุ่งเน้นให้ประชาชนใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดี โดยการสนับสนุนและส่งเสริมของ รพ.สต. ท้องถิ่น ผู้นำชุมชน หมู่บ้าน และ อสม. เพื่อให้ประชาชนจัดทำโครงการ และกิจกรรมต่าง ๆ ภายใต้โครงการและกิจกรรม ๓ อ ๒ ส อาทิ อาหารที่ควรลดหวาน มัน เค็ม เพื่อป้องกันโรค NCDs การออกกำลังกาย โดยกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจ อารมณ์จิตใจที่แจ่มใส รวมทั้งสุขภาพดี ที่ไม่สูบและไม่เสพ ทั้งนี้ การดำเนินงานที่สำคัญ คือ มุ่งเน้นการปลูกฝังเจตคติ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติโดยให้ความรู้และสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน วัด และโรงเรียนร่วมปฏิบัติ เช่น การกำจัดลูกน้ำยุงลาย การปลูกผัก ปลอดภัยเพื่อแบ่งปันกันในชุมชน การออกกำลังกายร่วมกัน ทั้งนี้ ในการดำเนินงานมีความเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลชุมชนทางด้านการให้คำปรึกษาจากแพทย์ พยาบาลเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยในขั้นต้น การเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และการส่งต่อผู้ป่วยไปในโรงพยาบาล ในด้านการดำเนินงานตามแนวทางการปฏิรูปบริการปฐมภูมิ และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

โดยโรงพยาบาลบางปลาหมี่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็น รพ.สต. จำนวน ๑๐ แห่ง รวมทั้งทีมหมอครอบครัวอีก ๑ ทีม ซึ่งดำเนินงานร่วมกันเป็นระบบ และเครือข่ายได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้ ปัญหาที่สำคัญ คือ บุคลากรไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน และความเหลื่อมล้ำ ในด้านค่าตอบแทนและความก้าวหน้า ส่งผลต่อขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ จึงควรมีการแก้ไข กฎหมาย ระเบียบที่จะส่งเสริมและลดความเหลื่อมล้ำดังกล่าว ทั้งนี้ คณะกรรมการได้มีข้อเสนอแนะ ต่อการปฏิบัติงาน โดยควรมีการนำเทคโนโลยีการสื่อสาร และ Telemedicine มาใช้ในการดูแล รักษาสุขภาพประชาชนขั้นต้นในพื้นที่ชุมชน จะสามารถลดปัญหาการขาดแคลนบุคลากร และสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนได้มาก รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีความเข้มแข็ง และเป็นกำลังสำคัญของงานด้านสาธารณสุขสุขภาพเพื่อชุมชนต่อไป

### คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๑๐ - ๑๒ กันยายน ๒๕๖๓ ณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

เมื่อวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๓ ระหว่างเวลา ๑๔.๐๐ - ๑๗.๐๐ นาฬิกา ณ อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี คณะกรรมการสาธารณสุข นำโดยนายเจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการ พร้อมด้วยกรรมการ เดินทางลงพื้นที่ศึกษาดูงานการดำเนินงาน และสถานการณ์ของสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ บนพื้นที่เกาะสมุย อาทิ การพัฒนาส่งเสริม การสนับสนุน การควบคุมกำกับและดูแล เพื่อให้การดำเนินการ ของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ มีคุณภาพและมีมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด โดยมีตัวแทน จากหน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะสมุย และนายกสมาคมสปาสมุย ให้การต้อนรับ พร้อมนำชมสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และบรรยายสรุป ตลอดจนแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นร่วมกันระหว่างผู้ประกอบการสปาบริเวณหาดเฉวงกับคณะกรรมการเกี่ยวกับผลกระทบ ที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

รายได้ของอำเภอเกาะสมุยที่มาจากนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติจำนวนร้อยละ ๙๘ ลดลง จึงอยากเรียกร้องให้ในช่วงที่ภาครัฐเริ่มมีการผ่อนปรนมาตรการการเดินทางระหว่างประเทศ โดยอำนวยความสะดวกให้นักท่องเที่ยว จากต่างประเทศบินตรงมาก็ักตัว (quarantine) เป็นเวลา ๑๔ วัน ณ อำเภอเกาะสมุย ได้ทันที และดำเนินการหามาตรการเพื่อเป็นการเยียวยาและช่วยเหลือผู้ประกอบการ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ โดยการให้วงเงินสนับสนุนนักท่องเที่ยวชาวไทยเดินทางมาใช้บริการการ นวดเพื่อสุขภาพ และการนวดแผนไทย ในวงเงิน ๓๐๐ - ๕๐๐ บาท เพราะโครงการช่วยเหลือของภาครัฐ ที่ผ่านมา ครอบคลุมภาคบริการในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว แต่ยังไม่รวมถึงสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ อันเป็นจุดขายทางด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งกำลังได้รับผลกระทบอย่างรุนแรง และวันที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐ นาฬิกา ณ โรงพยาบาลเกาะสมุย คณะกรรมการ การสาธารณสุขนำโดยนายเจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการ เดินทางลงพื้นที่ศึกษาดูงานเกี่ยวกับ การบริหารจัดการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขของโรงพยาบาลเกาะสมุย โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาล เกาะสมุย สาธารณสุขอำเภอเกาะสมุย พร้อมด้วยคณะผู้บริหารให้การต้อนรับและบรรยายสรุปเกี่ยวกับ การดำเนินการป้องกันการระบาดของโรคโควิด 19 ระยะแรก ตั้งแต่เดือนมกราคมจนถึงเดือนมิถุนายน โดยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุข เทศบาลนครเกาะสมุย และภาคประชาชน คือ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งทำให้การดำเนินการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถตรวจพบผู้ติดเชื้อ ทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ จำนวน ๗ ราย

คณะกรรมการได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ โดยมุ่งเน้นให้เตรียมพร้อมกำหนดมาตรการรับมือหากเกิดการระบาดระลอกที่ ๒ ซึ่งทางตัวแทนของโรงพยาบาลเกาะสมุยได้ชี้แจงถึงแนวทางการเฝ้าระวังที่บูรณาการการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่เทศบาลนคร และ อสม. ในการตั้งจุดคัดกรองทางเข้าออกทุกช่องทาง ได้แก่ ทางเรือ ๗ จุด และสนามบิน ๑ จุด พร้อมทั้งสำรองน้ำยาตรวจหาเชื้อจำนวน ๒,๐๐๐ ตัวอย่างเตรียมพร้อมดำเนินการตามนโยบาย Travel Bubble ของรัฐบาล เนื่องจากรายได้หลักของเกาะสมุยมาจากการท่องเที่ยวของชาวต่างชาติ จากนั้น เวลา ๑๓.๓๐ นาฬิกา

คณะกรรมการเดินทางเพื่อรับฟังการบรรยายสรุปและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับนายกสมาคมสปาเกาะสมุย อุปนายกสมาคมสปาเกาะสมุย ถึงผลกระทบภาพรวมจากการทำธุรกิจสปาและการนวดเพื่อสุขภาพ ในพื้นที่เกาะสมุย พร้อมทั้งลงพื้นที่พบผู้ประกอบการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ซึ่งพบว่าการระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้เกิดผลกระทบในวงกว้าง ผู้ประกอบการอาชีพด้านการนวดเดินทางกลับภูมิลำเนาเนื่องจากไม่มีรายได้ ส่วนผู้ประกอบการต้องปรับตัวเปิดกิจการอื่นเสริม เพื่อให้อยู่รอดและสามารถให้ความช่วยเหลือแรงงานได้

ทั้งนี้ ผู้ประกอบการได้เสนอให้ภาครัฐ กำหนดมาตรการการช่วยเหลือเศรษฐกิจจากสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ให้ครอบคลุมสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เพราะในสถานการณ์ปกติ ธุรกิจดังกล่าวได้สร้างรายได้ให้ประเทศไทยเป็นจำนวนมหาศาล จากศักยภาพของผู้ประกอบการเกาะสมุยที่พัฒนาจนเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Wellness Tourism) เช่น การเยียวยาเบื้องต้น การกำหนดสิทธิการใช้บริการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพสำหรับผู้ประกันตนตามสิทธิประกันสังคม ปีละ ๖๐๐ - ๘๐๐ บาท เหมือนสิทธิในการทำฟันปีละ ๙๐๐ บาท หรือการพัฒนาระบบแอปพลิเคชันของภาครัฐให้มีความสะดวก เพื่อที่จะไม่ต้องพึ่งพิงการใช้บริการระบบของต่างประเทศที่หักค่าใช้บริการค่อนข้างสูง

โดยคณะกรรมการได้รับฟังพร้อมนำเสียงสะท้อนดังกล่าวไปแก้ปัญหาตามกลไกรัฐสภา พร้อมกับให้กำลังใจผู้ประกอบการในการเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก โดยเชื่อว่าจะกลับเข้าสู่สภาวะปกติจนประเทศไทยกลับมาเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ตามวิสัยทัศน์ของรัฐบาลต่อไป

ต่อมาคณะกรรมการได้เดินทางไปศึกษาดูงาน และรับฟังบรรยายสรุป ณ คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ่อผุด เกี่ยวกับการดำเนินการให้บริการตลอดจนปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ โดย รพ.สต.บ่อผุด มีบุคลากรจำนวน ๙ คน ให้บริการครอบคลุมประชาชนจำนวน ๑๐,๐๐๐ คน ให้บริการตรวจผู้ป่วยนอก (OPD) เป็นเวลา ๘ ชั่วโมงต่อวัน มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวออกตรวจทุกวันจันทร์ พร้อมด้วยแพทย์เฉพาะทาง เช่น แพทย์ศัลยกรรม ทำการตรวจรักษาทุกวันพฤหัสบดี และแพทย์อายุรกรรมอาสาทำการตรวจรักษาทุกวันศุกร์ ในลักษณะคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โดยปกติมีผู้รับบริการเฉลี่ยต่อวัน ๖๐ คน และเพิ่มขึ้นถึง ๒๐๐ คนต่อวัน เมื่อให้บริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พร้อมกันนี้ คณะกรรมการได้ให้กำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากร รพ.สต.บ่อผุดที่มีภาระงานค่อนข้างมาก และเสนอแนะ ให้พยาบาลนำเทคโนโลยีสารสนเทศทางสุขภาพ (Teleconsult) มาใช้สื่อสารกับแพทย์ควบคู่กันไปกับการให้บริการผู้ป่วยนอก เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกและพัฒนาทักษะของบุคลากร

**คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เดินทางไปศึกษาดูงาน ระหว่างวันที่ ๒๘ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓ ณ จังหวัดนครราชสีมา**

วันอังคารที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๓ เวลา ๐๙.๓๐ นาฬิกา คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดย นายเจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข และคณะ เดินทางไปศึกษาดูงาน ณ หน่วยบริการปฐมภูมิหนองสาหร่าย อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา โดยมีรองผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา และคณะผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา คณะผู้บริหารของโรงพยาบาลปากช่องนานา ให้การต้อนรับและร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นระบบบริการสุขภาพของจังหวัดนครราชสีมา การดำเนินงานพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ระบบบริการ ส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ ระบบส่งต่อการเยี่ยมบ้าน และการบริหารจัดการงบประมาณ

โดยพบว่า ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ โรงพยาบาลทุกแห่งไม่พบปัญหาวิกฤตทางการเงินระดับ ๗ ทั้งนี้ การดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญในปี ๒๕๖๓ เช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปัจจุบันยังคงดำเนินการตามมาตรการผ่อนคลายเป็นไปตามแนวทาง ศบค. อย่างเคร่งครัด โดยเน้นให้ประชาชน “ล้างมือทั้งวัน กินร้อน ช้อนฉ้น ห่างกัน ๒ เมตร และสวมหน้ากากอนามัยทุกคน” สำหรับผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่ ๑) การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดนครราชสีมา ปัจจุบันจำนวนประชากรที่ได้รับ การดูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว จังหวัดนครราชสีมา ครอบคลุมประชาชน ร้อยละ ๔๙.๐๒ ซึ่งสูงกว่า เป้าหมายที่กำหนดไว้ ร้อยละ ๔๐ ในปี ๒๕๖๓ ๒) การดำเนินงาน “ลดแออัด ลดรอคอย ในโรงพยาบาล” ในโรคสำคัญ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และจัดทำ Smart Hospital และ ๓) การดำเนินงานกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

ซึ่งมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ ๒ คณะ ได้แก่ ๑) คณะกรรมการประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานบริการ และ ๒) คณะกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยในปี ๒๕๕๒ เมืองครุฑปกครองส่วนท้องถิ่นแสดงความจำนงเข้าร่วมการถ่ายโอนสถานอนามัย จำนวน ๑ แห่ง (สถานอนามัยนากลาง อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา) แต่ไม่ผ่านการประเมินจากคณะกรรมการประเมินความพร้อม แนวทางดำเนินการในปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ คือ การประชาสัมพันธ์ให้เกิดความเข้าใจแก่บุคลากร และประชาชน รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเตรียมความพร้อมทั้ง ๒ ฝ่าย ทั้งในเรื่องคน เงิน ของ ทั้งนี้ ปัจจุบัน

ในส่วนของโรงพยาบาลปากช่องนานาได้เปิดศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลเมืองปากช่อง ๓ แห่ง คือ คลินิกหมอครอบครัวหนองสาหร่าย คลินิกหมอครอบครัวหนองกะจะ และคลินิกหมอครอบครัว ประปา โดยการประสานงานกับเทศบาลเมืองปากช่องอย่างต่อเนื่อง โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๕ คน ข้อเสนอเชิงนโยบาย คือ ขอสนับสนุนอัตรากำลังบุคลากรและครุภัณฑ์ทางการแพทย์เพื่อใช้ดำเนินการ ควบคุมโรคและดูแลรักษาผู้ป่วยในพื้นที่

วันอังคารที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๓ เวลา ๑๓.๓๐ นาฬิกา คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดย นายเจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข และคณะเดินทางไปศึกษาดูงาน ณ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี นิคมลำตะคอง อำเภอปากช่อง โดยมีคณะผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากช่องนานา ผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีฯ และบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ให้การต้อนรับและร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นระบบบริการสุขภาพ การส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ ระบบส่งต่อ การเยี่ยมบ้าน และการบริหารจัดการงบประมาณ โดยพบว่า สถานะการเงินการคลังอยู่ในระดับปกติ การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว

เริ่มร่วมดำเนินการ PCC ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ โดยมีแพทย์หญิงฉวี วิรัชศิริวิมล เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ประจำสถานีอนามัย โดยมีการดำเนินงานที่สำคัญ คือ ๑) การจัดทำโครงการบริการใกล้บ้านใกล้ใจ (ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง) ๒) การดำเนินโครงการมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน (กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มเด็ก ๐ - ๕ ปี) ๓) โครงการ LTC (กลุ่มผู้สูงอายุ)

ทั้งนี้ พบว่า มีปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับระยะทางในการเดินทางจากชุมชนมายังสถานบริการ โดยการบริหารจัดการและระบบการให้บริการในพื้นที่ ตำบลหนองสาหร่ายมีหน่วยบริการปฐมภูมิ ๒ แห่ง คือ สถานีอนามัยนิคมลำตะคอง รับผิดชอบทั้งหมด ๑๖ หมู่บ้าน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ่อทอง รับผิดชอบ ทั้งหมด ๙ หมู่บ้าน มีระบบการส่งต่อโดยมีระบบ EMS ทั้งของโรงพยาบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล

สำหรับการควบคุมโรคติดต่อในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สถานีอนามัยนิคมลำตะคอง มีระบบการให้บริการกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โครงการบริการใกล้บ้านใกล้ใจ) ในชุมชนอยู่แล้ว จึงไม่มีปัญหา ไม่พบผู้ป่วยพร้อมทั้งนำระบบการนัดแบบ One Stop Service มาใช้ในการให้บริการ เช่น คลินิกทันตกรรมและงานให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ สิ่งที่ต้องการให้รัฐสนับสนุน คือ การสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากร โดยการบรรจุเข้ารับเป็นข้าราชการ

วันพุธที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา นำโดย นายเจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข และคณะ เดินทางไปศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาลปากช่องนานา อำเภอปากช่อง โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา พร้อมด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากช่องนานา และคณะผู้บริหาร รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้การต้อนรับ และร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นระบบบริการสุขภาพ การส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ ระบบส่งต่อ การเยี่ยมบ้าน และการบริหารจัดการงบประมาณ ซึ่งพบว่า โรงพยาบาลปากช่องนานาให้การดูแลประชากรจำนวนประมาณ ๒ แสนคน รวมทั้งผู้ต้องขังใน ๒ เรือนจำใหญ่ โดยเป็นโรงพยาบาลขนาด ๓๒๙ เตียง ที่ไม่มีการเพิ่มจำนวนบุคลากร และมีการดำเนินการเพื่อลดความแออัดในการเข้ารับบริการของประชาชน โดยการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการดำเนินการ เช่น การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย การส่งยาไปที่บ้าน การจัดทำระบบเภสัชกรอาสา เพื่อนัดหมายคนไข้รับยาใกล้บ้าน

นอกจากนี้ โรงพยาบาลอยู่ระหว่างการเจรจาเพื่อสร้างห้องยาที่ Big C สาขาปากช่อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเมื่อไปตรวจที่โรงพยาบาลแล้วสามารถนำไปส่งยาไปรับยาได้ที่ Big C โดยเป็นการสร้างเครือข่าย ทั้งนี้ ระบบ Logistic เกี่ยวกับยาทุกประเภทจะจัดทำเป็นระบบเดียวกัน เช่น ซองยา และเม็ดยา เป็นต้น นอกจากนี้ จากการสำรวจและติดตามการใช้บริการของประชาชนใน รพ.สต. และ PCC พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลใหญ่ลดลง ทั้งนี้ โรงพยาบาลมีแผนงานเกี่ยวกับการก่อสร้างโดยได้รับงบประมาณสำหรับก่อสร้างอาคาร OPD ๕ ชั้น เพื่อรองรับผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก นอกจากนี้ ในอนาคตโรงพยาบาลปากช่องนานาจะเสนอขอประเมินเพื่อปรับระดับเป็นโรงพยาบาลจังหวัดปากช่อง และขอจัดตั้งเป็นศูนย์อุบัติเหตุ เนื่องจากอำเภอปากช่องถือว่าเป็นเส้นทางที่มีการสัญจรอย่างหนาแน่น และมีนักท่องเที่ยวเดินทางจำนวนมาก จึงทำให้มีผู้ป่วยและผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจำนวนมาก ทั้งนี้ หากการประเมินผ่านก็จะทำให้ขยายความครอบคลุมในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้อีกจำนวนมาก

## ๒. การจัดสัมมนา

สรุปผลการสัมมนาของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เรื่อง “การบูรณาการข้อมูลสุขภาพ (Digital Health) ตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข” ในวันศุกร์ที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

ตามที่คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เห็นควรให้คณะอนุกรรมการนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา จัดการสัมมนา เรื่อง “การบูรณาการข้อมูลสุขภาพ (Digital Health) ตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข” เมื่อวันศุกร์ที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ณ ห้องประชุม หมายเลข ๒๕๐๑ ชั้น ๒๕ อาคารสุขประพฤติ

โดยที่ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นประเด็นหนึ่งในแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขที่มีความมุ่งหมายให้ประเทศมีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมในการบริหารจัดการระบบสุขภาพและสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ เป็นธรรม ครอบคลุม ปลอดภัย สำหรับประชาชน จึงเห็นควรผลักดัน ส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการข้อมูลสุขภาพตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ บุคลากรของประเทศเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญจำนวนมาก แต่มีปัญหาอุปสรรคในเรื่องของการบูรณาการข้อมูลการใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผ่านมามีความพยายามจัดตั้ง National Clearing House เพื่อบูรณาการข้อมูลของทั้ง ๓ กองทุน แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

การจัดสัมมนาในครั้งนี้ เนื่องจากการบูรณาการข้อมูลสุขภาพ (Digital Health) ตามแผนปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข ถือว่าเรื่องที่สำคัญเรื่องหนึ่งในปัจจุบัน ด้วยขณะนี้ประเทศไทยมีความเจริญก้าวหน้าด้านสาธารณสุขของประชาชน โดยประเทศไทยได้รับการจัดลำดับประเทศที่มีระบบสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคติดต่อที่ดีที่สุดเป็นลำดับที่ ๖ ของโลกจากนิตยสารด้านธุรกิจของสหรัฐอเมริกา "CEOWORLD" ซึ่งเกิดจากความตั้งใจของหน่วยงานบุคลากรทางการแพทย์ที่เสียสละทำงานอย่างเต็มที่ตลอดเวลา จะเห็นว่าสิ่งที่สำคัญในยุคนี้ คือ Information Technology ซึ่งข้อมูลสารสนเทศของประเทศมีอยู่จำนวนมากและหลายระบบ ส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์เพื่อการเบิกจ่ายงบประมาณ ทั้งนี้ หน่วยบริการทางด้านสาธารณสุขมีการจัดทำข้อมูลที่ซับซ้อนในหลายระดับและขาดการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานและประชาชน การเข้าถึงข้อมูลของประชาชนไม่สามารถทำได้เต็มที่ ประกอบกับเรื่องดังกล่าวถูกบรรจุอยู่ในแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยวุฒิสภา มีภารกิจในการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ซึ่งเป็นหน้าที่ที่สำคัญตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ร่วมกับคณะอนุกรรมการนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เล็งเห็นถึงความมุ่งหมายดังกล่าว จึงได้จัดการสัมมนาขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์

๑. เพื่อทราบถึงสถานการณ์ แนวทางการบูรณาการข้อมูลทางการแพทย์ รวมถึงการบังคับใช้กฎหมาย
๒. เพื่อระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกันจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลการเบิกจ่ายกองทุนรักษาพยาบาลในประเทศไทย รวมถึงข้อมูลสุขภาพของประชาชนในประเทศ
๓. เพื่อนำข้อสรุปจากการสัมมนาผลักดันเสนอไปสู่ระดับนโยบายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาต่อไป



## การอภิปรายโดยวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์นวนรณ ธีระอัมพรพันธุ์ ผู้แทนคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ได้อภิปรายในประเด็น “การบูรณาการข้อมูลสุขภาพ (Digital Health) ตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ในมุมมองของคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข” สรุปได้ดังนี้

คำถามที่พบบ่อยในวงการ Digital Health ของประเทศไทย คือ

๑. โรงพยาบาลจะปรับเปลี่ยนไปสู่ Digital อย่างไร ซึ่งหมายถึงการดูแลคนไข้ได้อย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย รวดเร็ว และสะดวกเหมาะสมโดยที่เทคโนโลยีสารสนเทศนั้นมีความสำคัญ

๒. เมื่อใดที่ข้อมูลผู้ป่วยจะเชื่อมโยงกันได้ระหว่างโรงพยาบาล โดยเฉพาะในกรณีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข้ามสังกัด และโรงพยาบาลนอกกระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือ การส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลเพื่อการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ประวัติการแพ้ยา โรคประจำตัว

๓. ควรมีซอฟต์แวร์เดียวกันใช้ทั้งประเทศหรือไม่

๔. การนำข้อมูลระดับโรงพยาบาลมาใช้ประโยชน์ในระดับจังหวัด เขต และประเทศควรเป็นอย่างไร

๕. Disruptive Technology (AI, Blockchain, Etc) ควรมีบทบาทใน Healthcare ของไทยอย่างไร มากกว่าการเป็น Buzzwords

๖. ความก้าวหน้าและยั่งยืนของกำลังคนด้าน Health IT จะได้รับการแก้ไขเมื่อใด

๗. ระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยควรใช้โปรแกรมใด

๘. ระบบ IT การแพทย์ฉุกเฉินควรเป็นอย่างไร

๙. ระบบ IT ของ Primary Care ควรเป็นอย่างไร

๑๐. ทำอย่างไรจึงจะมีระบบเวชระเบียนสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Records : PHRs) ที่ครอบคลุมผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีการใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ นำไปสู่ Health Literacy ของคนไทย เพื่อลดภาระของบุคลากรทางการแพทย์

๑๑. ข้อมูล Precision Medicine & Genomics จะ Integrate ในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร

ข้อเสนอ : ควรเป็น Platform เดียวกัน (แต่ไม่ต้องเป็นแอปพลิเคชันเดียวกัน)

จากการพิจารณากรอบแนวคิด Six Building Block of Health System ช่วยให้มององค์ประกอบอย่างรอบคอบขึ้น ได้แก่ ๑. การให้บริการ (Service Delivery) ๒. บุคลากรสุขภาพ (Health Workforce) ๓. ระบบสารสนเทศสุขภาพ (Health Information System, HIE) ๔. ผลิตภัณฑ์การแพทย์วิเศษ และเทคโนโลยี (Medicines and Technologies) ๕. ระบบการเงินการคลัง (Financial System) และ ๖. ภาวะผู้นำ/ธรรมาภิบาล (Leadership/Governance) ทั้งนี้ ทุกองค์ประกอบมีความสัมพันธ์และสนับสนุนซึ่งกันและกัน เช่น ระบบการเงินการคลังจะไม่สามารถเกิดขึ้นได้หากไม่มีระบบข้อมูลการเบิกจ่ายข้อมูลคนไข้ รวมถึงการบริหารจัดการก็ต้องใช้ข้อมูลจากระบบสารสนเทศ

ในประเด็นเรื่องปฏิรูปด้านข้อมูลสุขภาพ ได้มีความพยายามให้เกิดการปฏิรูป โดยสมาคมเวชสารสนเทศไทย ได้มีหนังสือเรียน ศาสตราจารย์ นายแพทย์รัชตะ รัชชนะาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๗ เพื่อเสนอข้อเสนอแนะในเรื่องดังกล่าว

แผนปฏิรูปประเทศ สามารถแบ่งได้เป็น ๓ ส่วน คือ

๑. Intra-Hospital IT เป็นการสนับสนุนการทำงานของโรงพยาบาล เช่น
  - Electronic Health Records & Health IT for Quality & Safety
  - Digital Transformation ได้แก่ AI, Data Analytics
  - Hospital IT Quality Improvement (HA-IT)
๒. Inter-Hospital IT เป็นข้อมูลสารสนเทศที่ต้องเชื่อมโยงกันระหว่างโรงพยาบาล ได้แก่
  - Health Informational Exchange (HIE)
๓. Extra-Hospital IT ข้อมูลที่อยู่ภายนอกโรงพยาบาล ได้แก่
  - Patients : Personal Health Records (PHRs)
  - Public Health : Disease Surveillance & Analytics

ยกตัวอย่าง National e-Payment Platform คือ PromptPay ซึ่งควรจะมี Thai Digital Health Platform อาจเป็น PromptCare เป็นต้น

WHO ได้อธิบายองค์ประกอบของงานด้าน Digital Health ประกอบด้วย ๗ ส่วน ได้แก่

๑. Leadership and Governance
๒. Strategy and Investment
๓. Services and Applications
๔. Standards & Interoperability
๕. Infrastructure
๖. Legislation, Policy and Compliance
๗. Workforce

ซึ่งองค์ประกอบทั้ง ๗ ส่วนนี้จะเป็พื้นฐานของการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

๑. การพัฒนาระบบบันทึกสุขภาพดิจิทัล Digital Health Record (DHR) และการสนับสนุน Digital Transformation ของระบบบริการสุขภาพ

๑.๑ การพัฒนา DHR

(๑) การจัดทำแผนแม่บทเพื่อการพัฒนาบบบันทึกสุขภาพดิจิทัล

(๒) การลงทุนและพัฒนาระบบสำหรับจัดการ Provincial Health Information Exchange

(๓) การสนับสนุนการจ้างบุคลากรสารสนเทศสุขภาพ และนักวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ หรือการจ้างเหมาหน่วยงานที่มีศักยภาพ

(๔) การจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติม (Incentives) เป็นลำดับขั้น เพื่อสนับสนุนให้เกิดระบบ DHR ให้ใช้ประโยชน์ได้จริง

ปัญหา/ข้อจำกัด

(๑) ยังไม่มีหน่วยงาน (Governance Body) ที่เห็นภาพทั้งระบบสุขภาพ แผนแม่บท จึงไม่ครอบคลุม Key Stakeholders

(๒) การพัฒนา Health Information Exchange ต้องใช้มาตรฐานข้อมูลสุขภาพ หลายมาตรฐานที่ต้องจัดทำขึ้นอย่างเข้าใจ มีความเป็นวิชาการและเป็นที่ยอมรับทุกภาคส่วน

(๓) การพัฒนา Health Information Exchange ต้องมีการออกแบบโครงสร้างสถาปัตยกรรม (Architecture/Blueprint) ของระบบ

๑.๒ การปรับระบบบริการสู่ระบบดิจิทัล

(๑) การจัดทำแผนแม่บทเพื่อการปรับระบบบริการเพื่อใช้ประโยชน์จากระบบดิจิทัลในการพัฒนากระบวนการบริการ

(๒) การพัฒนาแบบจำลองการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพสู่ระบบดิจิทัลและทดลองดำเนินการในสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ

(๓) การขยายผลการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระดับต่าง ๆ สู่ระบบดิจิทัลทั่วประเทศ

ปัญหา/ข้อจำกัด

(๑) Digital Transformation เป็นเรื่อง Context-Dependent เป็นอย่างมาก จึงจำเป็นต้อง Build Capacity และ Empower แต่ละโรงพยาบาลเอง และแต่ละพื้นที่ในการตัดสินใจ Priorities และ How-To ของ Digital Transformation รวมทั้งอาจมีข้อจำกัดในการขยายผล เพราะอาจไม่ Generalizable

(๒) สัญญาณที่ส่งไปถึงระดับปฏิบัติอาจให้ความสำคัญกับ Quick Win และมุ่งเน้นเทคโนโลยีในกระแส เช่น AI, Blockchain มาเป็นจุดขาย ขาดการวิเคราะห์ปัญหาแล้วเลือกเทคโนโลยีที่เหมาะสม จึงไม่ใช่ Digital Transformation ที่ตอบโจทย์อย่างแท้จริง

(๓) เงื่อนไขสำคัญของ Digital Transformation ของโรงพยาบาล คือ Competent Health IT Vendors (as Partners) และการมี Competitive Health IT Ecosystem

**๒. ระบบและองค์กรหลักเพื่อขับเคลื่อนการปฏิรูปและการบูรณาการสารสนเทศสุขภาพของชาติ**

๑. การจัดตั้งและดำเนินการคณะกรรมการสารสนเทศสุขภาพแห่งชาติ

๒. การกำหนดองค์กรหลักและดำเนินการสนับสนุนการขับเคลื่อนการปฏิรูปและการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพของประเทศ

๓. การจัดตั้งองค์การมหาชนทำหน้าที่ National Health Data Clearing House และทำมาตรฐานในส่วนที่เกี่ยวข้อง

๔. การจัดทำแผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพแห่งชาติ National Health IT Master Plan

๕. การปรับปรุงกฎหมาย และกฎระเบียบด้านสารสนเทศสุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๖. การพัฒนามาตรฐานและจัดการมาตรฐานระบบข้อมูลบริการสาธารณสุขของประเทศ

๗. การบูรณาการสารสนเทศสุขภาพระดับประเทศ และส่งเสริมการนำไปใช้เพื่อประโยชน์

สาธารณะ

๘. การพัฒนากำลังคนด้านสารสนเทศสุขภาพ

- หลักสูตรและเนื้อหาด้านสาขาเวชสารสนเทศ (Medical Informatics)

- บรรจุเนื้อหาสารสนเทศสุขภาพในหลักสูตรของสถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากร

วิชาชีพสุขภาพต่าง ๆ

- สนับสนุนการอบรมระยะสั้นสำหรับบุคลากรระดับปฏิบัติการ

๙. การพัฒนาฐานข้อมูลบุคลากรสุขภาพ และวิชาชีพสุขภาพ

ปัญหา/ข้อจำกัด

๑. ยังไม่จัดตั้งคณะกรรมการสารสนเทศสุขภาพแห่งชาติ มีเพียงคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการด้าน Health IT ที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งขึ้นและไม่ได้มี Mandate ด้านการปฏิรูปประเทศ เรื่อง Health IT

๒. การจัดตั้ง National Data Clearing House และ Digital Health Agency ยังไม่มีความชัดเจน ขาดการสนับสนุนจากฝ่ายการเมืองและรัฐบาลในการดำเนินการ

๓. ยังไม่มีหน่วยงานที่มีหน้าที่และอำนาจด้านการสร้างมาตรฐานที่มีงบประมาณและผู้เชี่ยวชาญเพียงพอ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่เข้าใจแนวคิดเรื่องมาตรฐานประเภทต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับ Health IT

๔. หน่วยงานที่สนใจดำเนินการไม่มีการประสานงานกันเท่าที่ควร ทำให้การออกแบบระบบมีการทำงานแบบแยกส่วน ไม่สามารถบูรณาการกันได้ เกิดความซ้ำซ้อน สร้างความสับสนกับหน่วยงานผู้ปฏิบัติ

๕. ยังไม่มีกฎหมายด้าน Digital Health ที่ทำให้สามารถพัฒนา Platform ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล (Health Information Exchange : HIE) และระบบระเบียนสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Records : PHRs) ที่จำเป็นต้องมีการออกแบบและพัฒนาอย่างเหมาะสม มีหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการ และมีการกำหนดหน้าที่และอำนาจในการกำหนดมาตรฐานข้อมูลสารสนเทศ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ ตลอดจนกำหนดรายละเอียดการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ที่เหมาะสม

**๓. การสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาเพื่อส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากสารสนเทศสุขภาพ**

๑. การวิจัยและการพัฒนาเทคโนโลยี กระบวนการ และเครื่องมือ เพื่อการสนับสนุน Digital Transformation

๒. การวิจัยที่จะสนับสนุนขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านสารสนเทศสุขภาพของประเทศ

๓. การสำรวจสุขภาพประชาชนและการเก็บตัวอย่างชีวภาพเพื่อสนับสนุนการทำ National Biobank

๔. การสนับสนุนให้เกิดการประยุกต์ใช้ประโยชน์จากสารสนเทศสุขภาพในทุกระดับ

ปัญหา/ข้อจำกัด

๑. หน่วยงานผู้ให้ทุนยังไม่ได้สนับสนุนงานด้าน Health IT ที่ชัดเจน

๒. การร่วมกันจัดทำโจทย์วิจัยในสาขานี้ยังไม่ชัดเจน

๓. นักวิจัยในสาขานี้และสาขาใกล้เคียงยังมีจำนวนน้อย อาจไม่เพียงพอต่อการสร้างองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการปฏิรูปในระยะสั้น

เมื่อวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม เป็นประธานประชุมร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานในกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้ประชุมความร่วมมือการจัดการระบบสารสนเทศเพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลเข้ารับการรักษาพยาบาล อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีกลไกอภิบาลระบบ (Governance) ด้าน Digital Health ที่ยั่งยืน

หลักการสำหรับ National Health IT Master Plan

๑. Health IT ต้อง Follow และ Support Health System Vision (Health Goals นำ Technology)

๒. ต้องครอบคลุมทั้ง Health System ไม่จำกัดเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข

๓. ควรพยายามทำทุกอย่างให้เป็นเรื่องเดียวกัน เช่น Health Information Exchange (HIE), Personal Health Record (PHRs), ระบบสารสนเทศใน Primary Care, ระบบสารสนเทศในการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อ ฯลฯ

๔. Balance Quick Wins กับ Long-Term Changes

๕. มุ่งเน้น Digital Transformation แต่ไม่ใช่เพียง Digitalization

๖. ไม่ยึดติดเทคโนโลยีใดเทคโนโลยีหนึ่ง เพราะทุกเทคโนโลยีมีข้อดีข้อเสีย จึงต้องนำโจทย์ด้านสุขภาพ (Health Goals) แล้ววิเคราะห์ Information Needs & Information Gaps และข้อดีข้อเสียของแต่ละ Technology Alternatives แล้วตัดสินใจ

๗. Policymakers กับ Academics ต้องทำงานด้วยกัน

๘. มอง Information เป็นองค์ประกอบหนึ่งของระบบสุขภาพ (WHO Six Building Blocks) ที่สัมพันธ์กับองค์ประกอบอื่น

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

๑. ควรผลักดันการสร้าง National Digital Health Platform โดยพิจารณาจัดทำกฎหมายว่าด้วยสุขภาพดิจิทัล เพื่อ

๑) ปลดล็อกข้อจำกัดเรื่องการแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วย

๒) มีอำนาจสั่งการทั้งสถานพยาบาลของรัฐ (ในและนอกกระทรวงสาธารณสุข) และเอกชน

๓) ทำให้ความคล่องตัวในการบริหารจัดการ

๔) จัดตั้ง “สำนักงานสุขภาพดิจิทัล” (Digital Health Agency : DHA) เป็น

Governance Body

๒. เทียบเคียงกับพระราชบัญญัติระบบการชำระเงิน พ.ศ. ๒๕๖๐

**นายแพทย์นพพร ชื่นกลิ่น ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข**

Digital Health Care เป็นทิศทางที่จะเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษาผู้ป่วยเป็นอย่างมาก สิ่งหนึ่งที่ต้องการคือ ข้อมูลของผู้ให้การรักษา และข้อมูลของผู้รับการรักษา ที่ผ่านมากการได้ข้อมูลจากการรักษาจะได้รับจากแพทย์ผู้ให้การรักษาเท่านั้น แต่ปัจจุบันผู้ป่วยสามารถหาข้อมูลได้เองจากอินเทอร์เน็ตและตัดสินใจร่วมกัน มีการซักถาม มีทางเลือกมากขึ้น

สิ่งที่ควรต้องดำเนินการ คือ

๑. กฎหมาย ซึ่งคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา สามารถให้การสนับสนุนได้ การเปลี่ยนแปลงกฎหมายเป็นเรื่องสำคัญที่สุด ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงในวงการแพทย์เป็นเรื่องที่ยากและต้องใช้เวลา ปัจจุบันแพทย์ต้องยอมรับเทคโนโลยีมากขึ้น และยอมรับว่าผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้น

Data Network ควรเป็นระบบเดียวกัน และเห็นว่า ข้อมูลสุขภาพเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่เป็นเจ้าของข้อมูล ยกตัวอย่าง การจัดทำข้อมูลสุขภาพไว้ในบัตรประจำตัวเหมือนกับบัตรประจำตัวประชาชน ซึ่งสามารถนำไปเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลแห่งใดก็ได้

๒. โรงเรียนแพทย์ และผู้ผลิตแพทย์ ควรมีการปรับทัศนคติของนักเรียนแพทย์ให้ยอมรับเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป

การจัดทำ Big Data คือ การนำ Structural Data และ Non-structural Data เพื่อค้นหาข้อมูลในการวิเคราะห์ทิศทางของสังคม ทำให้สามารถทราบสถานการณ์จริง

สำหรับในเรื่องของ AI ควรมีการประชุมร่วมกันของนักวิจัยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสนับสนุนผลักดันให้สามารถต่อยอดไปจนถึงการผลิตผลิตภัณฑ์ AI ได้

Data Sharing จะเห็นว่า หลายหน่วยงานยังมีความเป็นเจ้าของข้อมูลต่าง ๆ ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ควรมีหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งดำเนินการเป็นหลัก และเร่งออกกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูล สิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นเพื่อให้ประสบความสำเร็จ

๑. เห็นด้วยกับการออกกฎหมาย เมื่อใดก็ตามที่มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ ความรับผิดชอบของแพทย์ (Liability) เป็นเรื่องสำคัญ

๒. มีความจำเป็นต้องมีศูนย์บูรณาการข้อมูล (Information) การรวมข้อมูลของ ๓ กองทุน ซึ่ง สวรส. มีความยินดีขอรับไปพัฒนา Data Sharing Center

**นายแพทย์การุณย์ คุณศิริานนท์ รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้อภิปรายสรุปได้ดังนี้**

บทบาทของ สปสช. ในการดำเนินงาน National Clearing House

๑. ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ นโยบายรัฐบาลกรณีฉุกเฉิน ๑ เมษายน ๒๕๕๕ ได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยเบิกจ่ายกลาง (Clearing House) อุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน EMCO ทุกสิทธิ

๒. ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ มติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๕๖ ได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยงานกลางจัดการธุรกรรมการเบิกจ่าย (National Clearing House) ให้แก่ สิทธิหลักประกันสุขภาพ ๓๐ บาท สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ จำนวน ๙๑๓ แห่ง สิทธิประกันสังคม (รายการค่าใช้จ่ายสูง) และคนพิการประกันสังคม และสิทธิองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทั้งหมด

๓. ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ มติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ ได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยงานกลางในการบริหารจัดการทะเบียนสิทธิการรักษาของประชาชนทุกสิทธิ (National Beneficiary Registration Center)

๔. ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ ได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยงานกลาง (Clearing House) อุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน UCEP ทุกสิทธิ

การบูรณาการเชื่อมโยงข้อมูลสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาล (NBRC) ของประชาชนกับหน่วยงานภาครัฐอื่น ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นหน่วยงานกลางในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ได้แก่ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง กระทรวงมหาดไทย กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง รัฐวิสาหกิจ และอื่น ๆ

ทั้งนี้ หากดำเนินการบูรณาการดังกล่าวได้สำเร็จจะทำให้รัฐสามารถลดงบประมาณได้เป็นอย่างมาก

ผลดำเนินงานจัดการทะเบียนสิทธิการรักษาของประชาชนทุกสิทธิ (National Beneficiary Registration Center)

๑. ด้านประชาชน คุ้มครองการเข้ารับบริการของประชาชน เมื่อประชาชนทราบสิทธิรักษาพยาบาลจะได้รับความสะดวกและเข้ารับการรักษาพยาบาลถูกต้องตามสิทธิของตน

๒. ด้านผู้ให้บริการ อำนวยความสะดวกแก่สถานบริการต่าง ๆ ในการตรวจสอบสิทธิบันทึกข้อมูลการรักษา และเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการตามสิทธิของประชาชน

๓. ด้านรัฐบาล เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ทำให้มีฐานข้อมูลสิทธิที่ครบถ้วนถูกต้อง เป็นปัจจุบัน และสนองนโยบายรัฐบาลในการบูรณาการฐานข้อมูลประชาชนและการบริการภาครัฐ (Linkage Center) จากการใช้บัตรประจำตัวเนกประสงค์ (Smart Card) ที่เชื่อมโยงข้อมูลสิทธิรักษาพยาบาลไว้ที่ Chip Card ของบัตรประจำตัวประชาชน

ขอบเขตการจัดทำธุรกรรมการเบิกจ่ายของแต่ละสิทธิ

- ข้อมูลจากสำนักงานประกันสังคม : สปสช. รับข้อมูล และจัดทำธุรกรรมเบิกจ่าย ๑๑ กรณี ได้แก่

- |   |   |
|---|---|
| ๑) การรักษาโรคมะเร็งทั่วไป                          | ๗) ทำหมันหญิง                           |
| ๒) การรักษาโรคมะเร็งโปรโตคอล                        | ๘) ทำหมันชาย                            |
| ๓) Instrument                                       | ๙) ค่ายาละลายลิ่มเลือดในการรักษา Stroke |
| ๔) Peritoneal Dialysis และ Hemodialysis             | ๑๐) ค่ายาละลายลิ่มเลือดในการรักษา STEMI |
| ๕) Cryptococcal Meningitis                          | ๑๑) ยา Methadone                        |
| ๖) การรักษาโรคสมองด้วยวิธี STEREOTATIC RADIOSURGERY |   |

- ข้อมูลจากกรมบัญชีกลาง : สปสช. รับข้อมูล และจัดทำธุรกรรมเบิกจ่ายในโรงพยาบาล จำนวน ๙๑๓ แห่ง

- ๑) บริการผู้ป่วยนอก ทุกกรณี
- ๒) บริการผู้ป่วยใน ทุกกรณี

- ข้อมูลจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น : สปสช. รับข้อมูล และจัดทำธุรกรรมเบิกจ่ายในโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง

- ๑) บริการผู้ป่วยนอก ทุกกรณี
- ๒) บริการผู้ป่วยใน ทุกกรณี
- ๓) ระบบใบเสร็จ กรณีผู้ป่วยสำรองเงินจ่ายแล้วเบิกกับหน่วยงานต้นสังกัด ๗,๘๕๑ แห่ง

ผลลัพธ์จากการบูรณาการบริหารจัดการร่วมกัน ๓ กองทุน

๑. ระบบทะเบียนสิทธิรักษาพยาบาลของประชาชน (National Beneficiary Register Center) ที่ใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงของประเทศ ซึ่งประชาชน หน่วยบริการ และหน่วยงานต่าง ๆ ใช้เป็นฐานข้อมูลในการตรวจสอบสิทธิรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเป็นปัจจุบัน

๒. ระบบตรวจสอบการจ่ายชดเชยและคุณภาพการดูแลรักษาโรคเทียบกับมาตรฐานที่กำหนด รวมทั้งการจัดทำคู่มือมาตรฐานการตรวจสอบ การพัฒนา Auditor ร่วมกัน และลงพื้นที่ตรวจสอบรายโรคร่วมกัน

๓. ระบบบริหารจัดการธุรกรรมการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุข National Clearing House เช่น บริการผู้ป่วยใน บริการโรคเฉพาะ บริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นต้น

๔. การบริการข้อมูลด้านประกันสุขภาพอย่างบูรณาการ ผ่านสายด่วน สปสช. ๑๓๓๐

๕. การพัฒนาสิทธิประโยชน์ การออกแบบการจ่ายชดเชยค่าบริการ โดยเฉพาะโรคค่าใช้จ่ายสูง หรือเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ และมีการนำไปประยุกต์ใช้ตามบริบทของแต่ละกองทุน

๖. ระบบฐานข้อมูลการเบิกจ่ายและบริการสาธารณสุข ใช้ประโยชน์ในการจัดทำค่าของงบประมาณ การกำกับติดตามประเมินผล

๗. มีระบบข้อมูลเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจ (Evidence-Informed Policy) รวมทั้งการสนับสนุนให้บุคลากร นักวิชาการ และหน่วยงานวิจัยทั้งภายในและภายนอก ใช้ประโยชน์ข้อมูลของ สปสช. เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ต่าง ๆ เพื่อใช้ในการพัฒนาระบบที่เกี่ยวข้องต่อไป

๑) ผลงาน/ประสบการณ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยถูกนำไปเป็นโจทย์ กรณีศึกษาในการศึกษาวิจัย/สังเคราะห์/ทบทวน และเผยแพร่ผ่านบทความ/รายงานต่าง ๆ ที่มีการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการในประเทศไทยและต่างประเทศ มากกว่า ๔๐๐ ฉบับ

๒) ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒ สปสช. ให้บริการข้อมูลสำหรับใช้วิเคราะห์สังเคราะห์เพื่อวางแผนด้านสาธารณสุข และโครงการวิจัยต่าง ๆ ตลอดจนคำร้องขอใช้ข้อมูลจากหน่วยงานภาครัฐ นักวิจัย นักวิชาการ จากฐานข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ได้จากการลงทะเบียนของผู้มีสิทธิกว่า ๔๘ ล้านคน

ตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข เรื่องและประเด็นปฏิรูปที่ ๒ : ระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศสุขภาพ ส่วนใหญ่จะเป็นแผนปรับปรุงพัฒนาในส่วนของผู้ให้บริการเป็นหลัก และเห็นด้วยในหลักการกับการจัดตั้งและดำเนินการคณะกรรมการสารสนเทศสุขภาพแห่งชาติ การกำหนดองค์กรหลักและดำเนินการสนับสนุนการขับเคลื่อนการปฏิรูปและการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพประเทศ แต่ทั้งนี้ จะเห็นว่าข้อมูลสุขภาพไม่ได้มีเฉพาะข้อมูลเพื่อการเบิกชดเชยเท่านั้น ต้องมีข้อมูลบริการสุขภาพ ข้อมูลบุคลากร ข้อมูลยา และข้อมูลจากหน่วยงานอื่น ๆ จึงจะสามารถบูรณาการเป็น Health Information แต่ละหน่วยงานมีบทบาทและดำเนินธุรกรรมของตนเอง จึงต้องมีหน่วยงานกลางในการบูรณาการข้อมูล จึงขอให้แยกการบูรณาการข้อมูลกับการบูรณาการดำเนินธุรกรรม เช่น การดำเนินธุรกรรมของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม มีความหลากหลายในการบริหารจัดการและมีการดำเนินธุรกรรม แต่ควรมีหน่วยงานกลางในการบูรณาการข้อมูลของหน่วยงานต่าง ๆ โดยกำหนดมาตรฐานเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล ทั้งนี้ สปสช. มีความยินดีสนับสนุนและสามารถร่วมดำเนินการกับหน่วยงานอื่น

สิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นเพื่อให้ประสบความสำเร็จ คือ

การจัดทำข้อมูลที่ดี คือ Change Management การบันทึกข้อมูลจากแพทย์โดยตรงจากจุดบริการ ไม่ใช่เจ้าหน้าที่เวชระเบียนเป็นผู้บันทึกข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ต้องคำนึงถึงความพร้อมของระบบ เนื่องจากการเปลี่ยนระบบแต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายดำเนินการจำนวนมาก เมื่อ Change Management ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของคน ทัศนคติ และกระบวนการ จากนั้นเทคโนโลยีและกฎหมายจะเข้ามาเป็นส่วนที่สนับสนุน และควรใช้แรงจูงใจ (Incentive Soft Power) ที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

**นายแพทย์อนันต์ กนกศิลป์ ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข**

เป้าหมาย (Goal) คือ Digital Health

จากแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นการบริการประชาชนและประสิทธิภาพภาครัฐ ใน ๖ ด้าน คือ ยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตร



ต่อสิ่งแวดล้อม และยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ โดยมีเป้าหมาย ๒ ประการ คือ ๑) บริการของรัฐมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับของผู้ใช้บริการ ๒) ภาครัฐมีการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพด้วยการนำนวัตกรรม เทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ โดยเน้นการพัฒนาแบบครอบคลุมทั่วถึง บูรณาการไร้รอยต่อ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบริการดิจิทัล มุ่งพัฒนาระบบอำนวยความสะดวกเพื่อให้ประชาชนและผู้รับบริการทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการได้โดยง่าย สะดวก รวดเร็ว โปร่งใส มีหลากหลายช่องทาง ตรวจสอบได้ และไม่มีข้อจำกัดของเวลา พื้นที่ และกลุ่มคนรวมทั้งนำนวัตกรรม เทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและค่าใช้จ่ายของประชาชน

ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกแบบแนวคิดการจัดการแพลตฟอร์มหลักระบบสาธารณสุขแห่งชาติ คือ มาตรฐานชุดข้อมูลสุขภาพ มาตรฐานการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ แพลตฟอร์มหลักระบบสุขภาพ แพลตฟอร์มหลักการใช้ประโยชน์ข้อมูล และมาตรฐานโปรแกรมจัดการข้อมูล เพื่อให้ความรู้สุขภาพ เฉพาะบุคคล (Personal Health Literacy) เพื่อปรับพฤติกรรมให้สุขภาพดีได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และรับบริการได้ทุกโรงพยาบาลด้วยชุดข้อมูลสุขภาพของตนเอง (Health Information Exchange and Personal Health Records)

ความจำเป็นของการพัฒนาแพลตฟอร์มหลักของระบบสาธารณสุขแห่งชาติ

๑. เพื่อขับเคลื่อนงานสาธารณสุขให้บรรลุเป้าหมายแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์
๒. เพื่อพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสาธารณสุข
๓. เพื่อเพิ่มเติมความเชื่อมั่นในงานสาธารณสุขของไทยต่อประชาคมโลก
๔. เพื่อเพิ่มความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการของกระทรวงสาธารณสุข

National Health Care Platform ข้อมูลสุขภาพ แบ่งได้เป็น ๓ ส่วน คือ

๑. Intra-Hospital Service เป็นการบริการสุขภาพของหน่วยบริการทั้งหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข และนอกกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน และสถานบริการปฐมภูมิ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิกหมอครอบครัว

๒. Inter-Hospital Operation เป็นข้อมูลที่มีการแลกเปลี่ยนกันระหว่างหน่วยบริการ

๓. Extra-Hospital Service ปัจจุบันมีบริการ Pre-Hospital Care แต่รูปแบบระบบสุขภาพในปัจจุบันการประเมิน การจ่ายคืนงบประมาณ การติดตาม ยังอ้างอิงอยู่กับหน่วยบริการเป็นหลัก แต่หากเป็น Extra-Hospital Service จะครอบคลุมในมิติของการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง การคุ้มครองผู้บริโภค การสอบสวนโรคกรณีเกิดโรคระบาด ซึ่งข้อมูลสุขภาพเหล่านี้ ยังไม่ถูกรวบรวมอย่างเป็นระบบ กฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันก็ไม่ครอบคลุมการบริการ ทั้งนี้ ข้อมูลสุขภาพนอกโรงพยาบาลเป็นข้อมูลใหญ่ยังไม่มีการบริหารและรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ เมื่อบูรณาการข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลแล้วจะสามารถบริหารจัดการได้ตามบริบททั้ง Area Base Hospital Base Instituted Base หรือการกำหนดนโยบาย (Agenda) ก็สามารถดำเนินการได้

ผลกระทบต่อระบบบริการ เมื่อเกิดการบูรณาการข้อมูลขึ้นแล้ว

๑. เกิดการให้บริการข้ามพรมแดน (Cross Border Care) หรือไม่มีพรมแดน
๒. เกิดโรงพยาบาลเสมือน หรือคลินิกเสมือน (Virtual Hospital, Virtual Clinic) โดยไม่ยึดติดกับโครงสร้างทางกายภาพของหน่วยบริการ
๓. เกิดการกระจายการบริการออกนอกโรงพยาบาลจาก Hospital Base ไปเป็น Professional Base

๔. เกิดการติดตามข้อมูลสุขภาพโดยใช้อุปกรณ์สวมใส่ติดตัวผู้รับบริการ (Wearable Device) หรือจากอุปกรณ์ที่บ้านของผู้รับบริการ (Home Device)

๕. เกิดการให้บริการโดยเครื่องจักรปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligent)

ระบบเหล่านี้จะส่งผลประโยชน์ ดังนี้

๑. ความรู้สุขภาพเฉพาะบุคคล (Personal Health Literacy) เพื่อปรับพฤติกรรมให้สุขภาพดีได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

๒. รับบริการได้ทุกโรงพยาบาลด้วยชุดข้อมูลสุขภาพของตนเอง (Health Information Exchange And Personal Health Records)

๓. ประชาชนและผู้รับบริการทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการได้โดยง่าย สะดวก รวดเร็ว และโปร่งใส

ผลกระทบต่อระบบนิเวศและระบบเศรษฐกิจ

๑. ส่งเสริมระบบการแพทย์ทางไกล ข้อมูลมีการบูรณาการได้โดยอัตโนมัติ ซึ่งเดิมระบบการแพทย์ทางไกลมีอุปสรรค เนื่องจากข้อมูลไม่เชื่อมโยงกันกับโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ให้บริการต้องบันทึกข้อมูลซ้ำ ๆ กันหลายรอบ อีกทั้งสามารถตอบสนองนโยบายรับยาที่ร้านยา

๒. เกิดบริการใหม่มากมายหลากหลาย เช่น บริการตัว AI

๓. มีการส่งมอบผลงานถึงตัวบุคคล (Delivery) เช่น การส่งมอบยา

ความท้าทายและอุปสรรค

ความท้าทาย : - Mindset

- Vision

- Regulation ที่จะต้องมีการส่งเสริม และเอื้อต่อการพัฒนาเพื่อก้าวไปสู่

ระบบสุขภาพดิจิทัล (Digital Health)

อุปสรรค : - ขาดโครงสร้างพื้นฐานของประเทศในการบูรณาการข้อมูลส่วนบุคคล

- การพิสูจน์ตัวตนบุคคลทางดิจิทัล Personal Digital Identification

- การพิสูจน์ยืนยันตัวเครื่องมืออุปกรณ์ดิจิทัลที่ทำการแลกเปลี่ยนข้อมูล

(Electronic Data Interchange : EDI)

สิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นเพื่อให้ประสบความสำเร็จ คือ

๑. การออกกฎหมาย เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยมีกฎหมายรองรับ โดยเฉพาะกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ Digital Health ซึ่งยังมีมิติเกี่ยวข้องกับเรื่องการรักษาความลับทางการแพทย์มาเกี่ยวข้อง ขณะนี้ยังไม่มีมติว่าจะใช้กฎหมายฉบับใด ในบางกิจกรรมยังไม่มีกฎหมายรองรับ เช่น Extra-Hospital Service ซึ่งภาคเอกชนไม่สามารถดำเนินการได้

๒. โครงสร้างพื้นฐาน Infrastructure เพื่อให้เกิด Personal Transaction ได้ โดยมีหน่วยงานกลางดำเนินการ และหน่วยงานอื่น ๆ ก็สามารถใช้ร่วมกันเพื่อให้เกิดประโยชน์ได้

## ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ นายแพทย์พลวรรธน วิฑูรกลชิต ผู้ตรวจราชการกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม มีภารกิจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกว่า ๖ - ๗ ฉบับ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลสุขภาพ คือ พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ พระราชบัญญัติการรักษาความปลอดภัยมั่นคงไซเบอร์ พ.ศ. ๒๕๖๒ และพระราชบัญญัติว่าด้วยธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. ๒๕๕๐ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม

สถานการณ์ของดิจิทัลไทย จะเห็นได้ว่า ทุกคนมีโทรศัพท์มือถือสามารถเข้าถึงโครงข่ายอินเทอร์เน็ตได้ แต่จากการศึกษาพบว่า ในพื้นที่ต่างจังหวัด การเข้าถึงอินเทอร์เน็ตจะลดลงไปร้อยละ ๑๐ และยังคงเรื่องการรับรู้ (Digital Literacy) แม้ว่าค่าบริการจะถูกลงเรื่อย ๆ ก็ตาม ทั้งนี้ กระทรวงได้ดำเนินการกระตุ้นและผลักดันให้เกิดการรับรู้ (Digital Literacy) พื้นฐานว่า เครื่องมือที่มีอยู่สามารถทำอะไรได้บ้าง ส่งเสริมให้รู้กฎหมายด้านดิจิทัลเกี่ยวกับการแชร์ข้อมูลที่ไม่ได้มีการตรวจสอบ

ได้ยกตัวอย่าง กระแสของยุคดิจิทัลจากคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (UCEP) ที่ได้ดำเนินการแลกเปลี่ยนข้อมูลโดยไม่ต้องอาศัยพระราชบัญญัติมาบังคับใช้ โดยทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญและร่วมมือกัน ไม่จำเป็นต้องออกกฎหมายใหม่ ไม่ต้องมีการจัดตั้งองค์กรใหม่เพื่อประโยชน์สูงสุดของประชาชนที่ได้รับอุบัติเหตุหรือมีภาวะฉุกเฉินซึ่งหากมีกฎหมายเฉพาะก็จะเกิดความยุ่งยากในการเลือกใช้อกฎหมาย การร่วมมือกันจึงเป็นสิ่งสำคัญ กระทรวงมีความยินดีให้ความร่วมมือที่จะช่วยขับเคลื่อน การส่งเสริมการกำหนดกติกาทุกอย่างที่มีให้เกิดเป็นรูปธรรม การปรับปรุงกฎหมายให้มีความทันสมัย

กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ได้ดำเนินการให้บริการ ดังนี้

๑. Government Data Center and Cloud Service : GDCC เป็นผลผลิตของโครงการ Big Data ภาครัฐ ได้ตั้งสถาบันส่งเสริมการวิเคราะห์และบริหารข้อมูลขนาดใหญ่ภาครัฐ (Government Big Data Institute : GBDI) โดยนำข้อมูลหลายประเภทมาเก็บไว้ที่ Government Cloud with Service level Agreement (Gov Cloud)

๒. โครงข่ายอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงผ่านสื่อ Fiber Optic ให้ครอบคลุมหมู่บ้านในต่างจังหวัดทั่วประเทศ

๓. นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (Thailand Digital Economy and Society Plan) ซึ่งสอดคล้องกับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ มีคณะอนุกรรมการ จำนวน ๒ คณะ คือ คณะอนุกรรมการด้านโครงสร้างพื้นฐาน และคณะอนุกรรมการด้านดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม งบประมาณในการดำเนินงานเป็นไปตามมาตรา ๒๕ และมาตรา ๒๖ โครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมสามารถขอรับการสนับสนุนจากกองทุนภายใต้สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมมีความยินดีสนับสนุน และให้ความร่วมมือและผลักดัน ในการดำเนินการ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในประเทศ

สิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นเพื่อให้ประสบความสำเร็จ คือ

๑. ยกตัวอย่างโครงการ ซิมซอปปี้ เป็นเทคโนโลยีที่คนไทยทำเอง เป็นตัวอย่างของการดำเนินการได้ โดยภาครัฐมีการกำหนดเป้าหมายที่ต้องการอย่างชัดเจน

๒. จากข้อมูล (การเบิกจ่าย) ของกรมบัญชีกลาง มากกว่าร้อยละ ๙๕ เป็นข้อมูลที่ไม่ต้องมีการตรวจสอบหรือต้องผ่านการตัดแปลง โดยเสนอยกตัวอย่าง โครงการชนแล้วแยก หรือมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันของผู้เอาประกันภัย โดยกรอกข้อมูลที่ต้องการตามแบบฟอร์ม โดยหากเปรียบเทียบกับ

การแลกเปลี่ยนข้อมูลกับโรงพยาบาลก็สามารถดำเนินการได้ ซึ่งต้องมีการพิจารณาว่าต้องการข้อมูลประเภทใด และเพียงใด ทั้งนี้ สามารถแก้ไขปัญหาการเบิกจ่ายได้ ลดเวลา ลดผลกระทบ ลดต้นทุน และลดค่าใช้จ่ายได้

๓. เรื่อง Big Data และ AI ประเทศไทยควรสนับสนุน Ethics ให้เกิดการพัฒนาทางการแพทย์ ซึ่งประเทศไทยมีความพร้อมในหลาย ๆ ด้าน

### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ

๑. ระบบข้อมูลทั้งหมดที่มีปริมาณมาก และความยุ่งยากในเชิงคุณภาพของข้อมูล จะเห็นว่าการจัดทำ Backbone ช่องทางในการรับส่งเชื่อมโยงข้อมูลสามารถจัดทำได้และรวดเร็ว แต่สิ่งที่ต้องระวังคือ ข้อมูล (Content) ที่จะสร้างการรับรู้ให้ประชาชน (Digital Literacy) ที่มีความพร้อม

๒. การมีกฎหมายเฉพาะยังมีความจำเป็น แต่ต้องมีความระมัดระวังในการยกร่างกฎหมายให้เกิดความรอบคอบเพื่อไม่ให้เกิดช่องว่างทางกฎหมาย ลดปัญหาที่จะตามมาในอนาคต และควรมีผลการวิจัยสนับสนุน เพื่อประกอบการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งข้อมูลสุขภาพอาจเกี่ยวข้องกับหน่วยงานอื่น ๆ

๓. ประเด็นปัญหาระบบสุขภาพไทยที่เป็นข้อเท็จจริง เช่น ปัญหาการตัดสินใจในการแก้ปัญหา ยกตัวอย่าง การขอตำแหน่งแพทย์ ๑,๕๐๐ ตำแหน่ง เพื่อบรรจุในโรงพยาบาลแพทย์แห่งหนึ่งสร้างเสร็จแล้ว แต่ไม่มีบุคลากร หรือโรงพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมาที่สร้างเสร็จแล้วแต่ไม่สามารถเปิดทำการได้ หรือกรณีการผลิตแพทย์ที่ไม่ตรงกับความต้องการ เป็นต้น

๔. ร่างพระราชบัญญัตินโยบายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... กำหนดให้มีคณะกรรมการทำหน้าที่ดูแลระบบสาธารณสุขทั้งประเทศ หน่วยงานได้รับผิดชอบเป็นเลขานุการ ขณะที่กระทรวงสาธารณสุขยังมีส่วนได้ส่วนเสียเพราะมีโรงพยาบาลร้อยละ ๗๐ ซึ่งแผนปฏิรูปประเทศ เริ่มตั้งแต่ ๒๕๖๑ ผ่านมา ๒ ปีแล้ว ยังไม่ประสบผลสำเร็จ

๕. จากแผนปฏิรูปประเทศ กำหนดไว้ ๓ แผนงานโครงการ คือ (๑) การพัฒนาระบบบันทึกสุขภาพดิจิทัล Digital Health Record (DHR) และการสนับสนุน Digital Transformation ของระบบบริการสุขภาพ ประเด็น คือ การกำหนดให้ต้องมีหน่วยงานกลาง มีแพลตฟอร์มกลาง มีมาตรฐานเดียวกัน (๒) ระบบและองค์กรหลักเพื่อขับเคลื่อนการปฏิรูปและการบูรณาการสารสนเทศสุขภาพของชาติ และ (๓) การสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาเพื่อส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากสารสนเทศสุขภาพ ซึ่งทั้งหมดนี้ ยังไม่มีการดำเนินการทั้งสี่สิ่งที่ต้องพิจารณาร่วมกัน คือ

๑) ขณะนี้กำลังจะมีการปรับปรุงแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขเพื่อลดความซ้ำซ้อนของกิจกรรม ปรับปรุงหน่วยงานผู้รับผิดชอบในหน่วยงานหลัก เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ทั้งนี้ หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องต้องพิจารณาว่า จะดำเนินการเกี่ยวกับ Digital Health Record ต่อหรือไม่

๒) มีความจำเป็นต้องจัดตั้ง Government Body หรือไม่ ถ้าประสงค์ให้มี Government Body สามารถใช้กฎหมายที่มีอยู่ได้หรือไม่ เช่น พระราชบัญญัติต่าง ๆ ของกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมโดยตั้งคณะกรรมการดำเนินการ และจัดทำแผนปฏิบัติการหรือประสงค์ให้มีการออกกฎหมายใหม่

ทั้งนี้ หากที่ประชุมพิจารณาร่วมกันแล้วเห็นว่า เห็นควรดำเนินการกิจกรรมทั้ง ๓ กิจกรรมดังกล่าวข้างต้น ควรกำหนดหน่วยงานผู้รับผิดชอบและกำหนดเวลาดำเนินการให้ชัดเจน เพื่อให้แผนปฏิรูปดำเนินการให้เกิดผลสำเร็จ

๖. ตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวกับระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศสุขภาพ แผนงานที่คณะปฏิรูปประเทศกำหนดไว้ ๓ แผนงาน โครงการ คือ ๑) การพัฒนาระบบบันทึกสุขภาพดิจิทัล Digital Health Record (DHR) และการสนับสนุน Digital Transformation ของระบบบริการสุขภาพ ๒) การจัดทำแผนแม่บทเพื่อการพัฒนาบันทึกสุขภาพดิจิทัล และ ๓) การสนับสนุนการจ้างบุคลากรสารสนเทศสุขภาพ และนักวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ หรือการจ้างเหมาหน่วยงานที่มีศักยภาพ สิ่งที่น่าสนใจ คือ การจัดทำแผนแม่บทฯ ซึ่งเห็นว่า ไม่มีความจำเป็นต้องศึกษาผลการศึกษาเพิ่มเติม เนื่องจากคณะปฏิรูปประเทศควรจะนำผลการศึกษาในอดีตมาสังเคราะห์และพิจารณากันอย่างกว้างขวางแล้วจึงสรุปมาเป็นแผนปฏิรูปในปัจจุบัน จากการอภิปรายแล้วยังไม่พบว่ามีวิธีการในการดำเนินการ (How To) แต่พบว่าทุกหน่วยงานมีความจำเป็นต้องมีระบบ ต้องการแบ่งปันข้อมูล และข้อมูลสามารถเชื่อมกันได้ ต้องมีองค์กรหลัก ซึ่งขัดแย้งกับแผนยุทธศาสตร์ชาติที่กำหนดให้ภาครัฐต้องมีขนาดเล็กลงพร้อมปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง ภาครัฐต้องมีความเชื่อมโยงการบริการสาธารณะด้านต่าง ๆ โดยนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ สิ่งที่น่ากังวล คือ การจัดตั้งองค์กรหลัก หากมีการตั้งองค์กรหลักขึ้นมาเพื่อบูรณาการข้อมูลสารสนเทศ ตามแผนปฏิรูปประเทศ ทั้ง ๑๑ ด้าน + ๑ อาจเกิดความขัดแย้งกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ และไม่สอดคล้องกัน ทั้งนี้ เห็นว่า กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมจะเป็นหน่วยงานหลักของการบูรณาการ สำหรับวิธีการขับเคลื่อน (How To) หน่วยงานที่รับผิดชอบในที่นี้ควรจะได้ข้อสรุปร่วมกันเพื่อผลประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก หรืออาจให้มีหน่วยงานกลาง เช่น TDRI เป็นผู้ดำเนินการ เพื่อลดความขัดแย้งและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุน การดำเนินการและผลการศึกษาโดย TDRI เพื่อให้เกิดวิธีการขับเคลื่อนแผนปฏิรูปฯ ที่ทุกฝ่ายยอมรับ

**ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข** ได้อภิปรายแสดงความคิดเห็น และกล่าวปิดการสัมมนา ดังนี้

๑. การดำเนินการตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขต้องใช้งบประมาณในการดำเนินการ ซึ่งพบว่า พระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ไม่มีกิจกรรมตามแผนปฏิรูปประเทศ ทั้งนี้ การดำเนินการเกี่ยวกับการบันทึกสุขภาพดิจิทัล Digital Health Record (DHR) มีการดำเนินการมานานแล้ว โดยแต่ละโรงพยาบาลออกแบบและดำเนินการเอง จึงมีความแตกต่างกัน และขณะนี้ ก็ยังไม่สามารถดำเนินการได้สำเร็จ

๒. เมื่อมีการปรับปรุงแผนปฏิรูปประเทศ จึงควรพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม และดำเนินการไปแนวทางเดียวกัน เพื่อให้สามารถดำเนินการได้เป็นรูปธรรม

ทั้งนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าการจัดสัมมนาในครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์กับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และคณะกรรมการนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา จะได้นำเรื่องนี้ไปดำเนินการต่อไป

ภาคผนวก

ภาพการประชุม  
ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา









ภาพการเดินทางไปศึกษาดูงาน  
ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา







ภาพการสัมมนา  
ของคณะกรรมการจัดการการสาธารณสุข วุฒิสภา



**รายชื่อที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ ที่ปรึกษา และผู้ชำนาญการประจำ  
คณะกรรมการธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา**

**ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ คณะกรรมการธิการการสาธารณสุข**

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| ๑. นายสมชาย แสวงการ                                 | ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ |
| ๒. นางกาญจนารัตน์ สิริโรจน์                         | ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ |
| ๓. รองศาสตราจารย์ทัศนาศา บัญทอง                     | ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ |
| ๔. นายเรืองชัย ทรัพย์นิรันดร์                       | ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ |
| ๕. นายประเสริฐ ชันเงิน                              | ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ |
| ๖. พลเอก ยุทธศักดิ์ ธนะธินิต                        | ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ |
| ๗. ศาสตราจารย์ ดร.ไชยา ยี่มิวิไล                    | ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ |
| ๘. ศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงสยามพร ศิรินาวิน   | ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ |
| ๙. นางสาวกัลยาภา เลขวณิชธรรมวิทักษ์                 | ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ |
| ๑๐. นายสุรศักดิ์ จิรวาส์ตรมงคล                      | ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ |
| ๑๑. นางณัฐธญา พัฒนะวานิชนันท์                       | ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ |
| ๑๒. แพทย์หญิงภาวณา อังคสิทธิ์                       | ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ |
| ๑๓. นายมีชัย ภัทรเปรมเจริญ                          | ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ |
| ๑๔. นายอภิชาติ กุลพงษ์วานิชย์                       | ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ |
| ๑๕. นาวาอากาศเอก (พิเศษ) หญิง จินตนา มโนรมย์ภัทรสาร | ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ |
| ๑๖. นายสุขสันต์ กิตติศุภกร                          | ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ |
| ๑๗. นายเฉลิมพล ไวทยางกูร                            | ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ |
| ๑๘. นายติลก ภิชโยทัย                                | ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ |
| ๑๙. นางวาสนา ทิพย์สุวรรณ                            | ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ |

**ที่ปรึกษา และผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการธิการ**

- |                                     |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|
| ๑. นายสุระ วิเศษศักดิ์              | ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ   |
| ๒. รองศาสตราจารย์พินิจ กุลละวานิชย์ | ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ   |
| ๓. รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล    | ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ |
| ๔. นางภรณ์ สีนุตพงษ์                | ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ |
| ๕. นายชัยณรงค์ ณ ลำพูน              | ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ |
| ๖. นายภาวิต ปุญญฤทธิ์               | ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ |
| ๗. นายสุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา       | ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ |
| ๘. นายพฤทธิยา รุมาคม                | ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ |
| ๙. พลอากาศตรี อิศพร คณะเจริญ        | ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๐. พ.ต.ต. ธนาภฤติ เนตรเกื้อกุล     | ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๑. เรือเอก ชิตชนกสิทธิ์ วัฒนศิริธร | ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ |

๑๒. นายวชิระ เพ็งจันทร์
๑๓. พันเอกหญิง รุจิดา วิไลรัตน์
๑๔. พันเอก ชัยอนันต์ สงวนพงษ์
๑๕. นาวาเอกหญิง พัลลภา เลี้ยงเทวา
๑๖. นายสุรชาติ หนูนุกัถ์
๑๗. นายวสันต์ อธิธิโรจนกุล
๑๘. นายชาญณรงค์ ศุภเวชรกรกิจ
๑๙. นายพินิจ หิรัญโชติ
๒๐. นายเอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์
๒๑. นาวาอากาศเอก ศุภชัย สิ้นธวาลัย
๒๒. รองศาสตราจารย์เฉลิม หาญพาณิชย์
๒๓. นางศิริรัตน์ ต้นปีชาติ

- ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ
- ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ
- ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ
- ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ
- ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ
- ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ
- ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ
- ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ
- ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ
- ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ
- ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ
- ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ

### รายชื่อฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการ

๑. นางสุภาพร วิเชียรเพชร
๒. นางพิมพ์วิทย์ สุจินดาวัฒน์
๓. นางนิตยาภรณ์ เผด็จศึก
๔. นางกนิษฐา กาวิโน
๕. นางสาวอภิรดา บัวทอง
๖. นายศุภกร จันท์ศรีสุริยวงษ์
๗. นางกนกพร สาดประดับ
๘. นางสาวนงลักษณ์ เนาว์แก้ว
๙. นางสาวอุมารัตน์ อัยรา
๑๐. นางสาวผกามาศ มีแป้น
๑๑. นางสาววรรณวิสา ไทยสกุล

- ผู้บังคับบัญชากลุ่มงาน
- นิติกรชำนาญการ
- นิติกรชำนาญการ
- นิติกรชำนาญการ
- วิทยากรชำนาญการ
- วิทยากรปฏิบัติการ
- เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
- เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
- เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
- พนักงานสนับสนุนการประชุม
- พนักงานสนับสนุนการประชุม

สรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมการธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา

ปีที่ ๑ ( ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓ )

คณะผู้รับผิดชอบ

ในการจัดทำสรุปผลการดำเนินงานของคณะกรรมการธิการการสาธารณสุข

วุฒิสภา

นายต้นพงศ์ ตั้งเต็มทอง

ผู้อำนวยการสำนักกรรมการ ๓

ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา

นางสุภาพร วิเชียรเพชร

ผู้บังคับบัญชากลุ่มงาน

นางพิมพ์วิทย์ สุจินดาวัฒน์

นิติกรชำนาญการ

นางนิตยาภรณ์ เผด็จศึก

นิติกรชำนาญการ

นางกนิษฐา กาวิโน

นิติกรชำนาญการ

นางสาวอภิรดา บัวทอง

วิทยากรชำนาญการ

นายศุภกร จันทศรีสุริยวงษ์

วิทยากรปฏิบัติการ

นางกนกพร สาดประดับ

เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

นางสาวนงลักษณ์ เนาว์แก้ว

เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

นางสาวอุมารัตน์ อัยรา

เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

นางสาวผกามาศ มีแป้น

พนักงานสนับสนุนการประชุม

นางสาววรรณวิสา ไทยสกุล

พนักงานสนับสนุนการประชุม

\*\*สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ สำนักกรรมการ ๓ กลุ่มงานคณะกรรมการธิการการสาธารณสุข

โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๑๙ - ๒๐





ชอกแบบและพิมพ์ที่ สำนักการพิมพ์  
สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา  
๐ ๒๘๓ ๕๘๕๕, ๐ ๒๘๓ ๕๘๖๖,  
๐ ๒๘๓ ๕๘๗๐, ๐ ๒๘๓ ๕๘๗๖